

REPRESENTAÇÕES DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS EM UTENTES DE CENTROS DE SAÚDE DA ZONA NORTE

Natália Sofia Silva

Departamento de Psicologia, Universidade Lusfada, Portugal

Maria da Graça Pereira

Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal

Resumo – *Este artigo apresenta resultados parciais de um estudo mais alargado que procura averiguar se diferentes formas de conceptualizar a saúde estão associadas com diferentes padrões comportamentais, quer no que respeita à adopção de práticas saudáveis, quer no que respeita à adopção de comportamentos de doença ou de resposta aos sintomas. As dimensões avaliadas neste estudo são as crenças acerca dos fármacos, atitudes face aos médicos e à medicina, adesão terapêutica e locus de controlo da saúde. Para além da apresentação e discussão dos principais resultados, são apresentadas implicações para a intervenção no domínio da melhoria dos serviços e cuidados de saúde, ao nível do treino dos profissionais de saúde, da teoria e futuras investigações.*

PALAVRAS-CHAVE: Representações de saúde; Promoção da saúde; Centro de Saúde
KEY WORDS: Health Representations; Health Promotion; Health Centers

INTRODUÇÃO

O estudo das representações de saúde e da sua relação com os comportamentos tem vindo a merecer uma atenção crescente desde que se começou a evidenciar que vários factores de natureza cognitiva medeiam a resposta dos indivíduos aos seus processos de saúde e doença (Sarafino, 1990; Bishop, 1994; Conner & Norman, 1995; Petrie & Weinman, 1997).

Neste contexto, vários modelos e teorias, como os modelos de cognição social, foram desenvolvidos com o objectivo de explicar os comportamentos de saúde e doença e tentar compreender algumas das razões para as diferenças individuais encontradas na adopção,

Toda a correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Natália Sofia Silva, Departamento de Psicologia, Universidade Lusfada, Porto, Portugal

mudança e manutenção desses mesmos comportamentos (Conner & Norman, 1995). No geral, estas abordagens teóricas têm proporcionado uma compreensão parcial destes processos e, embora enfatizem o papel dos factores cognitivos envolvidos no processo de decisão comportamental, também consideram o papel dos factores sociais e ambientais (Bishop, 1994; Bennett & Murphy, 1997; Brannon & Feist, 1997).

Em termos globais, o estudo da forma como os indivíduos percebem e retiram sentido da saúde e da doença é uma área nova e em pleno desenvolvimento no domínio da psicologia da saúde mas, apesar disso, tem-se assistido a importantes desenvolvimentos teóricos e consequente aplicação prática a uma vasta gama de problemas de saúde (Petrie & Weinman, 1997).

Em Portugal, a investigação neste domínio é ainda relativamente recente, nomeadamente por se inserir no âmbito da psicologia da saúde, área em fase inicial de crescimento e implementação. Assim, este estudo pretende contribuir para aumentar a compreensão acerca dos factores de natureza cognitiva envolvidos na determinação de alguns tipos de comportamentos relacionados com a saúde e a doença e, consequentemente, tecer considerações acerca das possíveis implicações teóricas e práticas daí decorrentes. Desta forma, algumas das variáveis relacionadas com as representações de saúde investigadas neste estudo são as crenças dos indivíduos acerca dos fármacos em geral, as suas atitudes face aos médicos e à medicina, o *locus* de controlo da saúde, a auto-avaliação do estado de saúde e, finalmente, as atribuições causais feitas a sintomas somáticos comuns.

Pretendeu-se, por um lado, analisar como se relacionam entre si algumas destas dimensões e, por outro lado, avaliar a sua relação com a adopção de comportamentos de saúde (e.g., hábitos alimentares, consumos nocivos, prática de exercício físico), e de doença (e.g., comportamentos de resposta à doença, utilização dos serviços de saúde, adesão terapêutica).

À luz dos modelos explicativos das representações de saúde/doença, à medida que vão sendo confrontados com situações de doença e com o próprio sistema dos cuidados de saúde e os seus profissionais, os indivíduos vão construindo, num processo dinâmico e activo, os seus próprios esquemas ou grelhas mentais à luz dos quais irão, em seguida, interpretar e responder a todas as situações relacionadas com a saúde e a doença (Leventahl *et al.*, 1984; Petrie & Weinman, 1997).

O papel das atribuições causais ou explicações etiológicas utilizadas pelos indivíduos para compreender os seus sintomas tem sido bastante documentado na literatura no que se refere ao seu potencial para influenciar as suas respostas aos mesmos (Robbins & Kirmayer, 1991; Kirmayer, Young & Robbins, 1994). Da mesma forma, tem-se verificado que as atitudes que as pessoas desenvolvem face à eficácia da medicina e face aos médicos (Haug, Wykle & Namazi, 1989; Marteau, 1990), assim como, as suas crenças ou percepções acerca dos fármacos (Berry, Michas, Gillie & Forster, 1997; Horne, Weinman & Hankins, 1997), são susceptíveis de influenciar os comportamentos dos indivíduos, nomeadamente os comportamentos de resposta aos sintomas como a utilização dos serviços de saúde ou a

adesão às prescrições médicas, particularmente, as que envolvem o uso de fármacos (Echabe, Guillen & Ozamiz, 1992).

