

Significações leigas de saúde e de doença em adultos

JOAQUIM REIS (*)

FERNANDO FRADIQUE (**)

O papel proeminente das significações pessoais nos processos de saúde e de doença é um domínio amplamente estudado (e.g., Antonovsky, 1979; Bandura, 1997; Blaxter, 1990; Bradley & Kay, 1985; Justice, 1998; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982; Mechanic, 1986; Radley & Green, 1985; Skelton & Croyle, 1991; Turk & Meichenbaum, 1991). Pode considerar-se que as significações pessoais são parte integrante do estado de saúde da pessoa (Reis, 1998), influenciando por exemplo, o conteúdo da representação dos processos de doença e as reacções emocionais concomitantes ou, a outro nível, o processo de adesão da pessoa às recomendações do profissional de saúde ou às mensagens incluídas nas campanhas de promoção da saúde e de educação para a saúde.

Parece claro, pois, que as significações pessoais sobre os processos de saúde e doença não podem ser ignoradas pelos psicólogos da saúde, em particular, e pelas ciências da saúde, em geral. De facto, um dos principais objectivos da Psicologia da Saúde, tem consistido na identifica-

ção das significações pessoais e, também, sobre a possibilidade de mudança dessas significações no sentido da promoção de comportamentos saudáveis, da prevenção da doença e na facilitação dos processos de reabilitação (Joyce-Moniz & Reis, 1991; Reis, 1992; Fradique, 1993).

Um domínio de estudo das significações pessoais em Psicologia da Saúde refere-se à identificação das significações que as pessoas leigas em medicina constroem sobre os processos de saúde e de doença. O conhecido estudo de Claudine Herzlich (1969/1973) sobre as “representações sociais” da saúde e da doença de um grupo de cidadãos franceses de meia-idade, constituiu-se como pioneiro. Outros estudos se seguiram (e.g., Blaxter, 1990; Calnan, 1987; Cornwell, 1984; Flick, 1992, 2000; Helman, 1978; Snow, 1974; Stacey, 1988). Podem retirar-se duas conclusões relevantes destes estudos: primeiro, as significações das pessoas sobre o estado de saúde estão intimamente ligadas a significações mais latas sobre si próprias, sobre o mundo e a vida e imbuídas em sistemas culturais locais; segundo, as significações leigas diferem em larga medida das significações médicas ou dos profissionais de saúde, mas coexistem e competem com estas.

A pesquisa que se apresenta neste artigo visou aceder às significações leigas sobre saúde e doença, numa amostra da população portuguesa, embora não representativa desta. Este estudo apre-

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade Independente, Lisboa.

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

senta duas inovações em relação aos estudos anteriores. A primeira, consiste na forma de aceder às significações das pessoas. Com efeito, os estudos referidos anteriormente fazem o acesso às significações leigas a partir do questionamento directo ou a partir da utilização de questionários. No caso presente, e como será explicado em detalhe mais adiante, para além do questionamento directo, as pessoas foram expostas a um conjunto de diferentes narrativas. Porquê submeter as pessoas a esta exposição? Porque se pretende estimular a sua reflexão através do confronto com outras significações, incluídas nas narrativas, promovendo o seu nível óptimo de *performance*. Como defende Fischer (1980), as pessoas funcionam no seu nível óptimo de baixo de condições ambientais óptimas ou quando têm oportunidade de praticar uma aptidão ou quando são fornecidos sinais contextuais para aumentar a *performance*. Quando as pessoas são simplesmente questionadas directamente sobre um dado assunto, esta estratégia não promove o seu nível óptimo de funcionamento. Obtemos, neste caso, o seu “conhecimento funcional”, isto é, o conhecimento do qual a pessoa se serve espontaneamente, mas não o “conhecimento potencial”, ou o conhecimento que não sendo utilizado espontaneamente é uma competência que pode ser potencialmente utilizável.

Uma segunda inovação desta pesquisa tem a ver com o facto de dar uma indicação do grau de prevalência das significações. Com efeito, os estudos neste domínio não indicam o grau de prevalência das significações leigas numa determinada população: por exemplo, quais são aquelas que são explicitadas pela maioria das pessoas? De facto, parece ser interessante aceder não apenas às concepções que uma determinada população utiliza para caracterizar a saúde e a doença, mas tentar também identificar aquelas que são mais frequentes, ou prevalentes, e, assim, que parecem definir melhor as concepções dessa população. Assim, este estudo tem três objectivos principais: (1) aceder às significações sobre saúde e sobre doença de pessoas leigas em Medicina (i.e., que não são profissionais de saúde); (2) comparar as significações obtidas através do questionamento e através da exposição a narrativas e, (3) analisar a prevalência das significações sobre saúde e doença na população estudada, no sentido de avaliar se existem concepções, quer de saú-

de quer de doença que possam ser consideradas como características deste grupo.

