

Introdução

Inicialmente, este artigo apresenta as questões que envolvem o campo da Psicologia da Saúde e da Psicologia Social da Saúde. Nesse sentido, são analisadas as bases conceituais e suas diferentes perspectivas. Assim, o processo saúde-doença assume um papel central no foco de análise. Destaca-se o fato que a Psicologia da Saúde incorpora o campo das práticas, mas é insuficiente para explicar os determinantes do processo saúde-doença e não possibilita explicar a capacidade de adaptação e vulnerabilidade ao adoecimento. De forma mais ampla, a Psicologia Social da Saúde tem a sua formulação a partir de aspectos teóricos, conceituais e metodológicos advindos dos dois campos (Psicologia da Saúde – Psicologia Social) e suas respectivas interfaces. Nessa direção, tenta compreender como se produziu, se mantém ou transforma o processo de saúde ou de adoecimento. Em seguida, são analisadas as concepções de saúde mental e a mudança de eixo até recentemente dominada pela noção de saúde como a ausência de doença (ausência de sinais e sintomas) inspirada no paradigma tradicional do modelo médico. É possível adotar uma perspectiva mais ampla e contemporânea de saúde mental como um estado de bem-estar físico e emocional, que incorpora tanto os afetos positivos como os negativos. Esta nova perspectiva é fortemente influenciada pela concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre saúde e qualidade de vida. E, de forma particular, incorpora os desenvolvimentos teóricos da Psicologia Positiva e suas contribuições para a noção de bem-estar psicossocial. Também são apresentados estudos empíricos sobre as repercussões da exposição a situações de violência no bem-estar. E, finalmente, são indicadas as fronteiras e limitações das abordagens analisadas.

Psicologia Social e Psicologia da Saúde: Integrações Possíveis⁴

É importante mencionar que a Psicologia da Saúde refere-se a um campo da Psicologia já bem definido, figurando entre as áreas de especificação propostas pela *American Psychological Association* (APA), cuja principal característica é ser essencialmente baseado em evidências. O foco desse campo é entender como ocorre a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais na determinação do processo saúde-doença (Leventhal, Weinman, Leventhal, & Phillips, 2008; Marks, Sykes, & McKinley, 2003; Sanchez, Garrido, & Álvaro, 2003). Nessa perspectiva, os interesses são direcionados para a elucidação de como um indivíduo torna-se ou mantém-se saudável (fatores de proteção), como também se dirigem as atenções para os fatores que favorecem o adoecimento, além da identificação dos aspectos que podem influenciar tanto negativa como positivamente na recuperação-restabelecimento e/ ou na promoção da saúde de indivíduos, grupos e populações.

Tais focos assumem como princípio a possibilidade de atuar preventivamente, antes que ocorra a manifestação da doença, podendo diminuir as consequências ou até mesmo evitar que se desenvolvam problemas de saúde. Simultaneamente, uma vez instalada a enfermidade, almeja-se um melhor desenvolvimento teórico e de práticas que possibilitem o processo de recuperação, estabilização ou controle da doença, bem como o desenvolvimento de estratégias e aparatos técnicos que facilitem o alcance do ajustamento psicológico satisfatório, mesmo na condição de

1 Psicóloga, doutora em saúde pública, consultora organizacional e professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

2 Psicólogo, professor na Universidade de Sergipe.

3 Psicóloga, doutora em psicologia e professora adjunta na Universidade Federal da Bahia.

4 Esta seção se refere à comunicação do autor André Faro.

enfermo.

Partindo dessa orientação, qual o pressuposto norteador da Psicologia da Saúde? É possível que uma resposta seja o entendimento que determinados níveis de ativação da capacidade de adaptação do organismo, bem como os modos de interação entre vários estímulos originados das dimensões social, psicológica e biológica, em um dado contexto de inserção de um indivíduo, podem propiciar o aparecimento de doenças (Gee & Payne-Sturges, 2004; Leventhal et al., 2008; Miller, Chen, & Cole, 2009). Logo, o mecanismo central, ou seja, o elo na tríade que envolve *estímulos externos, estímulos internos e repercussão sobre o organismo* pode ser concebido por meio do processo de estresse (Defur et al., 2007; Evans, 1994). O estresse seria resultante da interação do sujeito com o contexto externo e as repercussões no meio interno, sendo uma via intercomunicacional entre os estímulos internos e externos e, inevitavelmente, as reações neurofisiológicas decorrentes do processo de ajustamento aos desafios adaptativos (Bartolomucci, 2005; Santos, 2010).

É necessário destacar que, na Psicologia da Saúde, coexistem diversas abordagens e modelos para explicar o processo saúde-doença. Nesse sentido, entre as várias abordagens, uma delas tem assumido destaque no cenário atual, que prioriza as análises das *diferenças individuais e o cognitivismo*. Essa perspectiva busca entender como as pessoas se diferenciam na capacidade de adaptação e vulnerabilidade ao adoecimento. Seu foco não é exclusivo ao nível grupal e ao nível populacional de explicação, mas tenciona principalmente entender o que protege e expõe cada indivíduo a determinados tipos de doença (Bartolomucci, 2005; Lazarus & Folkman, 1984; Miller et al., 2009). Entende-se, assim, que com a extrapolação dos achados no nível individual, alcançar-se-ão modos de compreensão da dinâmica adaptativa em escala grupal e/ou comportamental.

