

Quadro A1 – Convergências entre níveis dos principais modelos de desenvolvimento sociocognitivo

Níveis	1	2	3	4	5
Piaget	pré-operacional	concreto	formal começo	formal completo	_____
Kohlberg	punição obediência	hedonismo instrumental	mutualidade aprovação	orientação societal	contrato direitos
Perry	_____	dualidade	multiplicidade	relativismo	autonomia
Selman	egocentrismo	reciprocidade	mutualidade	convencional	complexid.
Kegan	orientação impulsiva	orientação imperial	orientação interpessoal	orientação institucional	orientação individual
Peck	amoralidade	expeditivo	conformismo	_____	consciência “irracional”
Loevinger	impulsividade	oportunismo	conformismo	consciência	autonomia
Bull	anomia	heteronomia	socionomia	_____	autonomia
Hunt	associal impulsividade	concreto dogmatismo	dependência abstracção	_____	auto- directividade
Fowler	fé intuitiva	fé mítica	fé convencional	fé reflexiva	fé conjuntiva
Armon	orientação instrumental	orientação afectiva	individualidade lógica	individualida de	autonomia

Fonte: extraído de Joyce-Moniz (1993)

Quadro A2 – Temáticas das hierarquias e inquirições socráticas na dimensão do Conhecimento da realidade da doença

Temática da hierarquia	Inquirição socrática
Possibilidade da existência da doença	<i>Que possibilidade tenho de saber se estou doente?</i>
Convicção da realidade da doença	<i>Estou realmente certo da existência da doença?</i>
Sintomas que justificam a existência da doença	<i>Que sintomas podem provar a existência da doença?</i>
Procura de sintomas justificativos da existência da doença	<i>Que devo procurar para provar que estou realmente doente?</i>
Razões da vulnerabilidade à doença e da sua gravidade	<i>A que é devida a minha vulnerabilidade à doença? Quais as razões da gravidade da doença?</i>

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A3 – Temáticas das hierarquias e inquirições socráticas na dimensão da Adesão ao tratamento

Temática da hierarquia	Inquirição socrática
Avaliação da possibilidade do confronto	<i>Como saber se posso lutar contra a doença?</i>
Razões da dificuldade em aceitar o diagnóstico	<i>Quais as dificuldades para aceitar o diagnóstico médico?</i>
Características do relacionamento pretendido com o médico	<i>Que relação quero estabelecer com o médico para poder participar no tratamento?</i>
Condições para a adesão ao tratamento	<i>Quais as razões para aderir ou não aderir ao tratamento proposto pelo médico?</i>

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A4 – Temáticas das hierarquias e inquirições socráticas na dimensão do Controlo de sintomas

Temática da hierarquia	Inquirição socrática
Alvos e condições de controlabilidade existencial (incluindo o controlo do corpo)	<i>Que controlo tenho da minha vida e do meu corpo?</i>
Razões da vulnerabilidade ansiogénia	<i>Que é que me faz sentir ansioso/tenso na doença?</i>
Razões da vulnerabilidade depressogénia	<i>Que é que me faz sentir triste na doença?</i>
Processos alvo de somatização	<i>Que é que da doença me faz mais sofrer e afecta mais na minha vida?</i>
Ganhos ou vantagens determinantes de processos conversivos	<i>Esta minha disfunção também me traz vantagens? Estarei a imitar alguém com a mesma disfunção (e com quem me identifico)?</i>

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A5 – Temáticas das hierarquias e inquirições socráticas na dimensão da Vivência da doença

Temática da hierarquia	Inquirição socrática
Modo de descrição dos sintomas	<i>Como é que eu explico o que sinto?</i>
Compreensão pelo outro da perspectiva do próprio sobre o processo	<i>Que sabe o outro de mim?</i>
Compreensão pelo próprio da perspectiva do cuidador	<i>Que sei eu dos outros?</i>
Razões e atitudes de discordância com o cuidador (processo hipocondríaco)	<i>Porque discordo dos outros?</i>
Evolução percebida da doença	<i>Como é que a doença vai evoluir? Porque penso que não posso controlar o processo?</i>
Atitude do doente por si considerada correcta	<i>Como sei que sou um bom doente?</i>
Avaliação do cuidador pelo doente	<i>Como sei que os cuidadores me tratam bem?</i>

