

EMOÇÃO... EMOÇÕES... QUE IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA?...

Maria da Conceição Almeida Martins *
Jorge Manuel Cardoso Dias de Melo **

Palavras-chave: Emoções; Saúde; Stress; Adaptação; Riso; Bom Humor e
Vida Afectiva.

*“Quando as emoções são recalçadas demais,
criam o embotamento e a distância;
quando extremadas e persistentes
tornam-se patológicas”.*

(Vaz Serra, 1999)

1- AS EMOÇÕES – CONCEPTUALIZAÇÃO

Emoções (emoção, do Latim *emovere*, significa movimentar, deslocar) são, como sua própria etimologia sugere, reacções manifestas frente àquelas condições afectivas que, pela sua intensidade, nos mobilizam para algum tipo de acção. Tal como as define Levenson (1994), as emoções são fenómenos psicofisiológicos de curta duração, que representam modos eficientes de adaptação às constantes exigências do meio ambiente.

Do ponto de vista psicológico, as emoções alteram a atenção, são determinantes em certos comportamentos e activam aspectos de relevo da memória. Do ponto de vista fisiológico, as emoções organizam de forma rápida respostas de diferentes sistemas biológicos, como sejam a expressão facial, o tonus muscular, a voz e a actividade do sistema nervoso vegetativo e endócrino, de modo a conseguir uma optimização do meio interno para uma resposta eficaz (Vaz Serra, 1999).

De acordo com Averill (1996), algumas das emoções são padrões inatos da personalidade, sendo que a expressão ou a inibição das emoções, tanto na infância como na idade adulta, depende do desenvolvimento cognitivo do indivíduo e do contexto sociocultural em que se movimenta. Segundo o supracitado autor, as emoções podem

* Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu.

** Enfermeiro Especialista do Hospital de S. Teotónio, Viseu.

estar ligadas tanto a comportamentos considerados normais como a manifestações desadaptadas.

Também Izard et al. (1998) realçam a importância das emoções no desenvolvimento de personalidades saudáveis, na competência social e no eventual aparecimento de psicopatologia. Em sua opinião, as aptidões que um indivíduo possui para compreender e orientar as emoções são mais importantes para o seu ajustamento e competência em geral do que o próprio QI (Quociente de Inteligência). Estes e outros autores salientam ainda a existência de três emoções básicas, o medo, a cólera e a tristeza, e chamam a atenção para o facto de, nos seres humanos, serem estas emoções que se encontram na base de estados biopsicopatológicos (Vaz Serra, 1999).

Perante estas considerações, pode constatar-se que as emoções são de extrema importância, tanto numa perspectiva psicológica, como biológica e social. A nível psicológico e cognitivo, refere Vaz Serra (1999), as emoções modificam funções intelectuais, nomeadamente a percepção, o pensamento, a memória, a atenção, a capacidade de concentração e a consciência crítica. Do ponto de vista biológico, induzem modificações corporais e, quando ocorrem, alteram o traçado electroencefalográfico, a tensão muscular, a activação do sistema nervoso vegetativo e certas secreções hormonais, como a adrenalina, a noradrenalina, a insulina e os corticosteróides, podendo conduzir a doenças psicossomáticas. Numa perspectiva social, as emoções desempenham um papel de especial relevo na motivação humana, podendo influenciar aspectos como a personalidade, as relações sociais, o desempenho profissional, a vida sexual, a ascensão numa carreira ou a própria maneira de viver dos indivíduos (Vaz Serra, 1999).

Cabe salientar que, nas últimas décadas, vários são os autores que defendem que o objectivo que devemos atingir é o equilíbrio psicológico, biológico e social e não a eliminação das emoções. Partindo do pressuposto de que todo o sentimento tem o seu valor e sentido, estudos recentes têm demonstrado que o importante é a “*emoção controlada/orientada*”, ou seja, o sentimento proporcional à circunstância. Isto porque, “*quando as emoções são recalçadas demais, criam o embotamento e a distância; quando extremadas e persistentes tornam-se patológicas*” (Vaz Serra, 1999).

Com efeito, “controlar” as nossas emoções é quase uma actividade de tempo integral: muito daquilo que fazemos é uma tentativa de “controlar” o estado de espírito. Desde ler um romance, ou ver televisão, até as actividades e companhias que preferimos, tudo isto pode ser uma maneira de nos sentirmos melhor.

Alguns autores afirmam mesmo haver uma manifesta independência entre a inteligência emocional e inteligência cognitiva, uma vez que têm constatado pouca ou nenhuma relação entre graus de QI (Quociente de Inteligência) e o bem-estar emocional das pessoas. É facto que, até há bem pouco tempo, os nossos sentimentos e emoções eram vistos como algo a ser reprimido e controlado para não perturbar o nosso raciocí-

nio lógico. Contudo, estudos recentes, tendo em vista o desenvolvimento do indivíduo e a saúde humana, numa perspectiva biopsicossocial, para uma boa Qualidade de Vida, tendem a valorizar os aspectos emocionais da inteligência, os quais, durante muito tempo, foram negligenciados.

Através da revisão da literatura temos verificado, também, que a nossa vida emocional tem sido sistematicamente descurada pelo contexto sócio cultural em que estamos inseridos. A nossa educação, baseada em princípios cartesianos, realça a importância dos processos intelectuais e cognitivos. No entanto, estudos realizados por vários autores demonstram que a felicidade e bem-estar, no sentido de desenvolvimento e de saúde, numa perspectiva construtivista, dependem muito mais dos nossos processos emocionais do que dos nossos processos intelectuais. Assim, a abertura das escolas para o conceito de inteligência emocional e suas implicações está revolucionando o meio educacional e é imprescindível para a preparação dos indivíduos para uma nova fase da humanidade. Desta maneira, parece ter surgido uma nova revolução no desenvolvimento das potencialidades do indivíduo, tendo em vista a saúde da pessoa humana, o seu bem-estar e felicidade e a sua qualidade de vida, numa forma responsável e responsabilizante, através da educação emocional.

Antes porém, será necessário descrever aqui, o que se entende por inteligência emocional. Trata-se um conceito novo, visto como um conceito académico, recentemente apresentado por Goleman (1999).

De acordo com este autor, a pedra basilar da inteligência emocional é a autoconsciência, ou seja, “*o reconhecimento de um sentimento enquanto ele decorre*”, chamando a atenção para a necessidade de ensinar o “alfabeto emocional”, no qual realça as seguintes aptidões essenciais: autoconsciência; administração de sentimentos aflitivos; manutenção do optimismo; perseverança, apesar das frustrações; aumento da empatia - a capacidade de ler as emoções do outro; cooperação, envolvimento; capacidade de se motivar a si mesmo.

Basicamente, o autor defende que as descobertas relativas à estrutura emocional do cérebro mostram a existência de circuitos que determinam o comportamento; as lições apreendidas na infância modelam os circuitos emocionais que comandam a ira, o medo, a paixão, a alegria, e que a grande revelação é que tais circuitos podem ser trabalhados e os hábitos podem ser modelados. E, ao contrário do que muitos acreditam, diz o autor, o problema não é a emocionalidade, mas a adequação da emoção e sua manifestação. As emoções são impulsos para o agir, planos instintivos para lidar com a vida. Podem ser nocivas ou benéficas para o desenvolvimento do indivíduo e para a saúde humana (Goleman, 1999).

Nesta perspectiva, de acordo com alguns autores, a questão que se coloca é: mais do que desenvolver a inteligência emocional, deve libertar-se a inteligência emocional.

Recordemos, porém, que, até há bem pouco tempo, a formação emocional era vista como uma função dos pais e família. As dificuldades emocionais dos indivíduos eram consideradas um problema privado, que cada um devia resolver individualmente. Deste modo, a ênfase nos processos básicos de formação educacional (escola) e nos treinamentos avançados para o trabalho (cursos profissionalizantes, superiores, universitários) tem sido colocada na capacitação intelectual dos indivíduos. Actualmente, os recentes avanços das ciências da mente e do comportamento (psiquiatria, psicologia, neurofisiologia) têm demonstrado a importância das emoções nos processos de decisão e no desempenho profissional dos indivíduos e grupos. No entanto, a falta de aptidão emocional pode gerar uma série de dificuldades pessoais, familiares, escolares, de interacção social e no trabalho.

