Capítulo 1

A Psicologia da Saúde

José Luís Pais Ribeiro

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RIBEIRO, JLP. A Psicologia da Saúde. In ALVES, RF., org. *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 23-64. ISBN 978-85-7879-192-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

PRIMEIRA PARTE

Aportes teóricos da Psicologia da Saúde

1

A Psicologia da Saúde

José Luís Pais Ribeiro

A Psicologia da Saúde (PS) emergiu, na década de 70, do século passado, uma época de grandes alterações políticas, sociais, econômicas, e culturais. Ela abre a Psicologia para dois campos até então pouco considerados: a *Saúde* como dimensão diferente das doenças; as *Doenças Físicas* como campo diferente das Doenças Mentais onde até então a Psicologia tinha estado acantonada.

Das mudanças no campo da saúde, associadas à emergência da Psicologia da Saúde, são paradigmáticos, na década de 70, o Relatório Lalonde que consiste no livro branco sobre a saúde dos Canadianos publicado por este ministro em 1974 (LALONDE, 1974); o Relatório Richmond (RICHMOND, 1979); a reunião de Alma-Ata de Setembro de 1978 que produziu uma declaração que constituiu um novo paradigma social nos cuidados de saúde, principalmente porque mudou o enfoque das intervenções na saúde e nas doenças para os cuidados primários de saúde.

Formalmente, a Psicologia da Saúde começa em 1973, nos Estados Unidos da América. Neste país, no seio da *American Psychological Association* (APA) foi criada uma *Task Force on*

Health Research, com o intuito de estudar "a natureza e a extensão da contribuição dos psicólogos para a investigação básica e aplicada dos aspectos comportamentais nas doenças físicas e na manutenção da saúde" (APA TASK FORCE ON HEALTH RESEARCH, 1976, p.263). Em 1976 esta *Task Force* publica um relatório sobre as relações entre a Psicologia e os contextos tradicionais de saúde e doenças, propondo orientações doutrinárias. Nesse relatório, afirmava-se:

*The focus of the task force has been on research contributions by psychologists who are working on health and illness problems lying **outside** the traditional concerns with mental health and mental illness (p.269).*

A palavra "*outside*" é sublinhada no original. Ou seja, entendia-se que a Psicologia da Saúde centrar-se-ia nas doenças físicas e na saúde, por contradição com a Psicologia Clínica que tendia a centrar-se na saúde mental e nas doenças mentais.

A primeira definição de Psicologia da Saúde deve-se a Stone, em 1979, que, num dos primeiros livros que tinha no título a expressão "Psicologia da Saúde", dizia que esta é, qualquer aplicação científica ou profissional de conceitos e métodos psicológicos, a todas as situações próprias do campo da saúde, não apenas nos cuidados de saúde mas também na saúde pública, educação para a saúde, planificação da saúde, financiamento, legislação, etc. Deu origem à definição clássica de Matarazzo, (1980; 1982) que afirmava que a Psicologia da Saúde consiste no domínio da Psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da Psicologia com vista à promoção e proteção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnósticos relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde, e ao aperfeiçoamento da política de saúde.

Trata-se de uma definição muito ampla que abrange tudo o que é possível fazer no sistema de saúde em geral. Mais tarde a Conferência de Arden House que discutiu a formação e a prática da Psicologia da Saúde, adotou uma declaração de consenso que pretende esclarecer a definição anterior onde afirma que a Psicologia da Saúde é um campo genérico da Psicologia, com o seu corpo próprio de teoria e conhecimento, que se diferencia de outros campos da psicologia (OLBRISCH; WEISS; STONE; SCHWARTZ, 1985, p. 1038). Esta definição está de algum modo em contradição com a definição clássica de Matarazzo no sentido em que diz que tem um corpo próprio de teoria e conhecimento que se diferencia dos outros campos da Psicologia, onde anteriormente dizia que recorria aos conhecimentos provenientes das outras áreas da Psicologia.

O relatório de 1976 constituiu, assim, o embrião da nova área da Psicologia que ficou conhecida por Psicologia da Saúde. Em 1978, criou-se a Divisão de Psicologia da Saúde da American Psychological Association (Divisão 38) que, a partir de 1982, fez sair o primeiro número do seu periódico - *Journal of Health Psychology*. Depois deste, inúmeros outros jornais especializados aparecem, quer publicados pelas divisões nacionais de Psicologia da Saúde (em Portugal, Psicologia, Saúde & Doenças), quer por editoras. Na Europa surge a European Health Psychology Society e o seu periódico o *Psychology & Health*; Mais recentemente, surge o *Psychology Health & Medicine*, entre outros, ou ligados a domínios ou doenças específicos como o *Psycho-Oncology*.

Na mesma época, na Europa, um relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1985) da autoria do *European Federation of Professional Psychologists Associations* foca a contribuição dos psicólogos para a consecução do programa "Saúde para Todos no Ano 2000" (OMS, 1986), discutindo a mudança do papel tradicional do psicólogo que intervém na saúde em função de novos objetivos de saúde planetários, decorrentes da reunião de Alma-Ata já referida.

O interesse da Psicologia pelos ambientes tradicionais de saúde e doença (não mentais) é paralelo ao desenvolvimento da consciência acerca do papel do comportamento na saúde e nas doenças mais comuns, área de interesse conhecida como Medicina Comportamental (*Behavioral Medicine*), que se define como “campo interdisciplinar preocupado com o desenvolvimento e integração dos conhecimentos e técnicas das ciências comportamentais e biomédicas, relevantes para a compreensão da saúde e doença e a aplicação desse conhecimento e dessas técnicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. (SCHWARTZ; WEISS, 1978, p. 250). Nesta área, surgiram títulos especializados de que é exemplo, o *Journal of Behavioral Medicine*, cuja publicação se iniciou, em 1978, editado pela *Academy of Behavioral Medicine* dos Estados Unidos da América, enquanto outros periódicos mudam de nome para se adaptarem às novas perspectivas, caso do *Journal of Human Stress* que passa, em 1988, a chamar-se *Behavioral Medicine*.

Uma das características da Psicologia da Saúde, para além de focar o seu interesse nos aspectos de saúde e de doenças não mentais é, também, a deslocação da atenção do polo “doença” para o polo “saúde”, passando a considerar este polo como objeto epistemológico diferente das doenças, com definição própria e métodos de intervenção e de avaliação específicos.

O interesse da Psicologia pela Saúde e doenças não mentais

Uma questão interessante a colocar é: por que o aparente interesse súbito da Psicologia pelas áreas tradicionais da saúde? Segundo Millon (1982), desde os primórdios da Psicologia, havia exemplos de colaboração entre os domínios médicos e psicológicos: no final do século XIX, são conhecidas as colaborações de Wundt com Kraepelin, nos EUA, e

de Heymans com Weirsmas, na Europa, embora estas colaborações focassem primordialmente as psicopatologias. Já dentro do século XX, esboçaram-se relações institucionais entre a Psicologia e a Medicina: em 1911, na reunião anual da *American Psychological Association*, houve encontros formais entre psicólogos e médicos com o intuito de discutir a participação dos profissionais de Psicologia nos contextos tradicionais de saúde e doenças. Apesar destas tentativas, as relações entre os dois domínios mantiveram-se incipientes até ao final da década de 70, concluindo o relatório da *APA task force on health research* (1976), que os psicólogos americanos não se sentiam atraídos pelas áreas das doenças físicas e da saúde.

Subitamente, na década de 80, verifica-se uma explosão do interesse dos psicólogos pela área. O que é que aconteceu que provocou tal mudança? Belar, Deardorff e Kelly (1987) enumeram algumas das razões possíveis para este interesse:

- a) Fracasso do modelo biomédico na explicação das doenças e da saúde;
- b) Crescimento da preocupação com a qualidade de vida e com a prevenção das doenças;
- c) Mudança da atenção dos profissionais de saúde das doenças infecciosas para as doenças crônicas, com o reconhecimento do papel fundamental que o estilo de vida tinha naquelas;
- d) Maturidade da investigação nas ciências comportamentais;
- e) Aumento dos custos dos cuidados de saúde e procura de alternativas aos cuidados de saúde tradicionais.

Psicologia Clínica, Psicologia da Saúde e Psicologia Clínica da Saúde

Etimologicamente, o termo “clínico” tem origem no latim *clinicus*, emprestado do grego *Klinikos* e significa “o que visita o doente na cama, por sua vez com origem na palavra *klinein* que significa “estar deitado”. Segundo Mucchielli e Mucchielli (1969), o termo, com aplicação mais antiga na medicina, significa estar à cabeceira do doente salientando, simultaneamente, um atendimento personalizado e prático. Na Psicologia, as origens do significado do termo são diferentes, embora hoje, mais de cem anos depois de ter sido introduzido na Psicologia, ele passe a ter o significado literal original.