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A6 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Que possibilidade tenho de saber se estou doente?*

- Nível 5 A existência da doença é subjectiva e reflecte o ponto de vista pessoal que pode ser formado por múltiplas significações. A racionalidade não é suficiente para ajuizar da adequação dessas significações de doença.
- Nível 4 A existência da doença é subjectiva e reflecte o ponto de vista da pessoa. Algumas significações de doença poderão ser mais racionais do que outras, porque baseadas em evidência mais forte.
- Nível 3 A doença existe, mas não pode ser imediatamente conhecida sem incerteza. Significações de doença são idiossincráticas para a pessoa, a quem cabe decidir da sua relevância.
- Nível 2 A doença existe, embora possa não ser imediatamente acessível ao conhecimento. As significações de doença são devidas a uma certa acumulação de provas concretas sobre a sua existência.
- Nível 1 A doença existe visto que a pessoa a percepçiona. Significações da doença assentam na percepção dos sintomas concretos.
-

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A7 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Estou realmente certo da existência da doença?*

- Nível 5 Convicções sobre a complexidade da realidade da doença. Cedem à contradição, se esta apresenta maior abertura e relativismo epistemológicos.
- Nível 4 Convicções sobre a racionalidade científica/cultural da realidade da doença. Cedem à contradição, quando esta introduz critérios mais lógicos ou racionalizáveis.
- Nível 3 Convicções ambivalentes sobre a subjectividade da realidade da doença. Cedem à contradição, pois a consciência da subjectividade da razão leva à incerteza.
- Nível 2 Convicções sobre as provas concretas da realidade da doença. Cedem à contradição, se esta apresenta evidência contrária, quantitativamente mais significativa, e/ou qualitativamente mais oportuna.
- Nível 1 Convicção absoluta, predominantemente estereotípica, sobre a realidade da doença. Não precisa de ser justificada e é resistente a qualquer tipo de contradição.
-

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A8 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Que sintomas podem provar a existência da doença?*

Nível 5	As significações sobre a realidade da doença não assentam apenas nos sintomas físicos, porque se aceita a natureza psicológica e idiossincrática dessas significações.
Nível 4	As significações sobre a realidade da doença incidem nos sintomas que, embora subjectivos, podem ser definidos racionalmente, a partir de critérios científicos.
Nível 3	As significações sobre a realidade da doença baseiam-se na percepção de sinais e sensações, que não provam com segurança absoluta a existência da doença.
Nível 2	As significações sobre a realidade da doença reflectem a crença na acumulação e na intensificação de sinais e sensações que podem ser sintomáticos da doença.
Nível 1	As significações sobre a realidade da doença apoiam-se na percepção de sinais e sensações físicas pouco discriminadas, considerados “anormais”.

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A9 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Que devo procurar para provar que estou realmente doente?*

Nível 5	Procura sistematizada de sinais do organismo, que permitam afirmar a sua orientação “psicossomática”, ou mesmo justificar a natureza “imaginária” dos sintomas. A pessoa atribui os sinais somáticos e as reacções somatoformes ao seu pensamento hipocondríaco, e este passa a justificar aqueles.
Nível 4	Procura sistematizada de sinais sintomáticos que permitam justificar a racionalidade ou a credibilidade “científica” da convicção da realidade da doença. A pessoa acredita que a razão pode controlar o pensamento hipocondríaco, mas também validar a realidade da doença.
Nível 3	Procura sistematizada de sintomas físicos conclusivos ou “determinantes” sobre a realidade da doença. A pessoa apercebe-se de que o pensamento hipocondríaco pode levar os outros a duvidar da sua convicção na sua doença, o que obriga a provas mais absolutas.
Nível 2	Procura sistematizada de sintomas diferenciados, que se podem comparar e contabilizar. A pessoa pode aperceber-se da sua mania das doenças, mas esta metacogição em nada obsta ou contraria a sua convicção na realidade concreta da doença.
Nível 1	Procura sistematizada de (novos, outros) sinais sintomáticos, que confirmem a realidade da doença. A pessoa não consegue uma actividade metacognitiva suficiente para se aperceber das características repetitivas e circulares dos seus pensamentos sobre a doença.

