

# CRENÇAS E AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL à Doença Crónica

---

**M. GRAÇA PEREIRA & EDITE ROIOS**  
**UNIVERSIDADE DO MINHO, ESCOLA DE PSICOLOGIA**

.....

A conceptualização da doença é multidimensional e implica significados tão diversos quanto o “não ser saudável”, “sentir-se diferente do habitual”, “ter sintomas ou doenças específicas”, etc. (Ogden, 2001). As dimensões acerca do “que significa estar doente” têm sido descritas no contexto das cognições/crenças/representações de doença.

.....

Estas representações de doença são definidas como sendo “crenças implícitas do senso comum que o paciente tem sobre a sua doença” (Leventhal et al., 1980; Leventhal e Nerenz, 1985). Estas representações são importantes na medida em que fornecem uma base para interpretar sintomas e atribuir-lhes um significado. Para Bishop (1994), as representações de doença podem ser pensadas como protótipos ou representações idealizadas de sintomas e outros atributos associados a doenças particulares. Quando uma pessoa experiencia sintomas físicos, uma “pesquisa cognitiva” é iniciada, na qual o indivíduo tenta dar um significado a esses mesmos sintomas comparando-os com outros sintomas já experienciados ou conhecidos. Uma pesquisa bem sucedida permite ao indivíduo identificar sintomas como representando essa doença, i.e. catalogar esses sintomas numa categoria específica de doença. Este processo permite à pessoa aceder a outro tipo de informação relativa à doença contida no esquema que pos-

Bishop (1987) considera ainda quatro dimensões às quais as pessoas recorrem para organizar cognitivamente os sintomas físicos:

- 1- Sintomas percebidos como sendo contagiosos ou de causa viral;
- 2- Localização dos sintomas (parte superior ou inferior do corpo);
- 3- Sintoma de causa psicológica;
- 4- Grau em que os sintomas são percebidos como causadores de interrupção de actividades.

suir da referida doença como a causa, duração, outros sintomas e potenciais acções curativas. Quando o indivíduo não é bem sucedido na sua pesquisa cognitiva, pode experienciar confusão acerca das causas e implicações dos sintomas e, em relação aos sintomas mais sérios, ansiedade (Bishop, Briede, Cavazos, Grotzinger & McMahan, 1987;

Bishop, Sikes, Schroeder, McGregor & Holulo, 1985). Contudo, Bishop e Converse (1986) sugerem que as pessoas podem ter protótipos de doença consensuais, quando a informação acerca de doenças particulares é frequentemente divulgada e quando os sintomas são relativamente claros e salientes.

Bishop (1987) considera ainda quatro dimensões às quais as pessoas recorrem para organizar cognitivamente os sintomas físicos:

- 1- Sintomas percebidos como sendo contagiosos ou de causa viral;
- 2- Localização dos sintomas (parte superior ou inferior do corpo);
- 3- Sintoma de causa psicológica;
- 4- Grau em que os sintomas são percebidos como causadores de interrupção de actividades.

Bishop sugere, ainda, que a causa percebida para os sintomas é uma determinante crítica na predição da acção.

Quando um sintoma é percebido como sendo causado fisicamente, o processo utilizado pelo indivíduo desencadeia a procura de ajuda de profissionais de saúde. Mas, quando a causa percebida é de origem viral, o processo utilizado é a auto-cura (auto-cuidado). As pessoas dão significados aos sintomas físicos relacionando-os com certos protótipos de doença. Por sua vez, o acesso a estes esquemas de doença permite o fornecimento de detalhes acerca de doenças particulares. Quanto mais o indivíduo tem sintomas correspondentes com um determinado esquema de doença, mais probabilidade tem de interpretar esses sintomas como sendo indicadores da referida doença (Murray, 1990).

Actualmente sabe-se que os seres humanos lidam com a doença através do processamento de três principais fontes de informação (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984): A origem das representações da doença nasce do seu conteúdo e estrutura no sentido em que, estes influenciam o modo como as pessoas

respondem a comunicação na área da saúde (Leventhal, Nerenz, & Steel, 1984). Dessa forma, as pessoas baseiam-se em três grandes fontes de informação para representar as suas doenças:

## 1 Conjunto de informação geral disponível na cultura ou mensagens culturais

---

Trata-se de associações semânticas relativas ao conceito de doença que sugerem sentidos específicos para doenças particulares. Se o nome de uma doença tem uma associação semântica forte, esta terá maior probabilidade de influenciar a forma como as pessoas pensam acerca da sua doença.