No final do século XIX, Witmer apresentou um novo método de investigação e instrução que designou por Psicologia Clínica (GARFIELD, 1965). O termo clínico sublinhava a função prática do psicólogo em oposição ao que era a atividade tradicional de então que era laboratorial. Por essa altura, a expressão Psicologia Clínica é também utilizada por Freud numa carta escrita a Fliess.

Como explicam Pais Ribeiro e Leal (1996), a preocupação dos pioneiros da Psicologia Clínica visava predominantemente às crianças com atrasos de desenvolvimento. Já dentro do século XX, a Psicologia foi-se generalizando a outras disfunções, nomeadamente às dos indivíduos com ferimentos cerebrais. Entre a primeira e segunda guerras mundiais, o desenvolvimento de técnicas de avaliação psicológica, e a afirmação dos psicólogos como os grandes, aliás, os únicos, especialistas nessa função, arrastou os psicólogos para a área de sua maior competência, a avaliação psicológica que, para os menos informados, por vezes se tende a identificar com a função principal do psicólogo.

No final da Segunda Guerra Mundial, a Psicologia Clínica desenvolve-se no auxílio às vítimas da guerra. Data, aliás, de 1947, o primeiro programa significativo de formação

nesta área desenhado por Shakow, na época presidente do *Committee on Training in Clinical Psychology* da *American Psychological Association* (GARFIELD, 1965). Mais tarde, clarificou-se o âmbito da Psicologia Clínica, mais concretamente em 1949, em Boulder, Colorado, nos EUA, na reunião promovida por David Shakow onde se definiu o modelo de formação conhecido por Boulder Model (renovado, atualizado ou modificado, consoante a perspectiva, em 1973, pelo Vail Model). A Psicologia Clínica começava a afastar-se do que era a sua zona de segurança - a avaliação psicológica - e começava a desenvolver e a implementar modelos de intervenção baseados na ciência psicológica.

A Psicologia começava realmente a aplicar o que verdadeiramente se pode chamar o método clínico e o raciocínio clínico. Segundo Isselbacher, Adams, Brawnwald, Petersdorf e Wilson (1980), o método clínico é idêntico ao método científico, começando com dados de observação que sugerem uma série de hipóteses que depois são examinadas à luz de novas observações, algumas das quais são feitas na clínica e outras no laboratório. Finalmente, chega-se a uma conclusão de que em ciência se denomina teoria e em medicina diagnóstico operacional. Goldman (1991) explica que o raciocínio clínico se inicia numa investigação das queixas através da análise da história e da observação. Num segundo momento, recolhe dados a partir de técnicas de diagnóstico apropriadas em termos de utilidade, validade e fidelidade. Depois integra os dados recolhidos nas duas fases anteriores de modo a conhecer adequadamente o estado do sujeito. Em seguida, estima os custos e benefícios da necessidade de realizar mais testes ou de iniciar o processo de ajuda. Finalmente, as várias opções são discutidas com o sujeito e dá-se início ao plano terapêutico.

A Psicologia Clínica instalava-se e ganhava estatuto nos hospitais psiquiátricos onde os psicólogos se estabeleciam com vigor. Shakow (1975) definia Psicologia Clínica como

“área de conhecimento e de habilidades que visa ajudar as pessoas com alterações comportamentais ou perturbações mentais a alcançar modos mais satisfatórios de ajustamento pessoal ou de autoexpressão” (p.2376).

Entretanto, a evolução dos sistemas de saúde, o desenvolvimento de medicamentos que controlavam o comportamento dos indivíduos, e as críticas ferozes ao modelo de internamento tornaram obsoletos os hospitais psiquiátricos. Estes foram substituídos por serviços de psiquiatria a par de outros serviços em hospitais gerais, e os hospitais psiquiátricos começaram a desaparecer. Os profissionais que trabalhavam com a doença mental começaram a ser solicitados nestes hospitais gerais para ajudar pessoas com doenças não mentais, mas com problemas de adaptação à sua doença, às sequelas da doença, ou outras equivalentes. É nesta época que emerge a Psicologia da Saúde.

De então para cá, nos Estados Unidos da América, na Europa e um pouco por todo o mundo, a Psicologia da Saúde tem-se desenvolvido rapidamente e emprestado uma nova e interessante dinâmica não só à própria Psicologia, mas também ao Campo da Saúde em que está implementada ou se tenta implementar. De fato, para lá da perspectiva da Psicologia como ciência da saúde, que contribui para uma melhor compreensão dos fatores envolvidos na saúde e nas doenças, é de destacar a Psicologia como profissão de saúde. Se esta perspectiva é clássica no que concerne especificamente ao psicólogo como técnico de saúde mental não é, de modo nenhum, para uma saúde que se pretende geral e preze o papel dos próprios indivíduos e das comunidades na sua saúde e qualidade de vida, bem como em muitas das formas de ser e estar doente.

Então, se desde a Segunda Guerra Mundial, a Psicologia Clínica se dirigia essencialmente às doenças mentais, a emergência da Psicologia da Saúde, visando, no início, essencialmente às doenças físicas, empurrou estes dois grupos

para uma aproximação, visto que o que as separava deixava de ter sentido - para um lado a dimensão física, para outro a mental.

Nesse sentido, vemos as posições de Milon e de Fox. Logo em 1982, o primeiro defendia que a Psicologia Clínica e a Psicologia da Saúde fossem consideradas como apenas uma, dado que

clinical psychology was misguided in its evolution when it followed a dualistic mind-body model and there by itself to ministering to the «mentally» disordered. Health psychology came into being in great measure as an antidote to the deficits and imbalance this created (MILLON, 1982, p.9).

Na mesma época, Fox num texto com um título sugestivo - *The need for a reorientation of clinical psychology* - defendia que

we devoted 90% of our efforts serving the needs of the 10%-15% of the population that suffers from diagnosable mental illness. (...) If psychology is to become a true health profession it must greatly expand its concerns with general health issues. Psychologists should be concerned not only with helping people to cope with anxiety or emotional disturbances, but also with helping people to cope with such physical health problems as chronic illness, impending surgery, heart attacks, unhealthy life-styles, and so forth. If clinical psychology were defined as the profession devoted to enhancing the effectiveness of human coping skills, the profession then should be concerned with

all human functioning and the ability to cope with all types of health conditions (FOX, 1982, p.1052).

Estava-se no início da Psicologia da Saúde. A ex-presidente da divisão 38 da American Psychological Association - *Health psychology* – afirmava, em 1987, “*obviously, clinical health psychologists engage in the same broad range of functions as more traditional clinical psychologist*” (Belar, et al. 1987, p.8). Ou seja, a partir da década de 70, a intervenção no Sistema de Saúde, em geral, e no de Cuidados de Saúde, em particular, e a evolução seguinte, que consistiu em fechar os tradicionais hospitais psiquiátricos e criar serviços de saúde mental a par de todos os outros serviços de cuidados de saúde, empurra e obriga a Psicologia a repensar a sua postura neste campo e, principalmente, a rever, o seu arsenal de teorias, técnicas usadas, e fins.

Não se pense, no entanto, que o que foi dito acima é universalmente aceito. Os valores não mudam assim e, tal, nota-se na terminologia utilizada. Para alguns, a Psicologia Clínica continua a ser a que se faz no âmbito da saúde mental enquanto a Psicologia da Saúde seria a que se pratica com as doenças físicas, ou seja, a continuação da adoção do dualismo estrito mente/corpo. A par desta divisão, muitas outras existem e variam de significado em países diferentes.

Psicologias Clínicas e da Saúde

Depois da década de 70, o papel da Psicologia na área da saúde ultrapassa muito para além do que, tradicionalmente, tendia a ser atribuído à Psicologia, nomeadamente ao que tendia a ser denominado Psicologia Clínica (ALBEE, 1982; APA TASK FORCE ON HEALTH RESEARCH, 1976; BRANT, 1982; DELON; PALLAK, 1982; ENRIGHT; RESNICK; DELEON; SCIARA; TANNEY, 1990; ENRIGHT, WELCH; NEWMAN;

PERRY, 1990; HATCH, 1982; ISCOE, 1982; MATARAZZO, 1980, 1982, 1984; MILLER; FOWLER; BRIDGERS, 1982; TANABE, 1982; WHO, 1985). As exigências que passaram a ser feitas ao profissional denominado “Psicólogo Clínico” provocaram alterações em todos os domínios epistemológicos que davam acesso a esta especialidade profissional, aproximando os seus objetos.

