

Desenvolvimento sociocognitivo de significações leigas em adultos: Causas e prevenção das doenças

JOAQUIM REIS (*)
FERNANDO FRADIQUE (**)

A construção de significações sobre os processos de saúde e doença é de tal modo generalizada e habitual, quer em pessoas saudáveis, quer em pessoas doentes, que se pode inventariar um sem número de metáforas e de conceitos sobre processos de saúde e doença, cujos conteúdos e expressão dramática se ligam ao contexto sociocultural de diferentes épocas e sociedades (Radley, 1994; Reis, 1998; Sontag, 1991).

As significações permitem às pessoas estabelecerem uma relação psicológica com a realidade e constituem as suas realidades pessoais. Podem ser definidas como «actividades cognitivas que visam interpretar ou explicar a realidade... e têm o objectivo fenomenológico de dar significado à experiência imediata, vivida, antecipada ou

transcendente» (Joyce-Moniz & Reis, 1991, p. 112).

A relação das significações pessoais com os processos de saúde e de doença é um domínio amplamente estudado (e.g., Antonovsky, 1979; Backer, Rogers & Sopory, 1992; Bandura, 1997; Blaxter, 1990; Bradley & Kay, 1985; Cornwell, 1984; Justice, 1998; Flick, 1991; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982; Laderman, 1987; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal & Benyamini, 1997; Mechanic, 1986; Radley & Green, 1985; Skelton & Croyle, 1991; Snow, 1974; Stacey, 1988; Turk & Meichenbaum, 1991). Sintetizando os dados destes estudos e de revisões de literatura no domínio da Psicologia da Saúde (Baum & Posluszny, 1999; Friedman, 1991; Hafen et al., 1992; Rodin & Salovery, 1989; Taylor, 1990) pode concluir-se que as significações pessoais: (a) podem ter um papel importante na geração e manutenção dos processos de doença e na facilitação dos processos de recuperação ou reabilitação; (b) têm uma influência significativa nas expressões emocionais e processos de confronto concomitantes aos processos de saúde e doença; (c) estão na base do bem-estar pessoal e podem

(*) Universidade Independente, Av. Marechal Gomes da Costa, 9, 1800-275 Lisboa, e-mail: joaquim.reis@uni.pt

(**) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Alameda da Universidade, 1600 Lisboa, e-mail: fcsaf@fpce.ul.pt

constituir um factor de protecção das doenças; (d) são os principais determinantes das atitudes e dos comportamentos de promoção da saúde; (e) têm um papel importante na qualidade da relação técnico-paciente e no processo de adesão às recomendações do técnico de saúde ou às mensagens incluídas nas campanhas de educação para a saúde.

A dialéctica de significações que ocorre entre o técnico de saúde e o utente, exemplifica o papel proeminente das significações subjectivas sobre processos de saúde e doença. Neste encontro ocorre uma dialéctica de significações, mais ou menos tácita, entre o «conhecimento do técnico» e o «conhecimento leigo». Antes do encontro com o técnico, a pessoa já construiu uma narrativa pessoal sobre o seu problema de saúde ou sobre uma determinada atitude ou acção preventiva (Kleinman, 1988; Mechanic, 1986). Estas narrativas pessoais procuram dar um sentido à alteração percebida do estado de saúde e têm pouco a ver com a lógica subjacente à narrativa dos técnicos, embora possam ser influenciadas por elas. De facto, as pessoas constroem significações sobre os seus processos de saúde e doença a partir de «uma lógica das pessoas comuns, a qual emerge e é transformada a partir das experiências pessoais e do processo de socialização, do *background* cultural e das redes sociais imediatas» (Freund & McGuire, 1999, p. 143). Este processo de construção de significações é constituído por questões, respostas, e novas questões, e é acompanhado de expressões emocionais e/ou acções. É o caso, por exemplo, das significações inerentes à avaliação subjectiva de sintomas percebidos, das interpretações sobre as causas e a evolução das doenças, da reflexão e decisão em aderir às prescrições e recomendações do técnico de saúde, ou da reflexão e decisão sobre a mudança de hábitos ou estilos de vida.

Pode concluir-se, pois, que as interpretações ou significações sobre uma alteração percebida no estado de saúde, ou quando se pretende prevenir a ocorrência de uma determinada doença, são parte integrante do estado de saúde da pessoa (Reis, 1998). Assim, parece claro 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 identificação das significações pessoais e, também, sobre a possibilidade de mudança dessas significações no sentido da promoção de comportamentos saudáveis, da prevenção da doença e da facilitação dos processos de reabilitação (Joyce-Moniz & Reis, 1991).

A identificação das significações que as pessoas leigas em Medicina, constroem sobre os processos de saúde e de doença, em sentido lato, tem sido um domínio relativamente estudado nos últimos 40 anos. O conhecido estudo de Claudine Herzlich (1969) sobre as «representações sociais» da saúde e da doença de um grupo de cidadãos franceses de meia-idade, constitui-se como pioneiro. Outros estudos se seguiram (e.g., Blaxter, 1990; Calnan, 1987; Cornwell, 1984; Flick, 1992; Helman, 1978; Herzlich, 1973; Snow, 1974; Stacey, 1988). Como síntese geral é possível referir que: (1) 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; (2) as pessoas frequentemente constroem significações para os processos de saúde que são bastante diferentes daquelas que constroem para os processos de doença e, (3) as significações leigas coexistem e competem, no sentido de concepções alternativas, às significações médicas ou dos profissionais de saúde.

Nestes estudos, que visam identificar as «representações sociais» ou as «concepções leigas» sobre a saúde e a doença, é feita uma classificação das significações pessoais a partir de uma análise semântica do seu conteúdo. É assim que uma concepção de saúde que negligencia os aspectos etiológicos da doença, e enfatiza o direito a fazer uma vida satisfatória e a liberdade para escolher como vai viver a sua vida, se designa *individualismo robusto*; e uma que defende que a saúde é o produto de uma certa «forma de viver», do bem-estar espiritual e dos cuidados de Deus, se designa *Poder de Deus*. Há, pois, uma incidência na análise dos conteúdos das significações, enquadradas pelas idiosincrasias do sistema de processamento de informação da pessoa ou de acordo com a assimilação que ela faz dos valores socio-culturais da sociedade ou grupo étnico em que está inserida.

Contudo, se quisermos relacionar as significações e o nível de desenvolvimento psicológico,

os critérios de análise e classificação terão de ser necessariamente diferentes, incidindo nos processos de significação. Com efeito, uma análise desenvolvimentista das significações introduz critérios de teor epistemológico com o fim de estudar, comparativamente, o grau de *abertura, diferenciação, inclusividade* ou *integração* dessas significações.

DESENVOLVIMENTO SOCIOCOGNITIVO DE SIGNIFICAÇÕES

De acordo com uma perspectiva desenvolvimentista, as significações pessoais evoluem ao longo do processo de desenvolvimento pessoal e podem ser sequenciadas numa forma previsível e ordenada (Joyce-Moniz & Reis, 1991). Cada nível sucessivo de significações representa uma forma de justificação sobre a saúde e a doença mais complexa, diferenciada, inclusiva e abstracta. Ou seja, as significações pessoais podem ser ordenadas numa sequência que acompanha o desenvolvimento natural das estruturas do raciocínio humano. Como sintetizaram muito bem Bibace e colegas,

A major assumption of this approach is that there are a limited number of categories that subsume the seemingly endless variety of ways in which people explain the meaning of an event to themselves and to others... these forms of explanation can be ordered developmentally from least to most mature (Bibace, Schmid & Walsh, 1994, p. 17).

De facto, estudos efectuados com crianças parecem demonstrar que as suas concepções sobre processos de doença evoluem no sentido de uma cada vez maior diferenciação e complexidade, e de uma forma sistemática e previsível consistente com a teoria piagetiana do desenvolvimento cognitivo (e.g., Bibace & Walsh, 1979; Bibace et al., 1994; Burbach & Peterson, 1986; Perrin & Gerrity, 1981).

Por exemplo, Bibace e Walsh (1979) propuseram uma sequência de seis níveis de significações sobre a definição, causas e tratamento das doenças nas crianças e adolescentes. De acordo com estes autores, as formas de raciocínio de cada nível têm uma natureza genérica e constituem

explicações para uma grande variedade de doenças (Bibace, Schmidt & Walsh, 1994).

Uma revisão de literatura neste domínio (Burbach & Peterson, 1986) refere a existência de uma relação entre a idade cronológica/maturidade cognitiva e conceitos de doença nas crianças e adolescentes. Por exemplo, crianças mais velhas concebem a doença em termos de sintomas e doenças específicas e apreendem os aspectos psicossociais da doença física. As crianças mais novas, por seu lado, concebem a doença de forma global e não compreendem os aspectos psicossociais da doença. É interessante notar que a consideração das dimensões psicológica e social nos processos de saúde e doença corresponde ao nível mais elevado de desenvolvimento das concepções das crianças e dos adolescentes. Se fizermos um paralelo com os modelos científicos e filosóficos de saúde e doença (Reis, 1998) poderemos constatar que são as asserções do modelo biopsicossocial interaccionista (Reis, 1999) que correspondem a este nível. Por seu lado, as concepções subjacentes ao modelo de saúde integrador, modelo holístico, ou dialéctico, não foram identificadas nas concepções de crianças e adolescentes. Provavelmente, estas concepções são características e exclusivas do pensamento adulto, que se segue à adolescência (Basseches, 1984). Por exemplo, Broughton (1980) descreveu sete níveis de desenvolvimento epistemológico e metafísico, defendendo que os três últimos apenas aparecem depois da terceira década de vida. Designou o último nível como «dialéctico», no qual se concebe a natureza e a cultura como dimensões que se interpenetram e, portanto, integradas. Assim, talvez não se deva separar o estudo do desenvolvimento *natural* das estruturas e funções do conhecimento humano, da reflexão sobre as asserções científico-filosóficas do modelos de saúde e doença (Joyce-Moniz & Reis, 1991).

