

REPRESENTAÇÕES DE DOENÇAS E SINTOMAS EM PESSOAS LEIGAS: DADOS PRELIMINARES

Bartholomeu T. Tróccoli
Universidade Federal da Paraíba
Mary L. Keller
Universidade de Wisconsin-Madison (USA)
Walkiria Santiago Galiza de Andrade
Regina Celi Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba

RESUMO - Percepções sobre doenças podem diferir de acordo com a idade de quem as percebe ou a idade na qual a doença ocorre. Estas diferenças de percepção podem então explicar algumas discrepâncias encontradas na maneira como as pessoas lidam com episódios de doenças. Foram investigadas as percepções sobre a idade como causa de doenças e sintomas, e percepções sobre os efeitos da idade quanto à seriedade e ao potencial de prevenção, de cura e de controle de uma série de doenças e sintomas. Cento e quarenta e oito adultos residentes na comunidade foram entrevistados para este estudo. Os resultados indicaram que os respondentes percebem a idade como associada a uma maior suscetibilidade à doença e a sintomas e a uma menor capacidade para o controle e cura.

SYMPTOMS AND ILLNESSES REPRESENTATIONS AMONG LAY PEOPLE: PRELIMINARY DATA

ABSTRACT - Perceptions of illness may differ with the individual's age or the time the illness occurs. These differences in perception may also account for the observed differences in the way the person copes with an illness episode. It was investigated the perceptions about aging as a cause of illness and symptoms and perceptions about the effect of age on seriousness, preventability, curability and controllability of a series of illness and symptoms. One hundred forty-eight community-dwelling adults were interviewed for this study. The results showed respondents expressing the belief that aging is associated with increased susceptibility to disease and lowered potential for control or cure.

As pessoas estão constantemente formando opiniões e tomando decisões a respeito da condição de saúde em que se encontram. Para tomar decisões deste tipo as pessoas devem analisar se um conjunto de sintomas e sensações corporais representa ou não o indicativo de *doença*.

Classificações válidas só ocorrem em função de pelo menos três conjuntos de atividades. Primeiro, a pessoa deve observar as sensações corporais e identificar corretamente os sintomas da doença. Segundo, se a doença está presente, a pessoa

deve ter uma representação acurada ou uma boa compreensão desta doença em particular, havendo a necessidade de que se compreendam a causa, a duração, e as conseqüências da condição existente. Terceiro, a pessoa deve promover alguma ação para minimizar o impacto da doença.

Todas estas atividades são guiadas pelo conhecimento que o indivíduo detém sobre a doença. Este conhecimento é decorrente de experiências com problemas semelhantes no passado e das idéias prevalentes na cultura onde o indivíduo se encontra inserido (Kleinman, 1980; Leventhal, Nerenz e Steele, 1986; Pennebaker, 1982). Os sintomas observados são interpretados de acordo com estruturas básicas de conhecimento (esquemas) integrantes do repertório cognitivo da pessoa. Juntos, tanto o conhecimento quanto os sintomas permitem a formação de representações da doença (Leventhal, 1984; Pennebaker, 1982).

Alguns modelos cognitivos de doença têm sido elaborados na tentativa de identificação dos aspectos destas representações que mais influenciam o comportamento da pessoa. Segundo o *Modelo do Senso Comum* proposto por Haward Leventhal (e.g., Leventhal, Meyer e Nerenz, 1980), cada representação de doença apresenta um componente cognitivo e um componente emocional. O componente cognitivo tem pelo menos quatro características diferentes: 1) sintomas e interpretação, isto é, a denominação dada à doença; 2) causas atribuídas à doença; 3) conseqüências a serem esperadas; e 4) duração antecipada (aguda, crônica ou cíclica). O componente emocional, por sua vez, inclui sentimentos tais como medo, raiva, depressão e vergonha (Leventhal, 1984).

Ainda segundo o *Modelo do Senso Comum*, mudanças na freqüência dos comportamentos promotores ou protetivos da saúde que ocorrem em função do envelhecimento natural das pessoas são determinadas por mudanças nos fatores que compõem as representações de doença e respostas definitivas. Estas últimas mudanças nas representações e respostas defensivas também acontecem como conseqüência do envelhecimento das pessoas.

As representações individuais são, no entanto, criadas a partir de um contexto bem mais amplo que envolve pressupostos e percepções do meio ambiente - com seus recursos e suporte - e estes fatores são o produto da socialização que ocorre dentro de uma determinada cultura. Dentre estas variáveis, a questão da idade, incluindo pressupostos sobre as mudanças físicas, sociais, emocionais e biológicas, compõe necessariamente o conjunto dos fatores que afetam o processo envolvido na representação da doença.