Para ultrapassar a dualidade instituída entre o mental e o físico, nasce assim o que alguns denominaram “Psicologia Clínica da Saúde”, inicialmente definida como a aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e proteção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou distress (BELLAR et al., 1987, MILLON, 1982)

Com as mudanças que ocorreram na concepção de saúde a partir de década de 70, alterou-se concomitantemente o papel da Psicologia no sistema de saúde. Estas alterações conduziram a uma proliferação de expressões que pretendiam intitular a Psicologia que se praticava no sistema de saúde como, por exemplo: Psicologia Clínica do Desenvolvimento que expressa o interesse por uma abordagem desenvolvimental no ciclo de vida (BIBACE; WALSH, 1979); Psicologia Clínica da Criança, que qualifica a Psicologia Clínica que se dedica às crianças (BIBACE; WALSH, 1979); Psicologia da Reabilitação que qualifica atividades orientadas para a restauração funcional subsequente a traumatismos ou a deficiência física (MILLON, 1982), Neuropsicologia Clínica (BELLAR et al., 1987) que Kaplan e Saccuzzo (1993) definem como a disciplina científica que foca as incapacidades do sistema nervoso central e o seu tratamento, ou Psicologia da Saúde da Criança (MADDUX; ROBERTS; SLEDDEN; WRIGHT, 1986).

Outras expressões tendem a confundir-se com a Psicologia Clínica como é o caso, por exemplo, de Psicologia Médica, que é um termo geral abrangendo o uso de procedimentos e princípios psicológicos no diagnóstico e avaliação da doença física e na avaliação do tratamento (ALCORN, 1991) e que, em Portugal, tende a ser exercida, quase exclusivamente por médicos; Psicossomática, que se interessa pela relação entre variáveis fisiológicas e psicossociais na doença, conceito que se baseia na ligação entre explicações psicanalíticas da personalidade e o desenvolvimento subsequente de certas doenças (ALCORN, 1991; MILLON, 1982), etc. Por vezes, recorre-se a outras expressões como “Psicologia clínica em contextos médicos”, título do livro de Sweet, Rozensky e Tovian (1991).

Para esclarecer as relações entre a Psicologia e o sistema de saúde, Sherr (1996) propõe figurativamente as várias áreas de intervenção da Psicologia no Campo da Saúde que resultariam do cruzamento de dois eixos em que um representa o tipo de problemas e o outro o tipo de intervenção. Desse cruzamento, resultariam quatro celas que expressavam modos de intervenção diferentes:

	Problemas	
	psicológicos	médicos
intervenção psicológica	A	B
intervenção médica	C	D

Assim, a cela A abrangeria problemas psicológicos com intervenção psicológica, (seria a área tradicional da Psicologia Clínica); a B, problemas médicos com intervenção psicológica (área da Psicologia da Saúde); a C, problemas psicológicos com intervenção médica (área da psiquiatria) e a D, problemas médicos com intervenção médica.

Como designar a Psicologia que se pratica no sistema de saúde ou no campo da saúde?

O exercício profissional da Psicologia da Saúde não tem sido claro, principalmente pelo choque com o exercício da Psicologia Clínica, já instalada na sociedade e nas instituições. Países diferentes adotaram estratégias diferentes. Por exemplo, em Portugal, a definição de lei de psicólogo clínico assume que as suas funções abrangem as funções que eram clássicas da Psicologia Clínica mais as novas da Psicologia da Saúde. No entanto, noutros países não sucederam assim como seja o exemplo dos Estados Unidos da América e do Reino Unido.

Críticas à Psicologia da Saúde

Marks (2002) referindo-se ao Reino Unido, explica que se desenvolveram quatro abordagens à Psicologia da Saúde. Uma denominada “Psicologia Clínica da Saúde” foca a intervenção no sistema de cuidados de saúde e inspira-se no modelo biopsicossocial. Considera este autor que é um tipo de intervenção semelhante ao da Psicologia Clínica. A segunda abordagem denomina-a de “psicologia da saúde pública”. Interessa-se pela saúde pública, e é uma atividade multidisciplinar que envolve estudos epidemiológicos, avaliação e intervenção psicológica na promoção da saúde e na educação para a saúde. Uma terceira abordagem é a “psicologia da saúde comunitária” foca a investigação comunitária e a intervenção social. A quarta abordagem é a “psicologia da saúde crítica analítica”, que foca como os processos macrosociais e económicos e o poder influenciam a saúde, os cuidados de saúde, e a sua influência na teoria e na prática da Psicologia da Saúde.

Estas quatro áreas estão explícitas na definição matriz de Psicologia da Saúde de Matarazzo (1982). Na prática, as áreas propostas por Marks constituem grandes áreas no

sentido em que se constituem inúmeras especialidades de intervenção em cada uma delas, com base na área de intervenção mais próxima da divisão tradicional do sistema de saúde (p.ex. oncologia, cardiologia, endocrinologia, etc.), com base noutras áreas de intervenção que podem constituir subáreas das anteriores (p. ex. doenças sexualmente transmissíveis, toxicodependência, reprodução medicamente assistida, diabetes, obesidade, etc.), com base na idade (pediatria, gerontologia, etc.).

Em muitos países, a Psicologia da Saúde confunde-se com a Psicologia Clínica. A divisão mais simples entre estas duas Psicologias faz-se na fronteira entre o mental e o físico. A Psicologia Clínica trataria das doenças mentais e Psicologia da Saúde trataria da saúde e das doenças físicas. No entanto, esta fronteira não existe. Desde o século XIX, que cientistas, como Claude Bernard, advogam uma perspectiva de indissociabilidade do mental e do físico. Em geral, poucos psicólogos defenderão esta clivagem. Se de fato ela existe é mais por razões de ordem profissional ou de cartel. Em muitos países, a Psicologia da Saúde constitui uma área de intervenção dentro da Psicologia Profissional denominada de “clínica”, noutros, elas são áreas diferentes.

Por exemplo, no Reino Unido, definem explicitamente o campo de ação da Psicologia Clínica como o trabalho com pessoas com problemas mentais e físicos que podem incluir ansiedade e depressão, doenças mentais graves e duradouras, ajustamento à doença física, perturbações neurológicas, comportamentos aditivos, perturbações comportamentais da criança, relações pessoais e familiares. Trabalham com as pessoas ao longo do ciclo de vida e com as que têm dificuldades de aprendizagem. Por outro lado, definem a Psicologia da Saúde como a prática e aplicação dos métodos psicológicos ao estudo do comportamento relevante para a saúde, doença, e cuidados de saúde. A diferença chave para o Reino Unido é que os psicólogos clínicos são os que *praticam* a psicologia

com as pessoas enquanto os psicólogos da saúde são os que *estudam*: É uma divisão curiosa, já não entre mental e físico, entre doenças e saúde, mas entre prática e estudo.

O Inglês McDermott (2001), nesta linha, e discutindo a Psicologia da Saúde no Reino Unido, crítica a definição clássica de Matarazzo considerando-a excessivamente ampla e, por isso, pouco útil e imperialista (nas suas palavras) no sentido em que por ser tão abrangente inclui toda a Psicologia. Afirma que a Psicologia da Saúde ameaça o território da Psicologia Clínica bem estabelecido neste país, e considera a Psicologia da Saúde como invasora. Assim compreende-se a organização da Psicologia Clínica no Reino Unido que, por um lado, expressa na sua definição a evolução da Psicologia Clínica tal como a entendemos, ou seja, abrindo-se ao campo da saúde e saindo do seu gueto de saúde mental, e por outro envia a Psicologia da Saúde para um campo de investigação, ou de estudo, sem prática.

Como refere McDermott o que acaba por se verificar, no Reino Unido, é a invenção de inúmeros termos que designam esta prática tais como “Psicologia Clínica da Saúde”. Este autor propõe uma definição de Psicologia da Saúde que corresponde à definição de saúde comportamental de Matarazzo (1980) e que já discutimos anteriormente (PAIS RIBEIRO, 1989), e que se esgotaria na promoção da saúde e na prevenção primária.

Algo semelhante acontece nos Estados Unidos da América onde, em 1997, a American Psychological Association (1997) definia a especialidade de Psicologia Clínica da Saúde que, explicava; aplica o conhecimento científico da inter-relação entre componentes comportamental, emocional, cognitivo, social e biológico, nas doenças e na saúde para a promoção e manutenção da saúde; prevenção, tratamento e reabilitação das doenças e incapacidades; e a melhoria do sistema de cuidados de saúde. O foco distinto da Psicologia Clínica da Saúde é nos problemas de saúde físicos. A especialidade

dedica-se ao desenvolvimento de conhecimento relativo à interface entre comportamento e saúde e ao fornecimento de serviços de elevada qualidade baseado naqueles conhecimentos aos indivíduos, famílias e sistema de cuidados de saúde.