A perspectiva das diferenças individuais se sustenta na análise psicossocial do adoecimento, isto é, o adoecimento decorrendo de interações complexas entre as interfaces biológica e psicológica em um determinado *locus* social de produção de saúde. Hoje, tem-se como elemento fundamental dessa perspectiva o conceito de vulnerabilidade (Defur et al., 2007; Evans, 1994; Gee & Payne-Sturges, 2004; Wilkinson, 2006), no entendimento de que a probabilidade de adoecimento oscila a depender da interação entre as variáveis psicológicas e as sociais, cujo desfecho implica alterações sobre o organismo na forma de adaptação (saúde) ou inadaptação (doença) (Defur et al., 2007; Hodge & Pless, 1994; *National Environmental Justice Advisory Council – NEJAC*, 2004; Schulz & Northridge, 2004).

Em suma, a tendência dominante na atualidade é voltada para os estudos que visam esclarecer como funciona a equação de fatores de exposição e de proteção, em uma linguagem já utilizada no campo da epidemiologia, que é a de vulnerabilidade, além de assimilar a dinâmica psicológica em maior complexidade (NEJAC, 2004). Cabe salientar que, antes dessa fase contemporânea de estudos, o destaque era dado às condições estáticas de vulnerabilidade, a exemplo das psicopatologias e da pobreza, cujos elementos de inadaptação eram cristalizados em torno de um único fator de risco, ou seja, portadores do transtorno X ou pessoas em condição Y estão mais vulneráveis para o desfecho Z.

Nessa perspectiva, surge o questionamento: como podemos identificar fatores psicológicos, sociais e/ou psicossociais que assumem a forma de aspectos de proteção ou de exposição à saúde? É possível que essas respostas possam ser encontradas ou desenvolvidas no contexto de um campo de interfaces denominado Psicologia Social da Saúde. É necessário mencionar que a Psicologia da Saúde enquanto área é mais direcionada às práticas, à identificação dos fatores de risco e à própria quantificação do risco. Nesse sentido, a Psicologia da Saúde vincula-se aos modelos teórico-conceituais da Epidemiologia Social, entretanto focaliza os aspectos psicológicos.

A Psicologia Social se insere nesse campo de estudo da saúde ao fomentar a análise da conjectura de relações que discriminam as formas como se produziu, mantém-se ou se transforma um dado *status* de saúde ou adoecimento (Santos, 2010; Schnittker & McLeod, 2005; Schwartz & Meyer, 2010). De modo sintético, seria o seguinte:

1. A Epidemiologia se encarrega de fotografar de modo transversal ou longitudinal a saúde da população, a fim de saber como ocorre a distribuição social ou o adoecimento de determinado grupo, além dos fatores a ela associados;

2. A Psicologia da Saúde busca os elementos ligados ao domínio psicológico e de interação psicossocial de indivíduos e grupos, para entender como influenciam o processo de adoecimento;

3. A Psicologia Social propõe modelos teóricos para elucidar as interinfluências, seja no desfecho “manutenção da saúde”, seja na ocorrência de variadas doenças (agudas, crônicas, infectocontagiosas, endêmicas, epidêmicas, entre outras).

A interface entre essas três áreas se estabelece na intenção de obter um retrato panorâmico e não mais pontual do processo saúde-doença. Portanto, a Epidemiologia retrata uma realidade, a Psicologia da Saúde descreve o cenário e a Psicologia Social se encarrega de criar o enredo: contar a história de como se configurou tal enquadramento.

O conceito da Psicologia Social da Saúde é a aplicação de conhecimentos e técnicas da Psicologia Social para compreender o processo saúde-doença (Santos, 2010; Schnittker & McLeod, 2005). Logo, os aportes da Psicologia Social buscam prover as investigações da Psicologia da Saúde de variadas perspectivas teóricas e empíricas, visando o detalhamento da dinâmica interacional dos fatores de proteção e exposição em nível psicológico, social e psicossocial. Importa destacar que a definição ora utilizada para o processo saúde-doença é a que trata este objeto como uma dinâmica de processos individuais e grupais interdependentes no contexto experiencial, voltado para entender como os elementos individuais (diferenças) permitem explicar o *status* de saúde da população em recortes micro (individuais) e mesossociais (grupais), favorecendo a compreensão de dinâmicas macrossociais (populacionais) no que toca à distribuição social da saúde e da doença (Conrandiopoulos, 2006; Leventhal et al., 2008; Wilkinson & Marmot, 2003).

Ao formular modelos teóricos, a Psicologia Social da Saúde explicita os modos de compreensão de como os determinantes da saúde e das doenças considerados como fatores sociais, ambientais, modos de interpretação dos eventos e a capacidade de adaptar-se às adversidades em interações sistêmicas podem provocar alterações na probabilidade de adoecimento. O processo de estresse, nesse ínterim, tem sido posto como uma das principais vertentes que perpassam as subáreas da *Psicologia da Saúde* e da *Psicologia Social da Saúde*, porque ele é visto como um fenômeno que envolve o intercâmbio entre experiências externas e internas; com efeito, o seu estudo se volta para a relação entre modalidades de interpretação da realidade e a perpetuação de reações neurofisiológicas, estas que são o motor do desgaste fisiológico que leva ao desencadeamento de doenças derivadas do estresse (Evans, Hodge, & Pless, 1994; Jones & Bright, 2007; McEwen, 2008).

Na temática do estresse, outra contribuição da Psicologia Social da Saúde está vinculada ao estudo da capacidade adaptativa, que seria, nesse sentido, o equalizador dessas experiências. Teoricamente, o modelo de Santos (2010) supõe que esse equalizador seja composto por duas dimensões: o Contexto Psicossocial e os Mecanismos Psicológicos de Adaptação (Figura 1).