As significações leigas investigadas referem-se a duas dimensões de significação: a) significações sobre “estar doente” (e.g., “o que significa ou o que é para si estar doente”); e b) “estar com saúde” (e.g., “o que significa ou o que é para si estar com saúde”).

METODOLOGIA

Sujeitos

As pessoas que participaram do estudo foram extraídas aleatoriamente da população residente na região de Lisboa. A amostra foi constituída por 67 pessoas, leigas em Medicina, respeitando uma estratificação em três escalões etários¹: a) 18-35 anos; 36-65 anos e, c) mais de 65 anos. Esta estratificação respeita os critérios globalmente aceites na literatura referente à Psicologia do Desenvolvimento do Adulto. Neste artigo apresentam-se e discutem-se os dados obtidos para a amostra total, sem diferenciação por grupos etários e de género. Nas Tabelas 1, 2, 3 e 4 apresentam-se as características demográficas da população total e dos três subgrupos.

MATERIAL

O acesso às significações subjectivas foi efectuado através da realização de uma entrevista individual semi-estruturada com base no **método clínico** ou de **exploração crítica** de inspiração piagetiana (Inhelder, Sinclair & Bovet, 1974; Piaget, 1926; Reis, 1994). Construiu-se um instrumento de avaliação qualitativa das significações que incluía quatro dimensões de significação sobre processos de saúde e doença: a) dimensão

¹ A pesquisa empírica apresentada neste artigo está incluído num projecto mais vasto financiado pela *Fundação para a Ciência e Tecnologia* – Ministério da Ciência – Programa PRAXIS – PCSH/C/PSI/89/96.

TABELA 1
População total

Variável	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	DP
Idade	67	44.2	41	19	91	21.01
Anos de escolarização	67	10.6	12	4	17	4.495
Homens	29	?*	?	?	?	?
Mulheres	38	?	?	?	?	?

* Os dados referentes aos dois sexos não foram analisados neste trabalho.

TABELA 2
Grupo etário 18-35 anos

Variável	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	DP
Idade	27	24.4	23	19	35	4.4
Anos de escolarização	27	13.74	14	8	17	2.57
Homens	11	?	?	?	?	?
Mulheres	16	?	?	?	?	?

TABELA 3
Grupo etário 36-65 anos

Variável	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	DP
Idade	27	45.3	45	36	55	6.13
Anos de escolarização	24	9.96	9.5	4	17	4.15
Homens	10	?	?	?	?	?
Mulheres	14	?	?	?	?	?

TABELA 4
Grupo etário com mais de 65 anos

Variável	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	DP
Idade	16	76	73.5	66	91	7.71
Anos de escolarização	16	6.38	4	4	17	3.69
Homens	8	?	?	?	?	?
Mulheres	8	?	?	?	?	?

causal; b) dimensão de doença; c) dimensão de saúde e, d) dimensão de prevenção. Como referido antes, neste artigo apenas nos referiremos às dimensões de saúde e de doença. Para cada uma destas dimensões foram elaboradas **quatro narrativas**, representativas de uma sequência de outros tantos níveis de desenvolvimento sociocognitivo². Estas narrativas foram construídas a partir de um modelo teórico resultante de uma síntese sociocognitiva (Joyce-Moniz, 1993) dos autores da Psicologia do Desenvolvimento e de sequências de significação sobre processos de saúde e doença (Joyce-Moniz & Reis, 1991; Reis, 1998, 1999), partindo-se de cinco níveis sequenciais de desenvolvimento de significações³. Cada narrativa representa uma concepção hipotética sobre a dimensão em questão. Este instrumento de avaliação qualitativa é designado **Protocolo de entrevista desenvolvimentista de significações de saúde e doença** (Em anexo apresenta-se exemplos das narrativas).