Face a estes desenvolvimentos, alguns estudos têm demonstrado também que os indivíduos, cada vez mais, têm tomado consciência da necessidade de desenvolvimento das suas aptidões emocionais para o seu bom desempenho pessoal e profissional. Pesquisas realizadas demonstram ainda que as escolas, em países desenvolvidos, passaram a voltar-se também para a formação emocional dos alunos, para a capacitação dos seus professores, para trabalhar com estes aspectos, tal como as organizações estão a adoptar programas de treinamento emocional para os seus líderes e funcionários. Dos resultados já observados, constata-se que a educação emocional melhora as relações interpessoais na família, no trabalho e, conseqüentemente, leva a uma maior satisfação na vida pessoal, social e profissional.

Destes estudos, parece-nos então poder inferir da influência (positiva) da acção das emoções no desenvolvimento harmonioso do indivíduo e na saúde humana, numa perspectiva integral, biopsicossocial.

De acordo com alguns autores, o instrumento para trabalhar os aspectos emocionais da inteligência tem sido designado como “treinamento emocional” ou “educação emocional”. A educação emocional, já implantada em alguns países, é a aplicação sistematizada de um conjunto de técnicas psicopedagógicas que visam desenvolver 5 aptidões emocionais básicas:

Capacidade de reconhecer os próprios sentimentos: se não for capaz de avaliar a qualidade e intensidade dos próprios sentimentos, o indivíduo não poderá definir até que ponto estes sentimentos o estão a influenciar positiva ou negativamente.

Capacidade de empatia: capacidade de sentir como o outro, de perceber as emoções do outro, como se estivéssemos no lugar dele. Ter esta capacidade é fundamental para estabelecermos relacionamentos bem sucedidos, seja na família ou no trabalho.

Capacidade de controlar as próprias emoções: Ter controlo nas próprias emoções significa ser capaz de expressar adequadamente o que se está sentindo, evitando expressões emocionais ofensivas e improdutivas, além de ser capaz de adiar a expressão das mesmas até ao momento propício. Isto é diferente de conter e simplesmente reprimir, suprimir ou engolir as emoções.

Capacidade de remediar danos emocionais (reparação): desenvolver a capacidade de reconhecer os próprios erros em relação aos outros e reparar os danos que isto possa ter causado, ou seja, saber desculpar-se efectivamente.

Capacidade de integração emocional e interactividade: habilidade de estar consciente do próprio estado emocional, ao mesmo tempo que se está em sintonia com o estado emocional daqueles que o cercam e ser capaz de interagir eficazmente com eles.

Os investigadores proponentes da educação emocional defendem que a pessoa emocionalmente educada consegue lidar melhor com situações emocionais complicadas que, potencialmente, poderiam resultar em conflitos, fúria, mentiras, agressões e mágoas infligidas mutuamente. Muitas vezes, as nossas interações sociais caracterizam-se pela hipocrisia e, frequentemente, podem tornar-se conflituosas e desgastantes. Em parte, isto ocorre porque o ser humano procura freneticamente aquilo que se definiu como “sucesso” e, para a saúde e desenvolvimento do indivíduo, lembramos:

A ideia de sucesso na sociedade actual está muito relacionada com a ideia de poder, especialmente no que se refere à capacidade de ganhos materiais, gerando um alto grau de competitividade, muitas vezes desenfreada e desleal. No entanto, estudos desenvolvidos têm demonstrado que o bem-estar dos indivíduos e o seu desenvolvimento como pessoa depende muito mais de factores emocionais, ou seja, *não tanto do que eu tenho mas do que eu sinto*.

Nesta perspectiva, a educação emocional tem como objectivo: criar condições para que qualquer diálogo, qualquer contacto humano, qualquer relação, seja ela breve ou prolongada, proporcione as melhores recompensas possíveis para todos os indivíduos envolvidos, contribua para o seu desenvolvimento e para uma saúde integral efectiva, ou seja, para a sua Qualidade de Vida.

2 - AS EMOÇÕES NA SAÚDE E NA QUALIDADE DE VIDA

“O fundamental, para o resgate da vida saudável, é a mudança na relação entre a pessoa e o mundo”.

Do ponto de vista psicológico, existem emoções naturais e fisiológicas que aparecem em todas as pessoas com um importante substrato biológico, designadamente a alegria, o medo, a ansiedade ou a raiva, entre outras. Tais emoções podem ser agradáveis ou desagradáveis, mobilizam-nos para a actividade e tomam parte na comunicação interpessoal. Portanto, essas emoções actuam como poderosos motivadores do comportamento humano.

Apesar disso, as emoções podem ter um importante papel no bem-estar psicológico e na Qualidade de Vida ou nos estados de saúde e de doença. Assim sendo, as emoções influem sobre a saúde e sobre a doença através de suas propriedades motivacionais, pela capacidade de modificar os comportamentos saudáveis, tais como os exercícios físicos, a dieta equilibrada, o descanso, etc., conduzindo muitas vezes para comportamentos menos saudáveis.

De acordo com vários autores, existem emoções negativas e emoções positivas. O termo, *emoções negativas* refere-se às emoções que produzem uma experiência emocional desagradável, como a ansiedade, a raiva e a tristeza, estas consideradas as três emoções negativas mais importantes. As *emoções positivas* são aquelas que geram uma experiência agradável, como a alegria, a felicidade ou o amor (Silva, 2000).

Segundo o supracitado autor, existem já dados suficientes para podermos afirmar que as emoções positivas potenciam a saúde, e consequentemente, a Qualidade de Vida dos indivíduos, ao contrário das emoções negativas que tendem a comprometê-la. Por exemplo, em períodos de grande stress, quando as pessoas desenvolvem muitas reacções emocionais negativas é mais provável que surjam certas doenças relacionadas com o sistema imunológico, como por exemplo, a gripe, herpes, diarreias, ou outras infecções ocasionadas por vírus oportunistas. Em contrapartida, o bom humor, o riso, a felicidade, ajudam a manter e/ou recuperar a saúde.

2.1- as emoções negativas na saúde e na qualidade de vida

No que respeita às emoções negativas, uma das reacções emocionais que mais se tem estudado é, sem dúvida, a ansiedade. Este é um estado emocional reconhecidamente associado a múltiplos transtornos. Uma segunda emoção negativa que tem sido muito estudada é a raiva, pela sua estreita relação com os transtornos cardi-

ovasculares. Finalmente, a tristeza e sua representação psicopatológica, a depressão, pelo facto desta se fazer acompanhar, em geral, de altos níveis de ansiedade.

A ansiedade, enquanto emoção, pode ser considerada como uma reacção natural que se produz diante de certos tipos de situações nas quais a pessoa necessitaria de recursos adaptativos extra. As situações onde se desencadeiam as reacções de ansiedade têm em comum, regra geral, a previsão subjectiva de possíveis consequências negativas para o indivíduo. Esta reacção supõe uma mobilização de diferentes recursos cognitivos, tais como a atenção, a percepção, a memória, o pensamento, a linguagem, entre outros aspectos cognitivos, de diferentes recursos fisiológicos, como a activação do sistema nervoso autónomo, da activação motora, da actividade glandular, e de diferentes recursos de comportamento, como estar alerta, evitar o perigo, entre outros. Tais recursos teriam como objectivo o enfrentamento das possíveis consequências negativas.

Apesar da ansiedade ser uma emoção natural, de carácter essencialmente adaptativo, quando excessiva ela pode estar na base de muitos processos que podem levar à doença (Silva, 2000).

