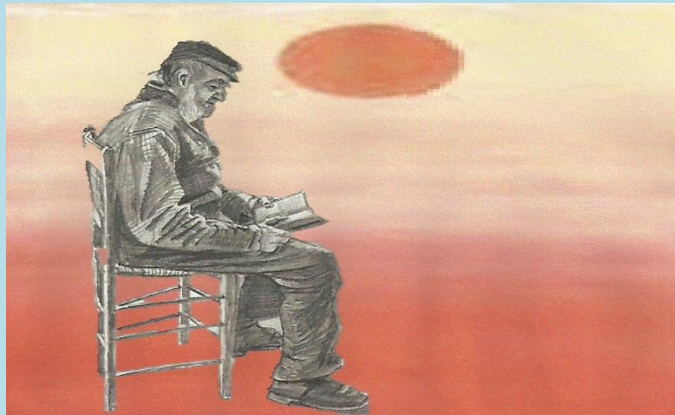


**GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares**  
Giordano Bruno

*Cláudia Luísa*

## **TEORIAS LEIGAS EM PESSOAS IDOSAS**

**principais desafios na área da saúde e da doença**



***Cadernos do GREI n.º 21***

**NOVEMBRO 2014**

## **TEORIAS LEIGAS EM PESSOAS IDOSAS**

**principais desafios na área da saúde e da doença**

### **ÍNDICE**

Introdução.....	3
1. Teorias leigas, ingênuas ou do senso comum .....	4
2. Principais campos de estudo das teorias leigas.....	8
3. Teorias sobre a saúde e a doença na velhice.....	11
4. Importância das teorias leigas para perspetivar a saúde e a doença ..	14
5. Investigação sobre teorias leigas na velhice.....	17
Reflexões finais.....	20
Bibliografia.....	22



**GREI- Grupo de Estudos Interdisciplinares**  
Giordano Bruno

## **FICHA TÉCNICA**

**Título:** Cadernos do GREI

**Edição de:** GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares  
Giordano Bruno

*Rua Vergílio Ferreira, n.º 11*  
*8005-546 FARO*

[grupo@grei.com](mailto:grupo@grei.com)      [www.grei.pt](http://www.grei.pt)

**Capa:** adaptada por Rute Ralha-Simões de “Homem idoso lendo” de Vincent Van Gogh

**Conselho Editorial:** Carlos Marques Simões (coordenador), Francisco Baptista Gil, Helena Ralha-Simões, Helena Sousa, Nora Almeida Cavaco, Rosanna Barros, Carla Fonseca Tomás e Nuno Murcho

**Data:** Novembro de 2014

**Publicação de difusão restrita**

*A ortografia adotada no texto dos cadernos é da responsabilidade de cada autor(a).*

*A ortografia utilizada na capa, títulos, índice e resumo não segue o novo acordo ortográfico, segundo opção do coordenador editorial.*

(...) Todos os valores do indivíduo estão organizados num sistema único cuja preservação é essencial para o indivíduo (...). Este vê o mundo segundo a sua própria perspectiva, encarando-se a si mesmo como o centro. Todo o valor que penetre no sistema e seja inconsistente com a própria avaliação que o indivíduo faz de si mesmo não poderá ser assimilado (...).

**Prescott Lecky**  
in *Self-consistency: A theory of personality* (1961)

O drama da condição humana deriva unicamente da consciência. (...) são a consciência e as suas revelações que nos permitem criar uma vida melhor para nós e para os outros, mas o preço que pagamos por essa melhor vida é bem elevado. Não se trata apenas do preço do risco, do perigo e da dor. Trata-se do preço de *conhecer* o risco, o perigo e a dor.

**António Damásio**  
in *O sentimento de si – O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (1999)

## RESUMO:

As *teorias leigas* – também designadas de senso comum ou ingénuas – constituem marcos de referência que influenciam a percepção e a interpretação da informação relativa aos aspetos sociais e aos pensamentos com eles relacionados. Podem ser aplicadas a diferentes domínios, como é o caso da saúde e da doença, e ser focalizadas junto de populações diversas, nomeadamente o grupo de idosos.

**Palavras-chave:** teorias leigas; saúde; doença; terceira idade.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo irreversível e contínuo, que acarreta, entre outras coisas, diversas mudanças a nível físico, social, cognitivo e psicológico e cujo enquadramento e compreensão envolve a participação de diferentes áreas científicas.

Qualquer que seja o nível de análise segundo o qual esta problemática é perspectivada torna-se sempre necessário ter presente a necessidade de contribuir para a prevenção, educando a população em geral – e os idosos em particular – no sentido de um envelhecimento bem-sucedido.

Para tal, e para melhor conhecermos esta realidade, é fundamental procurar entender esta população, para o que não basta, porém, investigar os vários domínios da sua vida, sendo preciso também dar a palavra aos idosos, de modo a saber o que pensam e o que sentem realmente aqueles que protagonizam esta situação, nesta última fase da sua vida.

É nesse sentido que as *teorias leigas* – também designadas como teorias do senso comum ou ingénuas – poderão desempenhar um importante papel, uma vez que são conceptualizações que as pessoas comuns enunciam relativamente a variadas temáticas de modo espontâneo, utilizando-as para explicar ou prever fenómenos com impacto no seu envolvimento imediato, o que as auxilia a enfrentar os problemas que vivenciam pessoalmente. Acrescente-se que o interesse por este

assunto reside não só na sua abrangência e no seu carácter relativamente recente mas, sobretudo, no facto de as *teorias leigas* refletirem e terem repercussões em todos os domínios psicológicos.

Apesar de a sua natureza não ser cientificamente originada nem estruturada, para alguns autores, como Pelechano (2010), é indiscutível que não deixa de existir uma relação estreita entre a psicologia leiga para onde confluem e a construção, mais formalizada, do conhecimento psicológico que é elaborado pela psicologia académica ou científica.