Algumas pesquisas mostram que o *contexto da Idade* pode operar de várias maneiras. Em geral estes estudos implicam na existência de percepções compartilhadas numa mesma cultura no que diz respeito ao envelhecimento e à doença. Dentro de uma determinada cultura, algumas doenças podem ser julgadas como associadas ou causadas pelo envelhecimento, enquanto que outras podem ser percebidas como suscetíveis de ocorrer em qualquer idade. As pesquisas também levantam a possibilidade de que a percepção do envelhecimento como causa de certas doenças pode estar acompanhada pela percepção de que as pessoas idosas possuem poucas condições ou competência para prevenirem-se ou recuperarem-se da doença (Leventhal, Prohaska e Leventhal, 1983; Prohaska, Leventhal, Leventhal & Keller, 1985; Keller, Leventhal, Prohaska e Leventhal, 1989).

Este trabalho foi realizado com o objetivo de verificar a validade de algumas das implicações mencionadas acima. Especificamente, ele procurou analisar o papel da

idade no julgamento de uma série de doenças e sintomas. Nesse sentido foram investigadas três questões básicas:

- 1) As pessoas desenvolvem diferentes representações para a mesma doença quando ela ocorre na meia-idade (40-45 anos) em comparação à sua ocorrência na velhice (70-75 anos)?
- 2) São algumas doenças consideradas como concomitantes à idade e também causadas pela idade?
- 3) A representação da doença percebida como causada pela idade difere da representação das outras doenças?

MÉTODO

Sujeitos e Procedimento

Foram entrevistadas 148 pessoas (48 homens e 100 mulheres; média de idade = 34,9 anos e amplitude de 19 a 92 anos), recrutadas em suas próprias residências. Seguindo um processo aleatório, foi selecionado, inicialmente, um dos bairros de classe média da cidade de João Pessoa. Em seguida foram escolhidas as avenidas ou ruas cujas residências foram visitadas pelas entrevistadoras.

Cada participante em potencial foi abordado individualmente e solicitado a colaborar com uma pesquisa sobre a saúde, através do preenchimento de um questionário com duração de cerca de 10 minutos. Cada pessoa respondeu apenas a um dos sete questionários empregados na pesquisa. A escolha deste questionário foi aleatória.

Após o preenchimento do questionário, foi solicitada a ajuda do participante na identificação e recrutamento de vizinhos ou conhecidos para que também participassem do estudo.

Questionários

Cada um dos sete questionários relacionou a mesma lista de 33 doenças e 20 sintomas. Destas 33 doenças, 20 foram retiradas do estudo de Keller, Leventhal, Prohaska e Leventhal (1989) e o restante foi acrescentado, juntamente com os sintomas, por um conjunto de juízes solicitado a fornecer uma lista "das doenças e sintomas mais comuns entre nós". Cada um dos questionários, no entanto, abordou uma dimensão diferente desta relação de doenças e sintomas. Assim, no Questionário 1 o respondente foi solicitado a avaliar, em uma escala de tipo Likert, a probabilidade de que a idade fosse a causa de doença ou sintoma (1 = idade não é a causa até 4 = idade como causa definitiva). No Questionário 2, o segundo grupo de participantes foi solicitado a assinalar a idade na qual achava que poderia contrair cada uma das 33 doenças e 20 sintomas usando uma escala com cinco anos de intervalo variando entre 20 a 80 anos. No Questionário 3, um terceiro grupo de participantes avaliou, em uma escala de 4 pontos, a seriedade das doenças e sintomas listados (1 = nada sério a 4 = muito sério). No restante dos questionários, 4 grupos adicionais de participantes avaliaram as dimensões curabilidade (Questionário 4), preventabilidade (Questionário 5), controlabilidade (Questionário 6), e a possibilidade de que as doenças e sintomas tenham sido causados por maus hábitos de saúde (Questionário 7), empregando uma escala de 5 pontos (1 = nunca a 5 = quase sempre).

Para verificar se a idade na qual a doença surge altera a sua representação, os participantes foram solicitados a avaliar nos questionários 3 a 7 as dimensões seriedade, curabilidade, prevenção, controlabilidade, e possível causa por maus hábitos de saúde, em função de dois períodos de surgimento: início na meia-idade (40-45 anos) e início na velhice (70-75 anos). Portanto, se um participante foi sorteado com o questionário sobre a seriedade da doença, por exemplo, ele o respondeu duas vezes: uma quando foi sugerido que a doença teria ocorrido entre os 40 e 45 anos e outra quando teria ocorrido entre os 70 e 75 anos.