De facto, refere o mesmo autor, quando a pessoa experimenta altos níveis de ansiedade, durante um tempo prolongado, o seu bem-estar psicológico pode ser seriamente prejudicado, os seus sistemas fisiológicos podem ser alterados por excesso de solicitação, o seu sistema imunológico pode ser incapaz de defender o seu organismo, os seus processos cognitivos podem ser prejudicados, provocando uma diminuição do rendimento e, finalmente, o evitamento das situações que provocam essas reacções ansiosas pode comprometer a sua vida profissional e levar a uma diminuição da sua Qualidade de Vida. A actividade cognitiva, por exemplo, pode ser muito prejudicada por processos emocionais, particularmente pela ansiedade. Assim sendo, por exemplo, o rendimento intelectual nos exames ou em outras situações de avaliação pode deteriorar-se (Silva, 2000).

Segundo (Falcone, 2000) há pessoas que se regozijam de saberem "controlar" as emoções. Mas, o facto de não se comportarem de acordo com esses sentimentos negativos não significa, de todo, que não estejam a experimentar as tais emoções negativas. Pode não bastar a essas pessoas o controlo das manifestações das emoções negativas, pois, mesmo controlando as reacções de ansiedade, pode haver níveis elevados da activação fisiológica global, de alterações do sistema nervoso autónomo ou de mudanças no sistema imunitário. Porém, essas pessoas, em vez de se imunizarem contra as emoções negativas, o que seria o ideal, dizem-se "controladas", podendo não estar a reconhecer os estados emocionais negativos que estão a experienciar como, por exemplo, a raiva, a ansiedade, o medo ou a tristeza. No entanto, as tentativas de se libertarem (dissimulando) dessas emoções negativas nem sempre tem êxito,

pois algumas pessoas que aparentam uma certa tranquilidade podem estar a desenvolver uma alta reactividade fisiológica. São, por vezes, obrigadas, pelo papel social que desempenham, a dissimular sentimentos diariamente, mas isso não significa que não estejam, no seu íntimo, a viver tais emoções.

De acordo com Silva (2000), acredita-se, actualmente, que os transtornos psicossomáticos ou psicofisiológicos, como algumas dores de cabeça, das costas, algumas arritmias cardíacas, certos tipos de hipertensão arterial, algumas doenças digestivas, entre tantas outras doenças, podem ser produzidas por uma excessiva activação das respostas fisiológicas do órgão ou sistema que sofre a lesão ou disfunção (cardiovascular, respiratório, urinário e outros). Segundo o mesmo autor, seria uma espécie de disfunção do órgão ou do sistema orgânico, por trabalhar em excesso por muito tempo, indo da emoção à lesão, dizendo, isto, respeito às doenças com verdadeiro componente orgânico, detectável por exames clínicos e não à somatização ou conversão, que são quadros onde existem as queixas, não se encontrando alterações orgânicas.

Ainda, para o supracitado autor, clinicamente, uma ampla variedade de transtornos psicofisiológicos pode estar associada à ansiedade, entre eles os transtornos cardiovasculares, digestivos, urinários, as cefaleias, a síndrome pré-menstrual, a asma, transtornos dermatológicos, transtornos sexuais, a dependência química, os transtornos da alimentação, a debilidade do sistema imunitário entre outros.

Adoptando a expressão **Da Emoção à Emoção Mesmo**, Silva (2000) refere que as emoções negativas podem determinar, não apenas uma repercussão orgânica, como se vê em psicossomática, mas, sobretudo, uma repercussão psicoemocional, sendo que, neste caso, o excesso de ansiedade poderia traduzir-se por Transtornos de Ansiedade que, actualmente, segundo as classificações internacionais (CID.10 e DSM.IV) apontam as seguintes manifestações clínicas da ansiedade patológica:

Ataque de Pânico: caracteriza-se por crise súbita de sintomas de apreensão, medo intenso ou terror, acompanhados habitualmente de sensação de morte iminente e sinais como palpitações, opressão ou mal-estar torácico, sensação de sufocamento, medo de perder o controlo e de ficar louco; **agorafobia:** caracteriza-se pelo aparecimento de ansiedade ou comportamento de evitamento de lugares ou situações de onde escapar pode ser difícil ou complicado, ou ainda de onde seja impossível conseguir ajuda no caso de se passar mal; **fobia específica:** caracteriza-se pela presença de ansiedade clinicamente significativa, como resposta à exposição a determinadas situações e/ou objectos específicos temidos irracionalmente, dando lugar a comportamentos de evitamento; **fobia social:** caracteriza-se pela presença de ansiedade, clinicamente significativa como resposta a situações sociais ou actuações em público, podendo, também, dar lugar a comportamentos de evitamento.

Esta classificação inclui ainda outras entidades relacionadas com os transtornos de ansiedade grave, mais directamente ligadas à psiquiatria mas que não são de desvalorizar no cidadão comum, pois como se costuma dizer “O doente tem sempre razão” e, muitas vezes, quando menos esperamos, os nossos doentes, supostamente com apenas doença orgânica, como é o caso dos insuficientes renais, recorrem ao suicídio.

Assim, desta classificação, destacam-se, ainda: **transtorno obsessivo-compulsivo**: caracterizando-se por obsessões que causam ansiedade e mal-estar significativos, e/ou compulsões, cujo propósito é neutralizar a ansiedade, sendo, as obsessões ideias involuntárias, recorrentes, persistentes, absurdas e geralmente desagradáveis que aparecem com grande frequência, sem que o indivíduo possa evitá-las, e as compulsões comportamentos repetitivos que se realizam em forma de rituais; **transtorno por stress pós-traumático**: caracterizando-se pela recorrência de experiências ou de acontecimentos altamente traumáticos, e comportamento de evitamento dos estímulos relacionados com a situação vivida como traumática; **transtorno por stress agudo**: caracterizando-se por sintomas parecidos com o transtorno por stress pós-traumático, que aparecem imediatamente depois de um acontecimento altamente traumático; **transtorno de ansiedade generalizada**: caracterizando-se pela presença de ansiedade e preocupações excessivas e persistentes durante pelo menos seis meses; **transtorno de ansiedade devido a doença orgânica**: caracterizando-se por sintomas proeminentes de ansiedade, que se consideram secundários a efeitos fisiológicos directos de uma doença subjacente; **transtorno de ansiedade induzido por substâncias**: caracterizando-se por sinais e sintomas proeminentes de ansiedade, secundários aos efeitos fisiológicos directos de uma droga, fármaco ou tóxico; **transtorno de ansiedade não especificado**, designação aplicada àqueles transtornos que se caracterizam por ansiedade ou evitamento fóbico proeminentes, que não reúnem os critérios diagnósticos dos transtornos de ansiedade já mencionados.

Voltando, ainda, às emoções negativas e ao seu impacto para a saúde e para a Qualidade de Vida, abordaremos agora alguns aspectos relacionados com os efeitos da raiva e do ódio. Não erraria totalmente se dissesse que vivemos a *Era da Raiva*. Tentando verificar a aprovação social das manifestações da Raiva, quatro estudos examinaram a consideração social que o sistema atribui para as pessoas “raivosas”. Esses estudos mostram que o povo atribui mais status às pessoas que expressam Raiva do que às pessoas que expressam tristeza ou mágoa. No primeiro estudo, os participantes aprovaram mais o presidente Clinton quando o viram expressar Raiva sobre o escândalo de Monica Lewinsky, do que quando o viram expressar tristeza ou mágoa.

Este efeito Raiva-tristeza foi confirmado num segundo estudo que envolveu um político desconhecido. O terceiro estudo mostrou que, numa companhia, conferir

alguma distinção esteve correlacionado com as avaliações de uns companheiros sobre a Raiva manifestada pelos outros, objectos da distinção. No estudo final, os participantes atribuíram um salário mais elevado, bem como um status mais elevado a um candidato ao emprego que se mostrasse mais irritado que triste. Além disso, os estudos de número 2 e 4 mostraram que as expressões de Raiva criam a impressão que a pessoa raivosa é mais competente (Tiedens, 2001).