Os estudos mostram também que frequentemente na base da formação de atitudes mais negativas e de crenças mais desfavoráveis, estão aspectos relacionados com a relação terapêutica estabelecida entre o profissional de saúde e os utentes, a comunicação efectuada entre ambos, e o grau em que existe transmissão de informação (Helman, 1985; Sarafino, 1990; Bishop, 1994; Donatelle & Davis, 1996). A este respeito, autores como Sarafino (1990), Petrie e Weinman (1997), têm encorajado os profissionais de saúde a utilizar uma abordagem mais centrada no paciente e a prestar mais atenção às suas crenças e atitudes.

No que se refere às questões da adesão terapêutica, a literatura mostra que, apesar da prescrição de fármacos ser uma das formas de intervenção mais frequentes hoje em dia, as taxas de não adesão tendem a ser bastante elevadas (Horne, Weinman & Hankins, 1997). De acordo com Bishop (1994), a adesão a regimes de tratamento de curta duração ronda os 70% a 80% mas, para regimes de longa duração, a adesão diminui substancialmente e é, regra geral, baixa (50% ou menos), sobretudo, para recomendações médicas que envolvam mudanças de longa duração no estilo de vida como, por exemplo, deixar de fumar.

Efectivamente, o conceito de adesão terapêutica não se aplica apenas à ingestão de fármacos, mas a qualquer outro tipo de recomendação ou prescrição médica (e.g., deixar de fumar, fazer exercício físico, efectuar exames de rastreio, entre outras). No geral, parece poder concluir-se que uma grande percentagem das pessoas falha em implementar uma vasta gama de regimes terapêuticos, desde os tradicionalmente curativos ou remediativos até às medidas de prevenção e redução de riscos (Sarafino, 1990; Sheridan & Radmacher, 1992). As consequências desta situação têm sido também largamente documentadas e podem revelar-se não só a nível da saúde dos pacientes, como também, a nível da sua relação com os profissionais de saúde, da própria gestão dos serviços e recursos da saúde, e mesmo a nível dos resultados da investigação clínica (Cluss & Epstein, 1985; Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997).

Tendo em conta estes factores, facilmente se justifica a importância do estudo do comportamento de adesão e dos factores nele envolvidos, nomeadamente, no âmbito da psicologia da saúde. No geral, pensamos que este estudo pode oferecer um valioso contributo conceptual para a compreensão de algumas dimensões dos modelos ou representações de saúde e doença dos indivíduos, responsáveis pela determinação de muitos dos seus comportamentos.

Em termos práticos, estudos desta natureza podem ter implicações a nível da intervenção no domínio da saúde. Mais concretamente, consideramos que os resultados obtidos podem vir a funcionar como um ponto de partida para o desenvolvimento de estratégias ou programas de intervenção, quer a nível dos utentes dos serviços de saúde, quer a nível dos próprios profissionais. Estas intervenções podem ter como objectivo incrementar os níveis de adesão terapêutica aos regimes de tratamento farmacológicos e, em última instância, melhorar as relações entre todos os intervenientes nos cuidados de saúde prestados nos mais

diversos serviços e contextos médicos e, desta forma, contribuir também para aumentar a satisfação dos utentes dos serviços de saúde, e até dos próprios profissionais. Este tipo de intervenções deverá passar, sobretudo, pela mudança de cognições a nível dos utentes e pela sensibilização dos profissionais de saúde acerca da necessidade de, no contexto da entrevista clínica, elicitarem os modelos explicativos de saúde e doença de cada um dos seus pacientes.

Em última análise, podemos considerar que este estudo se enquadra no âmbito da promoção da saúde, já que, o seu objectivo final é também a melhoria da saúde dos indivíduos, a prevenção da doença e a melhoria dos cuidados de saúde prestados. Efectivamente, de acordo com Bennett e Murphy (1997), a promoção da saúde baseia-se na aceitação de que os comportamentos em que os indivíduos se envolvem e as circunstâncias em que vivem, têm um impacto sobre a sua saúde, e de que alterações adequadas podem melhorar o seu estado de saúde.

Finalmente, pensamos que este estudo poderá fornecer algumas pistas para investigações futuras, e implicações concretas ao nível de intervenções clínicas e ao nível do treino dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Amostra

A amostra é constituída por 246 sujeitos seleccionados a partir do método de amostragem estratificada para o Concelho de Braga, dos quais 156 são do sexo feminino (63.4%) e 90 do sexo masculino (36.6%). Os sujeitos têm idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos (ver Quadro 1). Em cada uma das unidades de saúde nas quais foram recolhidos os dados procurou-se distribuir a administração dos questionários por diferentes períodos do seu funcionamento, sobretudo, *manhã e tarde*, no sentido de favorecer a aleatoriedade da amostra. Os sujeitos foram todos inquiridos enquanto aguardavam nas salas de espera como utentes das respectivas unidades de saúde. A participação foi voluntária tendo sido garantida a confidencialidade da mesma.

