

“Estar Doente”: Atribuição Pessoal de Significações

Manuel Gonçalves Henriques Gameiro *



Neste artigo é abordado o processo de atribuição de interpretações subjectivas relacionadas com o estar doente, isto é, a construção das significações que vão constituir a vivência pessoal de se sentir doente, considerando as suas temáticas principais e os determinantes fundamentais, tais como, as experiências anteriores, o nível de desenvolvimento psicológico e o meio cultural de referência pessoal.

Defende-se que essas significações são factores essenciais no sofrimento dos doentes e no seu envolvimento em processos de ajuda, devendo portanto ser consideradas pelos prestadores de cuidados de saúde.

Introdução

Habitualmente o indivíduo é despertado para a ideia de que está doente através de sintomas que lhe provocam algum desconforto físico ou correspondem, de algum modo, a alterações somáticas, cognitivas ou afectivas, sentidas por si próprio ou detectadas por outrem.

As reacções são diversas e, mais do que da doença em si, dependem da forma como é interpretada a situação no contexto da trajectória existencial da pessoa e da sua percepção acerca das ameaças que a doença representa (TEIXEIRA, 1993).

Estes processos de “reflexão pessoal” são uma característica do homem consciente, e das significações atribuídas dependem em grande parte o seu bem estar psicológico e a motivação para os tratamentos e mudanças adaptativas, assim como, a facilitação dos processos de recuperação e reabilitação, como crêem vários autores citados por REIS (1993).

Todavia, os processos de construção de significados relacionados com a situação de doença não são puras formulações e encadeamentos de raciocínios lógicos baseados em conhecimentos técnicos. Recorrem sobretudo ao imaginário pessoal, às experiências vividas no passado e às crenças e representações sobre a saúde e a doença,

* Enfermeiro; Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem Dr. Angelo da Fonseca.

que podem desencadear vivências emocionais fortes relacionadas com perdas ou danos pessoais vários, efectivos no presente ou previstos em relação ao futuro. E, por sua vez, estas vivências emocionais, podem, elas próprias, interferir no processo de construção de significações, nomeadamente, introduzindo distorções cognitivas nas representações da situação e nos pensamentos em que aquelas se baseiam.

Deve ainda ter-se em conta que as significações, enquanto construções cognitivas e psico-afectivas, se organizam de acordo com uma sequência estratificada de representações centradas em determinadas temáticas e estão condicionadas pelos níveis de desenvolvimento psicológico das pessoas (JOYCE-MONIZ & REIS, 1991; REIS, 1992; REIS, 1993; JOYCE-MONIZ & BARROS, 1994).

Do ponto de vista funcional, estas significações estruturadas constituem para as pessoas uma referência de inteligibilidade da situação de doença, dando sentido de coerência aos acontecimentos e permitindo fazer previsões e planos em relação ao futuro. E, sendo afectivamente valorizadas, determinam a natureza do sofrimento do doente e motivam-no (ou não) para condutas de confronto. De facto, como salientam JOYCE-MONIZ & REIS (1991), mais do que a simples estimulação e reacção perceptiva aos acontecimentos, são estas significações que provocam as respostas emocionais e atitudinais, podendo mesmo influenciar os processos de recuperação e reabilitação da doença.

“A Entrada na Doença”

A partir do impacto directo com os sintomas ou com a notícia da existência de uma alteração determinada no estado de saúde pessoal, desenvolve-se um processo complexo de assimilação e integração psico-afectiva. A primeira questão que se coloca ao indivíduo é o da “entrada da doença”, isto é, reconhecer que se encontra doente e admitir que necessita de ajuda (TEIXEIRA, 1993). Mas, reconhecer que está doente e tomar a

decisão de recorrer a uma ajuda profissional, implica sentimentos contraditórios: “o querer adivinhar o que tem, na esperança da leveza da doença e o não querer saber o que se passa, no pressuposto da gravidade da situação” (CARDOSO & CARDOSO, 1992); a esperança de encontrar solução para o problema que o aflige e alívio para o seu sofrimento e o medo de no veredicto médico ver confirmada a sua suspeita de estar gravemente doente. É da forma como o indivíduo resolve esta situação conflitual — geradora de frustração e de ansiedade — que vai depender a sua aceitação do estado de doença e a procura, ou não, de cuidados de saúde.