É por isso de extrema relevância conhecer as percepções dos idosos – e da população em geral – acerca dos diversos constructos que dizem respeito aos tópicos ligados ao envelhecimento, sendo um dos mais óbvios contributos do conhecimento das *teorias leigas* que neste enquadramento são originadas o facto de se esperar que possa ajudar todos os que contactam ou que intervêm junto dos indivíduos que se encontram nesta faixa etária a cumprir melhor essa função.

No entanto, existem ainda algumas dificuldades para que isso seja possível pois que, apesar de a investigação incluir já um número apreciável de trabalhos realizados sobre *teorias leigas* em diferentes áreas, muito poucos de entre eles incidem sobre a população idosa. É portanto ainda um desafio aprofundar este domínio focalizando os resultados da investigação nesta e noutras áreas que podem dar a conhecer melhor as percepções dos idosos sobre realidades que lhes dizem diretamente respeito, o que é, no entanto indispensável se as pretendermos conhecer melhor e identificar os principais aspetos que explicam o seu funcionamento global.

## 1. TEORIAS LEIGAS, INGÉNUAS OU DO SENSO COMUM

As *teorias leigas* são conceptualizações que os leigos num determinado assunto sobre o qual se debruçam utilizam para explicar ou prever a ocorrência de fenómenos do seu meio envolvente, as quais implicam relações intergrupais e que, em geral, são vistas como crenças desenvolvidas ao longo do tempo naturalmente, de modo independente

das influências do nível de instrução dos sujeitos que as formulam, as quais tendem a coincidir com as crenças com que a população de leigos enfrenta, em geral as ocorrências da vida diária (Hong, Levi, & Chiu, 2001).

Inicialmente estudadas por Heider (1958) e Kelly (1955), tornaram-se, a partir daí, num importante foco de análise para muitos investigadores que pesquisam os processos de percepção social, como o ilustram, por exemplo, os trabalhos de Furnham (1988), de Hong e outros (2001) e de Wegener e Petty (1998).

Também para Ramirez e Levy (2010) as *teorias leigas* servem para explicar eventos do contexto social que se assumem como marcos de referência que influenciam os processos de percepção e interpretação da informação, bem como a previsão de eventos e vão, em consequência disso, condicionar os comportamentos das pessoas e aquilo que estas elegem como o que é mais significativo nas suas experiências.

O impacto das teorias leigas, implícitas, ingénuas, intuitivas, de sentido comum ou de fundo no pensamento social, é exercido não obstante os sujeitos não tenham verdadeiramente consciência da sua influência sobre a maneira pessoal através da qual entendem o mundo. Por outro lado, a circunstância de não terem de ser objeto de comprovação científica leva a que possam ser livremente aceites e reproduzidas, em grande parte, assumindo-se como um resultado do senso comum (Hong, *et al.*, 2001).

Facilmente traduzidas por frases da dita sabedoria popular, tais como “*de pequenino é que se torce o pepino*” ou “*grão a grão enche a galinha o papo*”, as *teorias leigas* têm um papel fundamental no pensamento social, servindo de parâmetro interpretativo no quadro do processamento cognitivo da informação social, ajudando igualmente a cumprir uma função de justificação de um certo *status quo*, que se revela particularmente favorável aos grupos ou às categorias sociais que num dado contexto se encontram em condições de vantagem. No entanto, podem igualmente assumir uma função diferente; assim, algumas pessoas

após terem levado a cabo algum comportamento nocivo aos outros procuraram justificar os seus atos, socorrendo-se de *teorias leigas*, adotadas ou criadas para esse efeito (Crandall, 2000).

Na ótica de Crandall (2000) existem pelo menos duas classes de *teorias leigas* que cumprem a referida função de justificação: as que se focalizam nas atribuições (atribuição de causalidade dos juízos e das responsabilidades, eventualmente conducentes à culpabilidade) e outras que se concentram na “*hierarquização*” (assumindo eventualmente a defesa das hierarquias e da iniquidade como algo de necessário, bom, inevitável ou natural).

Para Levy, West e Ramirez (2005) as *teorias leigas* podem ser entendidas como acontecimentos em que as pessoas estão envolvidas, os quais tentam prever e controlar. Como já foi referido, os primeiros teóricos que se debruçaram sobre este assunto designavam-nas como teorias ingénuas, uma vez que não são formuladas com rigor (Heider, 1958). Além disso, é importante sublinhar que não assentam em cognições conscientes sobre a compreensão e o comportamento social (Furnham, 1988; Hong *et al.*, 2001; Wegener & Petty, 1998).

Para Pelechano (2010) os modelos leigos ou não académicos – da ciência em geral e da psicologia em particular – representam no momento presente um considerável número de tendências que se refletem praticamente em todos os domínios psicológicos, afirmando que existe uma relação entre a psicologia leiga e a psicologia académica ou científica, pois que muitos componentes da psicologia leiga estão presentes na maioria dos modelos científicos e que leva a que devam ser levados em consideração pela psicologia científica.

Segundo este autor (Pelechano, 2010), defender que os únicos conhecimentos válidos que temos são os conhecimentos científicos constitui uma simplificação abusiva inadmissível e própria de um pensamento distante da realidade. Esta ideia levaria a uma posição reducionista, resumindo todas as ciências a uma só, bem como à homogeneização artificial de todos os conhecimentos científicos com referência a um modelo exclusivo que nos levaria a aceitar que o progresso da ciência havia chegado ao fim.

Pelechano (2010, p.5) refere-se também a dois modos alternativos de fazer ciência, um dos quais estaria a cargo dos cientistas (profissionais de uma parcela de conhecimento determinada) e outro que seria feito por pessoas que não são profissionais, nem têm uma formação especializada nesse domínio de conhecimento. Ora, é precisamente “(...) *essa maneira de entender e ‘fazer’ ciência (...) que se denominou, nos começos da segunda metade do século XX, de ciência ‘leiga’, de ‘sentido comum’, ‘implícita’ e de algumas outras denominações, todas elas na linha de mostrar que se trata de um tipo de conhecimento em que não se cumpriam os requisitos que deve apresentar o conhecimento científico, mas que se utiliza como prática rotineira por parte de uma grande quantidade de pessoas*”.