RESULTADOS

Em primeiro lugar foi calculada a média das avaliações feitas no Questionário 1, onde o respondente julgou a probabilidade de que cada doença ou sintoma fosse causada pela idade. As respostas foram dadas de acordo com a seguinte escala: 1 = idade não é a causa; 2 = idade é raramente a causa; 3 = idade é provavelmente a causa; 4 = idade é definitivamente uma causa. Foi escolhida então a média 2,5 para representar o ponto acima do qual a doença ou sintoma passaria a ser considerada como *causada pela idade*. Das 33 doenças relacionadas, sete obtiveram uma média de 2,5 ou maior nas avaliações. Estas sete doenças (artrite, trombose, pressão alta, senilidade, ataque cardíaco, reumatismo e surdez) foram classificadas como causadas pela idade enquanto que as outras 26 foram classificadas como não causadas pela idade (Tabela 1).

Para verificar a validade desta categorização, as médias das avaliações do Questionário 1 (idade como provável causa) foram correlacionadas com as médias das avaliações obtidas no Questionário 2 (provável idade de ocorrência da doença). A correlação entre estas duas dimensões foi de $r = ,75$ para as doenças (Tabela 1).

A análise feita para os sintomas (Tabela 2), revelou que apenas dois deles foram considerados como causados pela idade (diminuição da visão e tremores), enquanto que os restantes foram classificados como não-causados pela idade. Dos dois classificados como causados pela idade, o sintoma tremores foi também percebido como tendo a idade mais alta para sua provável ocorrência (64,33 anos). Já a provável idade de ocorrência do sintoma 'diminuição da visão' (46 anos), representa a sétima mais alta idade de ocorrência de todos os sintomas (ver Tabela 2). A correlação entre as duas colunas da Tabela 2 foi também $r = ,75$.

Tomando por base a classificação das doenças e sintomas em quatro grupos - doenças causadas ou não pela idade e sintomas causados ou não pela idade (tabelas 1 e 2) - foram computados oito índices para cada participante que respondeu a um dos questionários referentes às dimensões de seriedade, controle, curabilidade, prevenção e causa devida aos maus hábitos de saúde. Isto é, para cada participante e para cada uma das cinco dimensões (seriedade, controlabilidade, curabilidade, preventabilidade e causação por maus hábitos de saúde), foi calculado um resultado médio para as *doenças* categorizadas como *causadas pela idade* e com início entre 40-45 anos e outro para o início entre 70-75 anos; um resultado médio para os *sintomas* definidos como *causados pela idade* e com início de ocorrência entre 40-45 anos e outro para o início entre 70-75 anos; outro para a categoria das *doenças não-causadas* por idade e com início entre 40-45 anos e também 70-75 anos; e finalmente, duas outras médias relativas às avaliações dadas aos *sintomas* percebidos como *não-causados pela idade* e com o período de ocorrência entre 40-45 e 70-75 anos de idade.

Tabela 1 - Médias das avaliações da idade como causa e da provável idade da ocorrência de cada *doença*.

Doenças	Causada pela idade (n=28)	Provável idade de ocorrência da doença (n=15)
Doenças causadas pela idade		
Senilidade	3,32	63,21
Reumatismo	2,86	48,33
Artrite	2,75	45,36
Trombose	2,71	59,67
Ataque cardíaco	2,67	53,33
Surdez	2,59	61,43
Pressão alta	2,57	50,33
Doenças não-causadas pela idade		
Cegueira	2,21	69,64
Depressão	2,04	43,67
Enfisema	2,00	51,33
Câncer do colo-retto	1,89	49,29
Cirrose	1,82	52,67
Câncer do fígado	1,68	60,71
Cistite	1,79	42,86
Cálculo renal	1,70	44,33
Câncer de pele	1,61	54,33
Bronquite	1,54	43,33
Asma	1,46	40,67
Apendicite	1,39	27,86
Alcoólistmo	1,36	34,00
Diabetes	1,32	41,67
Leucemia	1,25	40,00
Rubéola	1,25	21,79
Sinusite	1,22	34,67
Úlcera	1,18	31,67
Hepatite	1,18	31,33
Alergias	1,14	26,00
Faringite	1,14	24,33
Gripe	1,14	23,21
Rsfriado	1,14	22,86
Amigdalite	1,11	23,93
Tuberculose	1,07	44,67
Pneumonia	1,07	35,33

Tabela 2 - Médias das avaliações da idade como causa e da provável idade da ocorrência de cada *sintoma*.