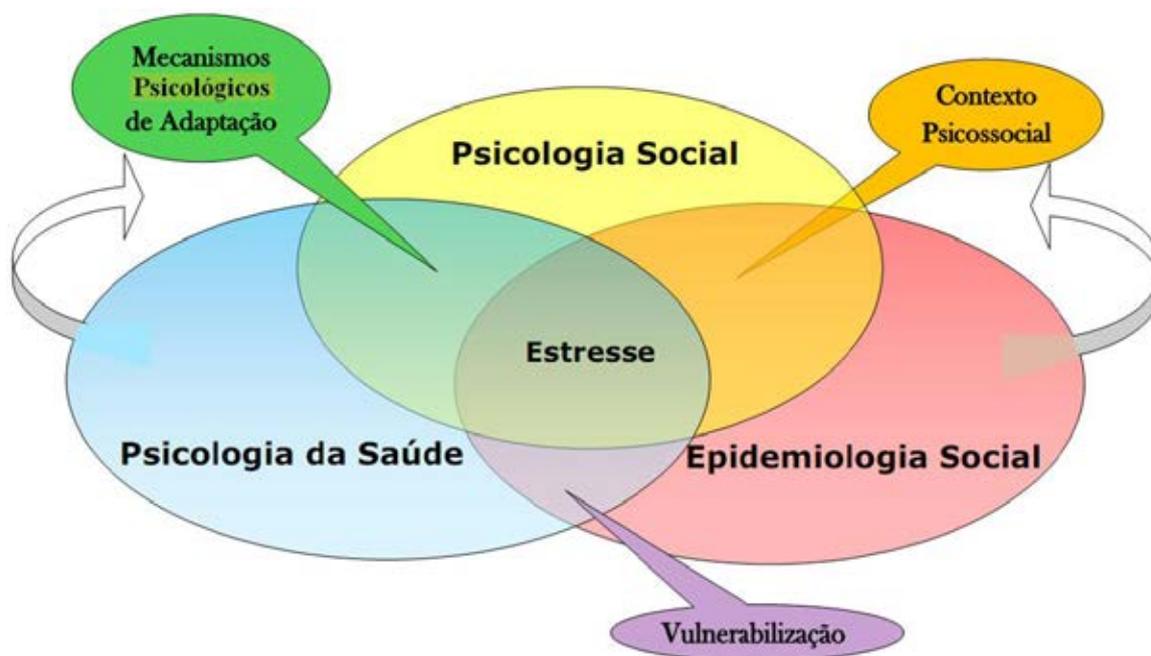


Figura 1. Estrutura teórica das prioridades de estudo da capacidade de adaptação psicossocial – Modelo de Interfaces do Estresse.

Fonte: Adaptado de Santos (2010).

O contexto psicossocial pode ser entendido como um conjunto de características que descrevem os múltiplos papéis e alocações sociais que atribuem uma posição ao sujeito na organização da sociedade, o que aponta para situações singulares de experiência social para grupos e indivíduos. A exemplo de variáveis dessa categoria, também estariam sendo incorporadas a raça, o sexo, a idade, o *status* socioeconômico, o trabalho, a religiosidade, entre outras (Santos, 2010).

Quanto aos mecanismos psicológicos de adaptação, apreendem-se como construtos que compreendem processos constitucionais e/ou cognitivos, desenvolvidos mediante a relação social ou aspectos interativos entre o aparato genético e as experiências vitais, que modificam a percepção, avaliação e interpretação dos eventos externos e/ou internos. Nesse grupo, são inseridos alguns construtos, entre os quais a percepção de controle, a valência afetiva, a resiliência, as estratégias de enfrentamento, a autoestima, o suporte social (Santos, 2010). Tanto o contexto psicossocial quanto os mecanismos psicológicos de adaptação são variáveis que contribuem para a explicação dos modos pelos quais se modificam as intensidades, probabilidades e desfechos sobre a saúde, quando da exposição aos determinantes da saúde e das doenças.

Na análise do modelo de interfaces (Figura 1), o estresse encontra-se no centro e atua como elo entre os diversos campos de estudo, sendo as áreas limítrofes entendidas da seguinte forma:

1. Entre os campos da Epidemiologia Social e da Psicologia da Saúde há o diálogo em torno da existência da vulnerabilização (quem é mais vulnerável, onde e quando?);
2. Entre a Psicologia da Saúde e a Psicologia Social ocorre um interjogo dialógico em torno dos mecanismos psicológicos de adaptação (que recursos são ativados para o enfrentamento?);
3. Entre a Epidemiologia Social e a Psicologia Social situam-se as variáveis do contexto psicossocial, isto é, como as diferenças na alocação social e a respectiva estratificação (papéis, grupos) aumentam ou diminuem a vulnerabilidade (quem é e como se insere

socialmente esse indivíduo?).

Na Figura 1, o processo do estresse torna-se o fulcro das interfaces na busca por essa equação da vulnerabilidade dos indivíduos ao adoecimento, uma lógica de estudos. Adotando o processo de estresse como foco e considerando-o enquanto fenômeno que aparece como um elo, ocorre a indagação: como o estresse entra e opera no corpo?

Na tentativa de respondê-la propõe-se o seguinte entendimento: o estresse se instala no corpo (no organismo) durante o processo de adaptação às experiências adversas e sua factibilidade se detecta por meio da gama de patologias e psicopatologias a ele relacionadas (Adler & Rehkopf, 2008; Defur et al., 2007; Monroe, 2008; Sanchez, Garrido, & Álvaro, 2003; Schulz & Northridge, 2004; Sexton & Hattis, 2007). Logo, trata-se de entender como estímulos (objetivos e subjetivos), que são decorrentes da interpretação e da experiência cotidiana, transformam-se (ou não) em elementos capazes de alterar o *status* de saúde, produzindo variabilidade na adaptação e facilitando a ocorrência de doenças (Santos, 2010).