Os estudos empíricos referentes ao desenvolvimento das significações sobre processos de doença têm sido restritos a populações de crianças e de adolescentes. Não são conhecidos estudos do mesmo teor em populações de adultos. De facto, existem muitos estudos em Psicologia da Saúde centrados em significações de adultos relacionadas com processos de doença, mas não se encontram integrados numa perspectiva desenvolvimentista (e.g., Cohen & Lazarus, 1979;

Coyne & Holroyd, 1982; DiMatteo & DiNicola, 1985; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Millon, 1982; Rosenstock, 1966; Turk, Meichenbaum & Genest, 1983).

Deste modo, partindo das significações sobre processos de doença que mais têm sido estudadas em Psicologia da Saúde e da síntese de Joyce-Moniz (1993) dos modelos de desenvolvimento social e cognitivo, Joyce-Moniz e Reis (1991) conceberam um modelo teórico de cinco níveis de significação. Este modelo surge também na sequência dos estudos referidos anteriormente, efectuados com crianças e adolescentes, sobre o desenvolvimento de significações sobre processos de doença. De acordo com o modelo, as concepções individuais sobre os processos de doença mudam ao longo do processo de desenvolvimento e podem ser sequenciadas de forma ordenada, inclusiva e previsível, de acordo com os ritmos orgânicos e os limites cognitivos impostos por esse crescimento. Foram propostas três sequências de significações: (a) veracidade ou realidade da doença e/ou dos sintomas; (b) experiência subjectiva da doença, incluindo as concepções sobre sintomas da doença e a percepção das reacções emocionais; e (c) coordenação das significações sobre o tratamento do paciente com as do especialista. Tratam-se de níveis correspondentes à vida adulta, isto é, a que virtualmente todos os adultos poderão ter acesso. Posteriormente, Reis (1998) elaborou mais duas sequências de significações: uma a) diz respeito aos níveis de desenvolvimento de significações sobre a *experiência subjectiva de ter saúde*, isto é, como é que a pessoa avalia que o seu estado de saúde está bem ou que não sofre de qualquer doença; outra, b) refere-se aos níveis de desenvolvimento de significações sobre os *processo de cura e de tratamento das doenças*.

Alguns estudos empíricos parecem confirmar a pertinência desta abordagem desenvolvimentista. Por exemplo, num estudo sobre as significações subjectivas de doentes internados para se submeterem a uma cirurgia cardíaca (Reis, 1992, 1993) verificou-se que estes pacientes funcionavam em diferentes níveis de significação sobre a sua doença e os seus sintomas emocionais, variando entre os níveis altos e os níveis mais baixos. E quando os pacientes que funcionavam em níveis baixos foram expostos a significações típicas de doentes que funcionavam a níveis mais

elevados, não as conseguiram compreender e assimilar às suas estruturas de conhecimento. No mesmo sentido, King e Kitchener (1994), no domínio do desenvolvimento do pensamento reflexivo e epistemológico, mostraram que pessoas entre os 16 e os 34 anos de idade funcionavam a diferentes níveis de desenvolvimento de significações, sendo possível ordenar as suas concepções numa sequência de desenvolvimento.

Podemos, pois, concluir, que o facto de se ser adulto não significa necessariamente que se tenha a competência sociocognitiva para funcionar de acordo com as competências inerentes às significações típicas de níveis mais elevados.

O estudo que aqui se apresenta incide sobre as significações leigas acerca dos processos de saúde e de doença, analisadas a partir de critérios relativos ao desenvolvimento sociocognitivo. Constituíram-se como objectivos de investigação os seguintes¹: (1) Identificar as significações subjectivas sobre processos de saúde e doença de uma amostra de pessoas adultas leigas (i.e., pessoas que não são especialistas ou profissionais na área da saúde); (2) analisar se as significações dessas pessoas leigas podem ser ordenadas em diferentes níveis de desenvolvimento sociocognitivo.

As significações leigas investigadas referem-se a quatro dimensões significativas: significações «causais de doença», significações sobre «estar doente», significações sobre «estar com saúde» e significações de «prevenção da doença». Neste artigo fazemos referência apenas às significações relacionadas com a «causalidade da doença» e com a «prevenção da doença».

METODOLOGIA

Amostragem

A amostra foi constituída por 67 pessoas, ex-

¹ Aqui fazem-se referência apenas a alguns dos objectivos estudados. O leque total dos objectivos podem ser consultados no relatório do projecto (Reis & Fradique, 2000). *Este estudo foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia: Projecto Praxis/pcsh/c/psi/89/96.*

TABELA 1
Características da amostra utilizada

| <i>Variável</i> | <i>N</i> | <i>Média</i> | <i>Mediana</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> | <i>d.p.</i> |
|------------------------------|----------|--------------|----------------|---------------|---------------|-------------|
| Idade | 67 | 44.2 | 41 | 19 | 91 | 21.01 |
| Anos de escolarização | 67 | 10.6 | 12 | 4 | 17 | 4.495 |

traídas aleatoriamente da população-universo de pessoas leigas. As entrevistas foram gravadas em fita áudio e posteriormente transcritas. Na Tabela 1 apresentam-se as características demográficas da amostra utilizada.

Apesar de terem sido recolhidos dados contemplando os dois sexos, masculino e feminino, esta diferenciação não é aqui apresentada nem explorada.

Procedimento

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; Vinh-Bang, 1966).

Construiu-se um instrumento de avaliação qualitativa das significações que incluía quatro dimensões de significação sobre processos de saúde e doença (i.e., causal, doença, saúde e prevenção). Como referido atrás, neste artigo apenas nos referimos às dimensões de causalidade e de prevenção. Para cada uma destas dimensões foram elaboradas *quatro narrativas*, representativas de uma sequência de outros tantos níveis de desenvolvimento socio-cognitivo². Estas narrati-

vas 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), partindo-se de cinco níveis sequenciais de desenvolvimento de significações. Cada narrativa representa uma concepção hipotética sobre a dimensão em questão. Este instrumento de avaliação qualitativa é designado como *entrevista prototípica desenvolvimentista de significações de saúde e doença* (ver excerto no apêndice).

Este instrumento foi aplicado da seguinte forma:

- 1) Antes de ser exposta a cada uma das narrativas, em cada dimensão, solicitou-se à pessoa entrevistada que falasse espontaneamente sobre esse tema (e.g., no tema referente à prevenção da doença: *É possível prevenir a doença? Como? Podemos fazer alguma coisa para prevenir a doença?*). Este método permite aceder às significações da pessoa entrevistada acerca de um dado tema no âmbito da saúde e da doença, antes de ser exposta e influenciada pelas significações incluídas nas narrativas.
- 2) Seguidamente, a pessoa entrevistada é exposta aleatoriamente a cada uma das narrativas referentes a um dado tema e confrontada 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 ava-

² Devido a dificuldades iniciais em distinguir claramente as significações típicas dos níveis 1 e 2, para cada uma das dimensões, decidiu-se aglutinar os níveis 1 e 2 numa única narrativa, seguindo-se depois, os níveis 3, 4 e 5, diferenciados. Posteriormente, após análise dos resultados obtidos neste projecto, se analisará a possibilidade de diferenciar os níveis 1 e 2 de forma mais clara.

liar a medida em que a resposta da pessoa é justificada. De facto, o pedido de justificação que é solicitado à pessoa, quando esta dá o seu ponto de vista sobre uma determinada narrativa, permite saber em que medida consegue (i.e., é competente em termos desenvolvimentistas) justificar a sua adesão a uma determinada asserção ou asserções incluídas na(s) narrativa(s). Por exemplo, a pessoa pode concordar com uma asserção da narrativa 5 acerca das concepções causais referindo: *concordo que a pessoa constitui um todo... a pessoa é ao mesmo tempo um corpo e um espírito... penso da mesma maneira*. A pessoa explicou, pois, a sua adesão à asserção que leu na narrativa. Mas quando se pede para justificar a sua concordância a pessoa pode responder: *nós constituímos um todo porque o nosso corpo é uma máquina e as máquinas funcionam assim... como um todo... não... o que está fora de nós não tem nada a ver conosco...* Nesta sua justificação a pessoa não demonstra competência em relação aqueles conceitos, reduzindo a ideia de todo (incluindo a totalidade corpo-espírito) a um corpo mecânico sem espírito e sem relação com o ambiente.

- 3) As entrevistas foram efectuadas com a seguinte sequência: a) dimensão causal; b) dimensão da doença (*não considerada neste artigo*); c) dimensão da saúde (*não considerada neste artigo*); e d) dimensão da prevenção. Teria sido preferível seguir sequências aleatórias para anular potenciais efeitos de aprendizagem ao longo das exposições, em favor das últimas dimensões apresentadas.

Todas as entrevistas, previamente gravadas, foram transcritas.