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A10 – Níveis de significação relativos às inquirições socráticas: *A que é devida a minha vulnerabilidade à doença?*, *Quais as razões da gravidade da doença?* e *Que é que me faz sentir ansioso/tenso na doença?*

Nível 5	A vulnerabilidade à doença é atribuída ao desequilíbrio entre determinantes somáticos e psicológicos (<i>e.g.</i> , estilo de vida, processo depressivo). A gravidade subjectivamente atribuída à doença só pode ser definida pela vulnerabilidade que a pessoa subjectivamente se atribui.
Nível 4	A vulnerabilidade à doença é atribuída a uma ruptura de sistemas do organismo (<i>e.g.</i> , sistema imunitário deficiente, avitaminose). O conhecimento racional da vulnerabilidade da pessoa permite definir a gravidade da doença.
Nível 3	A vulnerabilidade à doença é atribuída à disfunção de um órgão ou da totalidade do organismo (<i>e.g.</i> , fígado, enfraquecimento geral). A gravidade da doença está associada de forma incerta à vulnerabilidade orgânica da pessoa.
Nível 2	A vulnerabilidade à doença é atribuída a uma agressão de entidades exteriores (<i>e.g.</i> , contágio, envenenamento, frio excessivo). A doença é grave devido aos seus atributos negativos concretos.
Nível 1	A vulnerabilidade à doença é atribuída a uma punição por uma acção errada (<i>e.g.</i> , desobediência, descuido). A doença é tanto mais grave quanto o mau comportamento da pessoa.

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Nota: Embora a questão socrática *Que é que me faz sentir ansioso/tenso na doença?* se integre na dimensão do controlo de sintomas, é representada no Quadro A10 em conjunto com as questões *A que é devida a minha vulnerabilidade à doença?* e *Quais as razões da gravidade da doença?* na medida em que a experiência ansiogénia tem a ver com a vulnerabilidade associada à gravidade (perigo como definidor da ansiedade) (Joyce-Moniz, 1993)

Quadro A11 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Como saber se posso lutar contra a doença?*

Nível 5	As significações de doença e do seu confronto podem ser coordenadas integradamente em termos de reciprocidade exploratória. “Se sei da doença, posso saber como a confrontar, e se sei do confronto, posso saber mais/melhor da doença.”
Nível 4	As significações de doença são racionalmente separadas das de confronto, o que implica uma coordenação das implicações possíveis. “Se sei da doença, posso saber dos meios legítimos para a confrontar.”
Nível 3	As significações de doença apresentam-se separadas das de confronto, e parcialmente coordenadas em termos de implicações objectivas e subjectivas. “Se sei da doença, sei das forças físicas e mentais de que preciso para lutar contra ela.”
Nível 2	As significações de doença podem ser diferenciadas das de confronto, e coordenadas em termos de reciprocidade instrumental. “Se sei da doença, sei o que é preciso fazer concretamente para a combater.”
Nível 1	As significações de doença e do seu confronto são idênticas. “Se sei da doença, sei da cura.”

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A12 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Quais as dificuldades para aceitar o diagnóstico médico?*

Nível 5	O doente tem dificuldade em aceitar o diagnóstico, porque embora este possa estar certo do ponto de vista biológico, não integrou outros determinantes da doença, como os psicológicos, que poderiam dar outra explicação à evolução do processo.
Nível 4	O doente tem dificuldade em aceitar o diagnóstico, porque quer as causas da doença, quer a sua evolução, até à data, não foram explicadas em termos racionais, não parecendo fundamentadas em critérios empíricos e/ou científicos suficientes.
Nível 3	O doente tem dificuldade em aceitar o diagnóstico, porque as explicações do médico para as causas da doença e/ou a evolução consequente não lhe pareceram suficientes para responder às suas dúvidas e incertezas, e/ou porque o próprio médico lhe pareceu inseguro.
Nível 2	O doente tem dificuldade em aceitar o diagnóstico, porque o médico não lhe fez todos os exames apropriados, ou fê-los fora de tempo, e/ou por as explicações dele serem apressadas ou expeditivas.
Nível 1	O doente tem dificuldade em aceitar o diagnóstico, porque é diferente do que esperava e do que os outros lhe disseram da doença, e/ou porque o médico não lhe disse tudo o que sabe.