Contudo, estudos vários têm demonstrado que, de facto, a raiva e o ódio matam ou, pelo menos, aumentam significativamente os riscos de se ter algum problema sério de saúde, onde se inclui desde uma simples crise alérgica, uma grave úlcera digestiva ou mesmo um fulminante ataque cardíaco. Janice Williams acompanhou, durante seis anos, 13.000 homens e mulheres com idade entre 45 e 64 anos e, tomando o comportamento como base, descobriu que as pessoas que se irritam intensamente, e com frequência, têm três vezes mais probabilidades de sofrer um enfarte do miocárdio que aquelas que encaram as adversidades com mais serenidade (Tiedens, 2001).

Tal acontece porque, a cada episódio de raiva e ódio, o organismo liberta uma carga extra de adrenalina no sangue (é o que acontece nas Suprarenais durante os episódios de Stress). O aumento da concentração de adrenalina aumenta o número de batimentos cardíacos e, simultaneamente, torna mais estreitos os vasos sanguíneos, o que aumenta a pressão arterial. A repetição desses episódios pode gerar dois problemas, em geral associados ao enfarte; alteração do ritmo cardíaco (arritmia), aumento da pressão arterial e uma súbita dilatação das placas de gordura que, porventura, estejam nas artérias (Silva, 2000).

É facto que a medicina tem enfatizado exaustivamente as condições de vida e de personalidade que favorecem a doença cardíaca; quem fuma, como se sabe, tem até cinco vezes mais possibilidades de sofrer um ataque cardíaco, pessoas com uma vida sedentária apresentam um risco 50% maior de ter problemas de coração, obesidade e outros problemas de saúde. No entanto, depois de muitos estudos, sabe-se que a influência da raiva no desenvolvimento de doenças cardíacas é comparável a essas causas anteriormente conhecidas e, mais do que isso, é independente das mesmas (Tiedens, 2001). Tal quer dizer que, se a pessoa não tiver nenhuma dessas condições relacionadas com o desenvolvimento de doenças cardíacas, mas não souber lidar com a raiva e com o ódio, estará, igualmente, susceptível às mesmas.

Com efeito, a ansiedade, a raiva e o ódio são emoções negativas extremamente nocivas à saúde. A este respeito, num artigo recente, Suinn (2001) oferece uma revisão selectiva da pesquisa nessa área e ilustra como a ansiedade e a raiva aumentam a vulnerabilidade às doenças, comprometem o sistema imunitário, aumentam níveis de gordura no sangue, exacerbam a dor e aumentam o risco da morte por doença

cardiovascular. Assim sendo, está provado que as pessoas cuja personalidade se classifica como “*Pavio Curto*” têm maiores probabilidades de sofrer do coração. Parar de fumar, fazer exercícios regularmente e ter uma alimentação saudável é difícil mas, dominar a raiva, parece ser mais difícil ainda (Suinn, 2001).

Porém, é difícil tentar estabelecer alguma relação entre raiva e agente stressor, desencadeante da raiva. Esta questão varia de pessoa para pessoa e depende, basicamente, da valorização que a pessoa dá aos objectos do mundo à sua volta e dos seus traços de personalidade.

De referir, no entanto, que o ódio é mais profundo que a raiva, ou seja, enquanto a raiva seria predominantemente uma emoção, o ódio seria, predominantemente, um sentimento. Paradoxalmente, podemos dizer que o ódio é um afecto tão primitivo como o amor. Com efeito, tanto como o amor, o ódio nasce de representações e desejos conscientes e inconscientes, os quais reflectem mais ou menos o narcisismo fisiológico que nos faz pensar sermos muito especiais. De facto, assim como no amor, só odiamos aquilo que nos for muito importante. Não há necessidade de serem muito importantes, para nós, as coisas pelas quais experimentamos raiva mas, para odiar é preciso valorizar o *objecto* odiado (Suinn, 2001).

De acordo com o supracitado autor, a teoria do Sujeito-Objecto coloca a ideia de que existem apenas duas coisas na nossa existência, o eu (self), o sujeito e o não-eu, o objecto. A mesma teoria defende, ainda, que tudo o que sentimos, desde o nosso nascimento, são emoções e sentimentos em resposta ao objecto. Para que essa teoria possa ter utilidade, é imprescindível entendermos o objecto como tudo aquilo que não é o eu, mais precisamente, tudo aquilo que não é “minha consciência”. Assim sendo, teremos os objectos do mundo externo ao sujeito, que são as coisas, os factos, os acontecimentos, e os objectos internos, que são os meus órgãos, a minha bioquímica e, nesse sentido, posso sentir raiva e outros sentimentos, em resposta a algum objecto externo (pessoa, trânsito, equipa de futebol...) ou sentir ansiedade e outros sentimentos, em resposta a algum objecto interno (hipertireoidismo, diabetes, hipertensão essencial e outros).

Porém, de qualquer forma, o mundo objectual (do não eu) só pode ter o valor que o sujeito lhe atribui. Para o sujeito nutrir sentimentos de ódio, é indispensável que atribua ao objecto do seu ódio um valor suficiente para fazê-lo reagir com esse tipo de sentimento. Obviamente, se ignorar o valor do objecto não poderá odiá-lo. Assim, em termos práticos, podemos dizer que a raiva, como uma emoção, não se transforma em mágoa, mas em stress, e o ódio, como sentimento, vai resultar numa mágoa crónica, numa angústia e frustração, difíceis de gerir. É importante, de facto, ter a noção de que nenhum dos dois é bom para a saúde; enquanto a raiva, através de seu aspecto agudo e stressante, proporciona uma revolução orgânica bastante impor-

tante, às vezes suficientemente importante para causar um transtorno físico agudo, do tipo enfarte ou derrame (AVC), o ódio consome o equilíbrio interno cronicamente, mais compatível com as doenças crônicas e incuráveis (Suinn, 2001).

De ressaltar que a força do ódio é muito grande. O sofrimento e o ódio são tão próximos e íntimos que, por vezes, os indivíduos acabam por voltar à teoria do sujeito-objecto! Isto, talvez porque a adoção da posição de apatia em relação ao ódio e à raiva seja o segredo para prevenir o sofrimento. Apatia no sentido valorativo, ou seja, não permitir que o nosso sujeito mobilize valores para os objectos potencialmente causadores de ódio e/ou raiva. Assim sendo, não experimentar o ódio, a raiva e, conseqüentemente, o sofrimento, torna-se uma condição de sobrevivência física e emocional, uma mais valia para o bem-estar e para a Qualidade de Vida dos indivíduos, como pessoas humanas que são.

Por outro lado, a raiva e os problemas de relacionamento e de adaptação social têm sido, também, uma das preocupações dos estudiosos, ao nível dos efeitos das emoções na saúde e na Qualidade de Vida dos indivíduos, tendo em conta o seu bem-estar integral.

A este propósito, Smith (2000) realizou uma pesquisa sobre a violência em 213 meninas, com idades entre os 9 e os 19 anos. O tema da pesquisa dizia respeito aos factores precipitantes da raiva, bem como aos comportamentos e relacionamentos interpessoais e aos problemas de conduta no lar e na escola. Os dados iniciais resultaram na separação em dois grupos; 54 delas consideradas como violentas e 159 como não-violentas. Neste estudo, a raiva, precipitada por situações específicas de injustiça, mostrou ser sempre mais intensa e generalizada nas meninas violentas do que nas meninas não-violentas. As meninas violentas, portanto, aquelas que nutriam mais o sentimento da raiva, tinham maior possibilidade de não gostar da escola e/ou de contestar sentidamente a disciplina da escola e demonstravam muito mais dificuldades adaptativas e pior relacionamento interpessoal, comparativamente com as meninas não-violentas (Smith, 2000).