Para cada entrevista foi efectuada uma análise de conteúdo a partir de critérios baseados no desenvolvimento sociocognitivo de significações. Assim, foi elaborada uma primeira grelha de interpretação/análise desenvolvimentista dos conteúdos das entrevistas. Esta grelha foi feita *a priori*, isto é, a partir de critérios teóricos retirados dos modelos desenvolvimentistas de processos de saúde e doença e dos modelos científico e filosóficos de saúde e doença (i.e., biomédico,

psicossomático, biopsicossocial e holístico) (Reis, 1998). Assim, para cada tema apresentavam-se 7 critérios de análise, resultando, para os temas aqui referidos, num total de 14 critérios (Reis & Fradique, 2000). Para além destes critérios, definidos *a priori*, foram identificados outros evidenciados através da análise dos entrevistados.

Para estabelecer a validade da análise e codificação processual das entrevistas, um segundo investigador analisou cerca de um quarto das entrevistas, tendo sido discutidas as classificações atribuídas pelos 2 juizes (Kahn Jr., 1999). Foi possível constatar uma percentagem de acordo em cerca de 92% para a análise desenvolvimentista.

RESULTADOS

A. Dimensão causal

A análise desenvolvimentista permitiu identificar processos causais referentes às significações ontológicas (realidade das causas), significações cosmológicas (como operam e se organizam as causas), significações sobre o papel do comportamento pessoal e significações sobre as significações médicas, tal como está indicado na Tabela 2.

Na Tabela 3 apresentam-se as percentagens de respostas obtidas relativamente a cada processo causal referido na Tabela 2, quer nas respostas espontâneas quer depois da exposição às quatro narrativas. A partir da análise da tabela é possível identificar, na amostra estudada, «perfis causais desenvolvimentistas» para as «respostas espontâneas» e para as «respostas após exposição às narrativas».

TABELA 2
Processos causais

Significações ontológicas – realidade das causas

| | |
|--|---|
| A1. Externalidade e concretismo | Os agentes causais são concebidos como coisas ou eventos concretos externos à pessoa ou ao organismo e que o alteram ou penetram no seu interior, provocando a doença <i>a poluição sonora que leva a pessoa ao stress, ou então a poluição atmosférica, que segundo o meu ponto de vista causa as doenças mais graves... ou porque não se agasalha e apanha frio... ou apanha um vírus que entra no organismo</i> |
| A2. Internalidade preformista | As causas são concebidas como fraquezas inerentes ao organismo, que o tornam inevitavelmente vulnerável <i>Há pessoas que já nascem com órgãos mais fracos... ou já nascem com doenças... o organismo pode ser mais fraco...</i> |

Significações cosmológicas: como operam e se organizam as causas

| | |
|---|--|
| B1. Mágico-fenomenista | As causas das doenças são atribuídas a eventos associados com a doença, mas sem se perceber uma ligação causal. O evento associado com a doença é remoto em termos espaciais ou temporais. A ligação causal entre esse evento e a doença é feita em termos mágicos ou como de co-ocorrência. A pessoa não distingue diferentes pontos de vista e funde a causa da doença com os seus efeitos no corpo, sem uma especificação da ligação causal entre a fonte da doença e a própria doença: <i>é o destino, ..., não temos culpa das doenças que apanhamos mas por vezes isso acontece e leva as pessoas a pensarem que essa coincidência esteja ligada aos factos que nós fizemos anteriormente.</i> |
| B2. Sequência linear de eventos | As causas das doenças são descritas em termos de um mecanismo ou sequência linear pela qual o agente causal afecta o corpo. Assim, uma sequência de eventos, comportamentos, acções externas, sucedendo-se no tempo, conduzem à doença <i>a pessoa não se agasalha, apanha muito frio, fica constipado e pode até apanhar uma pneumonia... a sequência das coisas... os diabetes é o excesso de açúcar no sangue... (as pessoas) vão ficando sem vista, não é? Vão ficando a ver mal até cegar completamente... quando os diabetes estão muito altos, as pessoas entram em estado de coma.</i> |
| B3. Cumulativo-associacionista | As doenças são causadas por uma acumulação e associação de factores psicológicos e/ou biológicos que se vão acumulando/somando <i>há pessoas que sofrem psicologicamente e têm outras doenças à mistura, pode a outra doença estar relacionada com o estado psicológico da pessoa, mas pode estar, por exemplo, doente dos pulmões e andar afectada psicologicamente, o sistema nervoso pode estar afectado e pode já andar doente há mais tempo.</i> |
| B4. Paralelismo psicossomático com contração biológica | A doença tem uma génese, existência, e evolução intrínseca, própria, isenta da influência de factores psicossociais. A dimensão psicológica existe mas quer esta dimensão quer a biológica são independentes. A pessoa doente pode sentir-se melhor ou pior caso tenha ou não tenha força de vontade mas este estado de espírito não influencia a doença <i>Para mim a doença vem porque temos realmente um órgão doente... não creio que o factor stress, ou o factor familiar ou o emprego contribuam para que o vírus ataque mais facilmente... se a pessoa está doente, se estiver muito contente ou se estiver deprimida vai continuar doente como está, porque resolver propriamente a doença não tem nada a ver com aquelas situações... mas se for uma doença do foro psicológico, então se estiver bem disposta ajuda a combater esta doença (do foro psicológico)</i> |
| B5. Influência de factores psicossociais na doença (biológico) | As dimensões psicológica e social existem e influenciam, em termos de sequência de eventos, os biológicos (a doença). Os factores psicossociais são concebidos de forma global <i>que o físico e o psicológico têm que estar associados, eu acho que uma coisa só por si não cria muitas coisas graves, acho que se o meio ambiente está completamente munido ou se há um vírus qual-quer no ambiente isso vai-me influenciar fisicamente, não consigo abstrair-me disso, a não ser que haja vacinas para certas coisas, mas isso são coisas pontuais, não dá para uma pessoa se abstrair. É como no psicológico, se eu estou muito mal psicologicamente se calhar fisicamente isso vai afectar algo</i> |

(continua na página seguinte)

(continuação da página anterior)

| | |
|--------------------------------------|--|
| B6. Interação biopsicossocial | As dimensões psicológica, biológica e social interagem umas com as outras <i>o estado de espírito de cada pessoa, leva-nos mesmo que a doença seja grave, se o estado de espírito for alegre, estiver tudo bem, o facto de a pessoa e as pessoas que a envolvem fiquem mais contentes, não agrava tanto a doença</i> |
|--------------------------------------|--|

Significações sobre o papel do comportamento pessoal

| | |
|---|--|
| C1. Comportamento pessoal concreto | Certas atitudes e comportamentos concretos podem levar ao aparecimento de doenças <i>eu penso que será devido a uma má alimentação, ao facto de não fazerem desporto, não irem ao médico regularmente, não fazerem um check-up</i> |
|---|--|

Significações sobre significações médicas

| | |
|--|---|
| D1. Centração nas significações médicas | As causas das doenças são aquelas identificadas/explicitadas pelo médico <i>se a gente for no conselho do que os médicos nos disserem, a gente pode melhorar, mas se a gente não fizer aquilo, se a gente não for a levar avante o que o médico diz, a coisa em vez de melhorar vai-se agravando...</i> |
|--|---|

TABELA 3
Percentagens de respostas obtidas relativamente a cada processo causal nas respostas espontâneas e depois da exposição às quatro narrativas

| Processos/narrativas | Respostas espontâneas | Respostas a N1 / N2 | Respostas a N3 | Respostas a N4 | Respostas a N5 |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| B2 | 49,25% | 31,34% | 4,48% | 14,93% | 11,94% |
| A1 | 53,73% | 37,31% | 7,46% | 19,40% | 14,93% |
| A2 | 40,30% | 13,43% | 4,48% | 4,48% | 2,99% |
| B4 | 22,39% | 41,79% | 16,42% | 29,85% | 29,85% |
| B5 | 11,94% | 46,27% | 74,63% | 40,30% | 17,91% |
| D1 | 4,48% | 1,49% | 1,49% | 0,00% | 0,00% |
| C1 | 52,24% | 17,91% | 4,48% | 11,94% | 5,97% |
| B6 | 0,00% | 1,49% | 7,46% | 7,46% | 13,43% |
| B1 | 8,96% | 4,48% | 2,99% | 0,00% | 4,48% |
| B3 | 1,49% | 0,00% | 0,00% | 4,48% | 2,99% |

Perfis causais desenvolvimentistas

A. Respostas espontâneas

Relação obtida com base nas percentagens³:
A1>C1> B2> A2> B4

O processo causal mais frequente é o A1, que concebe as causas como coisas ou eventos concretos e tangíveis, externos ao organismo, e que o alteram ou penetram no seu interior, provocando a doença. Segue-se a concepção C1 que defende que a pessoa, através de comportamentos e atitudes concretas, pode evitar ou provocar o aparecimento dessas causas. A concepção B2 refere-se à actuação das causas concretas, em termos de um mecanismo ou sequência linear. Segue-se a concepção A2 (internalidade preformista) e, depois, a concepção D4, paralelismo psicossomático com centração biológica (B4).

B. Respostas à narrativa N1/N2

Relação obtida com base nas percentagens:
B5> B4> A1> B2

Surge uma novidade em relação às respostas espontâneas: considera-se a influência de factores psicológicos e sociais nos biológicos, mas o processo causal é linear e sequencial e os factores são concebidos de forma global (e.g., alegria, tristeza, estar bem com os outros); em contraste, mais de 40% de respostas enquadram-se no paralelismo psicossomático. Continua a haver uma forte acentuação das causas como coisas externas, concretas/tangíveis.