Neste enquadramento, é importante delimitar o significado de teoria leiga; para tal, temos de reconhecer uma série vasta de termos e de noções aproximativas que são utilizados por muitos autores, variando de acordo com as diversas ocasiões em que são invocados. Fala-se assim em conhecimento leigo, de sentido comum, implícito e também de crenças básicas ou de um conhecimento culturalmente abrangente. (Pelechano, 2010)

A denominação de conhecimento de sentido comum decorre do facto de este assentar teoricamente em conhecimentos mais comuns dentro de um determinado grupo de sujeitos de uma dada cultura; são também designados como implícitos, porque não se encontram expostos claramente nem são claras as bases onde se apoiam e foram também denominadas com relação a um sistema de crenças básicas acerca do mundo e da realidade (no sentido em que não são elementos racionais mas juízos a que se atribui um valor de verdade sem que sejam sujeitos a uma contestação sistemática).

Finalmente, refira-se que por um lado, no âmbito da psicologia da personalidade é utilizada a expressão conhecimento subjetivo, no sentido em que os conhecimentos que se possuem refletem a maneira de pensar do observador e que, por outro, existe uma vasta amplitude do conceito de teorias leigas que se aplica a diversos campos de estudo.

## 2. PRINCIPAIS CAMPOS DE ESTUDO DAS TEORIAS LEIGAS

As teorias leigas têm sido tratadas por muitos autores, embora nem sempre de forma sistemática. Entre os estudos conduzidos na Europa, destacam-se os de Furnham (Furnham & Henderson, 1983; Furnham & Lowick, 1984; Furnham & Taylor, 1990; Furnham & Kuyken, 1991; Furnham & Bower, 1992; Furnham & Hume-Wright, 1992; Furnham & Thomson, 1996; Furnham & Weir, 1996; Furnham & Cheng, 2000; Furnham, Pereira & Rawles, 2001; Furnham & Anthony, 2010).

As publicações científicas sobre esta problemática encontram-se em campos muitos diversos e constituem uma ampla bibliografia (Benveniste, Lecouteur & Hepworth, 1999; Bowling & Gabriel, 2007; Çirakoglu, Kokdemir & Demirutku, 2003; Igou, 2003; Lam, 2010; Mccurdy, 2011; Nordby, 2008; Reis & Fradique, 2004; Russell, Kelly, & Golding, 2009; Sommers & Norton, 2006; Walker, Lester & Joe, 2006), da qual se podem destacar as temáticas seguintes:

- **Alcoolismo;**
- **Causas do autismo – as quais incluem referências ao *stress*, à dieta e aos contaminantes ambientais;**
- **Conceitos leigos acerca da doença mental em adolescentes romenos;**
- **Delinquência;**
- **Depressão;**
- **Esquizofrenia;**
- **Explicações médicas e conceções leigas acerca da doença e suas repercussões na interação médico-paciente;**
- **Felicidade;**
- **Fobias;**
- **Significações leigas sobre saúde e doença em adultos.**
- **Teorias leigas chinesas e o estigma da doença mental: suas implicações para a investigação e para a prática;**
- **Teorias leigas e anorexia nervosa;**
- **Teorias leigas e dependência de heroína;**
- **Teorias leigas e desenvolvimento infantil;**

- **Teorias leigas e o stress no trabalho;**
- **Teorias leigas e os media;**
- **Teorias leigas e previsão afetiva: a progressão do afeto;**
- **Teorias leigas e psicoterapia – as diferentes percepções da eficácia de diversas “curas” de perturbações específicas;**
- **Teorias leigas e qualidade de vida na velhice;**
- **Teorias leigas e relacionamento com os melhores amigos;**
- **Teorias leigas e suicídio;**
- **Teorias leigas em brancos racistas – procurando identificar o que constitui efetivamente o racismo;**
- **Teorias leigas na clínica e na saúde;**
- **Teorias leigas relacionadas com a idade e o bem-estar;**
- **Teorias leigas, os sentimentos de bem-estar e os relacionamentos românticos;**
- **Teorias leigas, relativamente às causas e à cura da depressão numa amostra de estudantes turcos;**
- **Teorias leigas, saúde e comportamento saudável;**
- **Transtorno bipolar;**

Em Inglaterra, Adrian Furnham é um dos investigadores que mais tem publicado sobre psicologia leiga, sendo muitos dos seus dados fruto da aplicação de questionários pessoalmente elaborados pelo autor, no sentido de apreender os conhecimentos leigos em diferentes âmbitos psicológicos.

Refira-se que Pelechano (2010) considera, todavia, que existem alguns problemas nos estudos levados a cabo por Furnham, no que respeita à representatividade dos itens que, nos seus questionários, procuram explorar as crenças populares dos sujeitos. Apesar disso, entende que estes trabalhos constituem indiscutivelmente um importante ponto de partida para uma abordagem séria desta problemática, considerando, no entanto, que deveriam de estar integrados dentro de um modelo mais facilmente compreensível.

Por seu turno, Kruglanski (1989), um autor norte-americano, apresenta os seus trabalhos sobre *teorias leigas* circunscrevendo a sua análise a partir da perspectiva da atribuição causal assumindo que, na base dos modelos leigos, se encontra uma mescla de ideias e crenças básicas, que são fruto da aprendizagem social do sujeito ao longo do seu percurso de vida, as quais são partilhadas pela maior parte da comunidade onde se insere, os quais estão muitas vezes na base de modelos científicos que a partir daí se elaboram ou que são por elas complementados.

Contudo, não obstante a origem dos modelos leigos e das correspondentes abordagens científico-académicas seja algo de comum, o seu desenvolvimento pode ser porém ser bastante diferente. De qualquer modo, uma vez que a psicologia leiga existiu muito antes da científica, encontrando-se omnipresente de distintas formas, e que tem muitos mais séculos de história que a psicologia científica, o seu legado e o considerável número de conteúdos e instituições que a permitem reconstituir é algo que tem de ser valorizado e que não se deveria perder. Com efeito, ignorar a psicologia leiga é cair num esvaziamento de muitos dos conteúdos psicológicos, acerca dos quais esta tem apresentado importantes questionamentos, o que muitas vezes, infelizmente já aconteceu no passado (Pelechano, 2010).