É nesse panorama de investigações em torno da adaptação humana que a Psicologia Social pode ter uma significativa contribuição, especialmente quando assume a forma da Psicologia Social da Saúde, porque pretende estudar como os Mecanismos Psicológicos de Adaptação e o Contexto Psicossocial agem sobre o funcionamento do indivíduo (psicológico, biológico e social), ocasionando mudanças na proporcionalidade do risco de adoecer ou de manter-se saudável (Monroe, 2008; Schwartz & Meyer, 2010).

No campo das práticas e estudos do processo saúde-doença, é apresentado um resumo na Figura 2 sobre os determinantes da saúde (Marmot, 2005; Wilkinson & Marmot, 2003). Tal esquema retrata os fatores que incidem sobre o corpo, alterando o *status* adaptativo. Eles são, na ótica da Epidemiologia Social, os grandes responsáveis pelo adoecimento humano, excetuando-se as causas genéticas (Evans, 1994; Hodge & Pless, 1994; Marmot, 2005; Wilkinson & Marmot, 2003).

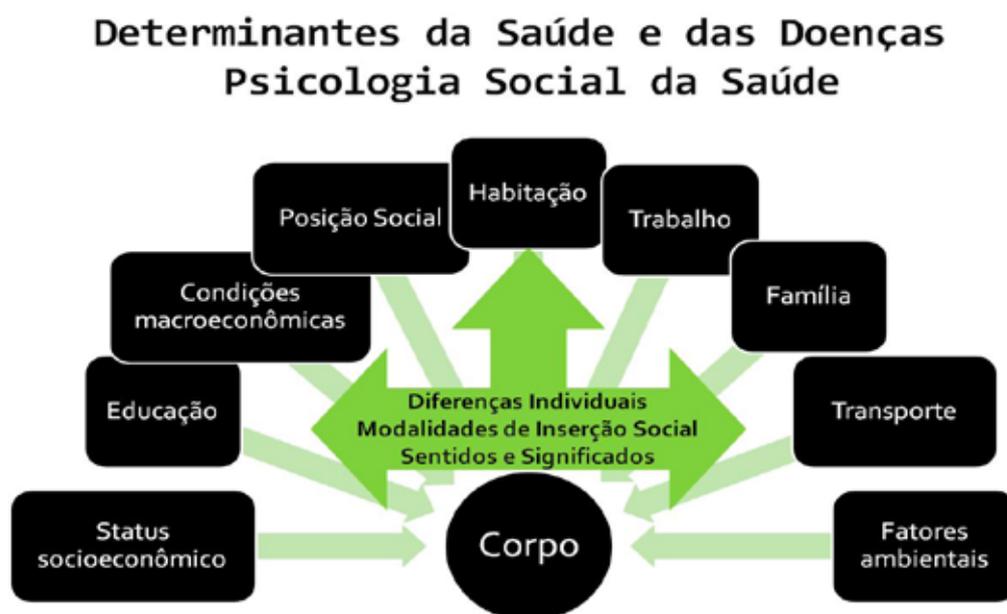


Figura 2. Determinantes da saúde e das doenças na perspectiva da psicologia social da saúde (adaptado).

Adotando-se o eixo da Psicologia Social da Saúde, acredita-se que o impacto dos

determinantes sobre o corpo não ocorre de modo direto, pois carece de explicação a forma pela qual cada um dos elementos (*status* socioeconômico, educação, condições macroeconômicas, posição social, habitação, trabalho, família, transporte e fatores ambientais) age sobre o indivíduo, e como os recursos individuais modulam as repercussões que incidem no corpo. Assim, a partir do rol de estudos envolvidos com o tema (Marmot, 2005; Wilkinson & Marmot, 2003), pode-se dizer que é sabido que cada elemento citado denota efetivo impacto. Todavia ainda não está claro como esses elementos, isoladamente ou em seu conjunto, são percebidos como adversos ou não, ou como são convertidos em elementos nocivos, neutros ou favoráveis ao ajustamento. Nesse espaço se insere a noção de que são necessárias mais pesquisas que abordem como a interpretação das experiências possui a capacidade de diferenciar condições de vulnerabilidade ao adoecimento, uma vez que nem todos os indivíduos são expostos da mesma forma e nem todos, quando expostos, reagem do mesmo modo.

Dado o exposto, acreditamos que seriam três as dinâmicas de mediação em questão:

1. A atribuição de sentidos e significados, isto é, a forma de interpretar os eventos, é considerada uma das responsáveis pela atribuição da valência afetiva aos estressores, modificando o desfecho do processo saúde-doença;
2. Modalidades de inserção social, ou seja, o montante de impacto depende do locus individual no status social;
3. As diferenças individuais, sejam constitucionais ou desenvolvimentais, alteram os moldes de suscetibilidade aos efeitos dos determinantes.

A partir da Figura 2, parece-nos que o foco primordial dos estudos em Psicologia Social da Saúde é entender o que ajuda um indivíduo a suportar, satisfatoriamente, o impacto de um dado estressor, como também o que o torna mais vulnerável à sobrecarga de estressores, extraindo-se daí a estruturação de como interagem fatores expositores e protetores no processo saúde-doença. Contingencialmente, busca-se compreender os fatores que auxiliam na recuperação, especialmente modificando a velocidade em que esta ocorre e quando ocorre. Desse modo, apreende-se que o que nos interessa enquanto pesquisadores é saber como o estressor é interpretado e como esse processo da percepção cria diferenças na capacidade de adaptação ao estresse.

Finalmente, pode-se indagar sobre qual seria a problemática que traduziria o desdobramento dos estudos na Psicologia Social da Saúde. Na tentativa de responder, é importante assinalar a questão explicitada por Evans (1994): “Por que algumas pessoas adoecem mais facilmente, enquanto outras pessoas não?” Essa questão nos parece ser um bom exemplo da pergunta que orienta os estudos em Psicologia da Saúde e na Psicologia Social.