C. Respostas à narrativa N3

Relação obtida com base nas percentagens:
B5

O processo causal B5 (influência sequencial e linear de factores psicológicos e sociais nos biológicos) não só se mantém como sobe significativamente (62,69). A centração neste processo é de tal modo que os outros deixam de ter significado em termos de percentagem de respostas. Este resultado poderá explicar-se porque a narrativa N3 expressa este tipo de processo causal, levando as pessoas a centrarem-se no mesmo.

D. Respostas à narrativa N4

Relação obtida com base nas percentagens:
B5> B4

Mantém-se a elevada percentagem de B5 mas o processo causal B4 sobe acima dos 20% (paralelismo psicossomático com centração biológica).

E. Respostas à narrativa N5

Relação obtida com base nas percentagens:
B4

Acentua-se o aumento de respostas que reflectem paralelismo psicossomático. Quando confrontados com a concepção integradora de N5, uma boa parte de sujeitos respondem exibindo a sua concepção dualista. A fraca percentagem de respostas depois da exposição a esta narrativa pode explicar-se porque muitas pessoas não conseguem compreender a concepção de N5, acabando por inibi-las de responder.

Conclusões

Quando as pessoas explicitam espontaneamente as suas significações causais das doenças, isto é, sem exposição prévia a qualquer narrativa, verifica-se um perfil causal que, do ponto de vista dos critérios do desenvolvimento sociocognitivo (ver Joyce-Moniz & Reis, 1991; e Reis, 1998) se pode considerar típico de níveis baixos ou intermédios. Com efeito, as causas são concebidas como coisas ou eventos concretos, externos ao organismo e que o alteram ou penetram no seu interior, provocando a doença. A pessoa, através da realização de certos comportamentos, pode evitar ou provocar o aparecimento desses agentes causais. O processo causal é concebido, em grande percentagem das respostas, em termos de um mecanismo ou sequência linear pela qual o agente causal afecta o corpo. São ainda mencionados processos causais internos ao organismo (e.g., factores hereditários, congénitos, vulnerabilidade) que o limitam, tornando-o mais fraco ou predisposto à doença. Quando há referência aos factores psicossociais da pessoa, estes são concebidos numa grande percentagem de respostas em termos do paralelismo psicossomático: a doença tem uma causa, existência própria, intrínseca, não sendo influenciada por factores psicossociais.

Depois da exposição às narrativas verificam-

³ Nesta relação consideram-se apenas os processos que tiveram uma percentagem de respostas igual ou superior a 20%.

TABELA 4

*Classificação desenvolvimentista das significações causais da doença em adultos***Nível 1: mágico-fenomenista, contágio; indiferenciação causa-efeito**

Fenomenismo. As causas das doenças são atribuídas a eventos associados com a doença, mas sem se perceber uma ligação causal. O evento associado com a doença é remoto em termos espaciais ou temporais e, portanto, inapropriado. A ligação causal entre esse evento e a doença é feita em termos mágicos ou como co-ocorrência. O carácter fenomenista é evidente porque a pessoa centra-se num aspecto concreto e singular da doença ou dos sintomas da mesma, partindo da sua própria experiência da doença, sem distinguir diferentes pontos de vista e fundindo a causa da doença com os seus efeitos no corpo, sem uma especificação da ligação causal entre a fonte da doença e a própria doença.

Contágio. a doença é explicada em termos de pessoas, objectos ou eventos externos que fazem parte do mundo imediato do doente mas que não o tocam. A pessoa fica doente por mera proximidade temporal ou espacial.

Adesão absoluta às significações da «autoridade»

Processos: B1, D1

Nível 2: contaminação – concepção ontológica; internalização; concretismo

Diferenciação causa-efeito. A pessoa consegue distinguir a causa da doença e a forma como esta se pode tornar efectiva.

Externalidade. A causa é concebida como uma pessoa, objecto ou acção externa à pessoa que entra no corpo e tem um efeito interno neste – mas sem considerar nunca a influência de factores de natureza psicossocial

Endogenia. As causas são concebidas como algo global e indiferenciado, interno ao organismo, que o predispõe para a doença

Concretismo. Certos comportamentos e eventos concretos causam doenças.

Paralelismo psicossomático. Há uma distinção entre a mente e o corpo, mas a doença tem uma génese, existência e evolução intrínseca, própria, não sendo influenciada por factores psicossociais. A mente e o corpo são totalmente independentes.

As «autoridades» podem ser postas em causa.

Processos: A1, A2, B4, C1

Nível 3: Sequência de eventos; influência psicossocial

Mecanicismo linear. Causas concebidas em termos de uma sequência de eventos ou sequência linear pela qual o agente causal afecta o corpo. Assim, uma sequência de eventos, comportamentos, acções externas, sucedendo-se no tempo, conduzem à doença. Os processos causais reflectem linearidade e aditividade – não há ainda interacção causal – os processos são unicastais porque a sequência de eventos é linear e, portanto, pode ser aditiva: na sequência de causas estas podem acumular-se.

Dimensões psicológica e social influenciam a doença e podem mesmo causá-la em termos de sequência de eventos – Os factores psicossociais são concebidos de forma global

Processos: B2, B3, B5

Nível 4: interacção biopsicossocial; contaminação – concepção ecológica

Interacção multicausal. Origem da doença concebida a partir da interacção de várias causas que se doseiam para produzir um efeito. Assim, causas concorrentes, que ocorrem em simultâneo, misturam-se, interagem, produzindo um determinado efeito. A pessoa distingue a mente, o corpo e a dimensão social – são dimensões separadas, não integradas, mas que interagem.

Subjectividade: Os processos causais podem ter interpretações diferentes para diferentes pessoas, reflectindo o subjectivismo pessoal, mas a «autoridade» aceite pelo sistema social (e.g., médico, especialista, terapeuta) ou a interpretação baseada em critérios lógicos e racionais garante a validade final da interpretação causal.

Concepção ecológica: o processo de contaminação já não é considerado em termos de influência unilateral do agente externo que entra no corpo, mas inclui uma interacção entre este e outros factores de «resistência», física e/ou psicológica, o que leva a considerar o agente externo como necessário mas não suficiente para a doença.

Processos: B6

Nível 5: integração biopsicossocial

A mente, o corpo e a dimensão social deixam de ser concebidas de forma separada para estarem integradas numa totalidade. As causas e seus contextos ocorrem em padrões integrados. O processo causal é interpretado com relativismo epistemológico: possibilidade de construção de processos causais múltiplos. Compromisso epistemológico: certos processos podem ser considerados mais viáveis do que outros do ponto de vista teórico e/ou prático. Os eventos ou forças não causam directamente a mudança (doença) mas perturbam equilíbrios, e a dinâmica da organização opera, então, no sentido de ultrapassar a perturbação, podendo não ser conseguido.

O processo causal é comparado e coordenado com o do terapeuta através de uma actividade metacognitiva sistematizada e intencional.

-se movimentos desenvolvimentistas, pois o perfil dos processos causais tende a evoluir para concepções com maior grau de diferenciação, integração ou complexidade. É evidente, por exemplo, a emergência do processo causal B5 (influência de factores psicossociais na doença).

De referir ainda que, na população total, depois da exposição a N5 apenas 13,43% de respostas se situam na perspectiva biopsicossocial interaccionista. Nas respostas espontâneas não existem respostas em ambas as concepções referidas.

A partir dos dados obtidos e dos níveis de desenvolvimento de processos de saúde e doença (Joyce-Moniz & Reis, 1991; Reis, 1998) sugere-se a seguinte hierarquia desenvolvimentista referente a processos causais na doença, em adultos (Tabela 4).

Na Tabela 5 fez-se um agrupamento dos processos causais e respectivas percentagens de respostas, por níveis de desenvolvimento, permitindo analisar os níveis preponderantes nas respostas da população e a forma como evoluem ou não ao longo da exposição às narrativas.

Pela análise da tabela pode constatar-se o seguinte:

- Nas respostas espontâneas sobre as causas das doenças, a população total explicita processos causais típicos de níveis menos elevados, com uma incidência clara em pro-

cessos de níveis 2 e 3, e ausência de respostas de níveis elevados (4 e 5).

- Este padrão tende a manter-se depois da exposição às narrativas N1/N2, excepção ao grande aumento de B5 (nível 3). Depois da exposição a N3, há um movimento positivo, pois há menor incidência em processos de nível 2 e há uma centração em processos de nível 3, designadamente B5 (influência de factores psicossociais na doença) e um ligeiro aumento em processos de nível 4 (B6). Depois da exposição a N4 há novo movimento positivo, observando-se uma ausência de respostas de nível 1, mantendo-se a maior parte das respostas nos níveis 2 e 3; Depois da exposição a N5 há um ligeiro aumento das respostas de nível 4.
- A exposição às narrativas permitiu movimentos desenvolvimentistas positivos, no sentido de maior concentração de respostas nos níveis 2 e 3 e algumas respostas no nível 4. Contudo, é de notar que a população total explicita processos causais das doenças que se podem classificar em níveis 2 e 3.

B. Dimensão prevenção da doença

Na Tabela 6 apresentam-se os processos preventivos identificados depois de analisadas todas as respostas.