## 2 Comunicação com o meio envolvente

---

(Diz respeito à experiência de doença e a partilha de informação acerca de sintomas vivenciados por parte de pes-

soas pertencentes à rede social – família, amigos, vizinhos, cuidadores de saúde. Assim, por exemplo, Moscovici (1985), demonstra a importância dessa informação partilhada afirmando que, em cada conversa diária, as representações sociais são criadas graças a “microcosmos” sociais, cafés e outros locais onde as pessoas conversam designados por “laboratórios reais de cultura corrente”. Essa partilha abrange a formação de hipóteses acerca das causas, consequências, evolução temporal da doença, opções de tratamentos e consequentes resultados, e a elaboração de um plano de acção (desde não fazer nada até ir ao médico).

## 3 Experiência pessoal do paciente acerca da doença

---

As pessoas pensam acerca da sua doença poderá influenciar a forma como a enfrentam e como lidam com ela. Sendo assim, o comportamento de doença é uma resposta socialmente aprendida,

fortemente influenciada pelos outros através da moldagem/aprendizagem, socialização, experiências passadas e pela própria cultura pessoal (Paúl & Fonseca, 2001).

.....

As cognições/representações de doença proporcionam aos pacientes o apoio de um esquema que ajuda a implementar estratégias de coping para lidar com a doença, compreender a doença e fornecer-lhes informações sobre o que devem ter em atenção (cuidados a ter) no caso de ficarem doentes (Leventhal et al., 1980, 1985; Ogden, 2000). Por outro lado, as crenças ou representações de doença do paciente influenciam os comportamentos de saúde/doença ou respostas de coping (Horne, 1998), ou seja, as representações de doença influenciam o ajustamento da pessoa face à doença através do impacto das suas representações no coping e na auto-avaliação (Hampson, Glasgow & Zeiss, 1994). Os indivíduos parecem ter crenças consistentes sobre

a doença, crenças estas que podem ser usadas para atribuir sentido à sua doença e ajudar a perceber qualquer sintoma em desenvolvimento. Estas crenças ou representações da doença foram incorporadas num modelo de comportamento de doença para analisar a representação cognitiva da doença do paciente e o seu consequente comportamento de coping. Ao associar esta abordagem das representações de doença, aos modelos de resolução de problemas, Leventhal et al. (1980; 1984) formularam o Modelo de auto-regulação de doença. Este modelo assume que as pessoas são activas no processamento de informação e que, perante uma ameaça à saúde, elaboram representações de doença e reagem emocionalmente à doença.

.....  
 :::: As cognições/representações de  
 :::: o apoio de um esquema que ajuda  
 :::: para lidar com a doença, compre  
 :::: mações sobre o que devem ter en  
 :::: ficarem doentes (Leventhal et al.  
 .....

Tendo em consideração este quadro conceptual, e analisando o ajustamento psicossocial à doença, é de salientar o papel dos factores psicológicos, nomeadamente das percepções de doença, na adaptação e reabilitação de algumas patologias (Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996; Figueiras, 1999; Sampaio, Pereira, & Winck, in press; Ferreira & Pereira, in press) com as quais também lidamos nesta unidade de saúde.

Ao longo de todo o processo de adaptação à doença, desde a percepção dos primeiros sintomas até ao encontrar de um novo ponto de equilíbrio, o sujeito procura um significado para o que lhe está acontecer. Para o fazer, recorre a crenças leigas que têm como objectivo

procurar atribuir sentido à doença e perceber os sintomas, permitindo desenvolver e considerar estratégias adequadas de coping. Assim, quando as pessoas pensam acerca de doenças, organizam os seus pensamentos sob a forma de cinco dimensões cognitivas (Leventhal e col. (1980); Murray, 1990; Leventhal & Benyamini, 1997; Ogden, 2000):

## 1 Identidade

---

Variável que identifica a presença ou ausência de uma doença e que se refere a etiquetas (ou rótulos) dadas a um doença, aos sinais concretos (por exemplo, lesão ou hemorragia) e aos sintomas sentidos (por exemplo, dor, náusea);

## 2 Causas

---

Dizem respeito ao que se percebe como sendo as causas da doença. Estas podem ser de origem biológica (vírus, lesões) ou psicossocial (stress,

e doença proporcionam aos pacientes a implementar estratégias de coping e entender a doença e fornecer-lhes informação (cuidados a ter) no caso de (Leventhal e col., 1980, 1985; Ogden, 2000).

