

Interface Saúde

SAÚDE E BEM-ESTAR SUBJETIVO: CONCEITOS E MEDIDAS

Gislene Farias de Oliveira (1)
Rodrigo José Floro Luciano da Silva (2)
Regina Cláudia Rafael de Sousa (3)

Introdução

Saúde e Doença são construtos relacionados com as condições de vida de uma comunidade. Pessoas e grupos não adoecem e/ou morrem por conta de causas similares, uma vez que suas experiências laborais e condições sócio-econômicas e culturais são diferentes.

Segundo a legislação brasileira sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, esta teria “como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais” (Diário Oficial da União, 1990, p.1855).

A Organização Mundial de Saúde – OMS define a saúde como sendo “...um estado de completo bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1960, p.3). Trata-se de uma definição que dá um conceito positivo de saúde, que admite níveis de melhor ou mais prejudicado este estado, não necessariamente estando com alguma doença.

Esta definição nos leva a refletir que tanto o bem estar físico e mental quanto o social exigem, para sua obtenção ou manutenção, uma atuação de diversos setores da sociedade organizada. Inclui, além das atividades no campo da saúde, atividades no campo das políticas públicas em âmbito nutricional, educacional, de seguridade social, de promoção de emprego e renda, dentre outras. Estas são efetuadas, sob o controle e responsabilidade do Estado.

Além da saúde física tradicional, inclui-se também a saúde oral de maneira implícita, como nos esclarece Narvai (2001, p.1),

Um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções de modo que lhe pareçam adequadas e lhe permitam sentir-se bem, contribuindo desta forma para a sua saúde geral.

Daí a necessidade da recente inclusão desses profissionais em programas governamentais de prevenção e atenção à saúde, tal como o Programa de Saúde da Família.

Conceitos e Medidas de Saúde

Nas últimas décadas, tem ocorrido grande avanço na assistência à saúde de uma maneira geral. Novas tecnologias têm surgido, e vêm sendo utilizadas na sua recuperação e manutenção.

O Brasil, apesar de ser um país rico em recursos minerais e agrícolas, considerado uma das maiores economias do planeta, enfrenta sérios problemas: 70% da população encontra-se em situação de pobreza, alguns em miséria absoluta, enquanto 50% do produto interno bruto estão nas mãos de apenas 10% da população. As desigualdades econômicas aliadas a outras adversidades apresentam-se como um grande desafio (MADEIRA, 1994).

Em setembro de 1978, na cidade de Alma Ata, Capital da República do Kazaquistão, foi realizada a conferência internacional sobre cuidados primários de saúde com o objetivo principal de analisar e propor alternativas que mudassem o quadro de saúde predominante, onde mais da metade da população mundial, não vinha usufruindo dos benefícios de um adequado atendimento.

Os cuidados primários de saúde incluem, segundo a declaração de Alma Ata, a educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos, para sua prevenção e controle, promoção na distribuição de alimentos e de nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e

controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns, bem como o fornecimento de medicamentos essenciais (OMS/UNICEF, 1979).

Conforme Andrade (1999) na declaração de Alma Ata destaca-se os seguintes elementos da atuação da saúde: intersectorialidade, integralidade das ações, participação comunitária, inclusive no processo de planejamento; prioridade para os mais necessitados, equidade, tratar os desiguais de forma desigual e organização de um sistema de referência que contribua com a melhoria dos cuidados gerais de saúde. A Conferência de Alma Ata estabelece um novo paradigma para a saúde, baseando-se essencialmente, em ações de caráter preventivo e de promoção a saúde, com a proposta de “saúde para todos no ano 2000”. A estratégia de atenção primária de saúde alcançou destaque especial na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da carta de Ottawa.

Os principais fatores determinantes do processo saúde-doença, conforme Chaves (1998), têm sido pouco influenciados pela ação de serviços de saúde, guardando uma maior relação com as condições sócio-econômicas do que com a disponibilidade de serviços. Sendo assim, faz-se necessário que ocorram mudanças fundamentais na organização dos serviços oferecidos, para que os sistemas de saúde cumpram o seu papel de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo.

O Ministério da Saúde em 1994, criou o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito foi reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Uma outra finalidade foi a de aprofundar os laços de compromisso e responsabilidade entre as autoridades sanitárias, a instituição, os profissionais de saúde e a população favorecendo assim, a transição do antigo modelo centralizado no hospital para uma assistência com ênfase na promoção à saúde.