Segundo Furnham (1988) e Furnham e Cheng, (2000) a pesquisa sobre as *teorias leigas* encontra-se, geralmente, associada a um ou mais dos seguintes tópicos, procurando dar resposta às interrogações que lhes estão subjacentes:

- 1) **Etiologia (procurando saber como surgem, como se desenvolvem e quais os fatores que parecem levar à sua emergência);**
- 2) **Estrutura (interrogando-se sobre a estrutura interna dessas teorias e sobre o modo como são mentalmente organizadas);**
- 3) **Relacionamentos (procurando determinar como se podem agrupar estas teorias em torno de diferentes temas, identificar a sua estrutura básica**

que vai permitir estabelecer teorias em diferentes áreas como, por exemplo, a saúde, a economia ou a educação);

- 4) **Função** (identificando o que fazem estas teorias e qual a sua função para os próprios indivíduos, nomeadamente em termos das suas implicações para a mudança);
- 5) **Estabilidade** (sensibilizando para o facto de estas teorias poderem eventualmente ter mudado significativamente ao longo do tempo, em função de certo tipo de influências);
- 6) **Consequências comportamentais** (procurando compreender de que modo o comportamento social se relaciona com as diferentes teorias leigas).

Note-se porém que os estudos realizados sobre as *teorias leigas* são com frequência alvo de várias críticas ou do apontar de numerosas limitações, talvez por se reportarem a um âmbito de estudo ainda relativamente pouco explorado. De facto, muitos destas pesquisas tendem a assumir a existência de estruturas subjacentes à atribuição da sua origem que permaneceriam estáveis ao longo do tempo. Na verdade, os investigadores assumem frequentemente que existe um núcleo estável que presumivelmente continuaria idêntico através das sucessivas modificações. Por outro lado, sublinhe-se que existe uma incrível falta de curiosidade sobre os efeitos e as funções que as explicações fornecidas pelas *teorias leigas* poderão ter na vida das pessoas.

### **3. TEORIAS SOBRE A SAÚDE E A DOENÇA NA VELHICE**

As investigações sobre as concepções leigas relativas à saúde e à doença incluem diversas abordagens como as que focam a saúde e o bem-estar, a anorexia nervosa, os problemas psíquicos, encarados de modo indiferenciado, a diabetes, os distúrbios alimentares, a saúde mental (Jorm 2000; Manber *et al.*, 2003) e os maus hábitos alimentares (Ragunathan, Rebecca, & Wayne, 2006).

No entanto, estes estudos sobre as *teorias leigas* sobre saúde e doença na velhice são ainda escassos e insuficientes, revelando a falta

de investigação junto deste público. Não obstante, é essencial perceber o que pensam as pessoas idosas sobre a díade saúde-doença, sendo certo que esta problemática embora não coincida com nenhuma disciplina específica tem um carácter não só multidimensional como multidisciplinar.

Na verdade, o processo de saúde-doença reporta-se a uma relação que vai para além do corpo individual e social, confrontando-se com as turbulências do ser humano enquanto ser total (Andrade, 2003).

Além disso, os conceitos de saúde e de doença envolvem vários estados humanos – físicos, psicológicos, sociais e espirituais – pelo que dificilmente uma pessoa se poderá considerar completamente como alguém doente ou completamente saudável (Vaz, 2008).

Jean Watson (1979) considera que, quando se tenta definir saúde e doença, nos confrontamos com dois tipos de situações patológicas: a doença do corpo físico (muitas vezes facilmente diagnosticável e tratável) e a doença do corpo vivido (mais difícil de diagnosticar, definir e tratar) que afeta mais gravemente a condição de existência da pessoa humana.

Por seu turno, Berger e Poirier (1995, p. 107) refere que “*definir saúde não é uma tarefa fácil, porque este conceito provém dos antecedentes, do meio sociocultural ou dos percursos de cada indivíduo*”. De facto não só o conceito de saúde e de doença é multidimensional como a saúde e a doença tem de ser situadas como algo que, ao longo da vida, influencia e é influenciado pelos comportamentos das pessoas num enquadramento em que a idade e a percepção do próprio estado de saúde influenciam as concepções sobre saúde e doença (Vaz, 2008).

Quando os idosos conhecem e aceitam as limitações ocasionadas pelo processo de envelhecimento, isso influencia positivamente a melhoria do seu estado de saúde, comparativamente com o daqueles que não aceitam esta situação. Além disso a doença física e mental não são absolutas, existindo diferentes graus de limitações impostas pelas

enfermidades que são igualmente vividas indissociavelmente de uma certa relação organismo-ambiente. Em geral, o indivíduo sente a saúde como um estado de “alegria de viver” ou uma certa harmonia entre o organismo biológico-mental e o ambiente cultural-social em que está inserido (Abellán, 2003).

Andrade (2003) realizou no Brasil um estudo exploratório junto de uma amostra de 11 pessoas com idades iguais ou superiores a sessenta anos, recorrendo à técnica de entrevista estruturada, tendo os seus resultados constatado que a maioria era do sexo feminino, característica essa prevalente em sociedades como a nossa em que se a feminização das populações de idosos resulta da maior esperança média de vida entre as mulheres (Mathias, 2001).

Os idosos expressam a ideia de saúde e de doença assumindo que se trata de dois estados diferentes, não separados, que fazem parte de um mesmo processo de vida, não sendo por isso perspetivados como pontos extremos isolados, mas como dois momentos situáveis num *continuum* em que as diferenças seriam apreciadas com base numa escala de intensidade, permitindo que o binómio saúde-doença seja equacionado como um processo único (Andrade, 2003).

A saúde está correlacionada com os estados afetivos – nomeadamente com a felicidade – sendo a doença encarada como um sofrimento ou uma penalização. Note-se que já Hipócrates estava consciente desta relação entre saúde-doença e os estados afetivos, ao assumir, na sua doutrina sobre humores e paixões, a interdependência entre a mente e o corpo enquanto componentes da natureza humana inerentes ao processo saúde-doença.