comportamentos de saúde). São factores internos ou externos (ambientais);

### 3 Consequências

É o perceber das consequências físicas, sociais e económicas da doença e o sentir consequências emocionais, ou seja, são representações acerca dos possíveis efeitos da doença na vida de cada paciente;

### 4 Duração ou Dimensão Temporal

Diz respeito a representações acerca da estrutura do tempo para o desenvolvimento, evolução e duração da doença. Refere-se ao tempo que a doença irá durar, se é aguda ou crónica;

### 5 Controlo/Cura

Trata-se de crenças de que as doenças podem ou não ser tratadas e curadas, e

também, se as consequências da doença podem ser controladas por outras entidades poderosas.

Ao dar resposta a estas cinco componentes de representação da doença, o paciente desenvolve a sua própria percepção acerca da patologia através das crenças que constrói com as respostas que obtém para as diferentes questões colocadas quanto a distintas dimensões (Weinman et al., 2000): o que é isto?, o que tenho? (identidade); qual a causa? (causas); quanto tempo durará? (duração); qual será o resultado? (consequências) e o que poderei fazer para melhorar? (cura/controlo).

Estas cinco dimensões vão ditar o modelo de doença da própria pessoa, o qual vai determinar o modo como a pessoa age, mesmo em termos da adesão terapêutica. Estas representações de doença constituem um esquema para a construção de significados sobre

Ao dar resposta a estas cinco componentes de representação da doença, o paciente desenvolve a sua própria percepção acerca da patologia através das crenças que constrói com as respostas que obtém para as diferentes questões colocadas quanto a distintas dimensões (Weinman et al., 2000): o que é isto?, o que tenho? (identidade); qual a causa? (causas); quanto tempo durará? (duração); qual será o resultado? (consequências) e o que poderei fazer para melhorar? (cura/controlar).

os sintomas, para a avaliação do risco destes para a saúde, e mesmo para o envolvimento no processo de recuperação da doença (Petrie, Weinman, Sharpe, & Buckley, 1996). Petrie e col. (1996), demonstraram que as percepções de doença, após o enfarte do miocárdio, são determinantes importantes da recuperação após a alta hospitalar. A crença de que a doença podia ser controlada ou curada, estava relacionada com a subsequente frequência ou não de programas de reabilitação cardíaca. Por sua vez, a percepção do doente de que a doença duraria muito tempo, implicando sérias consequências, estava associada a uma

maior demora no regresso ao trabalho, e a uma maior demora no processo de recuperação e adaptação à doença.

O processo de auto-regulação ocorre ao longo de três fases: interpretação (do problema); coping (como lidar com o

Estas cinco dimensões vão ditar o modelo de doença da própria pessoa, o qual vai determinar o modo como a pessoa age, mesmo em termos da adesão terapêutica.

.....

Enquanto que um estado de humor negativo, está relacionado com um aumento da intensidade dos sintomas (Verbrugge, 1985), ao nível cognitivo, o efeito placebo, pode aumentar as expectativas de recuperação, e reduzir a percepção de sintomas (Skelton & Pennebaker, 1982).

.....

problema); avaliação (se a estratégia de coping foi eficaz). Um dos aspectos centrais deste modelo de auto-regulação, prende-se com a separação das representações de ameaça à saúde das estratégias de coping, para lidar com essas ameaças. Segundo Leventhal, Leventhal e Schaefer (1991), as ameaças à saúde são processadas em dois níveis: somático e emocional. Atendendo a determinados estímulos internos e/ou externos, as pessoas processam a informação somática experienciada, processando, ainda, os planos e/ou procedimentos de coping para lidar com os sintomas. Todo este processo é submetido a uma avaliação. De uma forma similar, é processada a informação emocional. A interdepend-

ência entre os níveis da representação da doença e o das representações das emoções, constituiu uma outra característica deste modelo. Por exemplo, as emoções podem afectar as representações, ou o coping com a doença, gerando ou aumentando as sensações somáticas, aumentando os sentimentos de vulnerabilidade, reforçando ou minimizando percepções quanto à gravidade da doença (Ditto, Jemmott, & Darley, 1988, cit. Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001).