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A13 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Que relação quero estabelecer com o médico para poder participar no tratamento?*

Nível 5	Relacionamento exploratório com o médico, com co-construção proposicional de significações sobre os processos de doença, e de processos de decisão quanto ao tratamento.
Nível 4	Relacionamento contratual com o médico, com monitorização do cumprimento dos objectivos, decisões e deveres inerentes ao tratamento.
Nível 3	Relacionamento mítico com o médico, com dependência emocional, transferência de afectos e significações, e balanceamento entre identificação e rejeição de decisões de tratamento.
Nível 2	Relacionamento contratual com o médico, com monitorização do cumprimento das suas funções/papel, e da obtenção de resultados concretos no tratamento.
Nível 1	Relacionamento mítico com o médico, com adesão automática e incondicional ao seu conhecimento absoluto, e dependência total nas suas decisões de tratamento.

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A14 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Que controlo tenho da minha vida e do meu corpo?*

Nível 5	A individualidade societal pode ser controlada, mas em nenhuma circunstância a da consciência pode ser negada ou calada. O controlo depende da existência de condições epistemologicamente seguras. - Tentativa de controlo abrangendo principalmente as transformações fisiológicas e psíquicas integradas.
Nível 4	As aptidões relacionais podem ser controladas, mas não a identidade formal (<i>e.g.</i> , personalidade, estatuto). O controlo depende da existência de condições racionalmente seguras. - Tentativa de controlo incidente sobretudo nos sistemas orgânicos e psíquicos diferenciados.
Nível 3	As necessidades instrumentais podem ser controladas, mas não as aptidões relacionais. O controlo depende da existência de condições relacionalmente seguras. - Tentativa de controlo incidindo sobretudo no funcionamento geral dos órgãos e dos atributos físicos ligados à vida relacional.
Nível 2	Os impulsos podem ser controlados, mas não as necessidades instrumentais. O controlo depende da existência de condições instrumentalmente seguras. - Tentativa de controlo dirigida sobretudo às funções orgânicas e hábitos funcionais.
Nível 1	Os impulsos e sensações não podem ser controlados. O controlo depende da percepção de condições seguras pouco diferenciadas. - Tentativa de controlo dos sinais indiferenciados do corpo.

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A15 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *O que é que me faz sentir triste na doença?*

- Nível 5 A vulnerabilidade à doença é associada à perda de autonomia existencial ligada à submissão da mente aos sintomas do corpo.
A experiência disfórica traduz essa desesperança, com sentimentos de amargura e desprezo por si mesmo.
- Nível 4 A vulnerabilidade à doença é associada à perda de responsabilidades e deveres e/ou à impossibilidade de os cumprir.
A experiência disfórica advém da autocrítica e/ou da crítica do sistema, com sentimentos de culpa e desespero.
- Nível 3 A vulnerabilidade à doença é associada à perda das actividades relacionais e sócio-emocionais.
A experiência disfórica, tendencialmente intensa, emerge dos sentimentos de autocomiseração e desvalorização relacional.
- Nível 2 A vulnerabilidade à doença é associada à perda de rendimento funcional do corpo.
A experiência disfórica é ligada à incapacidade de confronto dos sintomas físicos, com reacções disfóricas associadas às de hostilidade (*e.g.*, cólera, desespero).
- Nível 1 A vulnerabilidade à doença confunde-se com a vivência dos sintomas somato-emocionais (*e.g.*, dor, cansaço, sufoco).
A experiência disfórica não se distingue dos outros sintomas somáticos e emocionais (*e.g.*, dor, tristeza e nervosismo é tudo doença).
-