Esse processo é habitualmente mediado por um contexto emocional forte. Para além do eventual mal-estar físico, a doença confronta o doente com a sua fragilidade, ameaça-o com a probabilidade de perdas significativas aos níveis físico, afectivo-relacional e sócio-profissional — provocando-lhe angústia — e gera insegurança em relação ao desfecho, confrontando-o com a ideia da morte, sendo, desta forma, indutora de medo, ansiedade e stress. Para além disso, a doença (ainda que só em hipótese) pode levantar problemas de culpabilização, já que em grande parte se pode relacionar com estilos de vida desequilibrados, imputáveis à responsabilidade pessoal (MARQUES *et al.*, 1991). Portanto, aos sentimentos de vulnerabilidade e de medo, podem ainda acrescentar-se os de culpa e de vergonha.

Mas, as respostas psico-afectivas do doente processam-se de forma complexa integrando outras variáveis para além da avaliação cognitiva e das emoções subjacentes. De acordo com SANTOS (1995), as reacções emocionais são moduladas por:

“aspectos relacionados com a doença (tipo de doença, estadio de evolução, sintomas, tipos de tratamento, opções de reabilitação), com o indivíduo (a sua idade, experiências e modos de reagir prévios, mecanismos de defesa utilizados, crenças e valores, nomeadamente religiosos), com o contexto sócio-cultural e o significado da crise de vida em termos de ciclo de vida”.

Esta perspectiva está de acordo com o modelo proposto por McHUGH & VALLIS (1986) — Figura 1 — em que a experiência de estar doente é analisada como um processo complexo e condicionado por múltiplos factores (fisiológicos, cognitivos, emocionais, afectivo-relacionais e socioculturais) numa organização dialéctica em que a integração psico-afectiva dos sinais e sintomas físicos e da respectiva avaliação cognitiva das ameaças e dos recursos depende sobretudo dos significados que lhe são atribuídos pela pessoa. Estes significados são condicionados pelas emoções que se lhes associam num processo circular de implicações recíprocas vivido como experiência subjectiva de sofrimento e desencadeando respostas adaptativas (que podem ser de defesa ou de confronto com a situação, de negação ou aceitação, de isolamento ou de procura de ajuda).

As significações associadas à doença física baseiam-se em crenças e convicções habitualmente partilhadas pelo grupo cultural de pertença, mas são sobretudo uma construção pessoal. Nesta linha de pensamento, BERNARDO (1995), sublinha a importância das experiências internas e externas vivenciadas de modo particular por cada pessoa. E observa que, de acordo com o carácter subjectivo dessas experiências, algumas pessoas tendem a

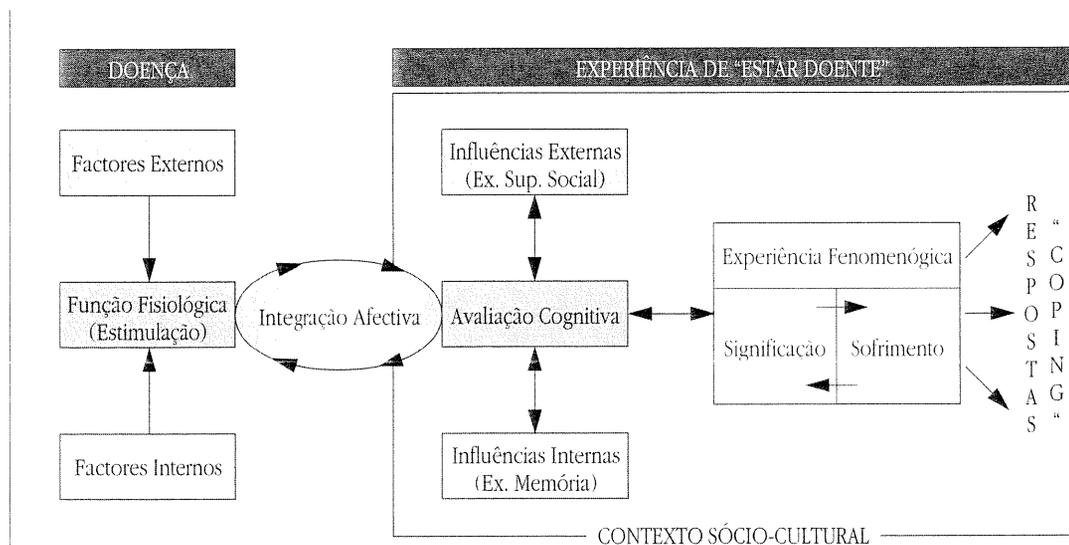
adoptar uma atitude positiva, coerente com os factos e corajosa, enquanto outras antecipam as perdas e “auto-fragilizam-se”, sofrendo antecipadamente angústia e níveis de ansiedade elevados.