PROCEDIMENTO

Cada pessoa foi entrevistada individualmente, de acordo com o Protocolo:

- (1) Pergunta aberta e solicitação espontânea da resposta sem confronto com as narrativas (e.g., no tema referente à doença: *O que significa para si estar doente? O que é a doença?*);
- (2) Seguidamente, a pessoa entrevistada é exposta aleatoriamente a cada uma das narrativas referentes a um dado tema e con-

² A metodologia de confronto da pessoa com diferentes níveis de significação foi utilizada uma vez que foi também realizada uma análise desenvolvimentista das significações. Contudo, no presente estudo, apenas se dá conta da análise dos conteúdos das significações. Para uma análise das significações baseado em critérios do desenvolvimento sociocognitivo ver Reis e Fradique (2002).

³ Inicialmente houve dificuldades em distinguir claramente as significações típicas dos níveis 1 e 2, para cada uma das dimensões. Assim, decidiu-se aglutinar os níveis 1 e 2 numa única narrativa, seguindo-se depois, os níveis 3, 4 e 5, diferenciados.

frontada com a seguinte questão: *Concorda com o que esta pessoa disse? Com o que é que discorda? Com o que é que concorda?* A pessoa entrevistada é convidada a falar abertamente sobre essa narrativa e a justificar as suas opiniões. As diferentes narrativas, às quais a pessoa é exposta, funcionam como *contra-sugestões*, o que permite avaliar a medida em que a sua resposta é mantida e justificada;

- (3) As entrevistas foram efectuadas com a seguinte sequência: dimensão causal, dimensões da doença e da saúde e, finalmente, dimensão da prevenção.

Cada entrevista durou cerca de uma hora. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Para cada entrevista foi efectuada uma análise de conteúdo no sentido de extrair os temas básicos expressos por cada participante em relação a cada uma das temáticas. Estes temas básicos foram depois agrupados em categorias, seguindo as orientações definidas pela análise fenomenológica (Smith, Jarman & Osborn, 1999). Para estabelecer a validade da análise e codificação temática das entrevistas, um segundo investigador analisou cerca de um quarto das entrevistas, tendo sido discutidas as classificações atribuídas pelos dois juízes. Foi possível constatar uma percentagem de acordo em cerca de 92% para a análise efectuada.

RESULTADOS

Dimensão da saúde

A análise das transcrições das entrevistas efectuadas a cada pessoa permitiu sistematizar os seguintes temas de significação:

- (1) **Não estar doente.** Concepção de saúde simétrica da de doença;
- (2) **Não sentir o corpo.** A pessoa esquece-se do corpo, este fica ausente;
- (3) **Bem-estar físico e psicológico.** Ter saúde é estar bem a nível geral, haver um equilíbrio e bem-estar a nível físico e psicológico podendo incluir uma boa relação com outras pessoas. Algumas pessoas re-

- ferem que ter saúde é estar bem com a vida;
- (4) **Estar bem consigo próprio.** Estar bem consigo próprio, podendo incluir o bem-estar espiritual;
- (5) **Não cometer excessos.** Conseguir direcionar a vida para a saúde (e.g., alimentação saudável);
- (6) **Poder fazer aquilo que se quer.** Sentir-se com capacidade para fazer tudo aquilo que apetece e que tem de se fazer;
- (7) **Capacidade para gerir o dia-a-dia.** Saber como conduzir o dia-a-dia; saber e poder gerir a vida;
- (8) **Saber controlar a doença.** Se a doença (crónica) estiver controlada e for bem gerida a pessoa não se pode considerar doente;
- (9) **Órgãos funcionam bem.** Órgãos funcionam em pleno;
- (10) **Saúde não é estado perfeito ou absoluto.** A saúde não significa que tudo esteja totalmente bem com o corpo ou no equilíbrio geral: podem existir problemas mas ainda assim temos saúde;
- (11) **Equilíbrio biopsicossocial.** Ter saúde é estar bem a nível geral, a nível físico, psicológico e na relação com os outros;
- (12) **Saúde é ausência de dores e de sofrimento;**
- (13) **Sentir o corpo.** Ter saúde é sentirmo-nos bem e para isso temos de sentir o corpo;
- (14) **Subjectividade da saúde.** A saúde depende, em grande, parte, da forma como a pessoa interpreta os seus achaques: (e.g., se interpretar uma dor como resultado do esforço que fiz e não como resultado de uma doença, então tenho saúde);
- (15) **Saúde como dádiva de Deus.**

Na Tabela 5 apresentam-se as percentagens obtidas para cada tema quer antes da exposição às narrativas (resposta espontânea) quer depois da exposição. Estas percentagens indicam a frequência com que cada tema foi expresso na amostra total. Por exemplo, a percentagem de 43,28 indicada no tema “não estar doente”, refere-se à percentagem de pessoas que referiram esse tema, em relação à amostra total. Assim, pode dizer-se que o valor de cada percentagem indica a prevalência relativa do tema na amostra estudada.