As Repercussões da Violência Coletiva no Bem-estar^{5,6}

Como destacado no segmento anterior, a Psicologia Social pode contribuir para o entendimento dos mecanismos psicossociais de adaptação do indivíduo ao contexto e de como o contexto pode influenciar na saúde e no adoecimento. Os estudos sobre o bem-estar vinculados à psicologia contemporânea, especialmente ao eixo da denominada Psicologia Positiva ou Psicologia das Potencialidades Humanas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), busca compreender as virtudes e fortalezas humanas considerando a construção das qualidades e das experiências positivas.

5 Artigo original: Bilbao, M. A., Techio, E. M., Zubieta, E., Cárdenas, M., Páez, D., Díaz, D., Barrientos, J. & Blanco, A. (2011). Bienestar subjetivo y psicológico-social: el impacto de la violencia colectiva (pp.207-246). In: D. Páez., C. M. Beristain., J. L. González-Castro, N. B. Basabe. & J. de Rivera, J. (2011). Superando a violencia colectiva y construyendo cultura de paz. Madrid: Editorial Fundamentos.

6 Esta seção se refere à comunicação da autora Elza Techio

É importante ressaltar que, nas duas últimas décadas, sob a influência dessa perspectiva, ocorreram profundas transformações no entendimento do processo saúde-doença, no qual os aspectos positivos da saúde e do bem-estar passaram a ter prioridade no debate e não mais o processo de adoecimento. Assim, temas como saúde, bem-estar psicológico e social, prevenção e promoção da saúde foram incorporados como eixos essenciais dos debates.

Nesse sentido, o conceito de *saúde mental*, concebido como a ausência de sintomatologia ou de síndromes, começa a ser considerado como deficitário e limitado, dando lugar à concepção mais ampla de *saúde mental* como um estado de bem-estar físico e emocional, que faz referência ao equilíbrio dos afetos positivos e negativos, com predominância das experiências emocionais positivas. Nesta concepção, a saúde mental também pode ser entendida como qualidade de vida, que inclui tanto aspectos objetivos, entre os quais emprego e moradia, como aspectos subjetivos vinculados ao bem-estar. Sendo assim, incorpora-se o controle do meio relacionando a presença de atributos positivos que possibilitem à pessoa exercer o controle sobre o seu meio, ter uma adequada percepção da realidade e obter níveis satisfatórios de autorrealização, autoestima e autonomia. Em síntese, a saúde mental não pode ser entendida somente como a ausência de doença, mas precisa incorporar outra lógica, e entender a sua dimensão positiva através do bem-estar.

Nessa análise, torna-se necessário elucidar o entendimento sobre o bem-estar subjetivo, bem como avaliar o impacto, entre outros, da percepção da violência coletiva na produção e manutenção do bem-estar, considerado por meio da balança de afetos, bem-estar psicológico e social, satisfação vital e qualidade de vida.

Para considerar a saúde mental na sua dimensão positiva, torna-se necessário incorporar a satisfação vital ou bem-estar subjetivo, vinculados à concepção de qualidade de vida da OMS. Nesse sentido, a presença ou ausência de enfermidade não é tão importante como a vivência da enfermidade e seus efeitos no bem-estar subjetivo e no funcionamento social. Assim, o bem-estar subjetivo refere-se a avaliações cognitivas específicas e gerais de satisfação com a vida em diferentes aspectos. Particularmente, a noção de bem-estar subjetivo – BES (Diener, 1984, 2000, 2002) envolve duas dimensões: *cognitiva* – satisfação global com a vida, satisfação com diferentes focos (trabalho, família, lazer, saúde) e *afetiva* – reações emocionais aos eventos que ocorrem em suas vidas: a) afetos positivos (agradáveis, alegria, orgulho e contentamento); b) afetos negativos (tristeza, depressão, inveja).

Considerando essa perspectiva teórico-conceitual, em geral, as pessoas dizem estar ligeiramente satisfeitas e muito satisfeitas com a vida, mesmo em situações de extrema violência coletiva, como é o caso dos paquistaneses, que manifestam estar satisfeitos com a sua vida, e da Colômbia, país com sérios problemas econômicos, estruturais e de violência, cujas pessoas apresentam níveis mais elevados de satisfação com a vida e felicidade, quando comparadas a outros países (Bilbao et al., 2011).

Acompanhando a mesma tendência, a maioria das pessoas informa um equilíbrio de emoções positivas ante as negativas (Bilbao et al., 2011). Deve-se ressaltar que a balança de afetos pende para o lado negativo somente com pessoas em situações de *estresse* agudo. Nesse sentido, o alto nível de afeto negativo associa-se ao *estresse*, a queixas somáticas, ansiedade e neuroticismo, e o baixo grau de afeto positivo associa-se a eventos de perdas, depressão, e ao perfil característico de personalidade introvertida. Ou seja, o afeto negativo vincula-se à presença de eventos negativos, enquanto o baixo grau de afeto positivo relaciona-se à ausência ou perda de reforço positivo. Nessa perspectiva, a afetividade positiva associa-se à realização e à boa conduta social, à frequência de contatos, à satisfação com amigos e relações, às implicações com organizações sociais e ao

conhecimento de novas relações (Basabe, 2004).