A Doença como Crise

Em todo o caso, a doença (em particular a doenças graves, de sintomatologia brusca ou dolorosa, com indicação cirúrgica ou de prognóstico incerto e, de um modo geral, todas as que exigem internamento) deve ser entendida como uma crise. Isto é, uma situação que se apresenta ao indivíduo de uma forma tão diferente ou grave que as suas respostas habituais são insuficientes ou inadequadas, exigindo alteração dos padrões de funcionamento pessoais e sociais estabelecidos (RIBEIRO *et al.*, 1995).

A doença entendida como um tipo de crise é uma experiência geradora de altos níveis de stress, exigindo a mobilização e ensaio de novas estratégias de *coping*.

De acordo com esta perspectiva, RIBEIRO *et al.* (1995) mencionam cinco tarefas importantes para que o doente desenvolva capacidades para enfrentar a situação (*coping skills*): (1) “definir e



Adaptado de McHUGH & VALLIS (1986).

Figura 1 – A experiência de “estar doente”

compreender o significado pessoal da situação”; (2) “confrontar a realidade e responder às exigências da situação”; (3) “garantir as relações com os familiares, amigos e outros próximos que podem ajudar a resolução da crise”; (4) “manter um balanço emocional razoável através da elaboração das preocupações despoletadas pela situação” e, por último, (5) “preservar uma auto-imagem satisfatória e manter um sentido de competência e domínio sobre a situação”.

Estes processos de confronto são organizados tendo em conta as crenças e valores fundamentais, as vivências críticas anteriores, as atribuições causais e as expectativas de resolução. Destacam-se, todavia, os últimos dois factores que, baseados nos precedentes e nos estímulos perceptivos derivados da doença, são fundamentais para a construção de uma “representação subjectiva do problema de saúde”, sendo, deste modo, determinantes na avaliação situacional.

Contudo, deve ainda ter-se em consideração que o processamento da construção das significações associadas ao “sentir-se doente”, iniciado a partir da percepção das alterações sintomáticas e profundamente influenciado pelas respectivas atribuições causais e pela avaliação subjectiva das capacidades de confronto e de superação, inclui também o significado mais pessoal e abstracto de doença (REIS, 1993).

Atendendo a esse significado, o autor atrás referido apresenta uma lista de oito “estilos ou tipos de significação de pacientes face a processos de doença”, identificados por LIPOWSKI: (1) *desafio* – a doença é entendida como uma situação que exige esforço na realização de tarefas novas; (2) *inimiga* – algo de mau que se deve combater, representa a invasão de forças do mal; (3) *punição* – a expiação justa de uma falta cometida no passado ou uma injustiça; (4) *fraqueza* – sinal de fragilidade e vulnerabilidade; (5) *alívio* – dispensa dos problemas e exigências do quotidiano; (6) *estratégia* – oportunidade de ter a atenção dos outros; (7) *perda ou dano irreparável* – uma diminuição e restrição do ser; (8) *valor* – uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento pessoais.

As significações que estes conceitos prévios originam, sugerem, só por si, modos de se sentir doente bastante distintos. É de esperar que quem perspectiva a doença como inimiga, punição, sinal de fraqueza ou perda e dano irreparável, tenha mais probabilidades de sentir emoções e sentimentos de ansiedade, de culpa e de angústia.