Observando a tabela 5 verifica-se que, antes da exposição às narrativas, os *temas de saúde* mais frequentes, considerando uma percentagem superior a 20%, são, respectivamente, “Estar bem consigo próprio”, “Não estar doente”, “Bem-estar”, “Capacidade para gerir o dia-a-dia” e “Saúde

TABELA 5
Temas de saúde e sua prevalência

Temas	Antes da exposição	Depois da exposição
1. Não estar doente	43,28	23,88
2. Não sentir o corpo	2,99	14,93
3. Bem-estar	32,84	38,80
4. Estar bem consigo próprio	50,75	28,36
5. Não cometer excessos	7,46	10,45
6. Poder fazer aquilo que se quer	11,94	5,97
7. Capacidade para gerir o dia-a-dia	23,88	26,87
8. Saber controlar a doença	–	4,48
9. Órgãos funcionam bem	13,43	14,93
10. Saúde não é estado perfeito ou absoluto	7,46	16,42
11. Equilíbrio biopsicossocial	–	10,45
12. Saúde é ausência de dores e de sofrimento	22,39	2,99
13. Sentir o corpo	–	4,48
14. Subjectividade da saúde	–	4,48
15. Saúde como dádiva de Deus	–	2,99

de é ausência de dores e de sofrimento”. Depois da exposição às narrativas, é o tema “Bem-estar” que surge com maior percentagem, seguindo-se “Estar bem consigo próprio”, “Não estar doente”, “Capacidade para gerir o dia-a-dia” e “Não estar doente”. Assim, depois da exposição às narrativas a maior parte das pessoas expressaram promoveu uma concepção de bem-estar mais lata, incluindo o bem-estar com as outras pessoas.

Um dado interessante resulta da exposição às narrativas ter promovido maior diversidade de temas para dar conta do que significa a saúde. Assim, os temas 8), 11) 13) 14) e 15) nunca foram referenciados nas respostas espontâneas mas referidos apenas depois da exposição.

Analisando o conteúdo de cada tema e comparando-o com o dos outros, foi possível agrupar em categorias temas semelhantes. Assim, como se indica na Tabela 6, os temas (2), (9), (12) e (13), os quais fazem todos referência ao corpo foram agrupados na categoria “centração corporal”. A percentagem de cada categoria corresponde à média aritmética das percentagens dos temas nela incluídos.

Observando a Tabela 6, constata-se que antes da exposição às narrativas, a visão da saúde como contrário de doença é a mais prevalente na amostra total. Seguem-se as concepções de saúde como bem-estar ou equilíbrio; como capacidade de regulação e funcionalidade; centradas no corpo e, finalmente, a concepção de saúde que a concebe como um estado não perfeito ou absoluto. Depois da exposição às narrativas, esta ordenação tende a manter-se, mas são adicionadas

duas novas categorias que se seguem às anteriores: a subjectividade e a religião.

DIMENSÃO DA DOENÇA

Em relação à dimensão da doença foi possível identificar as seguintes concepções:

- (1) **Presença de sintoma, sensações.** A doença é caracterizada a partir da percepção de sintomas, impressões ou sensações que aparecem no corpo;
- (2) **Anomalia do organismo.** A doença é considerada uma anomalia do organismo ou corpo;
- (3) **Não poder fazer o que se quer.** A pessoa não se sente com capacidade para fazer tudo aquilo que lhe apetece ou que deve fazer;
- (4) **Mal-estar.** Doença concebida como um estado negativo global (e.g., *doença é sentirmo-nos mal*);
- (5) **Falta de apoio interpessoal.** A eventual falta de ajuda ou de apoio de outras pessoas quando se está doente é uma característica do processo de doença e sofrimento;
- (6) **Estado de espírito.** A doença é, em parte, um estado de espírito – considera-se que se as pessoas forem “psiquicamente fortes” toleram melhor a doença. (e.g., *em parte a doença é um estado de espírito porque se um indivíduo é forte psiquica-*