Os idosos entrevistados por Andrade (2003) relacionaram saúde e doença com estados de ânimo, considerando que se alguém tem saúde terá ânimo e estará sempre ativa e motivada para a maior parte das tarefas enquanto que, caso se encontre doente, se revelará desanimado e sem vontade para levar a cabo qualquer atividade.

A autoavaliação individual do estado de saúde influencia o conceito de saúde e doença, pois que “as pessoas que se julgam doentes

*procedem como doentes, mesmo na ausência de sinais clínicos reais, e as que se julgam com saúde agem como pessoas saudáveis”* (Berger & Poirier, 1995, p.116).

A maioria dos idosos considera-se saudável apesar de certos problemas de saúde crónicos, tanto mais que estes aumentam progressivamente, acelerando a sua emergência ou agravamento após os sessenta anos, altura em que muitos acabam por ser portadores de patologias múltiplas.

A conceção subjetiva de saúde e doença é de natureza individual, sendo esta constatação clara na população idosa. É por esse motivo que, neste enquadramento, o seu conceito de saúde não se centra na doença, mas antes na apreciação da própria autonomia, a qual vai ser uma componente fundamental para determinar o bem-estar do idoso. Esta capacidade, que se traduz nessa autonomia, representa assim um aspeto fundamental no conceito de saúde formulado pelo idoso, não estando a definição de saúde apenas centrada na presença ou ausência de doença, mas em estreita relação com a capacidade funcional que o idoso atribui a si próprio.

Assim, a autonomia individual é um aspeto fulcral a ter em conta na avaliação do estado de saúde dos idosos, não devendo nunca restringir-nos às manifestações físicas como único fator ou critério a ter em conta, sendo a capacidade de adaptação um outro fator a valorizar na apreciação da evolução do idoso no *continuum* de saúde e doença (Vaz, 2008).

#### **4. IMPORTÂNCIA DAS TEORIAS LEIGAS PARA PERSPETIVAR A SAÚDE E A DOENÇA**

As *teorias leigas*, assentes em perspetivas informais, ingénuas ou em explicações do senso comum, são utilizadas pelas pessoas no seu contexto social, dando origem a formulações que diferem muitas vezes das explicações científicas (Furnham, 1988).



Há muito que os psicólogos sociais e os cognitivistas discutem a importância das crenças implícitas para explicar a interação e o comportamento social (Heider; 1958; Nisbett & Wilson 1977).

Em estudos recentes, vários investigadores têm defendido a necessidade de estudar as *teorias leigas* sobre a saúde, pois que esta é uma área muito importante dado permitir compreender os domínios de autorregulação e ajudar a perceber a influência do que pensam os indivíduos sobre a sua saúde e doença, assim como sobre a promoção um estilo de vida saudável (Popay & Williams 1996).

Tanto psicólogos como sociólogos e antropólogos sociais têm vindo a analisar as crenças das pessoas acerca da saúde, no que diz respeito às teorias e às representações que são elaboradas pelo indivíduo comum. Desta reflexão resulta a convicção de que as *teorias leigas* sobre este assunto assentam em modelos conceptuais utilizados por indivíduos, comunidades ou culturas na tentativa de explicar como se pode manter a saúde ou no sentido de fornecer uma explicação para a doença.

As *teorias leigas* sobre saúde e doença incluem muitas vezes ideias sobre a forma como o corpo funciona, bem como a presença dos sintomas que podem surgir numa certa patologia determinando a escolha daquilo a que o indivíduo deverá atribuir um determinado significado ou concentrar a sua atenção.

As conceções paradigmáticas não estão ausentes da formulação destes modelos; assim, por exemplo, no mundo ocidental o corpo é visto como uma máquina que é preciso manter em funcionamento, sendo a doença encarada como a perturbação ou a paragem dessa máquina.

Os conceitos leigos sobre doença incluem mais do que ideias precisas sobre as causas imediatas de uma certa doença, debruçando-se igualmente sobre a sua gravidade, as formas de tratamento possíveis, inclusive sobre o seu significado mais profundo, diferindo todas estas questões bastante, em função da cultura e do estatuto socioeconómico da pessoa doente.

A este propósito, refira-se um estudo elaborado nos Estados Unidos junto de indivíduos de classes socioeconómicas mais baixas que revelou que estes estendem a doença como tendo uma base funcional, considerando que apenas podemos falar de doença quando a pessoa está suficientemente enferma para isso a impedir de trabalhar ou quando isso envolve a necessidade urgente de cuidados médicos. Por outro lado, os conceitos leigos de doença têm sido classificados quer como intrínsecos ao indivíduo quer como inerentes ao mundo natural, ao social ou, mesmo, ao sobrenatural.

Quando numa determinada cultura existe um padrão de sinais ou sintomas, e existe um modelo concetual sobre a origem e o significado desses sinais e sintomas, a doença pode ser designada de doença popular. Estas doenças populares abarcam uma vasta gama de significados simbólicos, que se reportam a dimensões morais, sociais e psicológicas, tendo os seus sintomas, muitas vezes, uma significação cultural específica ligada com o que as pessoas dentro desse grupo pensam acerca do corpo, da saúde e da doença. Atentos a isto, os curandeiros dentro de uma determinada sociedade tradicional identificam, interpretam e tratam a doença de acordo com os conceitos culturais vigentes e com as conceções das pessoas que fazem parte desse enquadramento social.

Ora, muitas vezes os profissionais de saúde têm dificuldade em familiarizar-se não só com as doenças populares, mas com as necessidades de que se circunda a sua abordagem em termos terapêuticos. No entanto, é muito importante que eles não se alheiem dos conceitos locais de saúde e de doença e que estejam alertas para sintomas que possam refletir problemas de ordem emocional ou social, ao invés de se focalizar apenas no tratamento concebido como a resposta à rutura nas funções biomédicas do corpo, independentemente da cultura em que este está inserido.

No entanto, como afirma Ogden (2004, p. 59), "*as teorias leigas têm implicações óbvias nas intervenções efetuadas pelos profissionais de*

saúde, a comunicação entre o profissional de saúde e o doente seria redundante se o doente tivesse crenças sobre a sua saúde que estivessem em conflito com as defendidas pelo clínico”.