Quadro 1 - Características demográficas da amostra (N = 246)

Sexo	Idade			
	N	M	DP	Amplitude
Masculino	90 (36.6%)	32.1	12.45	18-74
Feminino	156 (63.4%)	30.5	11.40	18-70
Total	246 (100%)	31.1	11.79	18-74

INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram as versões adaptadas de Pereira e Silva (1999a) da Escala de Atitudes face aos Médicos e à Medicina — *Attitudes Towards Doctors and Medicine Scale* (Marteau, 1990), Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos (Pereira e Silva, 1999b) — *Beliefs About Medicines Questionnaire* (Horne, Weinman & Hankins, 1997), Escala de Adesão aos Medicamentos (Pereira & Silva, 1999c) — *Reported Adherence to Medication Scale* (Horne, Weinman & Hankins, 1997), Escala Multidimensional do Locus de Controlo da Saúde (Pereira & Silva, 1997) — *Mutidimensional Health Locus of Control Scale* (Wallston, Wallston & DeVellis, 1978).

As características psicométricas das versões portuguesas foram avaliadas na população estudada em termos de critérios de fidelidade e validade seguindo metodologias semelhantes às escalas originais para efeitos de comparação, tendo os resultados sido satisfatórios para todas elas.

RESULTADOS

— Crenças Acerca dos Fármacos

Conforme se verifica no Quadro 2, os resultados revelaram que os indivíduos com crenças mais desfavoráveis relativamente aos fármacos em geral apresentam menores índices de adesão terapêutica do que os indivíduos com crenças menos desfavoráveis ($t = -2.395$; $df = 90$; $p < .05$). Em termos específicos, verificaram-se ainda resultados significativos a nível da dimensão efeitos nocivos, sendo que os indivíduos com crenças mais desfavoráveis relativamente aos potenciais *efeitos nocivos* dos fármacos, apresentam menores índices de adesão ($t = -2.619$; $df = 101$; $p < .05$). A mesma tendência se verificou relativamente à dimensão uso excessivo, embora as diferenças observadas não tenham alcançado significância estatística.

Uma análise mais pormenorizada do conteúdo do *Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos*, permitiu-nos constatar que os utentes de centros de saúde avaliados consideravam como mais pertinentes para a avaliação negativa que fizeram dos fármacos as seguintes dimensões (apenas consideramos os itens com uma percentagem de resposta superior a 15%): o potencial de os medicamentos provocarem dependência; a percepção de que se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos; a percepção de que os médicos depositam uma confiança excessiva nos medicamentos, e os usam a-mais; a percepção de que os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos, e ainda, a percepção de que as pessoas que tomam medicamentos deviam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando e finalmente, que todos os medicamentos são tóxicos.

Quadro 2 - Resultados significativos do teste T de Student para amostras independentes para a análise da relação entre as crenças relativas aos fármacos e os níveis de adesão aos regimes farmacológicos

Crenças relativas aos fármacos (BMQ)	n	M (DP)	t
Crenças mais desfavoráveis - total	47	14.5 (3.64)	
Teste 1			-2.395*
Crenças menos desfavoráveis - total	45	16.1 (2.99)	
Adesão			
Crenças mais desfavoráveis - ef. nocivos	57	14.7 (3.46)	
Teste 2			-2.619*
Crenças menos desfavoráveis - ef. nocivos	55	16.2 (2.46)	

* $p < .05$

— Atitudes face aos médicos e à medicina

Relativamente a esta dimensão, verificou-se, tal como se previa, que os indivíduos com atitudes mais negativas face aos médicos apresentam menores níveis de adesão [$F=7.83$; $p < .01$], bem como, crenças mais desfavoráveis relativamente aos fármacos, [$F=24.19$; $p < .01$], quando comparados com indivíduos cujas atitudes face aos médicos são menos negativas (ver Quadro 3).

Quadro 3 - Resultados significativos da análise multivariada (MANOVA) para a relação entre as atitudes face aos médicos e à medicina e os níveis de adesão e as crenças relativas aos fármacos

	n	Nível de Adesão M(DP)	Crenças relativas aos fármacos M(DP)	Nível de Adesão F	Crenças relativas aos fármacos F
Escala de Atitudes Positiva face aos Médicos					
Atitudes mais positivas	56	15.2 (3.50)	23.5 (4.17)	Ns	4.17*
Atitudes menos positivas	64	15.7 (2.75)	25.5 (4.25)		
Escala de Atitudes Negativas face aos Médicos					
Atitudes mais negativas	54	14.5 (3.14)	27.1 (4.06)	7.82**	24.1**
Atitudes menos negativas	47	16.8 (2.55)	21.8 (4.11)		
Escala de Atitudes Negativas face à Medicina					
Atitudes mais negativas	43	14.6 (3.64)	27.5 (4.09)	3.25*	23.6**
Atitudes menos negativas	59	16.1 (2.81)	22.3 (3.51)		