Exemplo diferente é o de Portugal. O fato de a Psicologia Clínica só passar a estar regulamentada por lei, em 1994, foi benéfico na medida em que não foi necessário anular ou acrescentar funções à Psicologia Clínica que se deveria praticar na interface com o sistema de saúde.

Com o Dec. Lei 241/94 de 22 de Setembro de 1994 (com aditamentos da Portaria nº 1109/95 de 9 de Setembro) surge, em Portugal, a consagração da prática da Psicologia Clínica no sistema de saúde como profissão que desenvolve “funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no *campo da saúde*”(p.5671). Mais especificamente, consagrou-se, como funções da Psicologia Clínica no âmbito do sistema de saúde, o estudo psicológico de indivíduos e grupos populacionais, a participação e elaboração de programas de educação para a saúde, o aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo, bem como a intervenção psicológica e psicoterapêutica. Estabeleceu-se ainda que, além destes níveis de intervenção, é função do Psicólogo Clínico no sistema de saúde a elaboração, promoção e coordenação de ações de formação complementar, a participação em ações de formação na área da especialidade e afins, assim como a participação em programas de investigação em aspectos relacionados com a sua área profissional. A chave está no termo *Campo da Saúde*. Este é um conceito cunhado por Lalonde (1974) que, introduziu uma distinção que, sendo óbvia, não era utilizada na linguagem da saúde e da doença. Distinguiu as expressões "Cuidados de Saúde" (*health care*) de "Campo da Saúde" (*health field*) para salientar que a primeira se referia, essencialmente, ao que se fazia nos hospitais e noutros contextos de saúde tradicionais mais

relacionados com o tratamento, enquanto a segunda expressava tudo o que dizia respeito à saúde: O Campo da Saúde integra os Cuidados de Saúde. Explicava que o conceito de Campo da Saúde (*health field concept*) se suportava em quatro pilares: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida, organização dos cuidados de saúde. Estes quatro pilares deviam (afirmava) ser considerados em simultâneo quando se pensava a saúde.

Em Portugal, aquele Decreto-lei, ao explicitar que a intervenção do Psicólogo Clínico se realiza no Campo da Saúde, em geral, e já não somente no da saúde mental, faz uma integração da nova área de Psicologia da Saúde na tradicional Psicologia Clínica, refletindo, por um lado, desenvolvimentos importantes que ocorreram no sistema de saúde e, por outro, impõem adaptações importantes nas práticas tradicionais do Psicólogo Clínico e na sua formação.

No Brasil, a organização é diferente. Possuem uma especialidade profissional reconhecida, designada Psicologia Hospitalar. Iniciou-se com o intuito de agrupar os psicólogos que trabalhavam em hospitais, mas acabou por constituir o título de especialista em Psicologia Hospitalar. Sendo uma profissão que se define pelo contexto onde se pratica tem, no entanto na sua definição a integração da saúde e da doença e do físico e mental, ficando mais próximo do que se faz em Portugal do que se faz nos países anglo-saxônicos. Mais recentemente, criou-se a Sociedade Brasileira de Psicologia da Saúde que já realizou o seu primeiro congresso e que realizou a par com a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, um congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. De fato em termos técnicos, tal como a Psicologia Clínica e a Psicologia da Saúde se confundem, também a Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar, ou outras Psicologias se misturam (ver, MIYAZAKI; DOMINGOS; VALERIO; SANTOS; ROSA, 2002).

Aspectos novos da Psicologia que se pratica no sistema de saúde

As mudanças ocorridas, no Campo da Saúde, introduziram aspectos novos na prática do psicólogo que intervém no sistema de cuidados de saúde. De entre estes salientamos:

1. Definição de quem é o cliente;
2. Alteração na relação psicólogo doente;
3. Tempo de intervenção.

Definição de quem é o cliente

Não se trata realmente de um aspecto novo. Nos hospitais psiquiátricos tradicionais, esta questão já existia. No entanto, ela existia ao nível dos “psi’s” e era, provavelmente, mais fácil de resolver. Lembramos que etimologicamente a palavra “cliente” qualifica aquele que pede ajuda. Quando alguém se dirige ao gabinete do psicólogo a pedir ajuda na resolução de um problema, não há dúvidas acerca de quem é o cliente.

Hoje, as equipas onde o psicólogo está incluído, são maiores e mais complexas, informadas por conhecimentos mais diversificados. Quando o doente se dirige ao sistema de Cuidados de Saúde a pedir ajuda, não o faz para aspectos psicológicos. Fá-lo, geralmente, para pedir ajuda para o mal-estar, o sofrimento, provocado por uma qualquer presumível doença. É no âmbito da relação com o médico, ou outro dos que participam no diagnóstico, que surge a eventual necessidade de apoio psicológico ou psicoterapeuta. Então o médico ou outro, pedem apoio ao psicólogo. Ora, assim, o cliente passa a ser o médico que pediu ajuda para o doente (ou de modo mais alargado o próprio sistema de saúde) e não o doente.

No seio da equipe multidisciplinar, surgirá a discussão do caso e o psicólogo deverá questionar-se sobre qual a informação que pode partilhar com a equipe sem violar o código de ética. Qual é a informação que poderá ser útil à equipe e, por conseguinte, ajudar o doente? Qual é a informação que nunca deve ser divulgada?

Alteração na relação psicólogo doente

Ainda na continuação do referido anteriormente, quando o psicólogo, no seu gabinete, perante um cliente que o procura, pode recorrer à expressão metafórica “então o que é que o traz por cá?”, quando lhe é pedido que se dirija à cama “x” porque um doente está particularmente “nervoso” ou ansioso, o normal será que o doente lhe faça aquela pergunta. À primeira vista pareceria que o cliente é o psicólogo. Muitos doentes nem sequer sabem o que é o psicólogo, outros, não sabem que existem naquele serviço, outros pensam que os estão a considerar loucos, e muitas outras possibilidades. Portanto, esta Psicologia que se faz à cabeceira do doente, ou seja, esta “verdadeira” Psicologia Clínica (no sentido que se faz à cabeceira do doente), este apoio psicológico, implicará, forçosamente, uma abordagem diferente. Por outro lado, como os doentes estão em enfermarias com outros, os que estão nas camas ao lado, estão em posição de escutar o apoio do psicólogo ao doente, o que significa que este apoio tem limitações.

Tempo de intervenção

Finalmente, e na sequência dos aspectos anteriores, o apoio que é dado nestes casos é normalmente breve. O doente, na maioria dos casos, abandona o hospital e o tempo que o psicólogo passa com o doente é muito curto, não só o que está à cabeceira do doente como o número de vezes que está com ele. Este modo de relacionamento está longe

dos parâmetros que tradicionalmente são considerados na relação de apoio.

A formação em psicologia da saúde

Em 1983, realizou-se a conferência de Arden House, New York com vista a propor recomendações visando à formação na área da Psicologia da Saúde (OLBRISCH et al., 1985). Os participantes nesta reunião apresentaram uma conclusão consensual sobre o estado atual da Psicologia da Saúde e esclareciam que a

health psychology is a generic field of psychology, with its own body of theory and knowledge, which is differentiated from other fields in psychology. Within healthpsychologyaprofessionalspeciality is evolving. Health psychology has strong interdisciplinary ties of research and practice and it has clear professional implications that are developing that relate to professional developments in other applied specialities in psychology." (OLBRISCH et al., 1985, p.1038).

A conferência de Arden House salientou os seguintes aspectos que deviam ser considerados na formação da especialidade em Psicologia da Saúde, nomeadamente: o psicólogo da saúde deve funcionar como um cientista prático; a formação em Psicologia é um requisito essencial para o exercício da Psicologia da Saúde; o domínio de conhecimento é interdisciplinar e o vocabulário médico e o conhecimento do sistema de saúde são essenciais para trabalhar em vários contextos de investigação e de prática; deve dominar perícias interpessoais básicas fundamentais para a intervenção nestes contextos, quer com utentes quer com outros profissionais; deve dominar os aspectos éticos e legais inerentes

a estes contextos frequentados por populações mais vulneráveis; a formação em Psicologia da Saúde requer tempo e recursos e deve ser feita com programas flexíveis que facilitem a promoção da criatividade e o desenvolvimento do conhecimento; salientam, finalmente, a estreita relação com a Psicologia Clínica.