Felizmente, o papel das crenças na saúde tem vindo a ser cada vez mais discutido, apreciando “visões alternativas sobre as crenças ligadas à saúde [que] têm posto em relevo as teorias populares que apresentam os indivíduos como portadores de opiniões e teorias complexas sobre a saúde, que influenciam o seu comportamento. Esta perspetiva vê os indivíduos como menos racionais e analisa, através de uma abordagem qualitativa, as teorias leigas de uma forma relativamente pouco estruturada” (Ogden, 2004, p. 60).

Na visão de Andrade (2003, p.2), “a investigação das representações sociais sobre saúde e doença na velhice remete-nos, assim, para uma teoria popular, um conhecimento particular acerca do fenómeno saúde-doença, a partir das suas experiências de vida num contexto sociocultural determinado”.

## 5. INVESTIGAÇÃO SOBRE TEORIAS LEIGAS NA VELHICE

Como já se referiu antes, as investigações sobre *teorias leigas* em públicos idosos é ainda demasiado escassa. Neste contexto, é importante referir um estudo, realizado em 2004, em Portugal sobre significações leigas de saúde e de doença em adultos, junto de uma amostra de 67 pessoas idosas leigas em medicina, tendo sido possível evidenciar um vasto grupo de unidades de significação de entre os quais os que mais se destacaram foram: *estar bem consigo próprio* (50,75%); *não estar doente* (43,28%); *sentir bem-estar* (32,84%); *ter capacidade para gerir o dia-a-dia* (23,88%) e *considerar-se com saúde* (entendida esta como ausência de dores e de sofrimento) (22,39%).

No que concerne ao tema da doença, propriamente dita, as principais unidades de significação que foi possível destacar foram: *sentir mal-estar* (49,25%); *não poder fazer aquilo que se quer* (40,30%); a *presen-*

*ça de sintomas* (23,88%) e a *presença de anomalias do organismo* (22,39%). Os autores que realizaram este estudo concluem que as concepções leigas de saúde e de doença apresentam uma grande diversidade; com efeito, analisando os conteúdos dessas concepções constata-se a existência de múltiplas dimensões como a corporal, a social e as relativas ao bem-estar, ao equilíbrio e a aspetos psicológicos diversos (Reis & Fradique, 2004).

Em 2014, num outro estudo sobre teorias leigas de saúde e doença em públicos idosos, junto de uma amostra de 300 indivíduos residentes na região algarvia, foi possível concluir que no que diz respeito à saúde 141 indivíduos (ou seja, 47%) são da opinião de que a categoria que melhor descreve o que é a saúde é a dimensão psicológica, seguida da ausência de sintomas (38%). Sentir-se bem e a referência a aspetos físicos apresentam uma expressividade igual (14,3%), em cada um dos casos), ou seja, 43 participantes referem a importância das mesmas para caracterizar o facto de se ter saúde. As restantes categorias apresentam resultados pouco representativos. Por outro lado, quando questionados sobre “*O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?*”, a única categoria que se destaca é a categoria comportamental com 90,7% das respostas; de modo análogo, em resposta à questão “*O que faz para se manter saudável?*”, na sua maioria (92,7%) os sujeitos destacam também a categoria comportamental.

Ao abordar a dimensão doença e quando questionados sobre “*De forma breve e concisa, diga-nos o que é a doença ou estar doente?*”, os sujeitos distinguiram duas categorias, a categoria psicológica, em 38,7% das respostas, e a categoria física, noutras 38,0%. Na resposta à questão “*O que é que costumam fazer as pessoas que não são boas para a saúde?*”, evidencia-se a categoria comportamental em 46,7% de referências e a alusão a dependências em 38,7% outras. Em resposta à pergunta “*O que costuma fazer que não é bom para a sua saúde?*”, a única categoria representativa foi a categoria comportamental, com 52,0% das respostas. (Luísa, 2014).

Num outro estudo de António Abellán (2003) sobre percepção do estado de saúde – que considera ser um dos temas mais investigados na área da saúde – este autor concluiu que os idosos avaliam o seu estado de saúde fundamentalmente como sendo pelo menos regular (em 42,2% dos casos) ou mesmo bom (em 35,8%), existindo idêntica proporção na atribuição de percepções positivas, uma vez que 40,8% dos sujeitos as consideram como boas e muito boas.

A idade, por sua vez, também parece estar bastante relacionada com a percepção acerca da saúde, pois que quanto mais novos são mais os sujeitos mais valorizam o seu estado de saúde, afirmando que em geral é bom.

Por outro lado, a relação entre estado de saúde e o sexo sugere que as mulheres percebem pior a sua própria saúde do que os homens, em qualquer idade. Por seu turno, a escolaridade, se correlacionada com a idade, mostra que à medida que o nível de habilitações académicas aumenta o mesmo sucede com as percepções da saúde; neste enquadramento, não é de estranhar que os analfabetos avaliem o seu estado de saúde como regular ou mesmo mau.

Para finalizar, é de frisar que os estudos neste campo são raros, pois embora existam algumas investigações sobre *teorias leigas* na saúde e na doença, o público-alvo inquirido, de um modo geral, não inclui os mais velhos, o que deixa em aberto este campo de investigação. No entanto, e apesar da revisão teórica ser ainda insuficiente, poder-se-á supor que os idosos não fazem distinção entre o binómio saúde-doença, considerando que ambos se influenciam e se encontram interligados.

Em termos de saúde, um idoso saudável, do ponto de vista leigo, é aquele que se encontra bem a nível psíquico, tem autonomia para gerir a sua vida diária sem necessitar da ajuda de outras pessoas, consegue conviver e estabelecer relações sociais com os que se encontram em seu redor e tem comportamentos saudáveis, que salvaguardam a sua saúde (não fuma, não bebe álcool, faz uma alimentação regrada, etc.).

O ambiente que envolve o idoso também contribuir para manter a sua saúde ou pelo contrário, para a afetar negativamente, ocasionando um estado de doença caso não sejam tidos determinados cuidados preventivos.