* $p < .05$; ** $p < .01$

No que respeita às atitudes face à medicina os resultados não diferem dos anteriores e vão no sentido previsto. Concretamente, verifica-se que os indivíduos com atitudes mais negativas face à medicina apresentam menores índices de adesão [$F=3.257$; $p < .05$], bem como, crenças mais desfavoráveis em relação aos fármacos [$F=23.6$; $p < .01$], comparativamente ao grupo dos indivíduos com atitudes menos negativas face à medicina.

Uma análise dos itens permitiu verificar que as dimensões mais valorizadas na avaliação negativa da escala de atitudes face aos médicos foram, por ordem de importância, as seguintes: percepção de que existe uma tendência por parte dos médicos para resolverem os problemas dos pacientes receitando calmantes, e a percepção de que dificilmente existe concordância entre dois médicos acerca do que se passa com um paciente.

No que se refere ao conteúdo da escala das atitudes negativas face à medicina, salientaram-se as seguintes dimensões: percepção de que os medicamentos podem fazer tanto mal como bem; percepção de que a maior parte dos exames médicos é feita por rotina e não com um objectivo específico; percepção de que os conselhos dos médicos são quase sempre senso-comum; e a percepção que muitas das vezes o único objectivo dos exames médicos é fazer o médico sentir-se menos ansioso.

Obtiveram-se ainda resultados estatisticamente significativos para a sub-escala das atitudes positivas face aos médicos no que respeita às crenças relativas aos fármacos, verificando-se que, os indivíduos com atitudes menos positivas face aos médicos apresentam crenças mais desfavoráveis relativamente à utilização de fármacos [$F=4.174$; $p < .05$], quando comparados com os indivíduos com atitudes mais positivas.

No que se refere à adesão terapêutica não se obtiveram resultados significativos nesta sub-escala, da mesma forma que, em relação à sub-escala das atitudes positivas face à medicina também não se verificaram resultados significativos.

No geral, os dados permitiram concluir que quanto mais negativas são as atitudes dos indivíduos, quer face aos médicos, quer face à medicina, piores são os níveis de adesão terapêutica registados, bem como, mais desfavoráveis as crenças relativas aos fármacos.

Conforme tinha sido previsto, verificou-se também que os indivíduos com atitudes mais positivas, quer face aos médicos, quer face à medicina apresentam valores mais elevados em termos dos indicadores de *locus* de controlo externo quando comparados com atitudes menos positivas. Esta tendência verifica-se quer para a dimensão *sorte do locus* de controlo externo, segundo a qual a saúde dos indivíduos tende a ser atribuída a factores externos como a sorte, o acaso ou o destino, quer para a dimensão *outros poderosos*, relacionada com o grau em que os indivíduos acreditam que a sua saúde depende de outros considerados poderosos como, por exemplo, os profissionais de saúde (Quadro 4).

Quadro 4 - Resultados significativos da análise multivariada (MANOVA) para a análise da relação entre as atitudes positivas face aos médicos e à medicina e o locus de controlo externo

	n	LocE- <i>ext</i> M(DP)	LocE- <i>int</i> M(DP)	LocE- <i>ext</i> F	LocE- <i>int</i> F
Escala de Atitudes					
Positivas face aos Médicos					
Atitudes mais positivas	56	22.6 (4.41)	25.5 (3.13)	5.14**	28.3**
Atitudes menos positivas	64	19.9 (4.97)	20.2 (4.18)		
Escala de Atitudes Positivas face à Medicina					
Atitudes mais positivas	57	22.7 (4.73)	25.3 (3.80)	4.95**	22.9**
Atitudes menos positivas	53	20.3 (4.02)	20.2 (4.76)		

**p .01

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Podemos concluir que, no geral, estes resultados confirmam a influência de determinadas dimensões cognitivas nos processos de saúde e doença da amostra analisada de utentes de Centros de Saúde da zona de Braga. Salientam-se as cognições acerca dos fármacos, dos médicos e da medicina, do controlo percebido relativamente à sua saúde, bem como, as percepções pessoais acerca do próprio estado de saúde.