Um outro aspecto que interessa referir, é que a violência e a agressividade no ambiente de trabalho são frequentes problemas da nossa vida quotidiana. Há estudos sobre a predisposição para o sarcasmo e para a raiva no ambiente do trabalho em determinados traços da personalidade (Calabrese, 2000). Tais estudos levaram a concluir que existem muitas variáveis para a exacerbação da raiva no ambiente de trabalho. Entre essas variáveis incluem-se as influências da cultura, variáveis pessoais e do sistema, o próprio ambiente de trabalho, se hostil ou não, os mecanismos psicológicos pessoais de defesa, as atitudes da liderança, o stress vigente e, finalmente, as diferenças da personalidade (Calabrese, 2000).

Outra investigação avaliou se as pessoas que haviam perpetrado algum tipo de violência poderiam ser diferenciadas de pessoas não violentas, através de medidas da raiva e da distorção cognitiva. Os resultados revelaram, como já se supunha, pelo bom senso, que as pessoas violentas tiveram níveis bem mais elevados de raiva dirigida ao exterior do que os participantes não violentos e, quando algum teste mostrava não haver diferenças entre níveis da raiva entre os participantes violentos e não violentos, além do acto agressivo, os resultados sugeriam que os indivíduos mais violentos têm dificuldade em controlar sentimentos de irritabilidade e, por isso, muito mais facilidade em expressar a raiva. Nenhuma diferença significativa se verificou em relação à racionalidade e intelectualidade dos dois grupos (Dye, 2000).

2.1.1- As emoções positivas na saúde e na qualidade de vida

No que concerne às designadas “emoções positivas”, é do senso comum que não fumar, alimentar-se equilibradamente, evitar carnes vermelhas e gordurosas, praticar exercícios físicos regularmente, dormir número satisfatório de horas, ter uma vida regrada, não cometer exageros e excessos, e outras tantas recomendações levam, com certeza, a uma maior longevidade, o que não significa que essa “eternidade de vida” seja vivida com uma boa Qualidade!

Com esta leve introdução pretende-se, apenas, mostrar que as atitudes necessárias para um modo de vida *correcto*, podem ser medidas e que fazem viver mais, mas, nem sempre melhor. Viver mais, não significa viver melhor, ou seja, quantidade não é sinónimo de qualidade.

Há alguns anos, afirmar que existia uma vinculação directa entre o humor e a boa saúde era quase uma heresia para a ciência. Porém, actualmente, as ciências médicas em geral, a psicologia, a sociologia e outras ciências sociais, a partir de vários estudos realizados, defendem a importância do bom humor, dos bons sentimentos e da afectividade sadia na Qualidade de Vida e na saúde global da pessoa, sobretudo na prevenção de doenças, e como factor de melhor recuperação de doenças graves, entre as quais as doenças crónicas.

Patch Adams é o nome de um filme, protagonizado por Robin Williams, que conta a história de um aplicado estudante de medicina que, de todas as maneiras possíveis, se empenhou em demonstrar a importância de humanizar a profissão médica, bem como a importância do humor como meio para atingir o bem-estar dos doentes. A partir deste e doutros exemplos, parece que, hoje, salvo infelizes excepções, já não existe dúvida nenhuma sobre a relação existente entre o stress, seja ele físico ou emocional, e a saúde orgânica, incluindo o funcionamento do sistema imunológico e o desenvolvimento de alguns tipos de doenças.

À pesquisa de tais questões dedica-se uma parte bastante nova da medicina e da psicologia, a **psiconeuroimunologia**, ou seja, o estudo da maneira pela qual as emoções influem no sistema imunológico das pessoas. Digamos que se trata do estudo dos mecanismos de interação e comunicação entre a mente e os três sistemas responsáveis por manter o organismo equilibrado: o sistema nervoso, o sistema imunitário e o sistema endócrino. A comunicação entre esses três sistemas, faz-se através de substâncias químicas, geradas por eles, como as hormonas, os neurotransmissores e as citocinas. Segundo as descobertas já feitas, os acontecimentos stressantes processados através da cognição da pessoa, ou seja, através do sistema de crenças e valores próprios de cada indivíduo, podem originar sentimentos negativos de cólera, raiva, depressão, falta de defesas e desesperança, sendo as pessoas com esses sentimentos consideradas possuidoras de um índice **emocional negativo**.

De referir que as investigações sobre as contribuições do bom humor para a saúde e Qualidade de Vida são mais recentes e menos numerosas do que os estudos sobre os efeitos nefastos da tristeza, da angústia e da raiva. Um estudo recente sobre a actividade das células tipo “T Killer”, importantes na imunidade contra tumores, mostrou os efeitos de programas que estimulam o riso e o bom humor no aumento da actividade desses componentes imunológicos, ao mesmo tempo em que os estados depressivos enfraqueciam esse aspecto da defesa orgânica (Takahashi, 2001).

Na mesma perspectiva, Berk e colaboradores (2001) estudaram, também, a modulação neuroimunológica durante e depois de doentes terem sido submetidos a programas associados ao bom humor e ao riso. Concluíram os autores que o riso e o bom humor podem ter efeitos benéficos na saúde, recomendando esse tipo alternativo de terapia para melhorar o bem-estar e como coadjuvante ao tratamento médico formal.

De facto, os efeitos do bom humor sobre a saúde física são tão evidentes que uma boa e sincera risada pode ter a importância de uma sessão de ginástica. Já na psicossomática a medicina preocupou-se, até agora, em mostrar os mesmos resultados de maneira inversa, ou seja, mostrando as relações entre determinadas emoções e a ocorrência de doenças cardíacas.

Importa referir que, na década de 1940, Flanders Dumbbar já descrevia algumas características de humor e comportamento do paciente coronariano. Dizia esse investigador que existia, entre os doentes coronários, grande número de pessoas compulsivas, com tendência ao trabalho contínuo, hiperactivos, que desprezavam as férias e não dividiam responsabilidades, além de negarem estar eventualmente emocionadas ou depressivas. Esta foi, talvez, a primeira observação para a futura classificação e denominação da chamada Personalidade Tipo A, a qual se viria a relacionar à maior propensão para o enfarte do miocárdio. Neste contexto, apresentam-se abaixo, as caracte-

rísticas da Personalidade Tipo A, com asteriscos nos traços compatíveis com o mau humor.

Características de Comportamento do Tipo A de Personalidade

1. Tendência para procurar atingir metas não bem definidas ou muito altas;
2. Acentuada impulsão para competir;
3. Desejo contínuo de ser reconhecido e de progredir;
4. Envolvimento em múltiplas funções;
5. Falta de tempo para terminar alguns empreendimentos;
6. Preocupação física e mental;
7. Incapacidade de relaxamento satisfatório, mesmo em épocas de folga;
8. Insatisfação crónica com as realizações;
9. Grau de ambição sempre acima do que se obtém;
10. Movimentos rápidos do corpo;
11. Tensão facial;
12. Entonação emotiva e explosiva na conversação normal;
13. Mãos e dentes quase sempre apertados.

Cabe, ainda, referir que a Personalidade Tipo A parece ser um complexo acção/emoção caracterizado por uma luta contínua, crónica e incessante na tentativa de atingir mais em menos tempo, abrigando uma hostilidade dissimulada e constante. Há na Personalidade Tipo A uma hostilidade manifesta ou dissimulada, alto grau de aborrecimento, irritação, rancor e impaciência, sentimentos que podem ser considerados como **índice emocional negativo**.

De realçar, também, que, assim como o cardiologista mais sensível detecta a Personalidade Tipo A associada à doença das coronárias, também os oncologistas, com as mesmas qualidades holísticas, conceituam e delineiam uma **Personalidade Tipo C**, onde o risco maior seria para as neoplasias. Neste tipo de personalidade haveria traços proeminentes de negação das experiências mais traumáticas, supressão das emoções e tendência à raiva. Outras características deste padrão de personalidade seriam amabilidade excessiva, porém, às vezes contrariada, não reconhecimento dos conflitos, aspiração social exagerada, comportamento forçosamente harmonioso, paciência desmedida mas dissimulada, racionalidade contundente e um rígido controlo da expressão emocional. As pessoas com este tipo de personalidade costumam ser verdadeiras pseudo-bem-humoradas (Baltrusch, Stangel e Titze, 1991).