TABELA 6
Categorias de saúde e sua prevalência média

Categorias	Temas	Antes da exposição	Depois da exposição
<i>Centração corporal</i>	2) 9) 12) 13)	9,70%	9,33%
<i>Capacidade de regulação e funcionalidade</i>	5) 6) 7) 8)	10,82%	11,94%
<i>Bem-estar / equilíbrio</i>	3) 4) 11)	27,86%	19,40%
<i>Religião</i>	15)	–	2,99%
<i>Contrário de doença</i>	1)	43,28%	23,88%
<i>Subjectividade</i>	14)	–	4,48%
<i>Imperfeição da saúde</i>	10)	7,46%	16,42%

- mente, embora a doença apareça, consegue resistir a ela sem ir abaixo, aguenta perfeitamente com ela e quase podemos dizer que a põe na rua);
- (7) **Desequilíbrio biopsicossocial.** A doença é considerada uma perturbação ou um desequilíbrio corporal, psicológico e social;
- (8) **Perda de autonomia.** A doença é caracterizada pela eventual perda de autonomia pessoal e aumento da dependência;
- (9) **Subjectividade da doença.** A doença poderá depender, em parte, da forma como a pessoa interpreta os seus achaques (e.g., *há pessoas que por uma pequena coisa acham que estão doentes e outras que com aquela mesma coisa acham que não estão doentes*);
- (10) **Dependência de outros.** Ênfase na dependência que as doenças podem provocar e que *“ainda agrava mais as coisas”*;
- (11) **Não ter saúde.** Conceção de doença definida num sentido negativo, pela ausência de algo positivo (saúde);
- (12) **Desequilíbrio.** Doença concebida como um desequilíbrio geral não especificado;
- (13) **Doença identificada com o diagnóstico médico.** Doença é aquilo que o médico diz que é doença;

- (14) **Perda de capacidades.** Ênfase na perda de capacidades específicas que a doença pode provocar.

Na Tabela 7 apresentam-se as percentagens de respostas para cada tema antes da exposição às narrativas (respostas espontâneas) e depois da exposição.

Observando a Tabela 7 verifica-se que, antes da exposição às narrativas, os temas de doença mais frequentes, considerando uma percentagem superior a 20%, são, respectivamente, “Mal-estar”, “Não poder fazer aquilo que se quer”, “Presença de sintomas” e “Anomalia do organismo”. Depois da exposição às narrativas os temas mais frequentes são “Não poder fazer aquilo que se quer”, “Falta de apoio interpessoal”, “Estado de espírito” e “Subjectividade da doença”. Assim, depois da exposição às narrativas, surgem com muito maior frequência os temas “Falta de apoio interpessoal”, “Estado de espírito” e “Subjectividade da doença”. Este dado indica que depois da exposição a maior parte das pessoas integram os aspectos psicológicos e sociais nas suas concepções de doença. É um dado interessante porque sugere que as pessoas reconhecem a importância destes aspectos nos processos de saúde e de doença, embora não o refiram de modo espontâneo.

Tal como foi feito para a dimensão de saúde,

TABELA 7
Temas de doença e sua prevalência

Temas	Antes da exposição	Depois da exposição
1. <i>Presença de sintomas</i>	23,88	8,96
2. <i>Anomalia do organismo</i>	22,39	11,94
3. <i>Não poder fazer aquilo que se quer</i>	40,30	67,16
4. <i>Mal-estar</i>	49,25	38,81
5. <i>Falta de apoio interpessoal</i>	5,97	64,18
6. <i>Estado de espírito</i>	10,45	62,69
7. <i>Desequilíbrio biopsicossocial</i>	4,48	16,42
8. <i>Perda de autonomia</i>	1,49	19,40
9. <i>Subjectividade da doença</i>	4,48	50,75
10. <i>Dependência de outros</i>	1,49	8,96
11. <i>Não ter saúde</i>	11,94	1,49
12. <i>Desequilíbrio</i>	–	4,48
13. <i>Doença = diagnóstico médico</i>	1,49	7,46
14. <i>Perda de capacidades</i>	4,48	4,48