O Programa Saúde da Família incorpora os agentes comunitários de saúde e mais um médico generalista, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem um cirurgião dentista e mais dois técnicos de nível médio. Alguns programas incluem outros profissionais como o Psicólogo, de acordo com as necessidades municipais. Cada equipe assume a responsabilidade de uma área geográfica onde residam entre 600 a 100 famílias, com um máximo de 4.500 habitantes (ROUQUAYROL, 1999). A partir do cadastramento dessas famílias, seria então possível o conhecimento de suas necessidades e o planejamento das ações (Ministério da Saúde, 2000).

Com essa proposta o Programa Saúde da família foi, a princípio, aderido por 55 municípios, colocando em ação 328 equipes. Esta nova concepção de atuação gerou alguma

resistência por parte dos profissionais, pois tratava-se de uma proposta de desenvolvimento de um trabalho prioritariamente multidisciplinar. O indivíduo já não poderia mais ser visto como uma parte fragmentada, e sim como um todo inserido em um contexto real (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Corrigindo e superando algumas dificuldades, em 1996 o Programa Saúde da Família ganhou impulso e foi incampado por mais de 900 municípios, passando para 847 equipes. No primeiro semestre de 2001 este número era de 12 mil equipes, atuando em mais de 4.500 municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Das equipes em funcionamento 40% estão na região nordeste, sendo que 52% no estado do Ceará, 16% no estado de Alagoas e 19% no estado de Pernambuco (ANDRADE, 1998, p.19).

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e a FIOCRUZ em todo o Brasil, mostra que até 1999 o Ceará era o estado com maior número de equipes do Programa saúde da Família. Dos entrevistados, 98% dos profissionais trabalhando nas equipes da federação, acreditam que contribuíram ou estão contribuindo para melhoria das condições de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O Programa de Saúde da Família estabelece um vínculo de responsabilidade entre as famílias e os profissionais de saúde. A proximidade possibilita assistência contínua, evitando assim complicações e encaminhamentos desnecessários para especialistas e hospitais. A implantação da Atenção Básica possibilita a organização e o adequado funcionamento dos serviços de média e alta complexidade, sem perder de vista o compromisso da integralidade. Só assim será possível acabar com as filas, com o consumo abusivo e inadequado de medicamentos e com o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia (ANDRADE e MARTINS JÚNIOR, 1994).

Os problemas mais comuns devem ser resolvidos na atenção básica, deixando que os ambulatórios de especialidades e os hospitais cumpram com competência seu verdadeiro papel. A nova programação deve redefinir as rotinas de trabalho, reorganizando os fluxos de demandas e instituir a atenção domiciliar.

Este estudo é fruto de uma necessidade em buscar um instrumental que avalie as possibilidades de bem-estar dos acadêmicos e profissionais que atuam ou que podem vir a atuar em equipes do Programa de saúde da Família.

Bem-Estar Subjetivo

Os primeiros estudos sobre a temática do bem-estar surgiram por volta dos anos 60 (DIENER e cols, 1999). À partir de então, outros pesquisadores demonstraram interesse neste tema (DENEVE e COOPER,1998; DIENER, 2000; DUBÉ, JODIN e KAIROUZ, 1998; KASSER e RYAN, 1993, 1996; LUCAS, DIENER e SUH, 1996; RYAN e cols., 1999; RYAN e DECI, 2000b; RYFF, 1989; SCHMUTTE e RYFF, 1997).

As pesquisas sobre o bem-estar mostraram-se focadas dentro de uma perspectiva da Psicologia Positiva, que toma como referência de estudos, a análise de experiências subjetivas tais como satisfação, auto-realização, contentamento, felicidade, esperança, traços individuais positivos, perseverança, talento, sabedoria, dentre outros aspectos inerentes à positividade do ser humano. A premissa básica seria a de que, conhecendo-se o que leva as pessoas a uma maior satisfação e sentimento de bem-estar, seria possível proporcionar-lhes esse conhecimento, de forma que o indivíduo, consciente de tais condições, oriente melhor sua vida em termos de atitudes mais saudáveis.