Verificou-se que crenças mais desfavoráveis em relação aos fármacos estão associadas com menores índices de adesão aos mesmos. Na nossa perspectiva, estes dados, para além de nos permitirem compreender o papel de determinadas cognições na determinação dos comportamentos de adesão aos regimes farmacológicos, como Horne (1997) tinha sugerido, apontam para a necessidade de, na prática clínica, se passar a ter em consideração este tipo de factores inerentes aos modelos ou representações pessoais de saúde e doença. Este aspecto parece ser ainda mais importante se tivermos em conta que a maior parte das dimensões específicas cotadas pelos utentes de forma mais negativa, parece estar relacionada com preocupações acerca dos potenciais efeitos adversos (e.g., dependência, toxicidade), bem como, acerca da prática clínica. Pode considerar-se que estes resultados apelam para a necessidade de os indivíduos terem mais e melhor acesso a informação acerca dos fármacos que lhes são prescritos no sentido de poderem ter uma perspectiva mais correcta e realista acerca de cada medicamento concreto. Dessa forma, podem ponderar acerca das vantagens e desvantagens ou benefícios e riscos associados à sua ingestão, em vez de, simplesmente optarem por não aderir aos tratamentos com base nas suas crenças e nos seus modelos

pessoais que, por corresponderem a avaliações individuais e subjectivas, nem sempre são fidedignas.

Constatou-se ainda que os indivíduos com atitudes mais negativas face aos médicos e face à medicina apresentam menores níveis de adesão, bem como, crenças mais desfavoráveis relativamente aos fármacos, comparativamente aos indivíduos com atitudes menos negativas. Tendo em conta a literatura, parece-nos pertinente, salientar a importância, no âmbito da relação entre o profissional de saúde e o utente, de se levar em consideração não somente o relato que este último faz dos seus problemas, mas também outros aspectos inerentes aos seus modelos explicativos ou às suas representações gerais das várias características relacionados com a saúde e a doença. Seria, então, de toda a pertinência que os profissionais de saúde disponibilizassem uma parte da sua interação com os pacientes, no decurso da entrevista clínica, para elicitarem estes modelos dos seus pacientes como forma de antecipar possíveis reacções às suas intervenções e prescrições e, conseqüentemente, como forma de poder ajustá-las ao paciente específico que têm à sua frente.

A análise dos itens das escalas de atitudes negativas face aos médicos e face à medicina, parece indicar que a falta de informações mais detalhadas acerca dos diagnósticos e tratamentos médicos pode estar na base deste tipo de crenças negativas. Pelo contrário, um conhecimento mais concreto e realista da perspectiva do clínico acerca do problema do paciente e do tratamento sugerido, poderá possibilitar, da parte deste último, uma postura mais activa e mais colaborativa relativamente às intervenções médicas.

Neste estudo verificou-se, que os utentes com atitudes mais positivas face aos médicos e à medicina apresentaram uma maior externalidade a nível do *locus de controlo* da saúde, comparativamente aos indivíduos com atitudes menos positivas. Esta tendência verifica-se quer para a dimensão *sorte do locus de controlo externo*, quer para a dimensão *outros poderosos*. No que se refere à dimensão *outros poderosos* faz, de facto, sentido admitir que se os indivíduos acreditam fortemente que a sua saúde depende primariamente da actuação de terceiros vistos como influentes, como é o caso dos médicos, desenvolvam atitudes mais favoráveis a respeito dos mesmos. Pelo contrário, quando os indivíduos acreditam que os seus comportamentos e as suas acções também são importantes determinantes do seu estado de saúde, é de supor que não atribuam uma responsabilidade tão grande à intervenção profissional e que, como tal, assumam uma postura mais crítica em relação à mesma, apresentando um locus de controlo interno. Podemos, então, considerar que o conhecimento por parte dos médicos acerca da forma como os utentes percebem a sua saúde em termos desta dimensão de controlo, poderá fornecer-lhes algumas pistas acerca do grau de comprometimento que poderá esperar de cada utente em particular relativamente aos seus tratamentos e prescrições.

No geral, os resultados obtidos apelam para a necessidade de, na prática clínica, os modelos individuais de saúde e doença passarem a ser levados em consideração de uma forma mais sistemática por parte dos profissionais de saúde, de preferência, no âmbito de uma abordagem mais centrada no paciente e valorizando os aspectos comunicacionais e de partilha de informação acerca dos vários aspectos relacionados com a doença, diagnóstico e

tratamento do paciente em questão. À luz de uma abordagem desta natureza, o profissional de saúde deveria ser capaz de permitir que o paciente expusesse as suas próprias ideias acerca do seu problema de saúde, bem como as suas percepções acerca de outros aspectos relacionados com a saúde e a doença, capazes de influenciar o seu comportamento como, por exemplo, os seus receios ou preocupações acerca de um determinado fármaco e/ou de um determinado tratamento ou procedimento de diagnóstico. Em suma, parece ser importante que os pacientes possam ter acesso às informações que consideram relevantes e que desejam obter acerca da sua situação. Pretender-se-ia, desta forma, proporcionar o espaço para a construção de um processo relacional muito mais bidireccional e capaz de permitir da parte do utente uma postura mais activa e colaborativa nos seus tratamentos e nas suas opções, concretamente no que se refere à adesão terapêutica.