TABELA 8
Categorias de doença e sua prevalência média

Categorias	Temas	Antes da exposição	Depois da exposição
<i>Centração corporal</i>	1) 2)	23,135%	10,45%
<i>Capacidade e disfuncionalidade</i>	8) 10) 14)	2,49%	10,9%
<i>Bem-estar / desequilíbrio</i>	4) 12) 7))	17,91%	19,9%
<i>Falta de apoio interpessoal</i>	5)	5,97%	64,18%
<i>Contrário de saúde</i>	11)	11,94%	1,49%
<i>Subjectividade</i>	9)	4,48%	50,75%
<i>Doença identificada com diagnóstico médico</i>	13)	1,49%	7,46%
<i>Estado de espírito</i>	6)	10,45%	62,69%

na Tabela 8 mostram-se as categorias que resultaram do agrupamento dos temas de doença, bem como a sua prevalência média.

Antes da exposição às narrativas a “Centração corporal” é claramente a categoria mais frequente. Isto é, nas suas respostas espontâneas as pessoas tendem a focar as suas concepções de doença no corpo. Depois da exposição às narrativas, há uma clara mudança nas concepções de saúde, destacando-se claramente três categorias: “Falta de apoio interpessoal”, “Estado de Espírito” e “Subjectividade”. Depois da exposição às narrativas as pessoas explicitam concepções de saúde que se afastam claramente do corpo para incluírem principalmente aspectos interpessoais, interações corpo-espírito e, também, o próprio papel dos aspectos psicológicos, como já referimos na análise temática.

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu aceder às concepções de saúde e de doença numa amostra de pessoas leigas. Foi também possível comparar essas concepções antes das pessoas serem expostas a um conjunto de narrativas sobre saúde e doença (e.g., quando produzidas de forma espontânea), e depois de serem expostas a estas.

Deste estudo podem retirar-se algumas conclusões:

- 1) As concepções leigas de saúde e de doença apresentam uma grande diversidade. Com efeito, analisando os conteúdos dessas concepções constata-se a existência de dimen-

sões como a corporal, a social, o bem-estar e o equilíbrio e aspectos psicológicos. Há, pois, uma grande riqueza de conteúdos, a qual tende a aumentar depois da exposição às narrativas;

- 2) Outro aspecto que deve salientar-se diz respeito à avaliação das significações. Como se verificou, a exposição das pessoas às narrativas favorece uma maior riqueza conceptual a qual parece fazer já parte das competências da pessoa. A sua exposição aos conteúdos das narrativas parece ter favorecido a produção do seu nível óptimo de conhecimento. Isto significa que quando se pretende aceder às significações das pessoas através do simples questionamento não se avalia o seu nível potencial mas apenas o seu nível funcional. A exposição das pessoas a outras narrativas provoca um confronto dialéctico das suas próprias significações com as que estão incluídas nas narrativas permitindo, eventualmente, à pessoa a construção de novas significações diferentes daquelas que utiliza habitualmente de forma espontânea. Esta metodologia de avaliação não é “artificial”. Pelo contrário, ela aproxima-se daquilo que ocorre naturalmente na vida das pessoas. Com efeito, no seu dia-a-dia, através das conversas com outras pessoas ou através da leitura, as pessoas são expostas a significações diversas sobre processos de saúde e doença. Do mesmo modo, quando a pessoa enfrenta um processo de doença, é exposta a diferentes significações: as dos médicos, as