Dois inquéritos realizados por Morrow e Clayman (1982) e por Stabler e Mesibov (1984) sobre as atividades de psicólogos da saúde concluem que a atividade a que dedicam mais tempo é a investigação (15 a 25% do tempo), dedicando-se menos ao diagnóstico (10%), ensino (15%), terapia (15%), administração (5 a 10%). O dispêndio de tempo com a investigação justifica-se pelo fato da área ser nova, ser vasta, e a atenção para os aspectos psicossociais na saúde e nas doenças estar em expansão. A Psicologia Clínica da Saúde é um campo muito vasto, provavelmente a requerer sub-especializações. É impossível para o psicólogo clínico da saúde dominar todas as áreas onde é passível de intervir, áreas tão diversas como: biofeedback para as arritmias cardíacas, tratamento da dor crônica, aconselhamento genético, etc (BELAR et al., 1987).

Parece, no entanto, relativamente consensual que a formação base deve ser genérica e que a sub-especialização deve ocorrer após o término da formação. A ideia de especialização não deve perder de vista os aspectos que têm sido salientados (FOX, 1994; FOX et al, 1982; MATARAZZO, 1987) de que a Psicologia é só uma que se aplica a diferentes contextos. Matarazzo afirmava que "para mim como para muitos psicólogos que trabalham no contexto da saúde, acredita-se que a Psicologia da Saúde é, em 1987, apenas uma família vibrante de aplicações específicas às situações da saúde de conhecimentos comuns a toda a psicologia" (p.899). Considera que o termo *saúde* é um adjetivo que define o espaço em que se aplica o conjunto de conhecimentos fornecidos pela Psicologia. Fox (1994) defende que só

deveria existir uma Psicologia Profissional que define como aquela profissão que se interessa pela exaltação e eficiência do comportamento humano. O psicólogo profissional seria aquele que possui as competências necessárias para desenvolver e aplicar serviços de qualidade dirigidos ao público, de um modo controlado, organizado, e segundo princípios éticos, baseados no conhecimento, atitudes e perícias psicológicas, com vista a aumentar a eficiência do funcionamento humano. Matarazzo (1987) defende que o que há são aplicações diferentes, não especialidades diferentes.

A pré-história da Psicologia da Saúde, da saúde e das doenças

Os conceitos de saúde e de doença evoluíram com a história do homem. Numa descrição genérica desta evolução, podem considerar-se cinco grandes períodos:

1. Um primeiro período pré-científico ou pré-cartesiano, até ao século XVII;
2. Um período científico ou de início de desenvolvimento do modelo biomédico, que se começou a instalar com a implementação do pensamento científico e o Iluminismo;
3. A primeira revolução da saúde, com o desenvolvimento da saúde pública no século XIX;
4. A segunda revolução da saúde, iniciada na década de 1970, com a evidência da multicausalidade associada às principais causas de morbilidade e de mortalidade, e à importância que o comportamento desempenha nessas causas;

5. A terceira revolução da saúde, associada à necessidade da redução dos custos e ao aumento de um novo padrão de doenças, as doenças crônicas no idoso.

Período precientífico

Incluimos neste modelo todas as concepções de saúde, desde a origem do homem, até à Renascença. Convém, no entanto, não esquecer que esta visão é centrada na perspectiva da cultura ocidental, no sentido em que quase ignora os movimentos que, paralelamente, decorriam na China, Índia, Américas e Arábias, com quem estivemos em contato próximo. Por exemplo, Avicena, filósofo e médico árabe (século X), teve um forte impacto na medicina ocidental muito antes da abertura permitida pelo Renascimento. Também a anatomia de Galeno orientou a medicina ocidental até ao Renascimento.

A tradição hipocrática, nascida na bacia do Mediterrâneo, tem constituído a fonte inspiradora da ciência médica ocidental. Esta tradição consiste num sistema de pensamento e prática médicos que floresceu na Grécia antiga, cerca de 400 a.C. Os seguidores dos deuses da medicina associavam a arte da cura não apenas com o deus Asclepius, mas também com as suas duas filhas, Panaceia e Hygieia. Enquanto Panaceia estava envolvida com a medicação da doença, a sua irmã Hygieia preocupava-se com o bem-estar e a preservação da saúde. De salientar que, na sua origem etimológica – grega, germânica, latina, judaica –, saúde e doença constituem dimensões independentes e não apresentam qualquer relação de sentido, embora a história e a linguagem do senso comum tendam a confundi-las, tratando-as como se fossem uma única.

Etimologicamente, o grego antigo tem duas palavras significando Saúde: *Hygieia* e *Euexia*. *Hygieia*, a fonte da palavra higiene, aparentemente, baseia-se na palavra indo-europeia *suswíves*, que significa “viver bem”, ou mais precisamente

“boa maneira de viver”. *Euexia* significa, literalmente, “bons hábitos do corpo”. Estes termos apontam para a funcionalidade e a atividade. De acordo com o pensamento antigo, cuja expressão antecede a medicina chinesa, o bem-estar e a saúde resultavam do equilíbrio entre aspectos ambientais, tais como o vento, a água, a temperatura, a terra e os alimentos, e o comportamento ou a maneira de viver do indivíduo, nomeadamente, os hábitos alimentares, a bebida, o sexo, o trabalho e a recreação.

A prática médica de então implicava a compreensão da natureza do ecossistema humano (NOACK, 1987). O próprio médico era mais do que um técnico, era também filósofo, professor e sacerdote, o que facilitava a compreensão holística da relação Homem, Ambiente, Saúde e Doenças (GATCHEL; BAUM; KRANTZ, 1989). Na Idade Média, a saúde ainda era concebida numa perspectiva ecológica, com uma concepção holística: é disso exemplo a definição de saúde apresentada por São Tomás de Aquino, na *Summa Theologica*, como um hábito ou uma disposição habitual relativamente à natureza.

Myers e Benson (1992) explicam que, em meados do século XIX, o modelo prevalecente era um modelo interativo, que defendia que o estado de saúde individual era consequência da interacção de factores biológicos, ambientais e de personalidade, na óptica de uma perspectiva ecológica típica dos modelos que antecederam o modelo biomédico. Estas perspectivas ecológicas que dominaram o pensamento do homem ao longo da história foram, progressivamente, abandonadas com a emergência e o desenvolvimento do pensamento científico moderno, só regressando na segunda metade do século XX.

A perspectiva global, ecológica, constituiu, na época, uma das limitações do desenvolvimento da ciência médica. Uma das consequências negativas desta perspectiva ecológica foi a Teoria Miasmática da Doença. Esta postulava que doenças

como a cólera ou a peste negra eram causadas por *miasmas* (com origem no Grego que significa poluição), ou maus ares, o que era confirmado pelos maus cheiros provenientes dos aglomerados urbanos, onde a higiene rareava e onde os lixos, os dejetos de todos os tipos eram deixados na rua. A Teoria Miasmática da Doença foi ultrapassada com a aceitação da “Teoria do Germe”.

O Modelo Biomédico

O Modelo Biomédico acompanha o desenvolvimento do pensamento científico iniciado no Renascimento. Galileu, Newton e Descartes enunciaram os princípios básicos da ciência (ENGEL, 1977), no que ficou conhecido por modelo cartesiano ou mecanicista. Este sistema de pensamento defendia que o universo inteiro (incluindo o homem) era uma máquina prodigiosa, funcionando como um relógio, de acordo com leis matemáticas. Para descobrir tais leis aplicava-se o método analítico e estudavam-se as partes componentes deste conjunto mecânico. O Modelo Biomédico tradicional baseia-se em grande parte numa visão cartesiana do mundo, considerando que a doença consiste numa avaria temporal ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Curar a doença equivalia, nesta perspectiva, à reparação da máquina (ENGEL, 1977; NOACK, 1987). Engel (1977) explica que o “modelo biomédico inclui, simultaneamente, o reducionismo, uma perspectiva filosófica que defende que os fenômenos complexos derivam, em última análise, de uma origem primária singular, e o dualismo corpo-mente, a doutrina que separa o mental do somático” (p. 130). Este modelo, parecendo hoje constituir um retrocesso trouxe, de fato, inovações notáveis que se faltassem, não teriam permitido o desenvolvimento civilizacional atual.

O Modelo Biomédico respondeu às grandes questões de saúde que se manifestavam na época. Uma das produções

fundamentais e que sintetiza este modelo, ficou conhecida por Teoria do Germe. A Teoria do Germe, Teoria Patogênica, ou Doutrina da Etiologia Específica substituiu a Teoria Miasmática da Doença. Postula que um organismo patogênico específico estava associado a uma doença específica.