TABELA 5

Processos causais e respectivas percentagens de respostas, por níveis de desenvolvimento

| | Processos | Espontâneas | N1/N2 | N3 | N4 | N5 |
|---------|-----------|-------------|--------|--------|--------|--------|
| Nível 1 | B1 | 8,96% | 4,48% | 2,99% | 0% | 4,48% |
| | D1 | 4,48% | 1,49% | 1,49% | 0% | 0% |
| Nível 2 | A1 | 53,73% | 37,31% | 7,46% | 19,40% | 14,93% |
| | A2 | 40,30% | 13,43% | 4,48% | 4,48% | 2,99% |
| | B4 | 20,90% | 26,87% | 5,97% | 22,39% | 8,96% |
| | C1 | 52,24% | 17,91% | 4,48% | 11,94% | 5,97% |
| Nível 3 | B2 | 49,25% | 31,34% | 4,48% | 14,93% | 11,94% |
| | B3 | 1,49% | 0% | 0% | 4,48% | 2,99% |
| | B5 | 11,94% | 46,27% | 62,69% | 40,30% | 17,91% |
| Nível 4 | B6 | 0% | 1,49% | 7,46% | 7,46% | 13,43% |

TABELA 6
Processos preventivos

Concepções ontológicas – realidade das acções preventivas

| | |
|--|--|
| A1. Internalidade preformista | O organismo tem propriedades/características próprias que o tornam resistente à doença. <i>o organismo é feito no sentido da saúde, nós também temos mecanismos cá dentro que combatem a doença...</i> |
| A2. Externalidade e concretismo | Os processos preventivos são coisas ou eventos concretos, externos à pessoa ou ao organismo e cujo evitamento ou envolvimento pode ajudar a prevenir a doença. <i>... estamos sujeitos ao meio ambiente; todo o sistema deveria mudar, deveria haver mais espaços verdes...</i> |

Concepções cosmológicas: como operam e se organizam as acções preventivas

| | |
|--|---|
| B1. Mágico-fenomenista | A prevenção é atribuída a certos eventos, mas sem se perceber uma ligação entre esses eventos e a saúde. O evento associado à prevenção é remoto em termos espaciais ou temporais. A ligação causal entre esse evento e a prevenção da doença é feita em termos mágicos ou como co-ocorrência. A pessoa não distingue diferentes pontos de vista e funde a causa da doença com os seus efeitos no corpo, sem uma especificação da ligação causal entre a fonte da doença e a própria doença: incapacidade de ligar uma acção ou atitude à prevenção de certa doença <i>É uma questão de sorte ou azar. Normalmente quem se previne e quem tem cuidados pode-se dizer que tem sorte, não é? E o que também diz... se seguirmos à risca aquilo que o médico diz... pode-se ter sorte ou azar, às vezes pode-se seguir o que o médico diz no princípio e depois uma pessoa fica boa e deixa de... e pensa que está novo e pode ter sido uma gripe muito grande, pode ter um vírus que apanhado em qualquer sítio e só dali a muito tempo é que venha a saber. É uma questão de sorte ou azar.</i> |
| B2. Sequência linear de eventos | A prevenção é descrita em termos de um mecanismo ou sequência linear pela qual o agente causal deixa de afectar o corpo. Assim, uma sequência de eventos, comportamentos, acções externas, impedem a doença <i>pela higiene, no caso das condições climatéricas, não nos expomos muito ao sol, andarmos bem agasalhados, quando está frio e também pela alimentação. Devemos alimentarmo-nos devidamente. Nomeadamente com frutas, legumes, tudo isso que nos possa dar vitaminas suficientes para o bom funcionamento do organismo</i> |
| B3. Paralelismo psicossomático | A doença tem uma génese, existência, e evolução intrínseca, própria, isenta da influência de factores psicossociais. A dimensão psicológica existe mas quer esta dimensão quer a biológica são independentes. Assim, atitudes e acções preventivas de cariz psicossocial apenas podem prevenir as «doenças psicológicas» mas nunca as «doenças físicas». <i>realmente é importante estarmos com as outras pessoas e não as fazer sofrer exactamente e para evitarmos as ralações e preocupações, mas penso que não sejam assim tão... tão importante na prevenção da doença... quando fala de um mal-estar físico discordo completamente... agora, o mal estar psicológico acho que sim, que uma boa relação com o próximo, com as pessoas possa facilitar o bem estar psicológico da própria pessoa, agora quando se refere ao bem estar físico acho que não concordo...</i> |
| B4. Manutenção do equilíbrio interno | A prevenção é concebida a partir da manutenção de um equilíbrio interno no sentido homeostático <i>Acho que podemos fazer muitas coisas. Podemos tentar afastar os aborrecimentos, mantermos uma alimentação equilibrada, praticar exercício físico, tentarmos manter um equilíbrio interno dentro de nós mesmos</i> |
| B5. Influência de factores psicossociais na prevenção (biológico) | As dimensões psicológica e social existem e influenciam, em termos de sequência de eventos, os biológicos (a doença). Os factores psicossociais são concebidos de forma global <i>Uma boa alimentação, um bem estar na vida a nível emocional... que nos podem ajudar a prevenir certas coisas... em relação ao outro aspecto, que é os outros, bem isso já se sabe que uma pessoa só é feliz com uma família saudável, por isso estou de acordo uma boa família para nos ajudar é uma boa maneira de nos sentirmos mais fortes e isso ajuda...</i> |

(continua na página seguinte)

(continuação da página anterior)

| | |
|--|---|
| B6. Biológico determina psicológico | <p>A dimensão biológica determina a psicológica, sendo desnecessários esforços ao nível da dimensão psicológica para prevenir a doença</p> <p><i>Diz que é importante dar-mo-nos bem com as pessoas para evitar ralações... eu não sei explicar o que me vai na cabeça, o que eu quero dizer é que não vou tentar dar-me muito bem só por saber que quando estiver doente me vai prejudicar, quando uma pessoa está doente fica muito mais vulnerável a pequenas coisas que no dia-a-dia se calhar não nos fazem diferença nenhuma, mas não dá para evitar ou obrigarmo-nos a nós próprios a dar-mo-nos bem com a pessoa para quando estivermos doentes não haver problemas...</i></p> |
| B7. Psicológico protege/fragiliza biológico | <p>A dimensão psicológica, descrita de forma global – bem estar psicológico – protege ou fragiliza o organismo face à doença.</p> <p><i>Tendo cuidado com a alimentação, não nos irritarmos facilmente, saber raciocinar logicamente em determinadas alturas, e não nos deixarmos muito irritar por sentimentos de irritação; e não deixar que os problemas que nos acontecem na nossa vida nos ocupem muito o espírito. Esses estados de espírito são propícios que no futuro possamos vir a ter problemas de saúde</i></p> |
| B8. Modelo biopsicossocial interaccionista | <p>As dimensões psicológica, biológica e social interagem umas com as outras</p> <p><i>As atitudes que nós temos vai desde a alimentação, e ao modo como individualmente gerimos o nosso corpo até como nós e a sociedade gerimos o nosso meio ambiente... o problema da saúde não é um problema que se ponha individualmente a cada pessoa... já é um problema que a sociedade se põe a si própria, ou seja, a sociedade tem de começar a pensar em termos de saúde pública, e não em termos de saúde individual. Há que garantir que cada pessoa tenha um bom estado de saúde, mas também há que garantir que a sociedade em geral tenha um bom estado de saúde... Atitudes individuais, tudo aquilo que nós fazemos no nosso dia-a-dia desde as preocupações que temos até ao que ingerimos, vai influenciar a nossa saúde</i></p> |

Concepções sobre papel do comportamento pessoal na prevenção

| | |
|--|---|
| C1. Comportamento pessoal concreto/discreto | <p>Certas atitudes e comportamentos concretos podem prevenir doenças</p> <p><i>Realmente se estivermos bem, tivermos uma alimentação equilibrada, se dormirmos bem, o nosso corpo vai estar a 100% para estarmos mais resistentes a um vírus da gripe... agora, se tivermos uma alimentação deficiente e tudo o mais... o nosso corpo está debilitado e ao entrar uma virose no nosso corpo vamos ter menos resistências... nesse aspecto temos um papel preponderante... termos uma alimentação saudável, praticarmos desporto... além disso depois um certo check-up...</i></p> |
|--|---|

Concepções sobre significações médicas sobre as causas

| | |
|---|--|
| D1. Centração nas significações médicas | <p>As atitudes e acções preventivas são aquelas identificadas/explicitadas pelo técnico</p> <p><i>temos o nosso consultor, o médico, médico de família, que é perito no assunto e ele vai nos dar exactamente as indicações a tomar, os medicamentos, o que havemos de fazer, o que não havemos de fazer, ou seja, se nós seguirmos o conselho do médico, o nosso médico, estamos a prevenir a doença</i></p> |
| D2. Dúvidas sobre o conhecimento da «autoridade» | <p>O conhecimento do técnico é posto em causa</p> <p><i>nem sempre devemos seguir à risca aquilo que os médicos nos dizem porque também eles podem errar no diagnóstico uma vez que as pessoas não têm todas os mesmos problemas... Não concordo com a parte em que temos que prestar atenção ao que o médico diz ou, vá lá, seguir o que o médico diz, porque não... nós para cada situação que nos aparece no dia-a-dia não podemos estar a ir ter com o médico para perguntar: – olhe, será que fiz bem? Será que fiz mal? O que é que eu poderei fazer? ... nós poderemos prevenir, como eu já referi, certas situações mas não podemos controlar todas e não precisamos, obviamente, de nos basear no que os médicos dizem ... no que os médicos dizem ou procurar aquilo que os médicos dizem para resolver coisas do quotidiano</i></p> |