Sintomas	Causado pela idade (n=28)	Provável idade de ocorrência do sintoma (n=15)
Sintomas causados pela idade		
Diminuição da visão	2,86	46,00
Tremores	2,75	64,33
Sintomas não-causados pela idade		
Inchaço nos membros	2,36	57,00
Dormência nos membros	2,41	50,33
Dor nas costas	2,25	39,00
Taquicardia	2,25	48,93
Tonturas	1,96	34,33
Empastamento	1,89	35,36
Calafrios	1,86	51,57
Insônia	1,79	41,33
Enxaqueca	1,57	31,33
Tosse	1,46	35,67
Suor excessivo	1,43	49,00
Constipação	1,43	32,50
Anemia	1,39	33,33
Dor-de-cabeça	1,36	24,57
Diarréia	1,32	33,21
Dor de ouvido	1,18	24,61
Febre	1,11	22,14
Vômito	1,11	39,33

Estas oito médias foram então usadas nas análises reproduzidas nas Tabelas 3 (para as doenças) e 4 (para os sintomas). Foram realizados três tipos de comparações para cada uma das cinco dimensões analisadas. Na primeira, as doenças percebidas como não-causadas pela idade foram comparadas com as percebidas como causadas pela idade. Na segunda, a idade de início da doença 40-45 anos foi comparado com o início entre 70-75 anos. Na terceira, foi determinado se havia uma interação entre a categoria da doença ou sintomas (causadas pela idade x não-causadas pela idade) e idade da ocorrência da doença (40-45 x 70-75 anos).

A Tabela 3 apresenta as médias das avaliações das duas categorias de *doenças* em função dos dois períodos de ocorrência. Os resultados revelaram efeitos principais para a variável categoria da doença em três das cinco dimensões estudadas e em quatro das cinco dessas mesmas dimensões para a variável período de início das

Tabela 3 - Médias das avaliações das *doenças* causadas pela idade e das *doenças* não-causadas pela idade em função dos dois períodos de ocorrência.

Dimensão da Doença	Causada pela idade		Não-causada pela idade		n
	40-45	70-75	40-45	70-75	
Seriedade ^{a,c}	25	2,89 (,44)	3,06 (,48)	2,60 (,41)	3,17 (,34)
Controle ^{a,b}	19	2,56 (,76)	1,95 (,63)	3,03 (,56)	2,50 (,52)
Cura ^{a,b,c}	22	2,46 (,66)	1,95 (,70)	3,61 (,46)	2,85 (,65)
Prevenção ^b	22	2,57 (,78)	2,46 (,94)	3,17 (,59)	3,12 (,62)
Causada por maus hábitos de saúde ^a	17	2,77 (,57)	3,15 (,83)	2,86 (,66)	2,98 (,91)

a = Efeito principal para período de ocorrência da doença.

b = Efeito principal por causa da doença (causada pela idade versus não-causada pela idade).

c = Interação.

doenças. As doenças causadas pela idade foram consideradas como significativamente menos controláveis [$F(18,1)=41,82$, $p<,001$]; menos curáveis [$F(21,1)=104,27$, $p<,001$]; e menos preveníveis [$F(21,1)=29,62$; $p<,001$]. Já as doenças com o período de ocorrência entre 70-75 anos foram consideradas como significativamente mais sérias [$F(25,1)=32,55$, $p<,001$]; menos controláveis ($F(18,1)=30,72$, $p<,001$]; menos curáveis [$F(21,1)=39,52$, $p<,001$]; e mais ligadas aos maus hábitos de saúde [$F(16,1)=4,75$, $p<,05$]. Estes resultados indicam claramente a presença de uma crença geral de que a idade debilita a saúde da pessoa. As médias da Tabela 3 mostram que as diversas doenças com ocorrência entre 70-75 anos são consideradas mais sérias, menos controláveis, menos curáveis e mais suscetíveis aos maus hábitos de saúde, ao mesmo tempo em que as doenças percebidas como causadas pela velhice são igualmente consideradas como menos controláveis, menos suscetíveis à cura e menos preveníveis.