O objetivo principal dessa Premissa é propor uma mudança do foco de preocupação com as suas dificuldades, em direção a seu lado oposto, o qual se refere à construção das qualidades e atitudes mais positivas, criando assim maiores possibilidades (SELIGMAN e CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Segundo os autores citados anteriormente, a Psicologia durante muito tempo, orientou seu foco de atuação para tornar-se uma ciência da cura, com foco na patologia e não na promoção da saúde. Um outro estudo destes autores, sobre as pesquisas relacionadas a temas da Psicologia, revelou que se sabe muito mais acerca das emoções negativas que promovem as doenças, do que propriamente qual a influência das emoções positivas sobre a saúde.

Maslow e Rogers foram estudiosos que aportaram estudos mais abrangentes do ser humano, não se detendo apenas na sua patologia, mas atuando também nas áreas do trabalho, da educação, do desenvolvimento da potencialidade humana, etc. (SELIGMAN e CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Muitos estudos demonstram interesse pela temática do Bem-estar associadas a diversas dimensões do ser humano (RUSSO e DABUL, 1997); (SCHMUTTE e RYFF, 1997); (GROL e cols., 1996), (GUEDEA, 2002). Segundo Wilson (1967), citado em Diener e cols. (1999), uma pessoa feliz seria aquela jovem, saudável, bem educada, otimista, livre de preocupações etc. Observa-se que os estudos sobre o bem-estar subjetivo, apresentavam uma tendência em avaliar este construto como uma declaração de felicidade, a partir das condições

mais positivas que as pessoas possuísem. Estudos mais recentes (DIENER e cols, 1999) sobre a subjetividade do bem-estar têm demonstrado que não são apenas as condições sócio-demográficas (estado civil, idade, sexo, renda, raça etc.) que definem a sensação de bem-estar sentida pelas pessoas, mas uma combinação de processos subjetivos próprios de cada indivíduo, isto é, as estruturas internas da pessoa ajudam a forma como são percebidos e internalizados os eventos externos, o que refletirá na sua auto-avaliação do seu estado de bem-estar (DIENER e cols., 1999; GOUVEIA, CHAVES, DIAS, GOUVEIA e ANDRADE, 2003).

As necessidades são um outro aspecto que tem despertado interesse de estudiosos do bem-estar. Wilson (1967) citado em Diener e cols. (1999) ressalta que a pronta satisfação das necessidades causa felicidade, enquanto o seu não atendimento causa a infelicidade (DIENER e cols., 1999).

Observa-se pois que, o bem-estar é um construto multidimensional que precisa ser bem delimitado para sua compreensão.

Perspectivas do Bem-estar Subjetivo

Ryan e Deci (2001) propuseram que o conceito de bem-estar subjetivo estaria relacionado a um funcionamento e a uma experiência psicológica adequadas. Seria um estado de satisfação consigo e com o seu meio, onde esteja inserido. Este sentimento seria função da influência de múltiplas variáveis como a cultura e a personalidade do indivíduo (DIENER, OISHI e LUCAS, 2003).

Essa conceituação propõe duas perspectivas teóricas: Uma *hedônica* e a outra *eudaimônica*. No caso da perspectiva Hedônica, o bem-estar estaria associado ao prazer (da mente ou do corpo), ou à felicidade. Na Psicanálise, o *princípio do prazer* ilustra essa perspectiva e, segundo Gouveia e cols. (2003), esta apresenta o bem-estar como uma necessidade de busca de realização, um desejo de consumo e de liberdade ilimitada. O bem-estar, neste sentido seria sentido conforme a satisfação de todos os desejos. Fromm (1976), afirma que, tal busca acarretaria outros desejos, que, em necessidade contínua de satisfação, leva as pessoas a sentirem-se solitárias, ansiosas e deprimidas.

A perspectiva eudaimônica, refere-se ao bem-estar como algo diferente de felicidade por si (RYAN e DECI, 2001). Neste caso, o bem-estar seria obtido à medida que a pessoa satisfaz suas necessidades de crescimento pessoal ou auto-realização. Neste caso, sentido

como algo mais duradouro no indivíduo. Para Ryan e Deci (2001) o bem-estar deve ser visto como multidimensional, incluindo aspectos de ambas as perspectivas. Gouveia e cols. (2003) consideraram-nas utilizando diferentes medidas para verificar o bem-estar, algumas das quais serão utilizadas no presente estudo, incluindo o componente saúde mental.