Os supracitados pesquisadores consideram, também, para a Personalidade Tipo C, que o uso excessivo da negação e da repressão (mecanismos de defesa), bem como a dissimulação dos sentimentos são importantes factores ligados ao desenvolvimento de neoplasias. De acordo com os estudiosos do assunto, para essa forma e estilo de reagir à vida, os stressores psicossociais estariam associados à diminuição da

imuno-competência orgânica e, conseqüente a essa alteração, ao desenvolvimento de neoplasias malignas. Além disso, também o risco de metástases de um tumor já tratado estaria significativamente influenciado pela reação da Personalidade Tipo C, e ainda com o tipo e a duração dos stressores psicossociais (Baltrusch, Stangel e Titze, 1991).

É importante referir aqui que, quando falamos em risadas e bom humor não nos estamos a referir à pessoa que conta anedotas e que ri por qualquer motivo. Às vezes um comportamento assim pode ser uma exigência profissional ou uma conveniência social. O bom humor, na realidade, diz respeito a rir-se das coisas em geral, das incongruências da vida quotidiana, da comédia da vida diária, das zangas, dos pequenos problemas do dia-a-dia e, até mesmo, dos tempos difíceis que passamos. Fazer “piadinhas” de tudo é muito mais eficiente que assistir a um show de humorismo sofisticado, para o qual tenhamos que disputar a vaga do estacionamento. Trata-se de levar a vida de forma mais leve, mesmo diante de um trabalho mais sério, trata-se de rir mais e com maior frequência do que de costume.

Em alguns Países mais desenvolvidos, são encomendados, por órgãos de saúde, alguns trabalhos com o propósito de avaliar a viabilidade económica dos programas de aumento da Qualidade de Vida e Promoção do bem-estar que utilizam técnicas para estimular o bom humor e o riso. De salientar que todos os estudos de Watt, Verma e Flynn, da Queen's University (1998), revelaram alguns resultados positivos que se seguem à intervenção de técnicas de bom humor, ressaltando que, embora as evidências fossem ainda inconclusivas, tais programas podem ser economicamente compensadores (relação custo-benefício).

2.1.2 - Stress, Adaptação e Risos

Actualmente o riso tem sido objecto de estudos, por se tratar da expressão mais explícita do bom humor e da positividade (Macaluso MC. 1993). Ainda, segundo pesquisas de Hassed (2001), o riso tem um importante papel na redução das hormonas envolvidas na fisiologia do stress, melhorando a intensidade e realçando a criatividade das respostas, reduzindo a dor e, sobretudo, melhorando a imunidade e reduzindo a pressão de sangue. As pessoas que se sabem divertir e rir são, geralmente, mais saudáveis e mais capazes de sair de situações de stress com maior facilidade.

Com efeito, a redução da libertação das hormonas associadas ao stress, notadamente do cortisol e da adrenalina é ocorrência desejável, já que, como se sabe, estando eles em excesso, podem enfraquecer as defesas do organismo e elevar a pressão arterial, criando condições para o desenvolvimento de infecções e doenças cardíacas, tais como o enfarte do miocárdio, a hipertensão arterial e a insuficiência cardíaca (Hassed, 2000).

A este propósito, John Morreall (1987) afirma que: "*A pessoa que tem sentido de humor, não só é mais descontraída perante situações potencialmente stressantes, como também as compreende de forma mais flexível. Mesmo aquele em cujo ambiente não ocorram muitas coisas, a sua imaginação e criatividade vão afastá-lo da rotina mental permitindo desfrutar de si mesmo, evitar o aborrecimento e a depressão.*"

2.1.3.- Efeitos Orgânicos do Bom (e do mau) Humor

Relativamente aos efeitos orgânicos do bom e do mau humor, é de referir que, com o advento das pesquisas funcionais do cérebro, pela neurobiologia e a neurocirurgia, está a tornar-se cada vez mais possível avaliar como se comporta o Sistema Nervoso Central perante muitas actividades psíquicas.

Estudos realizados por Liotti (2000) demonstraram que a tristeza e a ansiedade, quando comparadas a um estado emocional neutro, activam um conjunto de regiões cerebrais diferentes. De facto, o estado emocional de tristeza foi seguido de activações específicas da área subcortical do giro cingulado e núcleo dorsal, juntamente com a desactivação específica de região pré-frontal direita e do córtex parietal posterior. Da mesma forma, verificou-se que a ansiedade foi associada com as activações específicas do núcleo ventral, do córtex temporal orbito-frontal e anteriores, desactivação específica do giro para-hipocampal e outras.

Tais activações e desactivações complicadas são referidas aqui, apenas para nos convenceremos do facto de existirem regiões cerebrais mais ou menos específicas para tipos mais ou menos específicos de emoções. Anatomicamente, o facto importante é a desactivação cortical dorsal selectiva durante a tristeza e a desactivação cortical ventral na ansiedade. Sabe-se, também, que embora as bases neurobiológicas para as principais anormalidades do humor não tenham sido ainda claramente estabelecidas, através do estudo do fluxo do sangue cerebral e da taxa do metabolismo do açúcar, têm-se localizado algumas áreas, no córtex cerebral pré-frontal ventral e no corpo caloso, cuja actividade se encontra fortemente diminuída em pessoas depressivas (Drevets, 1997).

Em deprimidos crónicos, por exemplo, e de origem familiar, o decréscimo na actividade dessas áreas cerebrais foi explicado pelo supracitado autor, pelo menos em parte, por uma redução no volume cortical, mostrado pela Ressonância Magnética, de 39 e de 48%. Ressalta ainda o mesmo autor, que esta região tem sido implicada na mediação das respostas emocionais aos estímulos sociais significativos ou provocativos, bem como na acção dos medicamentos antidepressivos. Porém, tais alterações na função (e até na anatomia) cerebral, perante determinados estados emocionais, têm

resultado em difíceis reflexões; Será que as alterações cerebrais produziriam alterações no humor ou, ao contrário, as alterações do humor seriam as causas de alterações cerebrais?

Algum tempo depois, Fischer (2001) pesquisou as relações entre a actividade da amígdala e a disposição pessimista de personalidade. Os resultados sugerem um importante papel para a amígdala nos estados emocionais negativos, notadamente nas posturas emocionais cronicamente negativas, típicas das disposições pessimistas da personalidade. Com efeito, as relações entre emoções e imunidade já vêm sendo estudadas há algum tempo. Um dos objectivos desses estudos é examinar o relacionamento entre factores psicológicos, actividade regional do cérebro e a actividade dos leucócitos NT (Natural Killer). Em relação a estas investigações, é de referir que se verificou, nos trabalhos de Fischer, uma significativa correlação entre as actividades dessas células de defesa imunológica, ansiedade e stress, e actividade do córtex pré-frontal infero-lateral, córtex orbito-frontal e córtex temporal anterior.

Por outro lado, embora sejam mais ou menos recentes as pesquisas conduzidas por K. Shibata, da Universidade do Centro Médico de Rochester, New York, sobre as localizações cerebrais da região predominantemente relacionada com o humor (bom ou mau) das pessoas. Shibata começou, originalmente, por usar imagens de Ressonância Magnética Funcional para estudar o processamento cerebral de incongruências verbais. Durante a pesquisa, quando observava a reacção do cérebro às incongruências verbais engraçadas, encontrou alguns dados sugestivos da área do cérebro capaz de processar o bom humor. A estimulação das pessoas dava-se à custa de gracejos verbais, cartoons e sons de gargalhadas (Fischer, 2001).