Ocorreram também interações significativas entre a categoria das doenças e o período de ocorrência delas nas dimensões seriedade ($F(25,1)=20,4$, $p<,001$], e cura [$F(21,1)=4,88$, $p<,04$]. Como pode ser examinado na Tabela 3, as doenças que ocorrem entre os 40-45 anos são percebidas como mais sérias quando são doenças consideradas como causadas pela idade em contraste com as que têm o seu início no mesmo período mas que são não-causadas pela idade. No entanto, o mesmo não ocorre com as doenças que têm o seu início entre 70-75 anos. Nesta faixa etária, mesmo as doenças consideradas como não causadas pela idade são também consideradas sérias; até mais do que as doenças com o início entre 70-75 anos mas que

são percebidas como causadas pela idade. Aparentemente, as doenças que ocorrem entre 70-75 anos são bem mais sérias em geral, mas não tanto quanto as que ocorrem sem que sejam *esperadas* de alguma forma, isto é, aquelas que não são causadas pela idade.

Quanto à dimensão cura, a interação mostra que embora as doenças com início entre 70-75 anos sejam consideradas como menos curáveis dentro dos dois níveis da variável *categoria das doenças*, elas são percebidas como bem menos curáveis quando são causadas pela idade. Neste caso, observa-se que as doenças *esperadas* para a idade de 70-75 anos são consideradas como bem menos curáveis do que as doenças *não esperadas* para o mesmo período. Os mesmos resultados, em menor proporção, podem ser observados para o período de ocorrência que vai de 40 a 45 anos.

A análise dos *sintomas* revelou efeitos principais significativos em duas e em quatro das cinco dimensões para a variável *categoria dos sintomas* e para a variável *período de ocorrência dos sintomas*, respectivamente (Tabela 4).

Os sintomas com início entre 70-75 anos foram considerados como significativamente mais sérios [$F(25,1) = 14,14$, $p < ,001$]; menos controláveis [$F(18,1) = 16,47$, $p < ,001$]; menos curáveis [$F(21,1) = 35,38$, $p < ,001$]; e mais causados por maus hábitos de saúde [$F(16,1) = 8,78$, $p < ,01$]. A categoria dos sintomas também afetou o julgamento destas dimensões. Sintomas causados pela idade foram percebidos como significativamente menos controláveis [$F(18,1) = 4,37$, $p < ,05$]; e mais difíceis de serem curados [$F(21,1) = 29,66$, $p < ,001$]. Houve também uma tendência à significância quanto à dimensão prevenção: os sintomas causados pela idade também tenderam a ser percebidos como menos preveníveis do que os sintomas considerados como não-causados pela idade [$F(21,1) = 3,84$, $p < ,06$].

Duas interações entre os dois fatores estudados nas dimensões seriedade [$F(25,1) = 8,81$, $p < ,007$] e maus hábitos de saúde [$F(16,1) = 10,04$, $p < ,006$], foram reveladas na análise das avaliações feitas dos sintomas. A interação na dimensão seriedade assumiu o mesmo padrão observado na interação registrada quanto à seriedade das doenças. Seguindo o mesmo padrão prévio, os sintomas que têm o seu início entre os 40-45 anos são percebidos como um pouco mais sérios quando são sintomas causados pela idade, em contraste com os que têm o seu início no mesmo período mas que não são causados pela idade. O mesmo não ocorre, porém, com os sintomas que têm o seu início entre 70-75 anos. Quando os sintomas são percebidos como iniciando na velhice, mesmo os considerados como não causados pela idade são também considerados sérios; até mais do que os sintomas com o início entre 70-75 anos, mas que são percebidos como causados pela idade. Aparentemente, e da mesma maneira que ocorreu com as doenças, os sintomas que ocorrem entre 70-75 anos são bem mais sérios em geral, mas não tanto quanto os que ocorrem sem que sejam *esperados* por conta da associação com o envelhecimento.

O mesmo pode ser deduzido da interação da categoria dos sintomas e do período de sua ocorrência quanto à dimensão *causado por maus hábitos de saúde*. Pode-se observar que os sintomas com início no período 70-75 são vistos como muito mais ligados aos maus hábitos de saúde - principalmente para os sintomas definidos como causados pela idade. Para os não-causados pela idade, a relação entre os dois períodos de ocorrência é a mesma, embora bem menos acentuada que na condição anterior (ver Tabela 4).

Tabela 4 - Médias das avaliações dos *sintomas* causados pela idade e dos *sintomas* não-causados pela idade em função dos dois períodos de ocorrência.