TABELA 7
Percentagens de respostas obtidas relativamente a cada processo causal nas respostas espontâneas e depois da exposição às quatro narrativas

| Processos/narrativas | Respostas espontâneas | Respostas a N1 / N2 | Respostas a N3 | Respostas a N4 | Respostas a N5 |
|----------------------|-----------------------|---------------------|----------------|----------------|----------------|
| A1 | 2,99% | 0,00% | 1,49% | 2,99% | 4,48% |
| A2 | 2,99% | 1,49% | 0,00% | 4,48% | 4,48% |
| B1 | 2,99% | 10,45% | 7,46% | 0,00% | 2,99% |
| B2 | 38,81% | 19,40% | 8,96% | 19,40% | 26,87% |
| B3 | 0,00% | 1,49% | 8,96% | 8,96% | 5,97% |
| B4 | 1,49% | 0,00% | 1,49% | 0,00% | 0,00% |
| B5 | 1,49% | 0,00% | 4,48% | 0,00% | 1,49% |
| B6 | 0,00% | 0,00% | 1,49% | 2,99% | 0,00% |
| B7 | 4,48% | 0,00% | 17,91% | 19,40% | 7,46% |
| B8 | 4,48% | 0,00% | 2,99% | 2,99% | 10,45% |
| C1 | 32,84% | 40,30% | 32,84% | 32,84% | 35,82% |
| D1 | 7,46% | 19,40% | 19,40% | 2,99% | 2,99% |
| D2 | 1,49% | 10,45% | 5,97% | 0,00% | 1,49% |

Na Tabela 7 apresentam-se as percentagens de respostas obtidas relativamente a cada processo causal nas respostas espontâneas e depois da exposição às quatro narrativas.

Perfis desenvolvimentistas

A. Respostas espontâneas

Relação obtida com base nas percentagens: B2>C1

O processo preventivo mais frequente concebe a prevenção em termos de uma sequência linear de eventos concretos (B2) ou da realização de comportamentos concretos e discretos (C1) (e.g., comportamento alimentar; praticar desporto; fazer *check-up*).

B. Respostas à narrativa N1/N2

Relação obtida com base nas percentagens: C1

Depois da exposição à narrativa N1/N2 é a concepção C1, que atribui a prevenção à realização de comportamentos concretos e discretos, que se mantém elevada.

C. Respostas à narrativa N3

Relação obtida com base nas percentagens: C1

Depois da exposição à narrativa N3 a concepção mais frequente continua a ser a C1.

D. Respostas à narrativa N4

Relação obtida com base nas percentagens:
C1

Depois da exposição à narrativa N3 a concepção mais frequente continua a ser a C1. As concepções B2 e B7 têm percentagens relativamente elevadas (19,4%). A concepção B2 mantém a tendência já manifestada nas respostas espontâneas, mas surge agora a concepção B7 que defende que os factores psicológicos têm um papel importante na prevenção da doença, pois protegem ou fragilizam a dimensão biológica.

E. Respostas à narrativa N5

Relação obtida com base nas percentagens:
C1>B2

Depois da exposição à narrativa N5 emergem as concepções C1 e B2 já defendidas nas respostas espontâneas, embora agora surjam invertidas.

Conclusões

A amostra total, nas respostas espontâneas, apresenta como resposta mais frequente, uma concepção de prevenção baseada na realização de comportamentos concretos e discretos (e.g., comportamento alimentar; praticar desporto; fazer *check-up*); por outro lado, o processo preventivo é concebido principalmente em termos de uma sequência linear de eventos, de coisas que vão acontecendo, e não da sua interacção ou integração. Ao longo da exposição às narrativas há um movimento desenvolvimentista interessante: a concepção B7, que reflecte que os facto-

res psicológicos têm um papel importante na prevenção da doença, pois protegem ou fragilizam a dimensão biológica, apresenta uma percentagem de 4,48% nas respostas espontâneas; 0% depois da exposição à narrativa N1/N2; 17,91% depois da exposição a N3; 19,40% a seguir a N4; e volta a baixar para 7,46% a seguir a N5. Assim, a exposição às narrativas provoca um movimento no sentido de inclusão de factores psicológicos na prevenção da doença, contudo, a percentagem de respostas nunca excede o valor de 19,40% na população total, o que se poderá considerar um valor baixo. A partir dos dados obtidos sugere-se a seguinte hierarquia desenvolvimentista referente a processos preventivos da doença em adultos (Tabela 8).

Na Tabela 9 fez-se um agrupamento dos processos preventivos e respectivas percentagens de respostas, por níveis de desenvolvimento, permitindo assim analisar os níveis de desenvolvimento preponderante nas respostas da população e a forma como evoluem ou não ao longo da exposição às narrativas.

Pela análise da Tabela 9, pode constatar-se o seguinte:

- Nas respostas espontâneas sobre a prevenção da doença, a população total explicita processos preventivos típicos de níveis menos elevados, com uma incidência em processos de níveis 2 e 3.
- Depois da exposição à narrativa N1/N2 há um reforço das respostas de nível 1 e uma

TABELA 8

Classificação desenvolvimentista das significações de prevenção da doença em adultos

Nível 1: mágico-fenomenista, contágio; indiferenciação causa-efeito

Fenomenismo. A prevenção é atribuída a certos eventos, mas sem se perceber uma ligação entre estes e o estado de saúde. O evento associado à prevenção é remoto em termos espaciais ou temporais. A ligação causal entre esse evento e a prevenção da doença é feita em termos mágicos ou como de co-ocorrência. A pessoa não distingue diferentes pontos de vista e funde a causa da doença com os seus efeitos no corpo, sem uma especificação da ligação causal entre a fonte da doença e a própria doença: incapacidade de ligar uma acção ou atitude à prevenção de certa doença.

Contágio. A prevenção é explicada em termos do evitamento espacial ou temporal de pessoas doentes, e de objectos ou eventos externos que fazem parte do mundo imediato da pessoa mas que não o tocam, isto é, o evitamento permite evitar o «contágio» que se dá por mera proximidade temporal ou espacial.

Adesão absoluta às significações da «autoridade»

Processos: B1, D1

(continua na página seguinte)

Nível 2: contaminação – concepção ontológica; internalização; concretismo

Diferenciação causa-efeito. A pessoa consegue distinguir a causa da doença e a forma como esta se pode prevenir, eliminando a causa.

Externalidade. A prevenção é concebida como o evitamento ou a modificação de uma acção ou evento, externo à pessoa, impedindo-o de entrar no corpo e de produzir a doença – mas sem considerar nunca a influência de factores de natureza psicossocial.

Endogenia. A prevenção é concebida como algo, interno ao organismo e descrito de forma global e indiferenciado, que protege da doença.

Concretismo. Certos comportamentos e eventos concretos causam doenças: logo, pode prevenir-se a doença se os evitarmos ou se tivermos cuidados.

Paralelismo psicossomático. A dimensão psicossocial não tem qualquer papel na prevenção – dualismo mente-corpo e entre bem estar físico e bem-estar psicológico. A doença é considerada física, e tem uma génese, existência e evolução intrínseca, própria, não sendo influenciada por factores psicossociais. Assim, atitudes e acções preventivas de cariz psicossocial apenas podem prevenir as «doenças psicológicas» mas nunca as «doenças físicas».

As «autoridades» podem ser postas em causa – a pessoa pode colocar em dúvida o conhecimento do médico relativo à prevenção mas sem comparar ou considerar simultaneamente a sua perspectiva com a do seu interlocutor.

Processos: A2, A1, B3, C1, D2

Nível 3: Sequência de eventos; influencia psicossocial

Mecanicismo linear. O processo preventivo é concebido em termos de uma sequência de eventos ou sequência linear pela qual um comportamento ou agente externo deixa de afectar o corpo. Assim, uma sequência de eventos, comportamentos, acções externas, sucedendo-se no tempo, podem prevenir a doença. Os processos preventivos reflectem linearidade e aditividade – não há ainda interacção causal – os processos são unicausais porque a sequência de eventos é linear e, portanto, pode ser aditiva: na sequência de causas estas podem acumular-se.

Dimensões psicológica e social existem e influenciam, em termos de sequência de eventos, os biológicos (a doença). Os factores psicossociais são concebidos de forma global e têm um papel na prevenção das doenças. A dimensão biológica determina a psicológica.

Processos: B5, B2, B4, B6, B7

Nível 4: interacção biopsicossocial; contaminação – concepção ecológica

Interacção multicausal. Origem da doença concebida a partir da interacção de várias causas que se doseiam para produzir um efeito. Assim, causas concorrentes, que ocorrem em simultâneo, misturam-se, interagem, produzindo um determinado efeito. A prevenção é concebida em termos de um processo multifactorial, isto é, da interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais. A pessoa distingue a mente, o corpo e a dimensão social – são dimensões separadas, não integradas, mas que interagem.

Subjectividade. Os processos preventivos podem ter interpretações diferentes para diferentes pessoas, reflectindo o subjectivismo pessoal, mas a «autoridade» aceite pelo sistema social (e.g., médico, especialista, terapeuta) ou a interpretação baseada em critérios lógicos e racionais garante a validade final da interpretação do processo preventivo.

Concepção ecológica. O processo de contaminação já não é considerado em termos de influência unilateral do agente externo que entra no corpo, mas inclui uma interacção entre este e outros factores de «resistência», física e/ou psicológica, o que leva a considerar o agente externo como necessário mas não suficiente para a doença: assim, é possível a prevenção da doença «alimentando» o corpo.