Por outro lado, estes resultados parecem também sugerir a importância de implementar intervenções junto dos utentes dos serviços de saúde no sentido de promover a modificação de cognições que directamente influenciam os comportamentos de saúde e doença dos indivíduos e que, de acordo com autores como Conner e Norman (1995) ou Bennett e Murphy (1997) são, de entre os vários determinantes destes comportamentos, os mais susceptíveis de ser modificados.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados com algumas reservas uma vez que se trata de um estudo de natureza correlacional, baseado em instrumentos de auto-relato. Para além disso, este estudo não permite compreender a origem das representações de saúde dos utentes, nem a forma como estas se desenvolveram ao longo do tempo.

CONCLUSÕES

Tem sido, sem dúvida, um dos grandes desafios dos finais deste século, compreender melhor as relações entre o comportamento e a doença para, a partir daí, desenvolver métodos eficazes para encorajar estilos de vida mais saudáveis. Pretende-se, cada vez mais que a promoção da saúde melhore a qualidade de vida dos indivíduos e não se limite a reduzir a sua probabilidade de doença.

Na nossa perspectiva, a melhoria da saúde ou da qualidade de vida dos indivíduos não passa só, pela promoção de práticas comportamentais saudáveis, mas também pela melhoria da qualidade dos cuidados médicos prestados, incluindo o grau de adequação aos interesses e necessidades dos utentes, e o grau de satisfação obtido nas interacções médicas, para ambos os intervenientes.

Como vimos, entre muitos outros determinantes das práticas de saúde e dos comportamentos de doença manifestados pelos indivíduos, as cognições parecem desempenhar um papel muito importante, merecendo também uma atenção especial por serem mais acessíveis à mudança.

Tendo em conta todos estes aspectos, consideramos que estudos desta natureza podem ter implicações a quatro níveis, nomeadamente, a nível da intervenção, do treino dos profissionais de saúde, da teoria, e da investigação:

— Intervenção

Os resultados obtidos neste estudo, a par da literatura, permitem-nos concluir que, a melhoria de alguns aspectos dos cuidados de saúde passa, em parte, pela consideração dos modelos individuais de saúde e doença construídos pelos indivíduos. Assim, salientam-se a necessidade e a pertinência de, no contexto da relação terapêutica entre o médico e o utente, se ter em consideração estas variáveis de natureza cognitiva. Nesse sentido, pensamos ser importante apelar para a relevância de se desenvolverem estratégias ou programas de intervenção junto dos profissionais de saúde, no sentido de os sensibilizar para a necessidade de, no momento da consulta médica, elicitar os modelos explicativos de saúde e doença construídos por cada paciente (Pereira & Silva, 2001). A par disso parece ser também importante levar em consideração alguns aspectos relacionados com os estilos comunicacionais e os padrões de troca de informação que, como vimos, parecem ser os aspectos mais críticos na avaliação que os utentes fazem dos profissionais de saúde e dos cuidados médicos em geral.

Da mesma forma, os profissionais de saúde podem ser treinados no sentido de, ainda no decurso da própria interacção clínica, e à medida que vão procurando compreender os modelos explicativos dos seus pacientes, efectuar pequenas intervenções de cariz cognitivo destinadas à modificação de algumas das cognições que parecem mediar de forma significativa os comportamentos e que, sejam susceptíveis à mudança.

Os próprios utentes dos serviços de saúde, ou seja, as pessoas em geral, poderiam beneficiar de acções que as sensibilizassem para a necessidade de, no momento da interacção com o seu médico, procurarem ter acesso às informações que julguem necessárias ou pertinentes para a compreensão médica do seu problema e para a boa prossecução do seu tratamento. Por seu lado, os profissionais de saúde deverão ser capazes de permitir esta postura aberta, activa e colaborativa por parte do paciente. Só, desta forma, é possível contribuir para que haja o maior grau de concordância possível entre os modelos explicativos dos pacientes e os dos próprios profissionais de saúde.

Pensamos que, desta forma, é possível contribuir para melhorar a eficácia dos cuidados médicos a vários níveis:

1. Aumentar a adequação e o grau de acerto dos tratamentos médicos; como vimos, se as representações individuais dos utentes não são tidas em consideração, a intervenção médica pode ter um alcance muito limitado, na medida em que, por um lado, o indivíduo pode optar por não aderir ao tratamento e, por outro, pode fazer as suas próprias adaptações às explicações e às prescrições médicas de forma a poder ajustá-las aos seus modelos prévios que, entretanto não foram tidos em conta pelo profissional. As consequências podem reflectir-se no nível de recuperação dos

próprios utentes, nos custos com a saúde, na utilização desnecessária dos serviços e recursos de saúde e, em última instância, nos níveis de satisfação dos utentes, e também dos próprios profissionais.

2. Aumentar os níveis de adesão terapêutica aos tratamentos prescritos e, desta forma, contribuir para aumentar a eficácia dos serviços prestados, o grau de satisfação de ambos os intervenientes, contribuir para uma redução dos custos na área da saúde, e contribuir para promover da parte dos pacientes atitudes mais positivas em relação aos médicos e à medicina em geral.