Dimensão do Sintoma	Causado pela idade		Não-causado pela idade		n
	40-45	70-75	40-45	70-75	
Seriedade ^{a,c}	25	2,19 (,68)	2,37 (,72)	2,16 (,32)	2,64 (,39)
Controle ^{a,b}	19	2,84 (1,0)	2,21 (,79)	2,94 (,58)	2,62 (,63)
Cura ^{a,b}	22	2,98 (,88)	2,30 (,96)	3,61 (,54)	2,88 (,66)
Prevenção	22	2,71 (1,0)	2,37 (,89)	2,83 (,63)	2,81 (,62)
Causada por maus hábitos de saúde ^{a,c}	17	2,44 (1,1)	3,18 (1,2)	2,78 (,62)	2,96 (,89)

a = Efeito principal para período de ocorrência do sintoma.

b = Efeito principal para causa do sintoma (causado pela idade *versus* não-causado pela idade).

c = Interação.

DISCUSSÃO

As avaliações feitas das doenças e dos sintomas seguem o mesmo padrão geral. Como as pessoas, especialmente as idosas, podem apresentar dificuldades na distinção entre sintomas e doenças (Kart, 1981), o padrão revelado com a inclusão da análise dos sintomas fornece maior suporte e maior generalidade quanto à existência de uma crença geral refletindo uma ligação negativa entre o envelhecimento e a capacidade de resistência e de recuperação do corpo humano.

O processo do envelhecimento é percebido como responsável por um pequeno grupo de doenças e sintomas, e esta percepção claramente influencia a natureza destas mesmas doenças e sintomas. Qualquer doença ou sintoma que ocorra em uma idade mais avançada é vista como mais séria, com o agravante de que as doenças e sintomas 'típicos' da velhice são ainda julgados como mais negativos do que as outras manifestações.

A idade foi considerada como causa de sete das doenças e dois dos sintomas apresentados: senilidade, reumatismo, artrite, trombose, ataque cardíaco, surdez, pressão alta, diminuição da visão e tremores. A natureza destas doenças e sintomas foi também claramente influenciada pela ligação com o envelhecimento, uma vez que foram vistas como menos controláveis, menos curáveis e menos preveníveis do que as doenças e sintomas considerados como não causados pela idade. As doenças e sintomas considerados como causados pela idade não foram, entretanto, avaliados

como mais sérios ou decorrentes de maus hábitos de saúde quando comparados com as doenças e sintomas julgados como não causados pela idade.

Deve-se observar também que os questionários utilizados não cobrem todas as doenças e sintomas que podem ser percebidos como causados pela idade. É de se esperar que outras doenças e sintomas sejam igualmente considerados como ligados ao envelhecimento. Também não deve ser concluído que toda doença ou sintoma percebido como causado pela idade representa algo bem mais negativo do que todas as outras doenças e sintomas. Algumas doenças e sintomas não-causados pela idade são também bastante sérios. A questão aqui é que os resultados indicam que basta a categorização de uma doença ou sintoma como causado pela idade, para que ela/ele seja colocado um pouco mais para o pólo negativo nas dimensões analisadas.

A idade do início da doença ou sintoma também provocou conseqüências na forma como eles foram julgados. As doenças e sintomas que ocorrem entre os 70-75 anos foram julgados como mais sérios, menos controláveis, menos suscetíveis à cura, e mais ligados aos maus hábitos de saúde do que as doenças e sintomas que ocorrem entre os 40-45 anos. A única dimensão que não apresentou um efeito principal significativo nesta variável foi a dimensão prevenção. Embora na direção correta, não houve uma diferença significativa entre as médias de preventabilidade entre os grupos 40-45 e 70-75 anos de idade. Dentro de uma perspectiva geral, estes resultados indicam que o envelhecimento é percebido como responsável por uma maior vulnerabilidade às doenças e uma menor possibilidade de recuperação.

Os resultados no julgamento das doenças e sintomas quanto às duas variáveis de interesse revelam que a atribuição da idade como causa de uma determinada doença ou sintoma não o coloca automaticamente nos pólos negativos das dimensões seriedade e maus hábitos de saúde. Aparentemente, as pessoas não consideram as doenças e sintomas causados pela idade como especificamente mais sérios ou menos sérios, mas julgam as doenças ou sintomas que se manifestam em uma idade mais avançada como mais sérios e mais relacionados a maus hábitos de saúde.

De fato, os dois efeitos significativos de interação na dimensão seriedade, mostram claramente que o aspecto ameaçador de uma doença ou sintoma, percebidos como causados pela idade, aumenta mais ainda se têm o seu início entre 70-75 anos. A condição 70-75 anos chega até a superar os efeitos da condição causada pela idade no que diz respeito a esta dimensão (Tabela 3). Este mesmo padrão interativo mantém-se, tanto para as doenças quanto para os sintomas, nas dimensões controle, cura e prevenção.