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A16 – Níveis de significação relativos às inquirições socráticas: *Esta minha disfunção também me traz vantagens?* e *Estarei a imitar alguém com a mesma disfunção (com quem me identifico)?*

Nível 5	<p>A disfunção permite um ganho nihilista de análise existencial (<i>e.g.</i>, revisão dos valores e autocondenação).</p> <p>Apogeu do ganho terciário: a pessoa compensa-se a si própria e, em vez de cair na autocomiseração piegas, somatiza, o que é uma “condenação” maior. Individualismo e solipsismo afastam-na da identificação com sintomas de outrem.</p>
Nível 4	<p>A disfunção permite um ganho de autodisciplina e respeito pelos outros, ou pela instituição.</p> <p>Passagem do ganho secundário para o terciário: a somatização substitui um conflito para qual não há explicações racionais satisfatórias. Identificação sintomática com doença de modelo de estatuto semelhante ou de modelo respeitado.</p>
Nível 3	<p>A disfunção permite um ganho da estima e da aprovação dos outros.</p> <p>Ganho secundário: a histeria chama a atenção e suscita respostas dos outros que, por sua vez, influenciam o processo somatoforme. Identificação com sintomas de pessoas afeiçoadas, ou também com as carências afectivas dos outros.</p>
Nível 2	<p>A disfunção permite um ganho de favores e oportunidades especiais. Passagem do ganho primário para o secundário: estratégia fruste de maximização de ganhos (submetendo os outros) e minimalização de custos (evitando o conflito). Identificação com pessoas com perturbações disfuncionais e sintomas superficiais, que limitam as aptidões instrumentais ou as actividades hedónicas.</p>
Nível 1	<p>A disfunção permite um ganho de dependência e não responsabilização.</p> <p>Ganho primário: manter o conflito fora da consciência; as reacções histéricas emergem de forma previsível e abrupta, mas com duração curta.</p> <p>Identificação, embora limitada, com a sintomatologia mais externa/dramática de familiares ou figuras de autoridade e/ou protecção.</p>

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A17 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Como é que eu explico o que sinto?*

Nível 5	Sintomas descritos de forma relativizada e ideossincrática, incidindo nos determinantes psicossociológicos, e integrando sintomas físicos e processos metacognitivos.
Nível 4	Sintomas descritos de forma a separar processos disfuncionais, a encontrar a racionalidade dos determinantes etiológicos, a justificar os receios da incapacidade funcional ou da evolução catastrófica e a relacionar processos psicológicos e sintomas físicos.
Nível 3	Sintomas descritos de forma processual ou sequenciada, com incerteza ou ambivalência quanto às relações causais do processo de doença, e incidindo nos processos de natureza emocional e relacional.
Nível 2	Sintomas descritos de forma gradualmente diferenciada em relação aos sistemas fisiológicos principais, e incidindo na sua ligação causal às necessidades e aptidões físicas da pessoa.
Nível 1	Sintomas descritos de forma indiferenciada ou global, categórica, imediata, com atribuições de “tudo ou nada”, confundindo causas e sintomas.

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A18 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Que sabe o outro de mim?*