Mas, o modo de se confrontar com a ideia de estar doente e as estratégias de confronto adoptadas podem depender também do padrão cognitivo individual de enfrentar as situações de stress em geral e do aspecto do problema que é focado.

Segundo MEICHENBAUM & TURK, citados por LABRADOR (1995), considerando o modo individual de enfrentar as situações de stress, podem diferenciar-se três tipos de pessoas:

(a) *Indivíduos auto-referentes (inefícazes)* –

Em vez de se centrarem nas exigências da situação, organizam as suas significações centradas na forma como a situação a afecta ou pode afectar. As ideias negativas ou fatalistas são hipervalentes e o indivíduo “rumina” o problema sem buscar soluções ou informação adicional. Tendem a vivenciar sentimentos de autocritica e autocomiseração. As manifestações fisiológicas de ansiedade e de stress acumulam-se, tornando-se num novo foco de atenção.

(b) *Indivíduos auto-efícazes (centrados na tarefa)* –

São indivíduos com um alto conceito da sua eficácia e que face a uma situação de *stress* se preocupam em primeiro lugar em saber o que é que a situação lhes exige. Centram a sua atenção nas características da situação e procuram reunir mais informação, o que facilita a selecção das formas de confronto e de solução. As respostas emocionais tendem a ser contextualizadas e a servirem de factores de motivação para a procura de informação e de ajuda.

(c) *Indivíduos negativistas (negam os problemas)* – São pessoas que negam a existência dos problemas. As suas respostas emocionais são fracas e incapazes de activar

o indivíduo para procurar ajuda. Só a evolução e o agravamento da doença o levam de urgência para um hospital.

Por outro lado, tendo em conta o aspecto do problema em que os indivíduos se centram, é possível diferenciar três domínios de atenção, correspondendo a cada um deles alternativas estratégicas distintas (RIBEIRO *et al.*, 1995). Quando o aspecto focado é a *avaliação do problema*, de acordo com o autor, a pessoa pode proceder à sua análise lógica e preparação mental; redefinir cognitivamente o problema ou, “simplesmente”, negar a situação. Se a atenção se centra no *problema em si* o indivíduo pode adoptar as seguintes estratégias: procurar mais informação e ajuda; iniciar as acções com vista à resolução do problema e “identificar recompensas alternativas”. Finalmente, focando-se nos *aspectos emocionais*, os modos de confronto alternativos são: a regulação afectiva, a descarga emocional ou a aceitação resignada.

Assim, revela-se evidente que, seja qual for o aspecto determinante (estilo de significação pessoal de estar doente, modo de reagir às situações de stress em geral ou o domínio em que a doença é focada como problema), é de esperar atitudes diversas de confronto com a situação de doença e torna-se compreensível que os indivíduos, possam necessitar de recorrer a mecanismos de defesa no sentido de se protegerem do seu excessivo efeito stressante.

Temáticas de significação

Como já foi anteriormente sugerido, as significações relacionadas com a ideia de estar doente centram-se em dois quadros temáticos fundamentais: (a) *as significações conotadas com a doença* (significado dos sintomas e sua classificação num determinado tipo de doença, atribuição causal e antecipação das consequências); (b) *as significações conotadas com o confronto e tratamento* (avaliação das perdas e ganhos, antecipação da reacção emocional, avaliação dos recursos pessoais).

Segundo JOYCE-MONIZ & REIS (1991), estas temáticas de significação podem ser discriminadas considerando a sua *orientação ontológica*, isto é, dirigidas para a verdade ou realidade dos sintomas e das causas da doença e à antecipação das suas consequências – (a) *veracidade/realidade da doença ou dos sintomas*; (b) *causas/determinantes etiológicas dos processos de doença*; (c) *consequências da doença ou evolução dos sintomas* – ou a sua *natureza fenomenológica*, isto é, construídas a partir das vivências de estar doente – (a) *experiência subjectiva dos sintomas da doença, incluindo a percepção das reacções emocionais*; (b) *experiência do confronto com os sintomas*; (c) *experiência dos tratamentos e sua avaliação subjectiva*.