Em síntese, o riso parece estar associado, primeiramente, ao córtex motor suplementar, uma observação constatada também por resultados da estimulação eléctrica desta área durante cirurgias do cérebro. O córtex direito do pré-motor pode também estar envolvido no riso. Assim, o sentimento emocional agradável que acompanha o riso parece estar associado ao núcleo acumbens, como estão muitos outros estados emocionais positivos. Por outro lado, a apreciação dos gracejos e dos cartoons parece estar relacionada com o lóbulo frontal ventro-medial, uma área que mostra relativamente pouca actividade nos doentes com depressão e em pessoas portadoras de lesões capazes de destruir o sentido de experimentar o bom humor.

Sendo assim, parece-nos que a proposta terapêutica que resulta de todas estas hipóteses é a seguinte; se o Sistema Nervoso Central e a sua função emocional podem influenciar directamente o nosso sistema imunológico, então tem que ser possível o restabelecimento do bom funcionamento imunológico transformando as nossas emoções negativas em positivas.

Então, como novas e alternativas terapias surgem a cada momento, também a chamada risoterapia surgiu, baseando-se nas propriedades do riso para melhorar pessoas imunodeprimidas, tratando das chamadas emoções negativas, procurando fazer esquecer a dor ou o medo que caracterizam alguns doentes. De fato, os pensamentos humorísticos fazem maravilhas no organismo, principalmente se levarmos em conta que o riso e a alegria estimulam a produção de endorfinas e regulam os níveis hormonais.

Segundo alguns adeptos mais entusiastas da alegria, em doses terapêuticas, aparentemente o riso não melhora apenas as condições do sistema imunitário. De ressaltar que, de acordo com o psiquiatra da Universidade de Stanford, William F. Fry (1992), rir cem vezes durante o dia tem os mesmos efeitos cardiovasculares que fazer exercícios de remo durante 10 minutos (Watt, 1998).

2.1.4. - Vida afectiva e saúde

Importante é, também, reflectir um pouco sobre “vida afectiva e saúde”. Este é um aspecto que não gostaria de deixar “passar em branco”, precisamente porque a relação das emoções, do afecto com a saúde e a Qualidade de Vida, traduz-se por bem-estar.

No centro da reflexão sobre a saúde, encontra-se a temática da forma e do modo como o indivíduo se relaciona consigo próprio e com o seu contexto, enquanto ser afectivo, que experimenta e gera prazer. Por outro lado, promover a saúde equivale a condenar todas as formas de comportamento que violentam o corpo, o sentimento e a razão humana, gerando conseqüentemente, a servidão, a perda da liberdade e a cristalização da angústia.

Perante este quadro, sentimentos de indignidade, inutilidade e depreciação podem tomar conta da nossa mente, gerando sofrimento e perda de sentido em relação ao trabalho e à vida e, à menor dificuldade, podemos sentir-nos impotentes, paralisados como se nosso cérebro e músculos estivessem adormecidos. A vida, nestas circunstâncias, perde o seu sabor, e todas as actividades para as quais somos chamados no nosso dia-a-dia podem, também, transformar-se em fardos muito pesados em relação à nossa fragilidade.

Ora bem...este pode ser o começo de um quadro de depressão que, com o tempo, poderá aniquilar a nossa vida e levar-nos à inacção, perante o mais pequeno obstáculo! Não é isso que queremos...então, livremo-nos dela, através do cultivo da vida saudável que implica o despertar das emoções, sejam elas positivas ou negativas, agindo com mais coragem e audácia, quando a sensação de impotência se transforma em energia e força para lutar. O fundamental, para o resgate da vida saudável, é a mudança na relação entre a pessoa e o mundo.

Saúde, segundo Dejours (s/d) é a possibilidade de ter esperança e potencializar esta esperança em acção. Por isso, constitui-se num processo que diz respeito à convivência social e à vivência pessoal, sendo que as necessidades fundamentais ao desenvolvimento do homem, no sentido de alcançar a plenitude da saúde humana, são: o pensar, o agir, o imaginar e o amor.

Assim sendo, na promoção de saúde, não basta apenas administrar medicamentos ou ensinar novos conhecimentos e padrões comportamentais. É preciso actuar nas necessidades e emoções que mediam tais conhecimentos e práticas, isto é, na base afectiva do comportamento, tendo em vista a saúde/bem-estar e a Qualidade de Vida.

Com efeito, em quase todas as doenças se encontram relações curiosas entre o que se passa na cabeça das pessoas e a evolução de sua doença física. De certo, já todos experimentámos situações emocionalmente positivas, quando parece que compreendemos o mundo e nos sentimos tocados pelas fadas madrinhas da sabedoria. Porém, também temos experimentado situações emocionalmente negativas, nas quais prevalece a confusão. Na verdade, os nossos sentimentos são o sexto sentido, o sentido que interpreta, organiza, dirige e resume os outros cinco. Os sentimentos dizem-nos se o que estamos a experimentar é ameaçador, doloroso, lamentável, triste ou alegre.

Assim, quando perdemos o contacto com os nossos sentimentos, perdemos o contacto com nossas qualidades mais humanas, perdemos saúde e Qualidade de Vida. Os sentimentos são a maneira como nos percebemos. São a nossa reacção ao mundo que nos circunda. Portanto, compreender os nossos sentimentos é compreender a nossa reacção a esse mundo; é entender a nossa vida emocional e afectiva como fonte de equilíbrio ou desequilíbrio, de saúde ou de doença. Os sentimentos podem ser disfarçados, negados, racionalizados, mas um sentimento doloroso não se retirará enquanto não tiver percorrido o seu percurso natural. Emoção e afecto são, portanto, sentimentos que apenas se diferenciam em grau de intensidade.

Enquanto as emoções têm uma forte expressão corporal, uma base fisiológica inata, segundo alguns autores, são sentimentos passageiros, pressionados pelos acontecimentos e pelas ansiedades que se acumulam durante o transcorrer da convivência grupal. Requerem um constante esvaziamento ou expressão. Podem desencadear desestruturção ou alívio. Assim, uma explosão emocional como o choro, por exemplo, depois de uma reprimenda ou discussão, pode criar alívio passageiro, porém, mais tarde, pode, também, deixar um rastro de culpa pela sensação de ter "manchado" a imagem.

Por seu lado os sentimentos mais duradouros, como a afectividade, por exemplo, significam que uma pessoa está implicada com algo ou alguém e este facto pode desencadear desde emoções simples até sentimentos mais complexos que caracterizam a própria personalidade do indivíduo.

Quanto ao afecto constitui-se no amplo espectro de sentimentos associados à história das relações. O afecto estrutura o entrelaçamento das subjectividades pessoais, sejam as atitudes solidárias, as antipatias, os enfrentamentos, as lealdades ou as oposições. O poder do afecto é a possibilidade de determinar as acções, os comportamentos e os pensamentos que se terão diante desta ou daquela pessoa. Importa lembrar que a criação do vínculo afectivo leva tempo, ou seja, é necessário compartilhar história e vivências, para que os laços afectivos se solidifiquem.

Na realidade, os factores afectivos implicam, a um nível mais profundo, a aprendizagem de formas adequadas para expressar uma variada gama de sentimentos e emoções. Um outro aspecto relevante da dimensão afectiva são os afectos disfuncionais que interferem na interacção social. Entre eles estão a ansiedade e a depressão. Na base destes afectos, está o sentimento de perda, sendo que os mais importantes são: a perda de um grande amor, a perda do controlo e a perda da auto-estima, sendo de salientar que de entre estas perdas, a mais significativa é a da auto-estima, responsável pelo bloqueio das idealizações do nosso Ego.