Deve-se assinalar que, em situações extremas, tais como as de violência coletiva, as vítimas, quando comparadas com grupos normativos (não vítimas), tendem a manifestar menores níveis de qualidade de vida e saúde mental. Frequentemente, a violência coletiva provoca nas pessoas algum grau de “incapacidade”, ou seja, algum nível de deficiência de natureza física, psicológica ou outras. Assim, quando se compara o grau de satisfação com a vida, percebe-se que 68% das vítimas com “incapacidade” afirmam estar satisfeitas ou muito satisfeitas com a vida, se comparadas com 90% dos não “incapacitados”. Ainda que as vítimas de violência apresentem níveis menores de satisfação com a vida, a maioria diz estar satisfeita (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Estudos de acompanhamento sobre os efeitos do holocausto não encontraram diferenças relevantes no grau de satisfação com a vida (SWL) entre as vítimas diretas (4,66) e as não vítimas (4,5). Essa tendência também foi observada com a balança de afetos: as vítimas apresentavam valores de afetos positivos similares (0,49) aos valores das não vítimas (0,40). Entretanto, outros estudos (Shmotkin & Lomranz, 1998) têm demonstrado que os sobreviventes de catástrofes apresentam menor nível de bem-estar subjetivo ao longo do tempo e que as vítimas consideradas mais bem adaptadas são aquelas que: a) compartilharam experiências de trauma coletivo; b) têm companheiro afetivo; c) manifestam maior enfrentamento instrumental e menor enfrentamento emocional; d) participam de associações de vítimas e da vida pública.

É importante ressaltar que o conceito de qualidade de vida tem vinculação direta com o de bem-estar. Nesse sentido, há que se considerar que a Organização Mundial da Saúde realizou um alargamento da concepção de qualidade de vida, considerando que o sentimento de bem-estar é derivado da avaliação objetiva e subjetiva do grau de satisfação da pessoa com a sua saúde em distintas dimensões de sua vida: no domínio psicológico (balança de afetos; autoestima); no domínio das relações sociais (relações interpessoais ou de intimidade, apoio social, atividades que promovem suporte); no nível de independência (mobilidade, atividades cotidianas, capacidade de comunicar-se e trabalhar); na satisfação com o meio ambiente (ambiente familiar, de trabalho, financeiro, saúde, físico e transporte); nas crenças religiosas e pessoais; e no domínio físico (dor, energia e fadiga, sexualidade, sono e descanso, funções sensoriais) (OMS, 2001). Assim, a qualidade de vida é concebida de forma abrangente e multifatorial, incorporando as dimensões saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais e meio ambiente.

Estudo realizado com amostra de jovens universitários da Argentina, Brasil, Chile, Madri e País Vasco visou avaliar o impacto da violência social percebida. Nesse estudo, foram analisadas as diferenças entre as pessoas que perceberam que, no último ano, não houve problemas em sua sociedade que os impediram de viver tranquilos e sem preocupação de serem agredidos, e as pessoas que haviam percebido a existência desses problemas. O impacto percebido da violência foi mensurado tendo como medida as escalas de satisfação pessoal vital (SWLS, Diener, 1996), felicidade (Lyubomirsky, 2007), solidão social (ESLI, Wittenberg, & Reis, 1986), bem-estar psicológico (Ryff, 1989) e social (Keyes, 1998).

Os principais resultados do respectivo estudo, conforme podem ser visualizados na Tabela 1, sugerem existir uma relação entre a percepção de violência e o bem-estar subjetivo, visto que as pessoas que perceberam maior violência social no último ano apresentaram menor satisfação pessoal vital e felicidade. Os resultados sugerem que as pessoas que vivem em um ambiente social inseguro e violento apresentam menor satisfação vital e felicidade. Essas diferenças são mais acentuadas em situação de violência coletiva.

É interessante observar que a investigação realizada por Blanco e Diaz (2011) com a população espanhola e com vítimas diretas dos atentados terroristas de 11 de março em Madri

pareceu confirmar a tendência do impacto negativo da violência na satisfação vital e afetividade positiva. Assim, deve-se ressaltar que as vítimas apresentaram níveis de satisfação com a vida e afetividade positiva abaixo da média, e inferiores à média da população geral (população espanhola geral: satisfação vital média 3.76, $dp=.92$; afeto positivo média 3.81, $dp=.86$) e vítimas diretas (satisfação vital média 2.15, $dp=.81$; afeto positivo média 1.71, $dp=.62$).

Quanto à concepção de bem-estar subjetivo, esta abrange a avaliação que a pessoa faz das áreas de sua vida, bem como o sentimento de felicidade e um nível baixo de emoções negativas. Um aspecto importante a ser considerado na discussão sobre bem-estar é a solidão vivenciada ou percebida por uma pessoa que tem poucos contatos interpessoais e/ou apoio social. De fato, os estudos têm evidenciado que as vítimas da violência coletiva manifestam o sentimento de solidão, abandono e isolamento (Blanco & Díaz, 2011). Nessa perspectiva, a solidão social refere-se à ausência de relações sociais positivas com conhecidos, bem como companheiros de atividades que satisfaçam a necessidade de pertencer a grupos e redes sociais. De forma específica, a solidão emocional faz alusão à necessidade de apego ou de relações íntimas, isto é, ausência de relações intensas e relativamente duradouras com outra pessoa, amor romântico, paternal ou filial, ou seja, pessoa próxima que sirva de apoio afetivo. Pode-se assinalar que, nos resultados do estudo com jovens de vários países, a percepção de violência social repercutiu mais intensamente na percepção de solidão social do que o grupo que não apresentou a percepção de violência social (Tabela 1). Entretanto, a solidão emocional não se diferenciou entre o grupo que percebia violência social e o que não percebia, sugerindo que o afeto se associa a situação de vínculos íntimos mais que nas relações sociais em geral.