Naturalmente o doente questiona-se sobre o risco de vida, a possibilidade de cura e o tempo e meios necessários para o tratamento. De acordo com COHEN & LAZARUS, citados por REIS (1993), no seu processo de reflexão terá em conta os males e danos, as ameaças em relação ao futuro e, eventualmente também, os possíveis ganhos relacionados com a situação. É bem de ver que nesta reflexão os pontos de incerteza e insegurança predominam e a situação é sempre considerada como perigosa, originando medo e ansiedade.

São comuns significações de tipo catastrófico que estão na origem de reacções mal-adaptativas severas e que resultam de um processo secundário em que o doente muito ansioso hipervaloriza os sinais de perigo e de ameaça antecipada e é incapaz de desviar a atenção de pensamentos negativos, antecipando as mais dramáticas consequências, temendo particularmente a *perda de autonomia, o desfiguramento, tornar-se um fardo, ficar fisicamente repulsivo, perturbar a família ou enfrentar o desconhecido* (SANTOS, 1995).

Estas situações de ansiedade extrema baseiam-se frequentemente numa avaliação inapropriada da situação em que o doente ou “faz uma estimativa excessiva da ameaça ou da probabilidade do dano” ou “subestima a sua competência para confrontar a situação com eficácia” (REIS, 1993). Segundo este autor, os “erros cognitivos típicos que provocam reacções emocionais perturbadoras” são

(1) *pensamento dicotómico*: o doente avalia a sua situação em termos de tudo ou nada e tende a definir as suas previsões no sentido do polo pessimista; (2) *generalização*: o doente é levado a concluir que se um tratamento feito por si noutra circunstância ou por uma pessoa conhecida não deu resultado, então também agora e no seu caso será mal sucedido; (3) *ignorar o positivo*: o indivíduo minimiza os aspectos positivos relacionados com a sua situação e hipervaloriza os sintomas; (4) *catastrofização*: o doente atribui um significado extremamente pessimista à situação e torna-se hipersensível às manifestações da doença; (5) *abstracção selectiva*: o doente centra-se num ou outro sintoma preocupante e não consegue avaliar de forma mais global a sua situação.

As Ameaças Associadas ao Adoecer Corporal

Mas a ansiedade associada à situação de doença física não resulta somente de uma avaliação cognitiva desajustada. Na realidade, a doença, assim como o seu tratamento e, no caso das doenças crónicas, o processo de reabilitação e de adaptação, confronta o indivíduo com diversas perspectivas ameaçadoras. Seguindo as descrições de REIS (1993) e TEIXEIRA (1993), podem ser enunciados uma série de factores associados à condição de doente e as respectivas ameaças que representam:

- Os danos físicos, a dor crónica, as modificações físicas permanentes e a incapacidade funcional, podem constituir ameaças de perder a vida, a integridade do corpo ou o bem-estar físico e a qualidade de vida;
- A incerteza e a insegurança em relação ao desenlace da situação, a eventual necessidade de alterar os objectivos e os projectos de vida, a perda de autonomia e as alterações da auto-imagem são vividas como sérias ameaças para a identidade pessoal, para a auto-estima e para o desenvolvimento do projecto existencial;
- A carga emocional provocada pela doença, em particular os altos níveis de ansiedade e os sentimentos de revolta e de raiva, ameaçam o equilíbrio emocional e afectivo-relacional;

- A separação dos familiares, a falta de apoio social, a possibilidade de perder o emprego e ficar dependente dos outros representam uma ameaça do estatuto sócio-profissional e do desempenho dos respectivos papéis, nomeadamente das atribuições familiares;
- A necessidade de internamento hospitalar corresponde também a um conjunto de ameaças em que se destacam as que se relacionam com a necessidade de adaptação a um meio e uma organização física e social diferente e com a limitação da privacidade.

O Desenvolvimento Psicológico e as Significações da Doença

Sendo claro que as significações são uma construção pessoal e idiossincrática, contudo os seus conteúdos, estrutura e dialética são condicionados pelo desenvolvimento psicológico (BIBACE & WALSH, 1980; JOYCE-MONIZ & REIS, 1991; REIS, 1993), particularmente nas suas dimensões cognitiva e sócio-cognitiva.