Como sabemos, a auto-estima é a dimensão afectiva do auto-conceito, que está relacionada com o sentido de eficiência pessoal e de autovalorização. Segundo Branden (1993), a auto-estima refere-se a um sentido de auto-respeito, confiança, identidade e assertividade do indivíduo. A sua presença permite identificar os indivíduos bastante produtivos daqueles que fracassam, desistem ou sucumbem perante as dificuldades. Os indivíduos de elevada auto-estima revelam um acentuado grau de aceitação de si mesmos e dos demais, sentem-se seguras no seu ambiente e nas suas relações sociais, revelando um sentimento de pertença e de vinculação aos outros.

Trata-se de pessoas que, quando enfrentam desafios ou problemas, reagem com confiança e geralmente são bem sucedidas. Sentem-se orgulhosos de si mesmos e responsabilizam-se pelos seus próprios actos. Em contraste com tais pessoas, estão os indivíduos que, apresentando baixa auto-estima, são temerosos e não se arriscam, por temer o fracasso, preocupando-se com o que os outros pensam deles ou dos seus actos e geralmente não são capazes de fazer frente aos desafios. As pessoas que possuem baixa auto-estima, regra geral, embora saibam o que fazer para atingir certas metas em determinada situação social, nem sequer tentam porque se sentem incapazes.

Relativamente às perdas, a perda verdadeiramente mais difícil de aceitar é aquela que faz com que o indivíduo se veja através de si mesmo e constate que está carente de recursos. Portanto, o primeiro passo para lidar com as nossas perdas é admitir a nossa fraqueza e vulnerabilidade diante dos reveses da vida. Em segundo lugar, devemos posicionar-nos, com toda a abertura, diante daquele ou daquilo que nos magoa; a mágoa drena as nossas energias; portanto, precisamos compensar esta drenagem diri-

gindo os nossos sentimentos negativos para fora de nós mesmos. *Deixemos que a nossa mágoa se torne problema da pessoa que a provocou.*

Seja como for, o importante é colocarmo-nos directamente em contacto com a dor e o prazer da vida, com os nossos sentimentos e experiências como realmente são, pois isto é o que nos dá a liberdade de fazer um ajuste mais realista e positivo em relação ao mundo.

Em suma, magoa-nos perder algo importante; porém, magoa-nos muito mais fingir de outra maneira. Com efeito, é mais positivo colocarmo-nos diante da realidade criticamente, esperando dela apenas aquilo que ela nos pode oferecer. Esperar mais do que isto só nos predispõe a sermos magoados de forma ainda pior, desnecessariamente. Portanto, em todos os momentos, devemos estar atentos a nós mesmos, pois, ao menor descuido, voltamos a adormecer e a tornar-nos susceptíveis a novos desenganos.

Ora, se as inevitáveis perdas diárias, às quais o indivíduo está sujeito, são as responsáveis pelas diferentes perturbações de ordem física e psicológica vivenciadas por ele, a promoção da saúde consistirá, então, em aprender a lidar com estas perdas, diminuindo o grau de ansiedade e perturbação mental desencadeadas pelas mesmas.

3 – REFLEXÃO

A regra de ouro é a seguinte: *deixar que as coisas sejam o que são!*

Uma vez que chegamos à conclusão de que não há mais nada a fazer da nossa parte, e que os factos seguem paralelamente ao nosso lado sem nosso consentimento, a razão aconselha aceitá-los com toda a calma, quase com doçura, sendo que, aceitar significa admitir, sem irritação, que o outro seja tal como é, que as coisas sejam como são. Desta forma, transformaremos os inimigos em amigos e secaremos inúmeros mananciais de sofrimento recuperando a paz e a saúde física e mental, e contribuiremos para a nossa Qualidade de Vida!

Em vez de nos irritarmos, deixemos que cada coisa, uma por uma, seja!

Referências Bibliográficas

AVERILL, J.R. (1996) - Intellectual Emotions – in *The Emotions – Social, cultural and Biological Dimensions*, R. Harré e W. G. Parrot (ed.) – London, Thousand Oaks, new Delhi: Sage Publications.

BALTRUSCH HJ, Stangel W, Titze I (1991) - Stress, cancer and immunity. New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. *Acta Neurol – Napoli* - Aug, 13:4, 315-27.

- BERK LS, Felten DL, Tan SA, Bittman BB, Westengard J. (2001) - Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humour-associated mirthful risada - *Altern Ther Health Med* Mar; 7(2):62-72, 74-6
- BRANDEN, Nathanael (1993) - *Auto-estima. Como aprender a gostar de si mesmo*. 10. ed. São Paulo: Saraiva.
- CALABRESE KR (2000) - Interpersonal conflict and sarcasm in the workplace - *Genet Soc Gen Psycho Monogr*; Nov;126(4):459-94
- DREVETS WC; PRICE JL; SIMPSON Jr; TODD R.D.; REICH T.; VANNIER M.; RAICHLE M.E. (1997) - Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. - *Nature*. Apr 24; 386(6627):824-7.
- DUNBAR, M. et al. (1988) - Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? The examination of three hypotheses. *Psychology and health*. n.º 13 , pp. 357 - 544.
- DYE ML, ECKHARDT CI (2000) - Anger, irrational beliefs, and dysfunctional attitudes in violent dating relationships - *Violence Vict Fall*; 15(3):337-50
- FALCONE, E. (2000) – Ansiedade Normal Social e Fobia: limites e fundamentos etiológicos. *Revista Psiquiátrica Clínica*. São Paulo: v. 27, nº 6, p. 301 – 8, nov.- Dez.
- FISCHER H, Tillfors M, Furmark T, Fredrikson (2001) - Dispositional pessimism and amygdala activity: a PET study in healthy volunteers. - *Neuroreport*. Jun 13; 12(8):1635-8.
- GOLEMAN, Daniel (1999) – *Trabalhando com a Inteligência Emocional*. Si/D. Ed. Objectiva.
- HASSED C. (2001) - How humour keeps you well. - *Aust Fam Physician* 2001 Jan;30(1):25-8
- IZARD, C. E., Schultz,D. e Levinson, K.L. (1998) - Emotions and Mental Health – in *Encyclopedia of Mental Health* (vol.2) – H. S. Friedman (ed.) – Academic Press.
- LEVENSON, R.H. (1994) - Human emotion: a functional view – in *the nature of emotions: Fundamental questions*, P.Ekman e R.J. Davidson (eds.) – New York: Oxford University Press.
- MACALUSO MC. (1993) - Humour, health and healing. *ANNA J* 1993 Feb; 20(1):14-6
- MORREALL J. (1987) - *The Philosophy of Laughter and Humour* - Albany: SUNY Press
- LIOTTI M, Mayberg HS, Brannan SK, McGinnis S, Jerabek P, Fox PT (2000) - Differential limbic-cortical correlates of sadness and anxiety in healthy subjects: implications for affective disorders. - *Biol Psychiatry*. Jul 1; 48(1):30-42.
- SILVA, Marco A. D. (2000) – *QUEM AMA NÃO ADOECE – O papel das emoções na prevenção e cura das doenças*. 1ª ed., Lisboa: Editora pergaminho.
- SMITH H, THOMAS SP. (2000) - Violent and non-violent girls: contrasting perceptions of anger experiences, school, and relationships - *Issues Mental Health Nurse*: Jul-Aug; 21(5):547-75
- SUINN RM (2001) - The terrible twos-anger and anxiety. Hazardous to your health-*Am Psychol*: Jan; 56(1):27-36.
- TAKAHASHI K.;IWASE M.; YAMASHITA K.; TATSUMOTO Y.; Ue H.; KURATSUNE H.; SHIMIZU A.; TAKEDA M. (2001) - The elevation of natural killer cell activity induced by laughter in a crossover designed study. *Int J Mol Med Dec*; 8(6): 645-50

TIEDENS LZ (2001) - Anger and advancement versus sadness and subjugation: the effect of negative emotion expressions on social status conferral - *J Pers Soc Psychol* Jan; 80(1):86-94-

VAZ SERRA, Adriano (1999) – *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.

WATT D, Verma S, Flynn L. (1998) - Wellness programs: a review of the evidence. - *CMAJ* Jan 27; 158(2):224-30