Os estudos do bem-estar psicológico centram sua atenção no desenvolvimento da capacidade e crescimento pessoal, concebidos como indicadores do funcionamento positivo. Focalizam o seu interesse no desenvolvimento pessoal, no estilo e na maneira de enfrentar a vida, pelo esforço de atingir as suas metas. Ryff e Keyes (1995) sugerem um modelo de bem-estar psicológico composto por seis dimensões: *autoaceitação* (as pessoas tentam sentir-se bem consigo mesmas, sendo conscientes de suas limitações); *relações positivas com as outras pessoas* (manter relações sociais estáveis e ter amigos em quem confiar); *autonomia* (a pessoa necessita assentar-se em suas próprias convicções, manter sua independência e autoridade pessoal); *domínio do meio* (habilidade pessoal para escolher ou criar ambiente favorável para satisfazer seus desejos e necessidades); *propósito na vida* (empenho para desenvolver suas potencialidades para seguir crescendo como pessoa e elevar suas capacidades); *crescimento pessoal* (definir metas ou objetivos que permitam dotar a vida de sentido, propósito na vida).

Já a concepção de bem-estar social tem como antecedentes os estudos sobre alienação e critérios individuais do bem-estar psicológico (Blanco & Díaz, 2005), e se refere à avaliação que fazemos das circunstâncias e do funcionamento da sociedade. Assim, a escala de bem-estar social (Keyes et al., 2002) foi agrupada em cinco dimensões, que fazem menção a: *integração social* (avalia a qualidade das relações com a sociedade e com a comunidade, sentir-se parte da comunidade, reconhecido e apoiado por ela); *aceitação social* (grau de satisfação que se experimenta a partir do saber e sentir-se parte de um grupo ou comunidade); *contribuição social* (sentimento de ser um membro importante na sociedade e ter algo útil para oferecer ao mundo); *atualização social* (grau de confiança que os membros de um grupo têm no potencial de crescimento e desenvolvimento da sociedade de pertença); *coerência social* (capacidade de entender a dinâmica social, percepção de qualidade, organização e funcionamento do mundo social).

Ao comparar as dimensões das escalas de bem-estar psicológico e social, é possível perceber a íntima relação entre as dimensões de autoaceitação e aceitação social, desenvolvimento pessoal e atualização social, propósitos na vida e contribuição social, controle ou domínio do meio

e coerência social, e as relações positivas com os outros com integração social. É necessário mencionar que os resultados do estudo com jovens universitários (Argentina, Brasil, Chile, Madri e País Vasco) confirmam a associação positiva e significativa entre a percepção de violência social e o bem-estar psicológico e social. O grupo de jovens que percebe níveis mais altos de violência social apresenta níveis mais baixos de bem-estar psicológico e social (Tabela 1). Resultados similares foram encontrados com vítimas diretas dos atentados terroristas de 11 de março em Madri, ao apresentarem níveis mais baixos de bem-estar psicológico que a população geral.

De fato, o bem-estar social se correlaciona fortemente com o bem-estar psicológico, felicidade, alto afeto positivo, satisfação com a vida e baixo afeto negativo, menor solidão emocional e social.

Tabela 1

Avaliação (médias) do Bem-estar e Percepção de Violência Social

Escala	Grupo que não percebe violência social	Grupo que percebe violência social máxima.
	Média (DP)	Média (DP)
Satisfação Pessoal	5,08 (0,82)	4,80 (1,08)
Felicidade	5,03 (1,00)	4,80 (1,11)
Solidão Social	8,92 (2,70)	10,10 (3,88)
Bem-estar psicológico	4,64 (0,58)	4,44 (0,69)
Bem-estar social	3,69 (0,45)	3,52 (0,45)

Fonte: Bibao et al. (2011)

Em síntese, foi possível observar que a solidão social era maior, e a satisfação pessoal vital, a felicidade, o bem-estar psicológico e social, menor no grupo que percebia maior violência social. De posse dessas análises, é plausível considerar que viver em um ambiente violento faz com que a pessoa sinta mais solidão e menor satisfação, felicidade e bem-estar psicológico e social.

De fato, observou-se que a percepção de violência social e coletiva tem um impacto negativo na qualidade de vida, na saúde mental e no bem-estar subjetivo, sendo este impacto limitado quando existem boas condições e apoio psicossocial, podendo diminuir seu efeito, inclusive diminuir ou desaparecer com o passar do tempo. Não obstante, em contextos de falta de apoio, marginalização social e pobreza, a qualidade de vida das vítimas pode piorar com o passar do tempo.

Considerações finais

Pode-se considerar que existe uma zona de fronteira nessa análise, tanto no âmbito da Psicologia Social da Saúde quanto no âmbito das abordagens sobre bem-estar – que diz respeito às concepções positivas de saúde e à identificação dos fatores de proteção. Assim, de forma consoante, essas perspectivas, tanto no patamar teórico-conceitual quanto no metodológico, buscam nos seus desenvolvimentos abarcar os fenômenos que envolvem o processo de saúde de indivíduos, grupos e populações.

É importante considerar alguns aspectos que distanciam essas abordagens, particularmente a Psicologia da Saúde, que tem como balizadores os pressupostos da Epidemiologia Social, que embora focalize a vulnerabilidade, é centrada nos processos de adoecimento.

A integração de investigações sobre saúde e bem-estar focalizando a dimensão positiva desses processos possibilitará uma nova agenda de estudos visando à construção de modelos explicativos dos mecanismos psicológicos de adaptação e da vulnerabilidade das pessoas submetidas a contextos de riscos. Por fim, identificar a capacidade de adaptação e os fatores de proteção à saúde são os grandes desafios desse campo de estudo.