Um aspecto relevante do modelo de auto-regulação envolve as interacções entre as características concretas e abstractas das representações, quer da doença

quer da própria pessoa (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001). Outro aspecto importante a ter em consideração, prende-se com a influência das emoções e cognições, no conteúdo e activação dos esquemas de doença (Skelton & Pennebaker, 1982). Estes autores apontam o papel preponderante das emoções e das cognições, na percepção dos sintomas, sobretudo nos estudos da dor. Enquanto que um estado de humor negativo, está relacionado com um aumento da intensidade dos sintomas (Verbrugge, 1985), ao nível cognitivo, o efeito placebo, pode aumentar as expectativas de recuperação, e reduzir a percepção de sintomas (Skelton & Pennebaker, 1982).

**Em suma,**

Pode concluir-se que as representações de doença têm um grande impacto nas imagens criadas acerca da doença e da possibilidade de adaptação e até de recuperação, daí a relevância deste modelo conceptual sempre que se está a intervir com pacientes que apresentam dificuldades em lidar e adaptar-se a determinado tipo de patologia. Utilizar este modelo conceptual permitirá ao profissional de saúde desmontar um conjunto específico e pessoal de crenças que podem estar a limitar a adaptação do doente à doença. ●



**M. GRAÇA PEREIRA**

. Professora Universitária na Universidade do Minho



**EDITE ROIOS**

. Doutoranda em Psicologia da Saúde

**UNIVERSIDADE DO MINHO, ESCOLA DE PSICOLOGIA**

.....

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.

Bishop, G.D., & Converse, S.A. (1986). *Illness Representations: A Prototype Approach*. *Health Psychology*, 5, 95-114.

Bishop, G.D. (1987). Lay conceptions of physical symptoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 127-146.

Bishop, G.D., Briede, C., Cavazos, L., Grotzinger, R., and McMahon, S. (1987). Processing illness information: The role of disease prototypes. *Basic and Applied Social Psychology*, 8, 21-43.

Bishop, G.D. (1991). Lay disease representations and responses to victims of disease. *Basic and Applied Social Psychology*, 12, 115-132

Bishop, G. D" Sikes, L.. Schroeder, D.. McGregor, U. K., & Holub, D. (1985). Behavior in response to physical symptoms. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Los Angeles.

Ferreira, S. & Pereira. M.G. (in press). Preditores da Qualidade de Vida e Incapacidade Funcional em Doentes com Lombalgia Crónica em Tratamento Diferenciado. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH)*.

Figueiras, M.J., (1999). *Illness representations and recovery from myocardial infarction in Portugal*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Londres.

Hampson, S. E., Glasgow, R. E., & Zeiss, A. M. (1994). Personal models of osteoarthritis and their relation to self-management activities and quality of life. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 143-158 .

Horne, R. (1998). Representations of Medication and Treatment: Advances in Theory and Measurement, in *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. In K.J. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*. London: Harwood Academic Publishers.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The Common Sense Representation of Illness Danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology*, (Vol.2, pp. 7-30). New York: Pergamon.

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 psychology and health*, Vol. 4, 219-252. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Moscovici, S. (1985a). *Rappresentazioni sociali a*

movimenti collettivi. Napoli: liguori.

Moscovisci, S. (1985b). Comment on Potter and Litton. *British Journal of Social Psychology*, 24, 91-92.

Murray, M. (1990). Lay Representations of Illness. In O. Bennett, J. Weinman, & P. Spurgeon, *Current Developments in Health Psychology*. Harwood Academic Publishers.

Ogden, J. (2001). Health Psychology. In *Health Studies: An Introduction*. Ed. Palgrave, p. 69-100.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Climepsi.

Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Manuais Universitários 20. Climepsi.

Petrie, K.; Weinman, J.; Sharpe, N.; Buckley, (1996). Role of patients? View of their illness in predicting to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, Vol. 312, 1191-1194.

Sampaio, R., Pereira, M.G., Winck, J. (in press). Psychological Morbidity, Illness Representations and Quality Of Life in Female and Male Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Psychology, Health and Medicine*.

Skelton, J.A., & Pennebaker, J.W., (1982). The psy-

chology of physical symptoms and sensations. In G.S. Sanders & J. Suls (Eds.). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Verbrugge, L.M., (1985). Triggers of symptoms and health care. *Social science and Medicine*, 20, 855-876.

Weinman, J., Petrie, K., Sharpe, N., & Walker, S., (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 263-274.