Louis Pasteur, formado em Física e Química Orgânica, publica o seu primeiro texto na área da biologia, em 1857, onde expunha com vivacidade o que designou por Teoria do Germe da Fermentação, mais especificamente, que cada tipo particular de fermentação é causado por um tipo específico de micróbio. Neste texto, propunha que esta teoria poderia ser generalizada, formulando, assim, a etiologia microbiana específica da doença, que o conduziu mais tarde à vacinação específica (DUBOS, 1974). Em 1876, **Robert Koch** publica um artigo acerca do seu trabalho com o antraz, apontando explicitamente para uma bactéria como causadora, validando a Teoria do Germe. Em 1880, **Pasteur** desenvolve um método de atenuar a virulência do agente patogênico que causava uma doença aguda dos intestinos, a bactéria *Vibrio cholerae*, de tal modo que imunizava o indivíduo contra esta doença, atenuação esta que não era mais do que a vacinação. Robert Koch (1843-1910) isolou, em 1877, o *Bacillus Anthracis* e, em 1882, o *Tuberculosis Bacillus*, a bactéria que causa a tuberculose que, na altura, constituía uma das principais causas de morte, conhecida por peste branca, e cuja vacinação só ficou disponível cerca de 70 anos depois, em meados do século XX.

Esta formulação de causalidade linear da Teoria do Germe, que hoje nos parece simples, forneceu as bases conceptuais necessárias para combater as grandes epidemias. Este novo modelo permitiu enormes progressos na teoria e na investigação, reorientando a prática e a investigação médicas à volta dos seguintes princípios (MYERS; BENSON, 1992):

1. A ênfase anterior no princípio de que todos os sistemas corporais funcionavam como um todo, foi substituída pela tendência de reduzir os sistemas a pequenas partes, podendo cada uma delas ser considerada separadamente;
2. Simultaneamente, o indivíduo, com as suas características particulares e idiossincráticas, deixou de ser o centro da atenção médica, sendo substituído pelas características universais de cada doença;
3. Um forte materialismo substituiu a tendência anterior de considerar significativos os fatores não materiais (morais, sociais, comportamentais);
4. O enfoque no corpo (no organismo e suas partes) menosprezava o meio ambiente e as emoções.

Esta nova maneira de pensar, consequência das mudanças políticas, econômicas e sociais, exprime um avanço da ciência tal como ela ainda hoje é, frequentemente, entendida no mundo ocidental. Esta grande revolução no modo de pensar as doenças ficou conhecida por Primeira Revolução da Saúde.

Primeira Revolução da Saúde

A Primeira Revolução da Saúde caracteriza-se pela aplicação do modelo biomédico à prevenção das doenças, na área que hoje designamos por saúde pública. O início da revolução industrial, no século XVIII, teve consequências nefastas para a saúde com a manifestação de grandes epidemias decorrentes das mudanças sociais e das alterações do sistema de produção. De fato, grande quantidade de pessoas migrou e aglomerou-se nas grandes cidades, com poucas condições de salubridade e habitabilidade, facilitadoras da difusão de microrganismos causadores de grande morbidade e mortalidade.

A tuberculose foi uma das doenças mais conhecidas da época, e a que mais vítima provocou, tendo-se verificado o mesmo padrão de mortalidade elevada para outras doenças infecciosas, tais como a pneumonia, o sarampo, a gripe, a escarlatina, a difteria e a varíola, entre outras.

A Primeira Revolução da Saúde foi um dos primeiros campos de aplicação prática do modelo biomédico, tendo conduzido ao desenvolvimento das modernas medidas de saúde pública. Tais medidas foram realizadas segundo a Teoria do Germe e consistiram na implementação de medidas sanitárias de canalização de água e esgotos, recolha de lixos, sistemas de ventilação e hospitais.

O modelo biomédico teve tanto sucesso que, no final da década de 70 do século XX, nos países desenvolvidos, rareavam os indivíduos com menos de 75 anos, cuja morte fosse devida a doenças infecciosas. Se em 1900 faleciam 5.800 pessoas por milhão devido a doenças como gripe, pneumonia, tuberculose, infecções gastrointestinais, difteria, no final da década de 1970, esse *rácio* era de 300 por milhão, ou seja, a implementação das medidas de prevenção das doenças segundo os princípios do modelo biomédico teve resultados espantosos e, por vezes, pouco evidenciados.

A tuberculose, ou praga branca como também era chamada, é um bom exemplo do sucesso da Teoria do Germe aplicada à saúde pública. Em 1838, na Inglaterra e País de Gales, a mortalidade devido à tuberculose era cerca de 4000 por milhão, passando, 50 anos depois, ainda antes do bacilo da tuberculose ter sido identificado, para cerca de metade. Por volta de 1945, antes de se começarem a utilizar os anti-bióticos, a relação era de 400 por milhão. Ou seja, entre o início do século XIX e meados do século XX, as medidas de saúde pública implementadas segundo o modelo biomédico conseguiram reduzir em cerca de 90% a mortalidade por tuberculose.

Em meados do século XIX, as doenças deixaram de ser definidas holisticamente como estado de desequilíbrio não natural, para passarem a ser definidas como um desvio da norma, caracterizado por um número crescente de parâmetros fisiológicos específicos e mensuráveis. É por esta altura que se começam a estabelecer critérios universais para a identificação das doenças e, por isso, as doenças ganham uma identidade. Em 1900, institui-se a *Bertillon Classification of Causes of Death*, que tinha como objetivo classificar as causas de morte. Constitui a versão 1 da Classificação Internacional de Doenças (ICD-*International Classification of Diseases*) que vai na versão 10. Constituiu um avanço importante cuja consequência principal é que, agora, a pneumonia tem as mesmas características na América do Sul, na Ásia ou na Europa, perdendo as características idiossincráticas do lugar e da cultura onde se manifestava, e passando a ter características universais. Estes avanços da ciência médica são consequência da lógica subjacente à Teoria do Germe.

Segunda revolução da saúde

Na década de 70, ocorreu uma mudança radical no modo dos políticos e dos cientistas pensarem a saúde, dando origem ao que ficou conhecido por Segunda Revolução da Saúde (MICHAEL, 1982; RICHMOND, 1979). Esta revolução teve três características essenciais: a) passou a centrar-se sobre a saúde ao invés de sobre a doença e, b) reconheceu que, nos países desenvolvidos, o comportamento humano era a principal causa de morbilidade e mortalidade, c) preconizar o retorno a uma perspectiva ecológica.

Foi no contexto desta mudança radical que emergiu a Psicologia da Saúde.

Globalmente, pode afirmar-se que o desenvolvimento do modelo biomédico se centrou na doença, a primeira revolução da saúde se centrou na prevenção das doenças, e que a segunda revolução da saúde se centrou na saúde.

Acreditara-se que, com a primeira revolução da saúde, os problemas das doenças estariam resolvidos. No entanto, a partir de meados do século XX, surge nova epidemia: uma epidemia comportamental. Com efeito, constatou-se que, nos países desenvolvidos, as doenças que mais contribuíam para a mortalidade eram doenças com etiologia comportamental.

Richmond (1979) citava como principais fatores de risco, responsáveis pela maioria das doenças e mortes prematuras nos Estados Unidos da América na época, os seguintes comportamentos: fumar, consumir álcool e drogas, correr riscos que dão origem a acidentes, principalmente os acidentes motorizados entre os jovens.

Segundo Richmond (1979), em 1976, nos Estados Unidos da América, cerca de 50% das mortes prematuras eram devidas a comportamentos inadequados ou ao estilo de vida; 20% a fatores ambientais; 20% à biologia humana; e 10% a cuidados de saúde inadequados. Valores próximos foram atribuídos, posteriormente, por outros autores, como por exemplo, Hettler (1982) e Mullen, Gold, Belcastro e McDermott (1986), que consideravam o comportamento humano responsável por cerca de 45% das mortes prematuras, o meio ambiente por cerca de 17%, a biologia humana por cerca de 26% e a organização dos cuidados de saúde por cerca de 12%.

As doenças que se evidenciaram por meados do século XX foram as cardiovasculares e o cancro, doenças estas com forte etiologia comportamental. Entre 1900 e 1970, a mortalidade causada por doenças do sistema circulatório e pelo cancro aumentou 250% nos países ocidentais. Atualmente, cerca de 50% das mortes anuais são devidas a doenças do sistema circulatório e 20% a cancro. Com base nestas evidências, a segunda revolução da saúde teria de se centrar em novas concepções e definir novos princípios. Dado as novas epidemias não terem origem em organismos patogênicos nem serem unicausais, a Teoria do Germe deixou de ser aplicável.

O equivalente ao germe, nesta epidemia, é o comportamento individual, o comportamento social, os hábitos e a interação entre o comportamento e o meio ambiente. A vacina, agora, teria de ser a modificação dos comportamentos, tomando este um sentido lato.