Referências

- American Psychological Association (APA). Recuperado de <http://www.health-psych.org>.
- Adler, N. E., & Rehkopf, D. H. U.S. (2008). Disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms. *Annual Review of Public Health, 29*, 235-252. doi:0.1146/annurev.publhealth.29.020907.090852
- Bilbao, M. A., Techio, E. M., Zubieta, E., Cárdenas, M., Páez, D., Díaz, D., Barrientos, J., & Blanco, A. (2011). Bienestar subjetivo y psicológico-social: El impacto de la violencia colectiva. In D. Páez., C .M. Beristain., J. L. González-Castro., N. B. Basabe. & J. de Rivera, J. (Orgs.), *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz* (pp.207-246). Madrid: Editorial Fundamentos.
- Basabe, N. (2004). Salud, factores psicosociales y cultura. In D. Páez et al. (Orgs.), *Psicología social, cultura y educación* (pp.891-913). Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2011). Trauma and the complete model of health. Manuscrito não publicado.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema, 17*, 582-589.
- Bartolomucci, A. (2005). Resource loss and stress-related disease: is there a link? *Medical Science Monitor, 11*(5), 147-154. Recuperado de <http://www.medscimonit.com/download/index/idArt/16172>.
- Contradiopoulos, A.P. (2006). Éléments pour une topographie du concept de santé et ses déterminants. *Ruptures, 11*, 86-99.
- Defur, P. L., Evans, G. W., Hubal, E. A. C., Kyle, A. D., Morello-Frosch, R. A., & Williams, D. R. (2007). Vulnerability as a function of individual and group resources in cumulative risk assessment. *Environmental Health Perspectives, 115* (5), 817-824. doi: 10.1289/ehp.9332
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575.
- Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. In H. Grad, A. Blanco, & J. Georgas (Orgs.), *Key issues in cross-cultural psychology* (pp. 319-330). Lisse, Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*, 34-43. doi:10.1037/0003-066X.55.1.34
- Evans, R.G. (1994). Introduction. In R.G. Evans, M.L. Barer, & T.R. Marmot (Orgs.), *Why are some people health and others not? The determinants of health of populations* (pp. 1-17). New York: Aldine de Gruyter.
- Evans, R.G., Hodge, M., & Pless, I.B. (1994). If not genetics, then what? Biological pathways and population health. In R.G. Evans, M.L. Barer, & T.R. Marmot (Orgs.), *Why are some people health and others not? The determinants of health of populations* (pp.161-188). New York: Aldine de Gruyter.

- Gee, G. C., & Payne-Sturges, D. C. (2004). Environmental health disparities: a framework integrating psychosocial and environmental concepts. *Environmental Health Perspectives*, 112(17), 1645-1653. doi: 10.1289/ehp.7074
- Jones, F.J. & Bright, J. (2007). Stress: health and illness. In A. Monat, R.S. Lazarus, & G. Reevy (Orgs.), *The Praeger handbook on stress and coping* (pp.267-281). London: Praeger.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022. doi: 10.1037//0022-3514.82.6.1007
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1994). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E. A., & Phillips, L. A. (2008). Health psychology: the search for pathways between behavior and health. *Annual Review of Psychology*, 59, 477-505. doi: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093643
- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness*. New York: Penguin Press.
- Marks, D.F., Sykes, C.M., & McKinley, J.M. (2003). Health psychology: Overview and professional issues. In A.M. Nezu, C.M. Nezu, & P.A. Geller (Orgs.), *Handbook of Psychology: Health Psychology* (pp. 5-27). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365, 1099-1104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6
- McEwen, B.S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, 583, 174-185. doi: 10.1016/j.ejphar.2007.11.071
- Miller, G., Chen, E., & Cole, S. W. (2009). Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of Psychology*, 60, 501-524. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163551
- Monroe, S.M. (2008). Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 33-52. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141207
- National Environmental Justice Advisory Council (NEJAC). (2004). *Ensuring risk reduction in communities with multiple stressors: environmental justice and cumulative risks/impacts*. Washington, DC: United States Environmental Protection Agency.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud*. Ginebra.
- Ryff, C. (1998). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. doi: 10.1037/h0054778
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Sanchez, E., Garrido, A., & Álvaro, J.L. (2003). Un modelo psico-sociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social*, 18(1), 17-33. doi: 10.1174/02134740360521750
- Santos, A. F. (2010). *Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa: um modelo teórico para o estresse*. (Tese de Doutorado não Publicada). Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Schnittker, J., & McLeod, J. D. (2005). The social psychology of health disparities. *Annual Review of Sociology*, 31, 75-103. doi: 10.1146/annurev.soc.30.012703.110622

- Schulz, A.J., & Northridge, M. (2004). Social determinants of health and environmental health promotion. *Health Education & Behavior, 31*(4), 455-471. doi: 10.1177/1090198104265598
- Schwartz, S., & Meyer, I.H. (2010). Mental health disparities research: the impact of within and between group analyses on tests of social stress hypotheses. *Social Science & Medicine, 70*, 1111-1118. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.11.032
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Sexton, K., & Hattis, D. (2007). Assessing cumulative health risks from exposure to environmental mixtures: Three fundamental questions. *Environmental Health Perspectives, 115*(5), 825-832. doi: 10.1289/ehp.9333
- Shmotkin, D., & Lomranz, J. (1998). Subjective well-being among Holocaust survivors: An examination of overlooked differentiations. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 141-155. doi:10.1037/0022-3514.75.1.141
- Wilkinson, R. (2006). Ourselves and others – for better or worse: social vulnerability and inequality. In M. Marmot & R.G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (pp.341-358). New York: Oxford.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: Solid facts*. Copenhagen: WHO Europe.
- Wittenberg, M. T., & Reis, H. T. (1996). Loneliness, social skills and social perception. *Personality and Social Psychology Bulletin, 12*(1), 121-130. doi: 10.1177/0146167286121012

Como Citar:

Fernandes, S. R., Techio, E., & Faro, A. (2014). Pesquisas em Psicologia Social e da Saúde. *Revista Brasileira de Psicologia, 1*(2).