Medidas do Bem-Estar Subjetivo

É muito diversificada a quantidade de medidas e de metodologias para se avaliar o bem-estar, desde diagnósticos clínicos através da declaração de uma série de sintomas, como os que envolvem instrumentos de medidas que levam em conta a saúde mental e outros indicadores de bem-estar.

Alguns estudos consideram como indicadores do bem-estar principalmente a *satisfação com a vida*, ou a satisfação com áreas importantes da vida como o *trabalho* e os *afetos positivos* (DIENER, 2000). Pesquisas de Gouveia e cols. (2003) também os considera em suas pesquisas sobre bem-estar. Ryan e Frederick (1997) acrescentam a estes, outro indicador: a vitalidade subjetiva, que indica o estado da pessoa se sentir viva e disposta, não se restringindo a aspectos de saúde física, mas incluindo também fatores psicológicos como: sentir amor ou sentir-se ativo, por exemplo.

Chaves (2003) utilizou tais aspectos, em uma única estrutura geral do construto, verificando a convergência entre indicadores do bem-estar como *vitalidade*, *afetos positivos* e *afetos negativos*, *satisfação com a vida*, *ansiedade* e *depressão*.

Os principais componentes do construto bem-estar subjetivo, segundo Diener (2000) são três: 1- *satisfação com a vida* (avaliação geral da vida da pessoa), 2- *satisfação com áreas importantes da vida* (por exemplo, satisfação no trabalho), e 3- *afetos positivos* (por exemplo, experiências emocionais prazerosas). Ao menos um dos três componentes descritos por Diener (2000) está presente na maioria dos estudos sobre bem-estar (DIENER e DIENER, 1995; RAPKIN e FISCHER, 1992; RYFF, 1989; RYFF e KEYES, 1995).

Compton e cols. (1996) são um exemplo da diversidade de medidas utilizadas para avaliar este construto. Estes autores consideraram 18 escalas que avaliam saúde mental, as quais foram respondidas por 338 pessoas, entre estudantes universitários e da população geral. Com suas respostas efetuaram uma análise dos componentes principais, tendo encontrado dois grandes fatores de primeira ordem que avaliavam *bem-estar subjetivo* e *crescimento pessoal*, os quais foram correlacionados entre si. Entre as medidas do primeiro fator estavam:

felicidade, satisfação com a vida, sentido de coerência, equilíbrio afetivo, qualidade de vida, otimismo, bem-estar psicológico, positividade defensiva e auto-estima; e as medidas do segundo fator foram: abertura à experiência, maturidade, auto-realização, vigor e promoção auto-enganosa.

Ryan e Frederick (1997) propõem um outro indicador de bem-estar: a *vitalidade subjetiva*, que sugere um estado em que a pessoa sente-se vivo e alerta, e tem energia para si. Com isto se quer dizer que a sensação de sentir-se vivo e energizado não se limita à experiência física apenas de saúde ou ausência de sintomas físicos, mas também a fatores psicológicos, tais como sentir amor, ser eficiente, ter algo a realizar etc.

A *vitalidade* apresenta também especificidade na sua compreensão. Ryan e Frederick (1997), desenvolveram uma escala de *vitalidade subjetiva* e encontraram que tal construto está positivamente correlacionado com a auto-atualização e auto-estima e negativamente correlacionado à depressão e à ansiedade, uma vez que estes últimos representam um obstáculo à atualização, com perda de energia.

Para esse fim de medição, ampliando cada vez mais os diferentes indicadores de bem-estar, Lucas, Diener e Suh (1996) também realizaram estudos para comprovar a validade convergente e discriminante de cinco medidas de bem-estar subjetivo: *satisfação com a vida, afetos positivos, afetos negativos, auto-estima e otimismo*, utilizando auto-relatos, relatos de informantes e os dois tipos anteriores simultaneamente. Sua análise através de matrizes de multitraço e multimétodo revelou convergência entre tais medidas, mas também especificidades, por exemplo: a *satisfação com a vida* se correlacionou diretamente com o *afeto positivo* e inversamente com o *afeto negativo*. Por outro lado, o *afeto positivo* e o *afeto negativo* não se correlacionaram significativamente entre si nas condições de auto-relato.

Em observação a existência de diferentes medidas do bem-estar subjetivo, concluímos ser este construto multidimensional e bastante complexo, necessitando-se ampliar estudos nesta área do conhecimento.