A segunda revolução da saúde foi consequência das investigações que, de modo crescente, alertavam para as novas epidemias, e cujos estudos epidemiológicos só começaram a ser conclusivos e a ganhar notoriedade na década de 1970 (LALONDE, 1974; MICHAEL, 1982; RICHMOND, 1979). O livro branco sobre a saúde dos canadianos, publicado pelo então Ministro da Saúde e dos Assuntos Sociais Marc Lalonde, defendia o estabelecimento de uma política nacional de saúde baseada em quatro pilares: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados de saúde, que constituíam o que denominou de *Health Field Concept*. Com base neste modelo, o autor defendia que se devia fazer uma distribuição equilibrada das verbas disponíveis para a saúde pelos quatro pilares.

McKeown (1972) alertava, na mesma época, para o erro no modo de abordar a saúde e as doenças. Dizia que a sociedade estava a utilizar mal os investimentos na saúde e que as ciências médicas estavam a seguir uma direção errada, porque partiam de premissas erradas acerca das bases da saúde humana. Assumiam que o corpo humano podia ser visto como uma máquina cuja proteção das doenças e dos seus efeitos dependia, em primeiro lugar, das intervenções internas. Ignoravam as influências externas e o comportamento humano que seriam os determinantes primordiais da saúde.

A década de 1970 é rica nas críticas e propostas de orientação para o campo da saúde. Elas não foram seguidas nem parecem estar em vias de ser, embora todos estejam conscientes da sua importância. Estas críticas e propostas têm chamado

a atenção dos profissionais da saúde e das doenças para a importância de alterar o estilo de vida da população. A modificação de alguns comportamentos, tais como deixar de fumar, cuidar da alimentação, controlar o *stress*, praticar exercício ou atividade física regularmente, dormir um número de horas adequado, verificar periodicamente a saúde, permitiria reduzir drasticamente a mortalidade. Pelletier (1988) afirma que cerca de dois terços de todas as doenças e mortes prematuras em idades inferiores a 65 anos são passíveis de ser prevenidas através de intervenções comportamentais. No entanto, apesar de este panorama ser reconhecido tanto no relatório de Lalonde como no de Richmond, os orçamentos para a saúde, nos Estados Unidos e Canadá, atribuíam menos de 5% ao pilar do estilo de vida (ABELIN, 1991; PELLETIER, 1988).

As mudanças que ocorreram, nas últimas décadas, na política, na economia, nos movimentos sociais e nas ciências médicas, entre outros, impuseram nova revolução.

Terceira revolução da saúde

A emergência da Psicologia da Saúde é uma “oportunidade para ajudar a nação a reduzir a aceleração dos custos de saúde” (MATARAZZO, 1980, p. 808). Esta afirmação reflete uma preocupação que já acompanhara o desenvolvimento da segunda revolução da saúde e que se tornou, dez anos depois, num elemento central.

Além das mudanças na etiologia da morbidade e mortalidade, outros fatores contribuíram para a emergência da terceira revolução da saúde. Ramos (1988) se refere aos seguintes:

1. Alterações demográficas tais como envelhecimento da população, diversificação da família, a que se podem acrescentar a mobilidade social dos indivíduos e as migrações;

2. Revolução tecnológica que, aumentando as possibilidades de intervenção na doença, exige mais e melhores especialistas, aumentando os custos da assistência médica;
3. Aproximação dos serviços de saúde à comunidade.

Pode-se, ainda, acrescentar o aumento do poder do consumidor que, tornando-se mais exigente e com mais capacidade crítica, força os políticos a serem mais sensíveis à opinião pública.

O final do século XX traz grandes mudanças para as sociedades desenvolvidas, nomeadamente no modo de conceber o Campo da Saúde, e pela discrepância entre os custos, a satisfação dos utentes ou da sociedade, e os resultados das intervenções neste universo.

A terceira revolução da saúde decorre dos efeitos da segunda revolução da saúde e da incapacidade desta em dar resposta aos problemas que se vieram a deparar. Como explicava Ellwood (1988), o presidente dos Estados Unidos da América proclamava, já em 1969, que a nação enfrentava uma crise no sistema de cuidados de saúde: os custos disparavam, os doentes começavam a contestar a autoridade dos médicos e a dúvida instalava-se acerca da eficácia de certos procedimentos médicos dispendiosos.

Outra alteração decisiva tem a ver com o aumento da expectativa de vida da população. King (1990) utilizou a expressão “Armadilha Demográfica” para designar o resultado da passagem de um *modelo de elevada natalidade e elevada mortalidade* para outro de *baixa natalidade e baixa mortalidade*. Chama a atenção para o impacto destas mudanças, nomeadamente no ambiente e no colapso dos sistemas ecológicos. Este autor afirma que esta ideia não é nova e que constitui uma nova versão do que Malthus defendera no século XVIII.

O modelo biomédico abordou com êxito as doenças agudas, as que causavam mais mortalidade nas idades mais novas, contribuindo para o envelhecimento da população e deslocando as preocupações dos problemas de saúde para as doenças crônicas.

Com efeito, se observarmos a evolução da expectativa de vida, por exemplo, em Portugal desde o início do século XX, constata-se, segundo o Instituto Nacional de Estatística, que a esperança de vida de um recém-nascido que, em 1920, era de 35,8 anos para os homens e 40,0 para as mulheres, passou, no final do século XX, para perto dos 70 e 80 anos respectivamente. Ou seja, em 80 anos a expectativa de vida à nascença duplicou.

Enquanto nos primeiros anos de vida predominam as doenças agudas, nos últimos predominam as crônicas. Cerca de 86% das pessoas com mais de 65 anos sofrem, pelo menos, de uma doença crônica (RODIN; SALOVEY, 1989). Estes fatos permitem conceitualizar, do ponto de vista do sistema de saúde, a existência de dois mundos: um mundo gerontológico *versus* um mundo pediátrico, em vez de um mundo desenvolvido *versus* não-desenvolvido ou em desenvolvimento. As doenças do foro gerontológico tendem a ser crônicas, enquanto as do foro pediátrico tendem a ser agudas. Esta constatação aponta para a necessidade de sistemas de cuidados de saúde diferenciados, provavelmente mesmo separados, dadas às diferenças de equipamentos, tecnologias e tipo de apoio em geral que estes dois grupos de doenças exigem.

A psicologia da saúde e o futuro

Nos últimos 60 anos, mais concretamente após a Segunda Guerra Mundial, verificaram-se alterações importantes no sistema de saúde. O aparecimento de novos medicamentos (como a penicilina), de novas vacinas, de novas técnicas

de diagnóstico, e de tratamento tende a manter uma tensão no sistema de saúde impondo atualizações constantes. A Psicologia não é a única a ter de se adaptar.

A Psicologia da Saúde nasceu numa época em que havia uma orientação claramente positiva da sociedade. A década de 70, tendo sido uma época de crise, foi também uma época de esperança. Após a Segunda Guerra Mundial, verifica-se uma orientação positiva da Saúde, que é formalmente definida no documento constitutivo da Organização Mundial de Saúde, como um estado de bem-estar físico mental e social completo e não somente a ausência de doença ou incapacidade (WHO, 1948). Como explicam Chatterji, Ustun, Sadana, Mathers e Murria (2002), a definição de Saúde chama a atenção para os estados de saúde em vez das categorias de doenças ou mortalidade, que têm ocupado um lugar importante nas estatísticas de saúde, para não dizer a totalidade destas estatísticas. A definição coloca também a saúde num contexto alargado de bem-estar humano em geral.

No campo da Psicologia, há propostas anteriores à Psicologia da Saúde com uma orientação positiva como sejam as de Carl Rogers ou de Marie Jahoda (1958), esta vinda do campo da Psicologia Social intitulava o seu livro “Current concepts of positive mental health” e é dos primeiros autores na área da Psicologia a focar o lado positivo da saúde, neste caso a mental. Norman Bradburn, num texto clássico de 1969, explicava logo no primeiro parágrafo que a investigação que abordava nesse livro constituía uma tentativa de aplicar a perspectiva da Psicologia Social ao estudo da saúde mental em populações normais e não aos problemas psiquiátricos, que tanto interessavam os psicólogos na época. Já no final do século XX, surge um movimento intitulado Psicologia Positiva (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000), que vem expressar uma orientação da Psicologia para os aspectos positivos para substituir a anterior orientação para os aspectos negativos.

Também a Organização Mundial de Saúde adotou, no virar do século, uma orientação mais positiva publicando, em 2001, a *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (WHO, 2001), para substituir a versão de 1980, a *International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps* (ICIDH) (WHO, 1980). Esta classificação ao contrário da anterior foca o que as pessoas são capazes de fazer ao invés do que são incapazes de fazer.

A Psicologia da Saúde, como todas as Psicologias que interagem com o Campo da Saúde, necessita de estar em constante ajustamento às mudanças políticas, econômicas e sociais. Esta tensão permanente é positiva porque enriquece o universo da Psicologia da Saúde enquanto conteúdo científico e de práticas, e área de conhecimento.