- Nível 5 O doente compreende que as perspectivas intra e interpessoais de cada um sobre a doença podem ser coordenadas, não só dentro do mesmo sistema (*e.g.*, cuidadores que se ocupam do doente) mas, igualmente, por meio de significações estruturais ainda mais complexas (*e.g.*, sistemas de cuidados de saúde). Esta metacognição social do paciente permite relativizar as significações dos diferentes sistemas e conceber a sua modificação. Os conflitos de sentimentos da pessoa são integrados em experiências complexas e ambivalentes, que reflectem múltiplos determinantes intra e interindividuais.
- Nível 4 O doente compreende que as diferenças de perspectiva não estão apenas coordenadas, termo a termo ou mutuamente, mas que existe um sistema de significações ou uma perspectiva mais geral sobre a doença, que as enquadra. Estes sistemas facilitam a compreensão e a comunicação entre o doente e os cuidadores. Os sentimentos das pessoas dependem, assim, de sistemas complexos de significações interindividuais.
- Nível 3 O doente pode coordenar mutuamente e ao mesmo tempo a sua perspectiva com a do outro, e mesmo colocar-se na de uma terceira pessoa, a qual também pode compreender as perspectivas dos demais sobre a doença. Deste modo, pode distinguir a sua perspectiva da de um grupo de cuidadores. Percebe que cada um pode ter sentimentos diferentes para a mesma situação de doença, mas que esses sentimentos podem estar misturados, ou serem ambivalentes e contraditórios.
- Nível 2 O doente tem consciência de que o outro (cuidador) tem uma perspectiva diferente da sua sobre a doença, e que essas significações podem mudar. Deste modo, também compreende que o outro se pode colocar na sua perspectiva. No entanto, não consegue coordenar as duas perspectivas ao mesmo tempo, mas apenas uma de cada vez. Sabe que pessoas diferentes podem ter significações diversas da mesma situação de doença, mas apenas um sentimento para cada opinião.
- Nível 1 O doente tem consciência de que há diferenças entre a sua perspectiva e a do outro (cuidador) na significação da doença, mas é incapaz de manter a sua perspectiva ao mesmo tempo que se coloca na do interlocutor. Compreende também que o cuidador pode ter sentimentos diferentes dos seus, que estão ligados a significações dele sobre a doença. Mas também não consegue relacionar os sentimentos do outro com os seus próprios sentimentos.
-

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A19 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Que sei eu dos outros?*

- Nível 5 Os cuidadores podem ser vistos como sistemas complexos de significações variadas, que podem coexistir dialecticamente em contradição ou mesmo em conflito. É admitido pelo doente que as mudanças de actuação do cuidador podem resultar dos desfasamentos entre os seus níveis de significação sobre cuidados, sem que estas contradições mudem a maneira de ser (identidade) do cuidador.
- Nível 4 Os cuidadores são avaliados em termos de aptidões relativamente estáveis, mas que admitem actuações diferenciadas. O doente considera que as mudanças percebidas no comportamento habitual do cuidador dependem da racionalidade que atribui às significações desse cuidador sobre os seus deveres e as suas responsabilidades.
- Nível 3 Os cuidadores são avaliados em termos de sentimentos, disposições ou hábitos relacionais, que apresentam uma certa coerência e persistência. O doente considera que se o cuidador está motivado para mudar a sua maneira de actuar, pode efectivamente consegui-lo.
- Nível 2 Os cuidadores são avaliados em termos de poderes ou aptidões instrumentais específicos, que são apercebidos como sistematizados ou *rotinizados*. Quando o doente nota que o cuidador actua de forma diferente, pensa que ele mudou a sua maneira de ser (*i.e.* personalidade)
- Nível 1 Os cuidadores são avaliados em termos categóricos como (só) bons ou (só) maus. Quando as acções do cuidador mudam, as significações próprias sobre ele também mudam.
-

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A20 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Porque discordo dos outros?*

- Nível 5 As significações sobre processos de doença e tratamento são consideradas como completamente distintas das dos cuidadores. Tentativa infrutífera de coordenação desses pontos de vista a um nível mais geral, orientado para a integração psicológica e somática (*relacionamento exploratório*).
- Nível 4 A racionalidade do tratamento é comparada sistematicamente a outros referentes valorizados (*e.g.*, o que leu sobre o assunto). Tendência para variar de médico, com exames cada vez mais sofisticados. E tentativa de apanhar o médico em falta, ou de provar a sua incompetência (*relacionamento contratual*).
- Nível 3 Compreensão de que os outros (família, médicos) têm uma opinião diferente sobre a doença, após comparação das diferentes perspectivas. A discrepância gera insegurança, vergonha e culpa, e novas obsessões. Os sentimentos dirigidos ao médico são ambivalentes, variando da submissão e dependência ao amuo e agressividade (*relacionamento mítico*).
- Nível 2 Compreensão de que os outros (família, médico) podem entender as suas significações do tratamento, mas sem comparação simultânea com a perspectiva do cuidador. Quando sente que os cuidadores o prejudicaram nos seus interesses e necessidades, cai numa centração rígida e adversa a quaisquer outras razões (*relacionamento contratual*).
- Nível 1 Considera obsessivamente a sua perspectiva do tratamento e é incapaz de compreender as explicações do cuidador. Estas ideias fixas levam à afirmação pessoal pela *casmurice*, com uma conseqüente atitude de desobediência (*centração*).
-