Referências

- ANDRADE, L.O.M. E MARTINS JÚNIOR, T. Saúde da Família: construindo um novo modelo. A experiência de Sobral. **Rev. Sobralense de Políticas Públicas**, Sobral, v.1, no.1, out-dez, 1999.
- CHAVES, M. M. **Complexidade e Transdisciplinaridade:** uma abordagem Multidimensional do Setor Saúde, Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.

- CHAVES, S. S. DA SILVA. **Valores como preditores do Bem-estar subjetivo**. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2003.
- DENEVE, K. M. E COOPER, H. The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. **Psychological Bulletin**, 124, 197-229, 1998.
- DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.1855, Set, 1990.
- DIENER, E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. **American Psychologist**, 55, 34-43, 2000.
- DIENER, E., SUH, E. M., LUCAS, R. E. & SMITH, H. L. Subjective well-being. Three decades of progress. **Psychological Bulletin**, 125, 276-302. 1999.
- DUBÉ, L., JODOIN, M. & KAIROUZ, S. On the cognitive basis of subjective well-being analysis: What do individuals have to say about it? **Canadian Journal of Behavioural Science**, 30, 1-13. 1998.
- FROMM, E. **Ter ou ser?** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976.
- GUEDEA, M. T. D. **Bem-estar subjetivo em idosos**. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2002.
- GOUVEIA, V. V., CHAVES, S. S. DA S., DIAS, M. R., GOUVEIA, R. S. V. & ANDRADE, P. R. . Valores humanos y salud general: Aportaciones desde la psicología social. Em M. A. Vidal (Coord.), **Psicosociología del cuidado** (pp. 19-38). Moncada: CEU, 2003.
- KASSER, T. E RYAN, R. M. A dark side of the american dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. **Journal of Personality and Social Psychology**, 65, 410-422, 1993.
- LUCAS, R. E., DIENER, E. E SUH, E. Discriminant validity of well-being measures. **Journal of Personality and Social Psychology**, 71, 616-628, 1996.
- MADEIRA, L M. – **Alta Hospitalar da Criança**: Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento. Ano IV, n.2, 1994, Faculdade de Saúde Pública da USP.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROMOÇÃO DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses. Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Departamento de assistência e promoção à saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da saúde, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Saúde da Família. Disponível em < http://www.portalweb02.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149 > Acesso em 29/11/2004.
- NARVAI, P. C. **Saúde bucal e incapacidade bucal**. Disponível em < <http://www.jornaldosite.com.br> > Acesso em 28/04/03.
- OMS-UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Brasília: MS, 1979.
- OLIVEIRA, G.F. de. **Bem-estar subjetivo: A situação laboral dos médicos**. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2008.
- RAPKIN, B. D. & FISCHER, K. Framing the construct of life satisfaction in terms of older adults' personal. **Psychology and Aging**, 7, 138-149, 1992.
- ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde**. 5ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 600 p.

- RYAN, R. M., CHIRKOV, V. I., LITTLE, T. D., SHELDON, K. M., TIMOSHINA, E. & DECI, E. L. The American dream in Russia: Extrinsic aspirations and well-being in two cultures. **Personality and Social Psychology Bulletin**, 25, 1509-1524, 1999.
- RYAN, R. M. & DECI, E. L. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. **Contemporary Educational Psychology**, 25, 54-67, 2000.
- RYAN, R. M. & FREDERICK, C. M. On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. **Journal of Personality**, 65, 259-565, 1997.
- SELIGMAN, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. Positive psychology – An introduction. **American Psychologist**, 55, 5–14, 2000.

Sobre os autores:

- (1) **Gislene Farias de Oliveira** é Psicóloga e Professora da Universidade Regional do Cariri –URCA e da Universidade Federal do Ceará – UFC. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB.
E-mail: gislenefo@hotmail.com
- (2) **Rodrigo José Floro Luciano da Silva** é Médico, pela Universidade de Pernambuco – UPE.
E-mail: rodrigo_floro@hotmail.com
- (3) **Regina Cláudia Rafael de Sousa** é Médica pela Universidade Federal do Ceará – UFC.
E-mail: reginaclaudiars@hotmail.com

Como citar este artigo (Formato ISO):

OLIVEIRA, G.F.; SILVA, R.F.L., SOUSA, R.C.R. Saúde e Bem-Estar Subjetivo: conceitos e medidas. **Id on Line Revista de Psicologia**, Novembro de 2010, vol.1, no.12, p.57-66. ISSN 1981-1189.