Processos: B8

Nível 5: integração biopsicossocial

A mente, corpo e a dimensão social deixam de ser concebidas de forma separada para estarem integradas numa totalidade. O processo preventivo é interpretado com relativismo epistemológico. Defende-se que se podem construir processos preventivos múltiplos. Compromisso epistemológico: certos processos podem ser considerados mais viáveis (do ponto de vista teórico e/ou prático) do que outros. Os processos preventivos e seus contextos ocorrem em padrões integrados. Os eventos ou forças não causam directamente a mudança (doença) mas perturbam equilíbrios - a dinâmica da organização opera, então, no sentido de ultrapassar a perturbação, podendo não o conseguir – a prevenção consegue-se mantendo um equilíbrio dinâmico ou construindo outro.

O processo preventivo é comparado e coordenado com o do técnico através de uma actividade metacognitiva sistematizada e intencional.

TABELA 9

Processos preventivos e respectivas percentagens de respostas, por níveis de desenvolvimento

| | Processos | Espontâneas | N1/N2 | N3 | N4 | N5 |
|---------|-----------|-------------|--------|--------|--------|--------|
| Nível 1 | B1 | 2,99% | 10,45% | 7,46% | 0% | 2,99% |
| | D1 | 7,46% | 19,40% | 19,40% | 2,99% | 2,99% |
| Nível 2 | A1 | 2,99% | 0% | 1,49% | 2,99% | 4,48% |
| | A2 | 2,99% | 1,49% | 0% | 4,48% | 4,48% |
| | B3 | 0% | 1,49% | 8,96% | 8,96% | 5,97% |
| Nível 3 | C1 | 32,84% | 40,30% | 32,84% | 32,84% | 35,82% |
| | D2 | 1,49% | 10,45% | 5,97% | 0% | 1,49% |
| | B2 | 38,81% | 19,40% | 8,96% | 19,40% | 26,87% |
| | B4 | 1,49% | 0% | 1,49% | 0% | 0% |
| | B5 | 1,49% | 0% | 4,48% | 0% | 1,49% |
| Nível 4 | B6 | 0% | 0% | 1,49% | 2,99% | 0% |
| | B7 | 4,48% | 0% | 17,91% | 19,40% | 7,46% |
| Nível 5 | B8 | 4,48% | 0% | 2,99% | 2,99% | 10,45% |
| Nível 5 | - | - | - | - | - | - |

diminuição de respostas de nível 3 – isto é, a exposição à narrativa N1/N2 provocou um movimento negativo nas respostas das pessoas.

- Depois da exposição à narrativa N3 há um ligeiro movimento positivo havendo maior percentagem de respostas de nível 3 e 4 (neste último caso com um ligeiro aumento).
- Depois da exposição à narrativa N4 há novamente um movimento positivo com um aumento na percentagem de respostas de nível 3, diminuindo a percentagem de respostas de nível 1 e aumentando a percentagem de respostas de níveis 3 e 4. Este padrão tende a manter-se depois da exposição a N5. Tal como já tinha sido notado em relação aos processos causais, a exposição às narrativas da dimensão preventiva provocou movimentos desenvolvimentistas positivos (excepto na exposição a N1/N2 em que se registou um movimento negativo) no sentido de maior concentração de respostas nos níveis 3 e 4. Contudo, a população total explicita processos preventivos das doenças

que se podem classificar tipicamente nos níveis 2 e 3.

REFLEXÃO FINAL: DESENVOLVIMENTO DE SIGNIFICAÇÕES E PROCESSOS INTERVENTIVOS E EDUCACIONAIS EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

No seguimento de reflexões e estudos empíricos no domínio da Psicologia da Saúde (e.g., Barros, 1992; Joyce-Moniz & Reis, 1991; Fradique, 1993; Reis, 1993) este estudo sugere que as pessoas diferem nas suas competências de desenvolvimento sociocognitivo relativamente aos processos de saúde e doença. Para cada dimensão apresentada neste trabalho, causal e preventiva, foi possível ordenar as significações leigas em sequências desenvolvimentistas que se diferenciam em termos qualitativos, isto é, cada nível da sequência inclui respostas com maior grau de diferenciação, integração e complexidade do que as respostas de nível anterior. Por outro lado, verifica-se, depois da exposição às narrativas, e em comparação com as respostas espontâneas, a existência de alguns movimentos

desenvolvimentistas positivos. De facto, entre as respostas espontâneas e as respostas às narrativas, os perfis de significação evoluem para concepções com maior grau de diferenciação, integração e complexidade⁴. Contudo, apesar destes movimentos, isso não significa que todas as pessoas conseguem compreender ou aceder às significações de níveis mais elevados, mesmo depois de serem expostas a estas. A percentagem de respostas com movimentos positivos não é muito elevada, sendo muitas as pessoas que continuam a não conseguir aceder aos níveis de significação mais elevados, mesmo quando expostos aos mesmos. De facto, a maior parte das respostas, quer espontâneas, quer depois da exposição às narrativas, revelam um perfil que, do ponto de vista dos critérios do desenvolvimento sociocognitivo, se pode considerar típico de níveis inferiores ou intermédios.

Daqui podem retirar-se duas principais implicações para os processos clínicos, educativos ou preventivos em Psicologia da Saúde:

- 1) considerando que as metodologias de intervenção em Psicologia da Saúde podem ser diferenciadas relativamente aos níveis de significação (Joyce-Moniz & Reis, 1991) e que as pessoas funcionam a diferentes níveis de significação relativamente aos processos de saúde e doença, deverá haver uma harmonização ou equivalência entre estratégias de intervenção ou educativas (Reis, 2001) e níveis de significação⁵. Caso contrário, poderão expor-se as pessoas a racionais e estratégias estranhas ou contraditórias com o nível de significação a que funcionam habitualmente. Parece, pois, de grande utilidade e maior eficácia, programar a utilização de estratégias clínicas e de

⁴ Isto significa que quando se pretende aceder às significações das pessoas através do simples questionamento não se avalia o nível máximo potencial a que as pessoas conseguem funcionar. O que significa que com esse tipo de avaliação se poderá avaliar as competências das pessoas «por baixo».

⁵ Ver em Joyce-Moniz e Reis (1991) uma proposta de equivalência entre metodologias de intervenção utilizadas em psicologia da Saúde e níveis de significação.

objectivos educativos de acordo com as competências exigidas pelos diferentes níveis de significação. Isto significa que os «pacotes metodológicos» não devem ser utilizados um pouco aleatoriamente ou através de «intuição clínica», mas é possível programar essas metodologias e objectivos de acordo com mudanças previsíveis porque ordenadas em sequências de desenvolvimento sociocognitivo;

- 2) o desenvolvimento é estimulado quando as pessoas são expostas a significações que não se harmonizam com as suas ou são mesmo contraditórias com elas (King & Kitchener, 1994); assim, as pessoas não devem ser expostas apenas quer a sistemas de significação menos elevados do que aqueles a que funcionam habitualmente quer a sistemas que estão em perfeita sintonia com o seu nível de funcionamento habitual. Pelo contrário, devem ser fornecidos também exemplos típicos de níveis mais elevados daquele a que a pessoa habitualmente funciona, de modo a oferecer-lhe a oportunidade de confrontar e reflectir sobre a sua forma habitual de pensar e, eventualmente, ajudá-la a adoptar significações mais inclusivas e abstractas (Barros, 1992; Fradique, 1993; Ivey & Gonçalves, 1989; Reis, 1992), ou a permanecer no seu nível habitual, mas estruturando-o melhor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Backer, T. E., Rogers, E. M., & Sopory, P. (1992). *Designing health communication campaigns: What works?* London: Sage.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behavior. In Andrew Baum et al. (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Barros, L. (1992). *Intervenção desenvolvimentista com mães de bebés em risco*. Dissertação de doutoramento em Psicologia. Universidade Clássica de Lisboa
- Basseches, M. (1984). *Dialectical thinking and adult development*. New Jersey: Ablex Pub.
- Baum, A., & Posluszny, M. (1999). Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163.