A criança nos estádios de desenvolvimento mais precoces (correspondentes ao período *pré-operatório* na terminologia de Piaget) concebe a doença como uma entidade mágica, confundindo os sintomas com as causas da doença e atribuindo estas a “forças ocultas, poderes de contágio e de punição como consequência de uma conduta reprovável” (JOYCE-MONIZ & REIS, 1991).

Posteriormente, já dominando as operações concretas, a criança passa a atribuir a doença a processos de contágio ou influência de agentes externos que se “introduzem” no organismo, provocando os sintomas (JOYCE-MONIZ & REIS, 1991). A doença é entendida como uma entidade separada da pessoa e sobre a qual o seu controle é limitado, o que, certamente, justifica os habituais sentimentos de grande vulnerabilidade apresentados pelas crianças deste grupo etário.

As crianças mais velhas, com a aquisição da capacidade de realizar as *operações formais*, tendem a conceptualizar a doença como uma “ruptura nas estruturas e/ou funções do organismo”,

provocada por factores externos ou internos (JOYCE-MONIZ & REIS, 1991). Esta visão é de carácter funcionalista, segundo um modelo explicativo que se baseia nos princípios da fisiologia (a doença resulta de alterações estruturais e funcionais dos órgãos e sistemas corporais).

Só a partir da adolescência se torna possível uma compreensão multifactorial da doença, integrando tanto os aspectos fisiológicos como os psicológicos e considerando os seus processos dialéticos de carácter *biopsicosocial*. Isto é, a capacidade de entender a doença como efeito de causas diversas, entre elas as relacionadas com o estilo de vida e a tensão psicológica, e de perceber os problemas de saúde, eles próprios, como factores de stress que podem ter um papel agravante ou capaz de desencadear novas doenças.

Mesmo na idade adulta diferenciam-se vários níveis de desenvolvimento da capacidade de compreensão e de atribuição de significações relativas às várias temáticas relacionadas com a doença e que naturalmente se impõem *ao imaginário dos doentes: identificação e nomeação ("label"); atribuição de causalidade; antecipação das consequências e as exigências de confronto, tratamento e reabilitação* (JOYCE-MONIZ & REIS, 1991; REIS, 1993; JOYCE-MONIZ & BARROS, 1994).

Segundo o ponto vista destes autores, podem diferenciar-se 5 níveis, conforme a preponderância ou hipervalência de determinados conteúdos e sistemas de significação. Deve, todavia, ter-se em consideração de que não constituem estadios totalmente estanques e que a mesma pessoa, em momentos diferentes ou relativamente a conteúdos diversos, pode funcionar em níveis distintos, embora dentro dos limites das suas competências cognitivas.

Os doentes que "funcionam" no nível de "*Orientação Pré-Social: Amoralidade e Anomia*" (Nível 1) experienciam a doença como reflexo directo da percepção pontual dos sintomas físicos e as emoções de sofrimento associadas são o resultado do mal-estar provocado pelos sintomas ou de atribuições de auto-comiseração face à alteração da condição física. Têm dificuldade em construir significações próprias, centrando-se nas

interpretações e determinações das figuras de autoridade, nomeadamente dos médicos.

No nível de "*Orientação Instrumental: Dualidade e Heteronomia*" (Nível 2), os doentes elaboram o significado da sua experiência integrando a "acumulação e a intensificação dos sintomas", assim como a incapacidade de satisfazer os seus impulsos e necessidades físicas. Elaboram uma perspectiva pessoal sobre a situação e têm consciência que os outros a podem compreender, sem, no entanto, fazerem avaliações comparativas.

No nível de "*Orientação Pró-Social: Multiplicidade e Socionomia, Conformismo Relacional*" (Nível 3), as pessoas doentes passam a integrar no processo de interpretação da doença os sintomas psicológicos, podendo já estabelecer alguma relação, embora vaga, entre estes e os processos somáticos. Por outro lado, as emoções fortes podem resultar não só da intensidade e persistência dos sintomas e percepção da incapacidade de dar resposta aos seus impulsos e necessidades, mas também da consciência de as suas significações sobre os sintomas ou sobre a evolução da situação serem comuns ou contraditórias com as significações das pessoas afectivamente significativas (ex: família) ou de autoridade respeitada (ex: médico), gerando sentimentos de confiança e gratidão ou, em contrapartida, de incompreensão, incerteza e revolta.