Por outro lado, para haver saúde existem uma série de fatores determinantes, sejam eles sociais, pessoais, psicológicos, ambientais ou espirituais. Em contrapartida, a doença será a antítese desse estado, considerando o idoso que se encontra doente quando não consegue satisfazer as suas próprias necessidades ou está, de alguma forma, afetado por condicionalismos que modificam a sua rotina de vida diária.

Embora não hajam muitos estudos sobre conceitos leigos em idosos, existe uma panóplia vasta de estudos científicos que abordam as questões de saúde e de doença junto da população nesta faixa etária, dado ser um campo de interesse bastante atual e útil como pano de fundo à abordagem desta temática e à intervenção junto dos indivíduos na terceira idade.

## REFLEXÕES FINAIS

O envelhecimento humano – que tende a aumentar em todo o mundo – é algo de natural mas irreversível que atinge todas as pessoas desde que vivam tempo suficiente. Esta circunstância leva a um acréscimo da preocupação e à conseqüente necessidade de sensibilizar para esta problemática que deve ser levada muito a sério não só pelos governantes como pela sociedade em geral.

As *teorias leigas* em pessoas idosas podem ser utilizadas para explicar eventos do contexto social, constituindo marcos de referência que influenciam os processos de percepção e interpretação da informação, bem como os comportamentos que daí decorrem. Embora não sejam objeto de confirmação científica, cada vez têm mais impacto no pensamento das pessoas comuns, influenciando os seus comportamentos e as relações sociais que se estabelecem. É também um campo de estu-

do que tem vindo a ser gradualmente valorizado como indiciador da importância atribuída ao senso comum.

Estas teorias têm vindo a ser estudadas em muitas áreas, interessando psicólogos, sociólogos, médicos, professores, entre outros profissionais. Segundo Pelechano (2010), os modelos leigos ou não académicos da ciência em geral – e da psicologia em particular – representam, no momento presente, um considerável número de tendências que proliferam praticamente em todos os domínios psicológicos. Entre os focos de interesse que merecem especial atenção, decidiu-se abordar aqui as *teorias leigas* nos idosos, no âmbito da saúde e da doença, dada a relevância que parecem assumir neste contexto quando intervimos junto desta população.

Este interesse justifica-se tanto mais quanto, a nível internacional, embora nas revisões de literatura disponíveis vão surgindo estudos sobre *teorias leigas* em diferentes domínios – designadamente no que se refere à personalidade, à psicopatologia, às dependências ou aos estilos de vida – são quase residuais no que concerne ao grupo de idosos.

De referir neste enquadramento a pesquisa de Bowling e Gabriel (2007) sobre *teorias leigas* de qualidade de vida e uma que conduzimos recentemente (Luísa, 2014) averiguando as teorias leigas de idosos sobre saúde e doença, para além de pequenos estudos exploratórios sobre este mesmo assunto que permitem perceber que, para as pessoas que estão nesta fase da vida a doença funciona como um todo, sendo especialmente valorizados aspetos psicológicos e comportamentais, bem como a manutenção da autonomia física e psicológica.

Os desafios deste campo de estudo são portanto ainda muitos e variados; todavia esta é uma área que importa aprofundar pois quanto mais informados/conhecedores, estiverem os técnicos e os familiares, sobre as percepções dos idosos, mais fácil será a sua intervenção junto deles, o que se repercutirá num aumento da qualidade de vida desta faixa da população cuja prevalência em sociedades como a nossa não para de aumentar.

## BIBLIOGRAFIA

- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Mult.Gerontol*, 13, pp. 340-342.
- Andrade, F. (2002). *Uma experiência de solidariedade entre gerações – contributos para a formação pessoal e social dos alunos de uma escola secundária* (1ª edição). Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Andrade, O. (2003). *Representações sociais de saúde e de doença na velhice*. *Maringá*, 25(2), pp. 207-213.
- Berger, L. & Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Benveniste, J., Lecouteur, A. & Hepworth, J. (1999). Lay theories of anorexia nervosa, a discourse analytic study. *Journal of Health Psychology*, 4(1), pp. 59-69.
- Bowling, A. & Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society*, 27, pp. 827-848.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31, pp. 117-124.
- Çirakoglu, O., Kokdemir, D. & Demirutku, K. (2003). Lay theories of causes and cures for depression in a Turkish University sample. *Social Behavior and Personality*, 31(8), pp. 795-806.
- Crandall, C. (2000). Ideology and lay theories of stigma: The justification of stigmatization. In T. Heatherton, R. & Helb, M. & Hull, J. (eds.). *The Social Psychology of Stigma*. New York.
- Furnham, A. (1988). *Lay theories: everyday understandings of problems in the social sciences*. New York: Pergamon Press.
- Furnham, A. (1995). Lay beliefs about phobia. *Journal of Clinical Psychology*, 51(4), pp. 518-525.
- Furnham, A. & Anthony, E. (2010). Bipolar disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), pp. 255-269.
- Furnham, A. & Bower, P. (1992). A comparison of academic and lay theories of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 161, pp. 201-210.
- Furnham, A. & Cheng, H. (2000). Lay theories of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 1, pp. 227-246.
- Furnham, A. & Henderson, M. (1983). Lay theories of delinquency. *European Journal of Social Psychology*, 13, pp. 107-120.
- Furnham, A. & Hume-Wright, A. (1992). Lay theories of anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 48, pp. 20-37.
- Furnham, A. & Kuyken, W. (1991). Lay theories of depression. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 6(2), 329-342.
- Furnham, A., Lester, D. & Knight, M. (1999). *Lay Theories of suicide*. Blackwood: Center for the Study of Suicide.
- Furnham, A. & Lowick, V. (1984). Lay theories of the causes of alcoholism. *British Journal of Medical Psychology*, 57, pp. 319-322
- Furnham, A., Pereira, E. & Rawles, R. (2001). Lay theories of psychotherapy: perceptions of the efficacy of different 'cures' for specific disorders. *Psychology, Health and Medicine*, 6(1), pp. 77-84.
- Furnham, A. & Taylor, L. (1990). Lay theories of homosexuality: Aetiological behaviours and "cures". *British Journal of Social Psychology*, 29, pp. 135-147.
- Furnham, A. & Thomson, L. (1996). Lay theories of heroin addiction. *Social Science and Medicine*, 43, pp. 29-40.