- Bibace, R., & Walsh, M. (1979). Developmental stages in children's conceptions of illness. In G. C. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler (Eds.), *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bibace, R., Schmidt, L., & Walsh, M. (1994). Children's perceptions of illness. In G. Penny, P. Bennett, & M. Herbert (Eds.), *Health psychology: A life span perspective*. London: Harwood Academic Pub.
- 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.
- Broughton, J. (1980). Genetic metaphysics: The developmental psychology of mind-body concepts. In R. Rieber (Ed.), *Body and mind*. New York: Academic Press.
- Burbach, D. J., & Peterson, L. (1986). Children's concepts of physical illness: a review and critique of the cognitive-developmental literature. *Health Psychology*, 5 (3), 307-325.
- Calnan, M. (1987). *Health and illness: The lay perspective*. London: Tavistock.
- Cohen, F., & Lazarus, R. (1979). Coping with the stresses of illness. In G. C. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler (Eds.), *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cornwell, J. (1984). *Hard-earned lives: Accounts of health and illness from East London*. London: Tavistock.
- Coyne, J., & Holroyd, K. (1982). Stress, coping and illness: A transactional perspective. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology*. New York: Plenum.
- DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance*. New York: Pergamon Press.
- Flick, W. (Ed.) (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. Paris: L'Harmattan.
- Fradique, F. (1993). *Programa desenvolvimentista preventivo da depressão pós-parto*. Dissertação de doutoramento em Psicologia. Universidade Clássica de Lisboa.
- Freund, P., & McGuire, M. (1999). *Health, illness and the social body: a critical sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman, H. (1991). *The self-healing personality*. New York: Penguin Books.
- Hafen, B., Frandsen, K., Karren, K., & Hooker, K. (1992). *Health effects of attitudes, emotions, relationships*. Provo, Utah: EMS Associates.
- 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. (1973). *Health and illness: A social-psychological analysis*. New York: Academic Press (original: *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Mouton, 1969).
- Inhelder, B., Sinclair, H., & Bovet, M. (1974). *Apprentissage et structures de la connaissance*. Paris: PUF.
- Ivey, A. E., & Gonçalves, O. F. (1988). Developmental therapy: integrating developmental processes into the clinical practice. *Journal of Counselling and Development*, 66, 406-413.
- 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.
- Kahn, P. H. Jr. (1999). *The human relationship with nature. Development and culture*. London: MIT Press.
- Kimball, C. P. (1969). Psychological responses to the experience of open heart surgery: I. *American Journal of Psychiatry*, 126 (3), 348-359.
- King, P., & Kitchener, K. (1994). *Developing reflective judgement*. San Francisco: Jossey Bass.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing & the human condition*. New York: Basic Books.
- 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.
- Laderman, C. (1987). The ambiguity of symbols in the structure of healing. *Social Science and Medicine*, 24, 293-301.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of clinical health psychology*. New York: Plenum Press.
- Leventhal, H., & Benyamini, Y. (1997). Lay beliefs about health and illness. In Andrew Baum et al. (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Mechanic, D. (1986). The concept of illness behavior: Culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16, 1-7.
- Millon, T. (1982). On the nature of clinical health psychology. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology*. New York: Plenum Press.
- Perrin, E., & Gerrity, P. S. (1981). There's a demon in your belly: children's understanding of illness. *Pediatrics*, 67, 841-849.
- 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.
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness: The social psychology of health and disease*. London: Sage.
- 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. Universidade Clássica de Lisboa.
- Reis, J. C. (1993). Metodologia construtivista e desenvolvimentista para prevenção de reacções emocionais excessivas em pacientes de cirurgia cardíaca. *Psicologica*, 10, 69-98.
- 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: Vega.
- 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. (1999). *Development of a didactic methodology to health education based on a constructivist and developmental approach*. Reconstructing Health Psychology: First International Conference on Critical and Qualitative Approaches to Health Psychology, St. John's, Canada.
- Reis, J. C., & Fradique, F. (2000). *Desenvolvimento sociocognitivo de representações subjectivas de saúde e doença: implicações na educação para a saúde*. Relatório Final: Fundação para a Ciência e Tecnologia: Lisboa.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- Rogers, W. (1991). *Explaining health and illness. An exploration of diversity*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.
- Schober, R., & Lacroix, J. (1991). Lay illness models in the enlightenment and the 20th century: Some historical lessons. In J. A. Skelton, & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representations in health and illness*. New York: Springer-Verlag.
- Schwartz, G. E. (1982). Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 1040-1053.
- Scott, J. (1989). Cancer patients. In J. Scott, J. M. Williams, & A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice*. New York: Routledge.
- Skelton, J., & Croyle, R. (Eds.) (1991). *Mental representations in health and illness*. New York: Springer-Verlag.
- Snow, L. F. (1974). Folk medical beliefs and their implications for care of patients. *Annals of Internal Medicine*, 81, 82-96.
- Sontag, S. (1991). *Illness as metaphor. AIDS and its metaphors*. London: Penguin.
- 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., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine. A cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford Press.
- Turk, D., & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self-care regimens. The patient's perspective. In J. J. Sweet, R. H. Rozensky, & S. M. Tovian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York: Plenum.
- Vinh-Bang (1966). La méthode clinique et la recherche en psychologie de l'enfant. In *Psychologie et épistémologie génétiques, Thèmes piagétiens*. Paris: Dunod.

RESUMO

As pessoas leigas em Medicina apresentam explicações alternativas, ou significações subjectivas, acerca dos processos de saúde e de doença, que coexistem e competem com as dos profissionais de saúde. O resultado desta competição pode concretizar-se através de um conflito epistemológico, mais ou menos tácito, entre o profissional e o indivíduo. A perspectiva construtivista-desenvolvimentista aqui trabalhada sugere que as significações subjectivas acerca da saúde e da doença apresentam diferentes níveis de desenvolvimento quanto à sua abertura, flexibilidade, inclusividade e autonomia. Neste enquadramento, foi delineado e concretizado um projecto cujos objectivos principais foram: 1) identificar as significações subjectivas acerca da saúde e da doença em pessoas leigas, e verificar se essas mesmas significações podem ser ordenadas em diferentes níveis de desenvolvimento sociocognitivo; e 2) analisar quais as implicações para a Psicologia da Saúde de uma perspectiva desenvolvimentista.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, significações subjectivas, desenvolvimento sociocognitivo.

ABSTRACT

Lay persons in Medicine present alternative explanations, or subjective meanings, on health and illness processes. These explanations coexist and compete with those of endorsed by health professionals. Such competition may consist in an epistemological con-

flict, more or less tacit, between the professional and the individual. The constructivist-developmental perspective proposed in this article suggests that subjective meanings about health and illness present different developmental levels concerning their openness, flexibility, inclusiveness and autonomy. Within this framework two main objectives were pursued: 1) to identify

subjective meanings endorsed by lay persons, and to examine if those meanings can be ordered into different sociocognitive developmental levels; and 2) to analyze what may be the implications of this developmental perspective in Health Psychology.

Key words: Health psychology, subjective meanings, sociocognitive development.

APÊNDICE

ENTREVISTA PROTÓTIPIA DESENVOLVIMENTISTA DE SIGNIFICAÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA E CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO (Joaquim Reis e 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 causal e preventiva. Para consulta de toda a escala ver (Reis & Fradique, 2000) ou solicitar directamente aos autores.

Dimensão causal

N1 e N2 – Ficamos doentes porque tivemos o azar de apanhar uma doença... o ar que respiramos ou o sol podem fazer mal... por exemplo, se apanharmos muito sol podemos constiparmo-nos... ou então também podemos constiparmo-nos se alguém que está constipado se aproxima de nós... passa a doença para nós... Como é que a doença passa? Porque estamos muito próximos e ficamos como a outra pessoa...

Ou então entra qualquer coisa dentro do corpo que o avaria... essas coisas podem ser os vírus, a poluição do ar - o ar está estragado e dá-nos cabo do corpo – ou comida estragada... ficar doente é um azar que tivemos... essas coisas, os vírus, entraram no nosso corpo... não tivemos a sorte de outras pessoas em que os vírus ou o ar estragado não lhes entraram no corpo...

Pergunta se posso ficar doente porque ando mais nervoso ou irritado?... Não creio... uma coisa é estar nervoso outra é estar doente... estou doente porque alguma coisa que entrou no corpo o avariou não porque estava nervoso ou triste... esteja triste ou alegre o vírus entra na mesma no corpo... Há também quem diga que certas coisas que podemos fazer podem levar à doença... uma espécie de bruxaria... sei lá... é como se uma má acção da nossa parte fosse vingada por alguém no nosso corpo...

Pergunta se posso ficar doente porque ando mais nervoso ou irritado?... Não creio... uma coisa é estar nervoso outra é estar doente... estou doente porque o corpo avariou, não porque estava nervoso ou triste...

N4 – As doenças dependem de várias coisas que aconteceram mais ou menos ao mesmo tempo e todas contribuíram para a doença. Repare: nunca posso dizer que a minha doença foi causada por um vírus ou por uma avaria do coração... o que acontece é que o vírus teve um papel importante na doença, mas também temos de considerar se a pessoa estava a passar por um período de *stress* o qual poderia estar relacionado com problemas conjugais ou com problemas no emprego e que, tudo isto em conjunto enfraqueceu o organismo e criou uma oportunidade para o vírus... ou, então, o excesso de stress, continuado, obrigou o coração a despende um grande esforço durante muito tempo afectando-o.

As doenças não dependem apenas de uma avaria do corpo. Embora esta avaria seja fundamental, se aconteceu é porque a pessoa podia não estar bem a nível psicológico ou no relacionamento com as outras pessoas. Quer dizer combinam-se vários factores e todos contribuem para a doença.

Dimensão preventiva

N1 e N2 – Não estou a ver o que se possa fazer para evitar as doenças... é uma questão de sorte ou azar... claro que se evitarmos estar perto de uma pessoa doente, se evitarmos a humidade e o sol em excesso, ou os vírus podemos conseguir evitar certas doenças... se seguirmos à risca o que o médico diz...

N4 – Penso que podemos ter um papel importante na prevenção da doença... se formos disciplinados, refeições a horas, dormirmos bem, evitarmos excessos físicos ou mentais é meio caminho andado para termos saúde... se o nosso organismo estiver bem, quer em termos físicos como mentais pode crer que oferece muito maior resistência à doença... por exemplo, se estiver de boa saúde e com vigor físico e mental, o meu organismo pode conseguir combater um vírus antes dele provocar infecção ou doença... Devemos ter uma atitude racional e de bom-senso perante a vida para nos sentirmos realizados e felizes e, assim, criarmos resistência à doença... é como se criássemos uma reserva de saúde...