Os doentes situados no nível de "*Orientação Pró-social: Multiplicidade e Socionomia, Conformismo Institucional*" (Nível 4) elaboram significações sobre a doença e a sua evolução de carácter marcadamente subjectivas, baseadas, no entanto, em avaliações racionais e consideradas válidas dos sintomas físicos e psicológicos, assim como da relação que reconhece existir entre eles. Estes doentes tendem a "subordinar" as suas significações pessoais aos paradigmas do sistema institucional valorizado (ex: profissionais da saúde, literatura de divulgação médica) e a consciência de diferenças ou de contradições entre perspectivas pode constituir um novo factor de sofrimento emocional.

Num nível de maior subjectividade e idiosincrasia – de "*Orientação Pós-Convencional: Relativismo e Autonomia*" (Nível 5) –, as significações sobre a verdade da doença e a sua

evolução dependem de “outras significações sem conteúdo sintomático”, são de carácter pessoal, distintas das dos outros e sem subordinação aos sistemas instituídos. O processo de construção de significados caracteriza-se pela presença deliberada e sistemática de uma “actividade metacognitiva”, baseada na reflexão sobre o significado dos processos de doença, dos vários tipos de sintomas, das suas interrelações, etc. Para estes doentes, as interrogações, as contradições e as insuficiências que encontram nas suas próprias interpretações sobre a realidade e a evolução da doença constitui um novo foco de mal-estar emocional relevante.

Mecanismos de defesa

Perante as ameaças que a situação de estar doente representa é natural que a pessoa adopte mecanismos defensivos de modo a diminuir a ansiedade face à situação de crise e de stresse que as ameaças da doença representam (TEIXEIRA, 1993). Esses mecanismos podem ser diversos, destacando-se entre os mais comuns a *negação da realidade*, a *limitação da consciência*, a *racionalização* e a *regressão*.

A *negação da realidade* é o mecanismo mais frequente e consiste em rejeitar a ideia de estar doente. O doente anula assim as significações ansiogêneas, minimizando os sintomas ou considerando-os benignos e transitórios.

A *racionalização* consiste em procurar explicações lógicas para os sintomas atribuindo-os a aspectos relacionados com o stress ou de natureza fisiológica sem conotação patológica.

A *limitação da consciência* é um recurso em que o indivíduo limita a sua atenção a determinados aspectos do campo da consciência, defendendo-se deste modo de significações penosas. O doente faz por se distrair e não pensar no que o atormenta ou, noutros casos, centra a sua atenção em sintomas menores.

A *regressão* evidencia-se por comportamentos de características infantis. O doente pode refugiar-se no sono e na abulia e pode recorrer ao consumo

exagerado de bebidas alcoólicas ou de outro tipo de substâncias que alteram o estado de consciência.

Estes mecanismos podem ser úteis, permitindo ao indivíduo diminuir o efeito de choque da doença, facilitando a sua integração mais gradual e manter o controlo emocional. Nesse sentido, podem considerar-se importantes no processo de ajustamento ao adoecer corporal, mas, em contrapartida, podem também constituir o sério risco de não permitirem à pessoa o necessário contacto com realidade para que adopte os comportamentos de procura dos meios de diagnóstico e terapêuticos adequados.

Conclusão

A doença é um fenómeno que é vivido como uma experiência de crise e normalmente desencadeia um processo de significações pessoais que são as principais responsáveis pelo sofrimento que lhe está associado, pela maior ou menor dificuldade em reconhecer que está doente e, em face desse reconhecimento, pela adopção de um comportamento de confronto adequado, nomeadamente procurando ajuda profissional e assumindo uma conduta terapêutica.

Deste modo, torna-se evidente a importância de aceder à estrutura de significações do doente, já que a sua interpretação dos sintomas e os significados pessoais atribuídos à condição de sofrer de uma determinada doença, assim como os relacionados com meios considerados adequados para o seu tratamento, raramente coincidem com os pontos de vista baseados na ciência médica, podendo mesmo estar em profunda contradição com eles (REIS, 1992).