dos familiares, dos amigos, as que estão incluídas em textos diversos (jornais, Net, etc.). Assim, a pessoa vive uma dialéctica relativamente frequente de confronto das suas significações com outras que resultam de fontes diversas. As significações pessoais não existem “dentro da mente” de forma estática à espera de serem identificadas por um observador externo. Foi possível constatar que, após a exposição às narrativas, a maior parte das pessoas incluíram aspectos psicossociais nas suas concepções de saúde e de doença, ou seja, embora não os refirmaram espontaneamente, reconhecem a importância destes aspectos, adoptando-os, discutindo-os ou recusando-os.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behavior. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Orgs), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 160-162). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Tavistock/Routledge.
- Bradley, L. A., & Kay, R. (1985). The role of cognition in Behavioral Medicine. *Advances in Cognitive-Behavioral Research*, 4, 137-213.
- Calnan, M. (1987). *Health and Illness: The lay perspective*. London: Tavistock.
- Cornwell, J. (1984). *Hard-Earned Lives: Accounts of health and illness from East London*. London: Tavistock.
- Fischer, K. W. (1980). A theory of cognitive development: the control and construction of hierarchies of skills. *Psychological Review*, 87 (6), 477-531.
- Flick, U. (Org.) (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. Paris: L'Harmattan.
- Flick, U. (2000). Qualitative Inquiries into Social Representations of Health. *Journal of Health Psychology*, 5 (3), 315-324.
- Fradique, F. (1993). *Programa desenvolvimentista preventivo da depressão pós-parto*. Dissertação de doutoramento em Psicologia. Universidade Clássica de Lisboa.
- Helman, C. (1978). Feed a cold and starve a fever. Folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2, 107-137.
- Herzlich, C. (1969/1973). *Health and Illness: A social psychological analysis*. London: Academic Press.
- Inhelder, B., Sinclair, H., & Bovet, M. (1974). *Apprentissage et Structures de la Connâissance*. Paris: PUF.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Joyce-Moniz, L., & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e dialéctica de significações de doença e confronto em Psicologia da Saúde. *Psychologica*, 6, 105-127.
- Justice, B. (1998). *A different kind of health*. Houston: Peak Press.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and Health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (1), 168-177.
- Mechanic, D. (1986). The Concept of Illness Behavior: Culture, Situation and Personal Predisposition. *Psychological Medicine*, 16, 1-7.
- Piaget, J. (1926). *La Représentation du Monde chez l'Enfant*. Paris: PUF.
- Radley, A., & Green, R. (1985). Styles of adjustment to coronary graft surgery. *Social Science and Medicine*, 20 (5), 461-464.
- Reis, J. C. (1992). *Metodologia construtivista e desenvolvimentista para prevenção de reacções ansiogêneas, depressogêneas e dolorosas em pacientes de cirurgia cardíaca*. Dissertação de doutoramento em Psicologia. Trabalho não publicado. Universidade Clássica de Lisboa.
- Reis, J. C. (1994). Importância do método clínico ou de exploração crítica no estudo da personalidade. *Intervenção Social*, 10 (4), 9-23.
- Reis, J. C. (1998). *O Sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Veja.
- Reis, J. C. (1999). Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: interacção ou integração biopsicossocial? *Análise Psicológica*, 17 (3), 415-433.
- Reis, J. (2001). Educação para a saúde: construção autónoma e reflexiva de estilos de vida. *Anais Científicos da Universidade Independente*, 2 (4), 131-144.
- Reis, J. C., & Fradique, F. (2000). *Desenvolvimento sociocognitivo de representações subjectivas de saúde e doença: implicações na educação para a saúde*. Relatório do Projecto n.º PCSH/C/PSI/89/96. Programa PRAXIS. Lisboa: Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Reis, J., & Fradique, J. (2002). Desenvolvimento sociocognitivo de significações leigas em adultos: causas e prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 20 (1), 5-26.
- Reis, J., & Fradique, J. (2003). Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (1), 47-57.
- Skelton, J., & Croyle, R. (Orgs.) (1991). *Mental Representations in Health and Illness*. New York: Springer-Verlag.

- Smith, J. A., Jarman, M., & Osborn, M. (1999). Doing Interpretative Phenomenological Analysis. In M. Murray, & K. Chamberlain (Orgs.), *Qualitative Health Psychology* (pp. 218-240). London: Sage.
- Snow, L. F. (1974). Folk medical beliefs and their implications for care of patients. *Annals of Internal Medicine*, 81, 82-96.
- Stacey, M. (1988). *The Sociology of Health and Healing*. London: Unwin Hyman.
- Taylor, S. (1990). Health Psychology: the science and the field. *American Psychologist*, 45, 40-50.
- Turk, D., & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to Self-Care Regimens. The Patient's Perspective. In J. J. Sweet, R. H. Rozenky, & S. M. Tavian (Orgs.), *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 249-266). New York: Plenum.

RESUMO

As pessoas leigas em Medicina apresentam significações ou explicações alternativas acerca dos processos de saúde e de doença, que coexistem e competem com as dos profissionais de saúde. Neste artigo descreve-se uma pesquisa qualitativa efectuada com 67 adultos, leigos em Medicina, com os seguintes objectivos (1) aceder às significações sobre saúde e sobre doença

dessas pessoas; (2) comparar as significações obtidas através do questionamento e através da exposição a narrativas e, (3) analisar a prevalência das significações sobre saúde e doença na população estudada, no sentido de avaliar se existem concepções, quer de saúde quer de doença, que possam ser consideradas como características deste grupo.