Por outro lado, os resultados sugeriram um intrigante padrão de interação na dimensão maus hábitos de saúde. Doenças e sintomas foram percebidos como mais relacionados com maus hábitos de saúde quando ocorrem na velhice. Os sintomas e doenças causados pela idade, porém, foram percebidos como ainda mais relacionados com maus hábitos de saúde do que os sintomas e doenças não-causados pela idade. Embora esta interação tenha sido significativa para os sintomas, não foi observado nenhum efeito principal para a variável idade como causa. Aparentemente, isto indica que os respondentes avaliaram todas as doenças e sintomas em geral como mais relacionados com maus hábitos de saúde na medida em que ocorrem em uma idade mais avançada. É possível que os maus hábitos de saúde constituam o tipo de fator que tem os seus efeitos claramente associados com uma idade mais avançada, uma vez que ainda não é prevalente na cultura brasileira a idéia de que existe uma forte relação entre hábitos de saúde e estado de saúde do indivíduo em geral, inde-

pendente da sua idade. Os resultados obtidos na dimensão prevenção de uma certa forma corroboram estas conclusões. Os sintomas e doenças foram percebidos como menos preveníveis quando ocorrem aos 70-75 anos de idade.

Todos estes resultados apontam na direção da crença de uma associação entre o envelhecimento, uma maior vulnerabilidade às doenças e sintomas, e uma menor possibilidade de recuperação. Por sua vez, crenças, percepções e avaliações sobre causas e dimensões das doenças e dos sintomas, estão intimamente associadas com a maneira como as pessoas enfrentam ou se adaptam aos seus problemas de saúde (Folkman e Lazarus, 1980; Leventhal, 1970; Pearlin e Schooler, 1978; Prohaska, Keller, Leventhal e Leventhal, 1987; Prohaska, Leventhal, Leventhal e Keller, 1985). Várias implicações podem então decorrer da classificação das doenças e sintomas como causadas pela idade, como menos controláveis, menos curáveis, menos preveníveis, bem como da percepção de que as doenças e sintomas que ocorrem aos 70-75 anos são mais sérias, menos controláveis e menos suscetíveis à cura.

Estas crenças podem, por exemplo, estar associadas com estratégias passivas de adaptação à doença, isto é, a tendência a minimizar a intensidade da ameaça e a evitar informações sobre a doença. Isto pode ocorrer, em parte, como decorrência do elevado temor, que aumenta na medida em que a pessoa envelhece, devido às conseqüências das doenças ou sintomas definidos como *típicos da velhice*, e também porque as pessoas acreditam que estas condições são inevitáveis. O que é percebido como inevitável deve ser simplesmente aceito como parte do processo do envelhecimento. Estudos apontam de fato para a prevalência de várias estratégias passivas de adaptação à doença. Eles indicam que as pessoas mais velhas expressam menos emoções ligadas à doença e procuram menos por informações e tratamento adequado (e.g., Felton e Revenson, 1983; Folkman, Lazarus, Pimiey, e Noracek, 1987; Prohaska, Keller, Leventhal e Leventhal, 1987). Observando este quadro, Kant (1981) conclui que os idosos muitas vezes deixam de agir para proteger a saúde porque atribuem os sintomas crônicos, de intensidade moderada, à idade e não à doença. Presumivelmente, a atribuição de sintomas à idade facilita o adiamento da busca de tratamento, a tendência para apenas observar os sintomas, e um menor aborrecimento emocional.

Uma outra implicação do sistema de crenças sobre a relação idade-doença diz respeito à tendência à *experimentação* nas providências tomadas face à presença de algum problema de saúde. A crença, em adultos e idosos, de que não há muito o que esperar dos cuidados médicos profissionais quanto às doenças da velhice, pode levar a tentativas de *experimental* para ver o que pode acontecer. Estes comportamentos são preocupantes porque são claramente perigosos, principalmente quando é praticamente inexistente o controle sobre o que é vendido no balcão de qualquer farmácia. Exemplos desse tipo de comportamento foram relatados por Brody e Kleban (1983) e Holtzman, Akiyama e Maxwell (1983). Foram observados o consumo de vários dos remédios de fácil acesso, o experimentar de outras drogas não relacionadas com o problema do momento, ou simplesmente a atitude de *esperar para ver o que acontece*. Fleming (1984), também relatou que as pessoas de mais de 65 anos estão mais inclinadas do que as pessoas jovens a usar remédios caseiros não-prescritos.