No geral, todos estes objectivos visam também promover uma melhoria da relação terapêutica entre os profissionais de saúde e os seus pacientes e desta forma aumentar a satisfação dos utentes dos serviços de saúde e, provavelmente, dos próprios profissionais.

— Treino dos profissionais de saúde

Pensamos que, os profissionais de saúde em geral deveriam ter acesso a um treino mais específico e mais abrangente no domínio de algumas destas dimensões como, os aspectos psicossociais da saúde e da doença. O ideal seria que, ao longo da sua formação, existissem disciplinas cujos conteúdos programáticos contemplassem alguns destes aspectos do domínio da psicologia da saúde. A implementação de acções de formação complementares dirigidas aos profissionais de saúde, pode também ser uma forma de alcançar esse objectivo. Parece-nos ter ficado claro, com base nos resultados deste estudo, e da literatura revista, que, efectivamente, a promoção de comportamentos saudáveis, bem como, o aumento dos níveis de adesão terapêutica e a promoção de atitudes ou crenças mais favoráveis em relação a vários aspectos relacionados com a saúde, deve passar necessariamente por um aumento da compreensão da vasta gama de factores envolvidos nestes fenómenos, com particular relevância para os factores de natureza cognitiva.

Assim, a formação ou treino dos profissionais de saúde neste domínio, deveria ter como objectivo final a sua sensibilização acerca da necessidade de, cada vez mais na prática clínica, se implementar, em todos os domínios da intervenção, os princípios e fundamentos do modelo biopsicossocial, no qual, todas estas dimensões são, de facto, levadas em consideração.

Em última instância, esta componente de treino ou formação de outros profissionais pode ser também uma forma de, e ainda na sequência do que referimos anteriormente, apelar para a importância da criação efectiva de equipas multidisciplinares no domínio da saúde.

— Teoria

No que se refere às implicações de natureza teórica ou conceptual, consideramos que estudos desta natureza contribuem para a compreensão de alguns dos factores de natureza cognitiva envolvidos na adopção de determinados comportamentos de saúde e de doença numa população portuguesa. Verificamos que factores cognitivos como as atitudes dos indivíduos face aos médicos e à medicina, as crenças relativas aos fármacos e ao seu controlo influenciam de facto, os comportamentos das pessoas, com particular relevância

para comportamentos saudáveis e para a adesão terapêutica. Contudo, e como já referimos, este estudo não nos permite compreender como é que estas cognições se desenvolveram ao longo do tempo, nem nos permite tirar ilações acerca das suas consequências ou do seu papel nos comportamentos futuros dos indivíduos, até porque, muitos outros factores que não consideramos neste estudo podem mediar e/ou influenciar directamente a sua adopção, manutenção ou modificação. A partir daqui é possível derivar algumas implicações em termos de investigações futuras.

— Investigação

Na sequência do que referimos anteriormente, convém, de facto, salientar que o nosso estudo pretendeu apenas compreender o papel de algumas das dimensões cognitivas envolvidas na adopção de comportamentos e que, muitos outros aspectos haveria a considerar para se obter uma compreensão mais alargada como, por exemplo, o papel de outro tipo de crenças como as de natureza religiosa ou as relacionadas com preferências por formas alternativas de medicina e de tratamentos. Na verdade, esta não só é uma questão muito actual no domínio da saúde, como, se tem vindo a assistir a um interesse crescente por parte do público em geral relativamente a outras formas de prestar cuidados de saúde. Assim, as atitudes negativas manifestadas face aos médicos e à medicina, bem como as crenças desfavoráveis em relação aos fármacos, podem passar pela existência de crenças noutros métodos de promoção da saúde e/ou tratamento da doença.

Para além disso, e como já referimos, seria interessante, em termos de investigações futuras, avaliar alguns destes aspectos das representações de saúde e doença sob o ponto de vista dos profissionais de saúde, até porque, como vimos, os seus próprios modelos explicativos influenciam necessariamente a forma como se relacionam com os dos seus utentes e como os interpretam, com implicações também a nível da relação terapêutica estabelecida.

Da mesma forma, poderia ser pertinente alargar estudos desta natureza a outras zonas do país e fazer análises comparativas, assim como, seria de toda a pertinência avaliar, através de estudos de natureza qualitativa o processo de formação das cognições avaliadas neste estudo, i.é, como é que os indivíduos desenvolveram estes modelos explicativos de saúde e de doença (seria interessante considerar, por exemplo, o papel de factores como o sistema de crenças familiar e os seus padrões habituais de coping face à doença, ou a história de experiências passadas com o sistema e os profissionais de saúde). Sobretudo no que se refere às atitudes face aos médicos e à medicina e às crenças relativas aos fármacos, pode haver factores de outra natureza, para além dos aspectos comunicacionais e relacionais que aqui salientamos, a contribuir para a formação de diferentes perspectivas pelos indivíduos.