Palavras-chave: Concepções leigas, saúde e doença.

ABSTRACT

Laypersons in Medicine present alternative meanings or explanations on health and illness processes. These explanations coexist and compete with those of endorsed by health professionals. This paper describes a qualitative research that was carried with 67 lay adults. The study objectives were: 1) to assess lay conceptions about health and disease; 2) to compare those conceptions after an open question and after the exposition of the participant to a narrative; 3) to analyse the prevalence of lay conceptions on these group of subjects.

Key words: Lay conceptions, health and disease.

ANEXO

PROTOCOLO DE ENTREVISTA DESENVOLVIMENTISTA DE SIGNIFICAÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA

(Joaquim Reis & Fernando Fradique, 2000)

Quatro dimensões de significação: **1. Dimensão causal; 2. Dimensão da doença; 3. Dimensão da saúde; 4. Dimensão preventiva**

Dois momentos de avaliação qualitativa:

A. Pergunta aberta e solicitação espontânea da resposta sem confronto:

Exemplo de questões para cada dimensão: 1. dimensão causal: Do seu ponto de vista qual ou quais considera serem as causas das doenças? Porque é que aparecem as doenças? Porque é que as pessoas ficam doentes?; 2. Dimensão da doença: o que significa para si estar doente? O que é a doença?; 3. Dimensão da saúde: O que significa para si ter saúde? O que é a saúde?; 4. Dimensão preventiva: é possível prevenir a doença? Como? Podemos fazer alguma coisa para prevenir a doença?

B. Pessoa é exposta a cada narrativa referente às quatro dimensões de significação. A seguir a cada narrativa a pessoa reflecte sobre a mesma e apresenta razões porque concorda ou discorda. Exemplo de questões: concorda com o que esta pessoa disse? com o que é que discorda? Com o que é que concorda?

Nota: exemplos das narrativas de níveis 1/2 e 4 nas dimensões de saúde e doença. Para consulta de toda a escala ver (Reis & Fradique, 2000) ou solicitar directamente aos autores.

Dimensão de saúde

Níveis 1 e 2 - Ter saúde é não estar doente; é não sentir o corpo; não damos por ele; sentimo-nos bem dispostos, o corpo está bem, e conseguimos trabalhar ou fazer as nossas coisas... às vezes sentimos algumas impressões ou pequenas dores, mas conseguimos trabalhar e resolver a nossa vida e, portanto, ainda temos saúde, desde que não nos leve a perder as oportunidades da vida...

Nível 4 - Ter saúde é sentirmo-nos bem e podermos concretizar as nossas responsabilidades e obrigações, pessoais, familiares e profissionais. Ter saúde significa que todos os órgãos corporais funcionam bem, que psicologicamente ou moralmente também estamos bem e a nossa vida social, as nossas relações com as outras pessoas, colegas, familiares estão bem... ter saúde significa conseguir manter uma atitude de bom senso, racional e disciplinada... sabermos cumprir as nossas obrigações, respeitar os outros, evitarmos os excessos... estas são atitudes saudáveis... são um investimento na saúde.

3. Dimensão da doença

N1 e N2 - Estar doente é sentirmo-nos mal; o nosso corpo está mal...está avariado: damo-nos conta de impressões, sensações que aparecem no nosso corpo; não conseguimos trabalhar nem fazer as nossas coisas... de modo que não conseguimos tirar o aproveitamento da vida que devíamos tirar: perdemos oportunidades.

N4 - Estar doente é sentirmo-nos mal e não podermos concretizar as nossas responsabilidades e obrigações pessoais, familiares e profissionais. Estar doente significa que algo se está a passar connosco, que um ou mais dos nossos órgãos corporais funcionam mal... psicologicamente ou moralmente também reagimos à doença e também podemos estar em baixo, o que só vai prejudicar a doença; a doença por vezes perturba as nossas relações com as outras pessoas, colegas, familiares... mas também é verdade que estas pessoas podem ajudar-nos muito a recuperar a saúde: quer dizer, o corpo, a mente e as nossas relações com as outras pessoas influenciam-se uns aos outros e isso vai constituir a doença no seu conjunto. Cada um desses aspectos pode contribuir para recuperar ou pelo contrário para piorar a doença. E sentirmo-nos melhor ou pior consoante esses vários aspectos estão ou não em harmonia.