- Furnham, A. & Weir, C. (1996). Lay theories of child development. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 157(2) 211-226.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*, New York: Wiley.
- Hong, Y.-Y., Levy, S.R. & Chiu, C.-Y. (2001). The contribution of the lay theories Approach to the study of groups. *Personality and Social Psychology Review*, 5(2), pp. 98-106.
- Igou, E. (2003). *Lay theories in affective forecasting: the progression of affect*. New York: Department of Psychology/New York University.
- Jorm, F. (2000). Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders, *British Journal of Psychiatry*, 177, pp. 396-401.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kruglanski, A. W. (1989). *Lay epistemics and human knowledge: Cognitive and motivational bases*. New York: Springer.
- Lam, C. (2010). Chinese lay theory and mental illness stigma: implications for research and practices. *Journal of Rehabilitation*, 1, pp.35-40.
- Levy, S.R., West, T.L. & Ramirez, L. (2005). Lay theories and intergroup relations: A social-developmental perspective. *European Review of Social Psychology*, 16, pp. 189-220.
- Luísa, C. (2014). *Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas*. Huelva: Departamento de Psicologia, Universidade de Huelva. (tese de doutoramento).
- Manber, R., Andrea S. Chambers, K. Hitt, M., Delgado, P. & John, A. (2003). Patients' perception of their depressive illness. *Journal of Psychiatric Research*, 37(3) pp. 35-43.
- Mathias, F. (2001). *A saúde do idoso em Maringá: análise do perfil de sua morbi-mortalidade*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (tese de doutoramento).
- Mccurdy, P. (2011). Theorizing "lay theories of media": A case study of the dissent! *International Journal of Communication* 5, pp. 619-638.
- Nisbett, R. & Wilson, T. (1977). Telling more than we can know: verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84(3), pp. 231-59.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pelechano, V. (2010). Unas notas acerca de la psicología leiga y modelos asimilados. *Análisis y modificación de conducta*, 36, p.135.
- Popay, J. & Williams, G. (1996). Public health research and lay knowledge. *Social Science and Medicine*, 42 (5), pp. 759-68.
- Raghunathan, R., Rebecca, N. & Wayne D. Hoyer (2006). The unhealthy tasty intuition and its effects on taste inferences, enjoyment, and choice of food products. *Journal of Marketing*, 70, pp. 170-184.
- Ramirez, L. & Levy, S. (2010). Sentido común y conflicto: impacto de las teorías legas sobre relaciones intergrupales. *Universitas Psicológica*, 9(2), pp. 331-343.
- Reis, J. & Fradique, F. (2004). Significações leigas de saúde e de doença em adultos. *Análise Psicológica*, 22(3), pp. 475-485.
- Vaz, C. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. Lisboa: Universidade Aberta. (tese de mestrado).
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown.
- Wegener, D.T. & Petty, R. E. (1998). The naïve scientist revisited: Naïve theories and social judgment. *Social Cognition*, 16, pp. 1-7.

## A AUTORA

**Cláudia Luísa** – Professora Adjunta convidada da Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve desde o ano de 2005 até a presente data. Leciona várias unidades curriculares no curso de Educação Social, Desporto, mestrado em Educação Especial - Domínio cognitivo e motor, entre outros. Em 2001, licenciou-se em Educação e Intervenção Comunitária. Em 2006, terminou a licenciatura em Psicologia Clínica e em 2009 terminou o mestrado em Saúde e Qualidade de Vida. Recentemente doutorou-se em Saúde e Qualidade de Vida pela Universidade de Huelva, tendo vindo a desenvolver trabalhos de investigação nesta área. Tem como principais áreas de interesse a saúde e a qualidade de vida, a terceira idade, a educação especial e a educação social.

## Cadernos publicados

n.º 13

**António Duarte**

SAÚDE, SUPORTE SOCIAL E BIOÉTICA: percepção dos idosos sobre a qualidade de vida



n.º 14

**Nuno Murcho**

SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: uma perspetiva de integração nos cuidados de saúde primários



n.º 15

**Carla Fonseca Tomás**

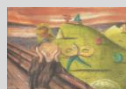
A ESCURIDÃO ENTRE AS ESTRELAS: vinculação a Deus, relação com o divino e espiritualidade



n.º 16

**Carlos Marques Simões**

A ECONOMIA DO MEDO: uma reflexão sociopsicológica sobre as origens da crise portuguesa



n.º 17

**Nora Almeida Cavaco**

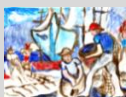
INTEGRAÇÃO OU INCLUSÃO? Contributo para uma prática educativa inclusiva



n.º 18

**Helena Ralha-Simões**

RESILIÊNCIA E PROFISSIONALIDADE: a competência do professor enquanto contributo para uma nova perspetiva



n.º 19

**Carla Fonseca Tomás**

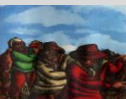
RELAÇÕES QUE CURAM: a evolução espiritual como fator de saúde e bem-estar psicológico



n.º 20

**Rosanna Barros**

ENSAIO SOBRE PEDAGOGIA-EDUCAÇÃO SOCIAL: pensar as repercussões da filosofia político-pedagógica de Paulo Freire



## Cadernos do GREI

n.º 21

**Cláudia Luísa**

TEORIAS LEIGAS EM PESSOAS IDOSAS: principais desafios na área da saúde e da doença



**A publicar:**

**Carlos Marques Simões**

IDENTIDADE DO PROFESSOR: uma abordagem socio-psicológica do desenvolvimento pessoal e profissional



**Brigite Micaela Henriques**

DESMISTIFICANDO OS VIDEO-JOGOS: Suporte social e bem-estar subjetivo



**GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares**

*Giordano Bruno*



**GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares**

*Giordano Bruno*

**Cadernos do GREI n.º 21 – Novembro 2014**