No geral, pensamos que qualquer uma destas implicações se pode inserir no âmbito da promoção da saúde já que, como começamos por referir, visam, globalmente, promover práticas de saúde mais adequadas e contribuir para aumentar a eficácia das intervenções clínicas e a consequente satisfação com os serviços prestados a nível da saúde o que, necessariamente faz parte da qualidade de vida dos indivíduos.

Para terminar, gostaríamos apenas de referir que, sendo esta uma área recente e ainda muito pouco estudada no nosso país, muitas outras investigações são necessárias para que se possa contribuir de forma mais significativa para a compreensão destes fenómenos e, conseqüentemente, para a elaboração e implementação de estratégias mais eficazes a nível da intervenção, do treino e da própria investigação.

REFERÊNCIAS

- Bennett, P., & Murphy, S. (1997). *Psychology and health promotion*. Open University Press.
- Berry, D.C., Michas, J.C., Gillie, T., & Forster, M. (1997). What do patients want to know about their medicines, and what do doctors want to tell them? A comparative study. *Psychology and Health*, 12, 467-480. Harvard Academic Publishers.
- Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). Seeking health care. *Health Psychology: An Introduction To Behavior and Health* (Cap. 7). Third Edition. USA Brooks/Cole Publishing Company.
- Cluss, P. A., & Epstein, L.H. (1985). The measurement of medical compliance in the treatment of disease. In Paul Karoly (Ed.) *Measurement Strategies in Health Psychology* (pp.403-433). New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Conner, M. & Norman, P. (1995). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (eds.). *Predicting Health Behaviour: Research and practice with social cognition models* (cap. 1). Open University Press.
- Donatelle, R.J., & Davis, L.G. (1996). Promoting Healthy Behavior Change. *Access to Health* (Cap.1). Fourth Edition. Boston: Allyn & Bacon.
- Echabe, A. E., Guillen, C.S. & Ozamiz, J. A. (1992). Representations of health, illness and medicines: Coping strategies and health promoting behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 339-349. Great Britain: The British Psychological Society.
- Haug, M. R., Wykle, M. L. & Namazi, K.H. (1989). Self-care among older adults. *Social Science and Medicine*. 29 (2), 171-183. Great Britain: Pergamon Press.
- Helman, C.G. (1985). Communication in primary care: The role of patient and practitioner explanatory models. *Social Science and Medicine*, 20 (9), 923-931.
- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement. In K. Petrie & J. Weinman (Eds), *Perceptions of health and illness. Current research and applications* (Cap. 5, pp. 155-189). Harwood Academic Publishers.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1997). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 1-24. Harwood Academic Publishers.
- King, J. B. (1984). Illness attributions and the health belief model. *Health Education Quarterly*. 10, 3-4.
- Kirmayer, L.J., Young, A., & Robbins, J.M. (1994). Symptom attribution in cultural perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39 (Dec).
- Leventhal, H., Nerenz, D.R., & Steele, D.J. (1984). Illness representations and Coping with Health Threats. In A. Baum, S.E. Taylor & J.G. Singer (Eds), *Handbook of Psychology and Health: vol IV, Social Psychological Aspects of Health*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Marteau, T. M. (1990). Attitudes towards doctors and medicine: The preliminary development of a new scale. *Psychology and Health*, 4, 351-356. United Kingdom: Harwood Academic Publishers.
- Pereira, M. G., & Silva, N.S. (1999a). Escala de Atitudes face aos medicos e medicina. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. VI. Braga: Apport.
- Pereira, M. G. & Silva, N.S. (1999b). Crenças acerca dos fármacos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. VI. Braga: Apport.
- Pereira, M. G. & Silva, N.S. (1999c). Escala de adesão aos medicamentos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. VI. Braga: Apport.
- Pereira, M. G. & Silva N.S. (1997). *Escala multidimensional de locus de controlo na saúde*. Departamento de Psicologia. Universidade do Minho.
- Pereira, M. G. & Silva, N.S. (2001). Atribuição de Sintomas, Comportamentos de saúde e adesão em utentes dos centros de saúde da Zona Norte.

- Petrie, K., & Weinman, J. A. (1997). *Perceptions of Health and Illness. Current Research and Applications*. Harwood Academic Publishers.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L.J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, 21, 1029-1045. Great Britain.
- Sarafino, E.P. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Sheridan, C. L., & Radmacher, S. A. (1992). *Health Psychology. Challenging the Biomedical Model*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Wallston, B.S., Wallston, K.A., & DeVellis (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.

HEALTH REPRESENTATIONS AND BEHAVIOURS IN NORTHERN HEALTH CENTER'S PATIENTS

Abstract — *This article presents the partial results of a larger study that tried to research whether different ways of conceptualising health were associated with different behavioural patterns in terms of health behaviours, illness behaviours or resulting symptoms. The present study focused on beliefs towards medicines, attitudes towards doctors and medicine, adherence, and health locus of control. Discussion of results and implications for intervention, particularly at the level of health services, for health professional's training, theory and for future research are presented*