Por outro lado, como também sugere o estudo de Kant (1981), as pessoas idosas tendem a confundir os sinais da idade com os sintomas da doença, o que pode trazer implicações sérias na hora de recorrer a estratégias intuitivas de tratamento.

Os nossos resultados também indicam algumas razões para as conclusões de vários estudos que mostram uma clara tendência dos idosos para superestimar as suas condições de saúde (e.g., Blazer e Haupt, 1979; Linn, Hunter e Linn, 1980; Maddox e Douglas, 1974). Se as pessoas consideram e esperam que certas doenças e sintomas surjam com a idade, então a visão delas quanto à própria saúde deve refletir esta expectativa. À medida que as pessoas envelhecem elas tendem a interpretar muitos dos sintomas e doenças como uma consequência natural do envelhecimento e isto as leva a isolar ou descontinuar o papel destes sintomas e doenças na hora de avaliar a própria saúde. A partir de uma certa época da vida, a tendência é achar que até que se esteja indo bem - apesar da idade.

É possível que existam várias outras dimensões das percepções da idade e doença que estejam igualmente envolvidas no comportamento das pessoas. Mesmo assim, os resultados analisados acima já permitem sugerir que o pessoal da área da saúde deve prestar bastante atenção às percepções de doenças dos seus pacientes. Estas percepções podem influenciar o tipo de avaliação que a pessoa faz do seu estado geral de saúde, o tipo de tratamento que é procurado, o relato da sintomatologia experienciada e a observância das recomendações médicas. O presente estudo, no entanto, procurou apenas fornecer um quadro geral das percepções de doenças tendo em vista a análise do sistema de crenças dentro do qual a avaliação e reação à doença ocorrem.

REFERÊNCIAS

- Blazer, D. G., & Haupt, J. L. (1979). Perception of poor health in the older adult. *Journal of the American Geriatric Society*, 7, 330-334.
- Brody, E. M., & Kleban, M. H. (1983). Day-to-day mental and physical health symptoms of older people: A report on health logs. *The Gerontologist*, 23, 75-85.
- Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1983). *Age differences in coping with chronic illness*. Apresentado no 36th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America. San Francisco, California.
- Fleming, G. (1984). *The elderly and self-care for serious episodes of illness*. Apresentado no 37th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America. San Antonio, Texas.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- Holtzman, J. M., Akiyama, H., & Maxwell, A. (1983). *Symptom perception and response in the elderly*. Apresentado no 36th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America. San Francisco, California.
- Kart, C. (1981). Experiencing symptoms: Attributions and misattributions of illness among the aged. Em M. Haug (Org.). *Elderly patients and their doctors*. New York: Springer. Pp. 70-78.
- Keller, M. L., Leventhal, H., Prohaska, T. R., & Leventhal, E. A. (1989). Beliefs about aging and illness in a community sample. *Research in Nursing & Health*, 12, 247-255.

- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 3, 119-186.
- Leventhal, E. A. (1984). Aging and the perception of illness. *Research on Aging*, 6, 119-135.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. Em S. Rachman (Org.). *Medical Psychology* (vol. 2). New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1986). Disease representations and coping with health threats. Em A. Baum, & J. Singer (Orgs.). *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Leventhal, E. A., Prohaska, T. R., & Leventhal, H. (1983). Aging: illness perceptions and coping strategies. Em M. G. Ory (Org.). *Behavioral geriatrics: Perceptions of and responses to health and illness*. Simpósio realizado durante o 36th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America. San Francisco, California.
- Linn, M. W., Hunter, K. I., & Linn, B. S. (1980). Self-assessed health, impairment and disability in Anglo, Black and Cuban elderly. *Medical Care*, 3, 282-288.
- Maddox, G. L., & Douglas, E. B. (1974). Self-assessment of health. Em E. Palmore (Org.). *Normal Aging II*. Durham: Duke University Press. Pp. 55-63.
- Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer.
- Prohaska, T. R., Keller, M. L., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1987). The impact of symptoms and aging attribution on emotions and coping. *Health Psychology*, 6, 496-514.
- Prohaska, T. R., Leventhal, E. A., Leventhal, H., & Keller, M. L. (1985). Health practices and illness cognition in young, middle aged, and elderly adults. *Journal of Gerontology*, 40, 569-578.

Recebido em 12/07/90.