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A21 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Porque penso que não posso controlar o processo?*

Nível 5	As atribuições de descontrolo decorrem da consciência da subjectividade interpretativa da pessoa e/ou do(s) sistema(s) de cuidados de saúde, face à suposta permanência ou progressão da doença, e à aparente ineficácia do tratamento.
Nível 4	As atribuições de descontrolo resultam da observação pertinente, fundamentada em provas clínicas e científicas, da permanência ou da progressão da doença, e/ou da ineficácia do tratamento.
Nível 3	As atribuições de descontrolo assentam na incerteza decorrente dos juízos próprios sobre a permanência ou a progressão da doença, e/ou a ineficácia do tratamento.
Nível 2	As atribuições de descontrolo derivam da acumulação de um certo número de evidências ou provas da permanência ou da progressão dos sintomas, e/ou da ineficácia do tratamento.
Nível 1	As atribuições de descontrolo seguem a evidência inquestionável da permanência ou da progressão inexplicáveis dos sintomas, e/ou da ineficácia do tratamento.

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A22 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Como sei que sou um bom doente?*

Nível 5	A atitude do doente por si considerada correcta é a que respeita ou promove a autonomia de pensamento e a actuação de todos os intervenientes. O doente evita a auto-censura por se ter afastado dos seus princípios e valores de consciência ética e relacional.
Nível 4	A atitude do doente por si considerada correcta é a que consiste em cumprir com seriedade esse papel e respeitar a instituição. O doente evita faltar às suas obrigações de doente e procura levar os cuidadores ao cumprimento dos seus deveres.
Nível 3	A atitude do doente por si considerada correcta é a que corresponde aos bons sentimentos e às expectativas que os cuidadores depositam em si. O doente evita a desaprovação dos cuidadores, ou a desilusão destes causadora de perda de estima para consigo.
Nível 2	A atitude do doente por si considerada correcta é a que satisfaz os seus interesses e necessidades e reciprocamente os dos cuidadores. O doente evita perder as compensações concretas devidas ao seu comportamento (<i>Se fiz isto, mereço aquilo</i>).
Nível 1	A atitude do doente por si considerada correcta é a de submissão e obediência às ordens dos cuidadores. O doente evita perder a protecção dos cuidadores.

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)

Quadro A23 – Níveis de significação relativos à inquirição socrática: *Como sei que os cuidadores me tratam bem?*

Nível 5	O pessoal de cuidados é avaliado considerando a complexidade das suas significações e atitudes, o que pode originar conflitos e contradições. Se o cuidador é autónomo para funcionar com essa complexidade, então os cuidados são bons.
Nível 4	O pessoal de cuidados é avaliado em termos de estabilidade de características (<i>e.g.</i> , traços, personalidade), o que permite compreender as suas significações e antecipar as suas atitudes. Se o cuidador racionaliza o seu trabalho, então este é adequado.
Nível 3	O pessoal de cuidados é avaliado em termos de sentimentos, disposições e hábitos relacionais, mas que podem ser de coerência algo incerta. Se o cuidador está motivado para o trabalho, então a relação com o doente passa-se bem.
Nível 2	O pessoal de cuidados é avaliado em termos de poderes ou aptidões instrumentais específicas. Se estes/estas mudam, a pessoa também muda a sua maneira de ser.
Nível 1	O pessoal de cuidados é avaliado em termos categóricos como só mau ou só bom. Se as acções do cuidador mudam, os juízos do doente a seu respeito também mudam.

Fonte: extraído de Joyce-Moniz e Barros (2005)