Esta discrepância é frequentemente responsável por um relacionamento conflituoso entre os profissionais da saúde e o doente e pela prescrição de regimes terapêuticos incompreendidos por este e, por isso, sem a sua adesão activa. Este tipo de intervenção, sem ter em conta a experiência subjectiva de “sentir-se doente”, para além das suas limitações clínicas, é passível de gerar sofrimento

adicional no doente, já que a divergência percebida de interpretações provoca neste um sentimento de não estar a ser compreendido, aumentando-lhe o sentimento de incerteza e vulnerabilidade.

Por outro lado, a compreensão dessa estrutura de significações pode permitir a correcção de alguns falsos conceitos e distorções cognitivas do doente, muitas vezes os principais geradores da ansiedade excessiva, facilitando-lhe o encontro do sentido de coerência e da realidade da situação.

Bibliografia

- BERNARDO, O. P. (Fr) – Ser e Estar Doente. *Divulgação*, n.º 34 (Abril de 1995). pp. 3-6.
- BIBACE, R. & WALSH, M. – Development of Children's Concepts of Illness. *Pediatrics*, n.º 66 (1980). pp. 912-917.
- CARDOSO, Estela Mota; CARDOSO, Carlos Mota – A Doença, o doente e a Ética na Comunicação. *O Médico*, ano 43, 126 (2056) (Janeiro de 1992). pp. 52-55.
- GUERRA, Marina Prista – Avaliação da Adaptação do Ser Humano à Seropositividade ao Vírus HIV. *Análise Psicológica*, vol. 12, n.ºs 2-3 (1994). pp. 381-388.
- JOYCE-MONIZ, L.; BARROS, Luísa – Psicologia da Doença. *Análise Psicológica*, vol. 12, n.ºs 2-3 (1994). pp. 233-251.
- JOYCE-MONIZ, L.; REIS, Joaquim – Desenvolvimento e Dialética de Significações de Doença e Confronto em Psicologia da Saúde. *Psychologica* n.º 6 (1991). pp. 105-127.
- LABRADOR, Francisco Javier – *Stress: Novas Técnicas para o Seu Controlo*. Lisboa: Edições Temas da Actualidade S.A., 1995.
- LOURENÇO, Mário; ARAÚJO, Domingos – O Viver Psicológico do Doente Reumático. *O Médico*, 127 (2073) (1992). pp. 60-61.
- MARQUES, A. Reis *et al.* – *Reacções Emocionais à Doença Grave: Como Lidar*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica, 1991.
- McHUGH, Sean; VALLIS, T. Michael – *Illness Behavior, a Multidisciplinary Model*. New York: Plenum Press, 1986.
- REIS, Joaquim – Autonomia Conceptual da Pessoa nos Processos de Saúde e Doença: Desafios Epistemológicos e Metodológicos para a Psicologia da Saúde e para os Cuidados de Saúde. *Psychologica* n.º 8 (1992). pp. 137-169.
- REIS, Joaquim – Construção e Modificação de Significações Ansiogêneas em Processos de Saúde e Doença. *Análise Psicológica*, 11 (4), 1993. pp. 575-589.
- RIBEIRO, Expedito Pereira – Estar Doente... o que é? - Análise da Doença como Fenómeno (também) Social. *O Médico*, ano 43, 126 (2069) (Junho de 1992). pp. 284-285.
- RIBEIRO, José Luís *et al.* – O Exercício da Psicologia Clínica nas Unidades de Cuidados Intensivos. In ALMEIDA, Leandro da Silva – *Áreas de Intervenção e Compromissos Sociais do Psicólogo*. Lisboa: APPORT, 1995.
- TEIXEIRA, José A. Carvalho – *Psicologia da Saúde e Sida*. Lisboa: ISPA, 1993.
- SANTOS, Zulmira – Reacções Emocionais e Apoio Psicológico ao Doente com Doença Grave. *Cuidar*, n.º 2, (Junho de 1995). pp. 3-7.