Referências

ABELIN, T. Health promotion. In: W.Holand; R. Detels; G.Knox (Eds.) **Oxford textbook of public health** (2nd ed.), Vol 3. Oxford: Oxford Univerity Press.Albee, 1982, ed 1991. P. 557-589.

ALCORN, J. D. Counseling Psychology and health applications. **The Counseling Psychologist**, 19 (3), 1991. P. 325-341.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Archival description of clinical health psychology as a specialty in professional psychology**. Minutes of the Council of Representatives Meeting, August 1997. Washington, DC: American Psychological Association. 1997.

APA TASK FORCE ON HEALTH RESEARCH . Contributions of psychology to healt research: patterns, problems and potentials, **American Psychologist**, 31, 1976. P. 263-274.

BELAR, C.D.; DEARDORFF, W.W.; KELLY, K.E. **The practice of clinical health psychology**. New York:Pergamon Press, 1987.

BIBACE, R.; WALSH, M.E. Developmental stages in children's conceptions of illness. In: STONE, G.C.; COHEN, F.; ADLER, N. E. (Eds.). **Health Psychology-a Handbook**. San Francisco: Jossey-Bass, Inc., Publishers, 1979.

BRADBURN, N. **The Structure of Psychological Well-Being**. Oxford: Aldine, 1969.

BRANDT, E. Prevention policy and practice in the 1980s. **American Psychologist**, 37 (9), 1982. P. 1038-1042.

CHATTERJI, S.; USTUN, B.; SADANA, R.; MATHERS, C.; MURRIA, C. **The conceptual basis for measuring and reporting on health**. Gpe discussion paper No 45. Geneva: WHO, 2002.

DELEON, P.; PALLAK, M. Public health and psychology: an important, expanding interaction. **American Psychologist**, 37 (8), 1982. P. 934-935.

DUBOS, R. J. Pasteur's dilemma-the road not taken. **American Society of Microbiology News**, 40, 1974. P. 703-709.

ELLWOOD, P. Shattuck Lecture – Outcomes management. A Technology of patient experience. **The new England Journal of Medicine**, 318 (23), 1988. P. 1549-1556.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, 196, 1977. P. 129-136.

ENRIGHT, M.; RESNICK, R.; DELEON, P.; SCIARA, A.; TANNEY, F. The practice of psychology in hospital settings. **American Psychologist**, 45 (9), 1990. P. 1059-1065.

ENRIGHT, M.; WELCH, B.; NEWMAN, R.; PERRY, B. The hospital: Psychology's challenge in the 1990s. **American Psychologist**, 45 (9), 1990. P. 1057-1058.

FOX, R. The need for a reorientation of clinical psychology. **American Psychologist**, 37 (9), 1982. P. 1051-1057.

FOX, R. Training professional psychologists for the twenty-first century. **American Psychologist**, 49 (3), 1994, P. 200-206.

FOX, R.; BARCLAY, A.; RODGERS, D. The foundations of professional psychology. **American Psychologist**, 37 (3), 1982. P. 306-312.

GARFIELD, S.L. Historical introduction. In: WOLMAN, Benjamin B. (Edt.) **Handbook of clinical psychology**. New York: McGraw-Hill Book Company, 1965. P. 125-140.

GATCHEL, R. J.; BAUM, A.; KRANTZ, D.S. **An introduction to health psychology**. New York: McGraw-Hill International Editions, 1989.

GOLDMAN, L. Quantitative aspects of clinical reasoning. In: WILSON, J.; BRAUNWALD, E.; ISSELBACHER, K.; PETERSDORF, R.; MARTIN, J.; FAUCI, A.; ROOT, R. (Edts.) **Harrison's principles of internal medicine** (12th Edition). New York: McGraw-Hill, Inc, 1991.

HATCH, O. Psychology, society, and politics. **American Psychologist**, 37 (9), 1982. P.1031-1037.

HETTLER, B. Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In: FABER, M.M.; REINHARDT, A.M. (Eds.) **Promoting health through risk reduction**. New York; Collier Macmillan Publishers, 1982.

ISCOE, I. Toward a viable community health psychology: caveats from the experiences of the community mental health movement. **American Psychologist**, 37 (8), 1982. P. 961-965.

ISSELBACHER, K.; ADAMS, R.; BRAUNWALD, E.; PETERSDORF, R.; WILSON, J. **Harrison's principles of internal medicine** (9th Edition). New York: McGraw-Hill, Inc, 1980.

KAPLAN, R.; SACCUZZO, D. **Psychological testing**: principles, applications, and issues. (third edition). Pacific grove; Brooks/Cole Publishing Company, 1993.

KING, M. Health is a sustainable state. **The Lancet**, 336, 1990. P.664-667.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa; Minister of National Health and Welfare, 1974.

MADDUX, J. E.; ROBERTS, M. C.; SLEDDEN, E. A.; WRIGHT, L. Developmental issues in child health psychology. **American Psychologist**, 41 (1), 1986. P. 25-34.

JAHODA, M. **Current Concepts of Positive Mental Health**. New York: Basic Books, 1958.

MARKS, D.F. (Ed.) **The Health Psychology Reader**. London: Sage, 2002.

MATARAZZO, J.D. Behavioral health and behavioral medicine. **American Psychologist**, 35 (9), 1980. P. 807-817.

MATARAZZO, J.D. Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. **American Psychologist**, 37 (1), 1982. P. 1-14.

MATARAZZO, J.D. Behavioral health: a 1990 challenge for health services professions. In: MATARAZZO, J.D.; WEISS, S.M.; HERD, J.A.; MILLER, N.E.; WEISS, S.M. (Eds). **Behavioral health**. New York: John Wiley & Sons, 1984. P. 3-40.

MATARAZZO, J.D. There is only one psychology, no specialities, but many applications. **American Psychologist**, 42 (10), 1987. P. 893-903.

MCDERMOTT, M. Redefining health psychology: Matarazzo revisited. **Health Psychology Update**, 10, 2001. P. 3-10

MCKEOWN T. An interpretation of the modern rise in population in Europe. **Populations Studies**, 26, 1972. P.345-382.

MICHAEL, J. The seconde revolution in health: health promotion and its environmental base. **American Psychologist**, 37 (8), 1982. P. 936-941.

MILLER, H.; FOWLER, R.; BRIDGERS, W. The public health psychologist: an ounce of prevention is not enough. **American Psychologist**, 37 (8), 1982. P. 945-948.

MILLON, T. On the nature of clinical health psychology. In: MILLON, T.; GREEN, C.; MEAGHER, R. (Edts.). **Handbook of clinical health psychology**. New York; Plenum Press, 1982. P. 1-27.

MIYAZAKI, M.C.; DOMINGOS, N.; VALERIO, N.; SANTOS, A.R.; ROSA, L.T. Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. **Psicologia USP**, 13 (1), 2002. P. 29-53.

MORROW, G.; CLAYMAN, D. **A membership survey of the division of health psychology**. American Psychological Association. Unpublished manuscript, 1982.

MUCCHIELLI, A. ; MUCCHIELLI, R. **Lexique de la psychologie**. Paris: Editions Sociales Françaises, 1969.

MULLEN, K.; GOLD, R.; BELCASTRO, P.; MCDERMOTT, R. **Connections for health**. Dubuque: Wm.C.Brown Publishers, 1986.

MYERS, S.; BENSON, H. Psychological factors in healing: a new perspective on an old debate. **Behavioral Medicine**, 18, 1992. P. 5-11

NOACK, H. Concepts of health and health promotion. In: ABELIN, T.; BRZEZINSKI, Z.J.; CARSTAIRS, D.L. (Edrs.). **Measurement in health promotion and protection** (WHO Regional Publications, Europe Series No 22, p. 5-28), Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1987.

OLBRISCH, M.E.; WEISS, S.M.; STONE, G.C.; SCHWARTZ, G.E. Report of the national working conference on education and training in health psychology. **American Psychologist**, 40 (9), 1985. P. 1038-1041.

OMS. **As metas de saúde para todos: metas da estratégia regional Europeia da saúde para todos**. Lisboa: Ministério da saúde, Departamento de Estudos e Planeamento, 1986.

PAIS RIBEIRO, J.L.; LEAL, I. Avaliação e psicodiagnóstico em psicologia da saúde. **Psicologia:Teoria, Investigação e Prática**, 2 (2), 1997. P. 357-370.

PAIS RIBEIRO, JLP. A intervenção psicológica na promoção da saúde. **Jornal de Psicologia**, 8(2), 1989. P. 19-22.

PELLETIER, K. Cost-effective data: searching for the unicorn continues. **American Journal of Health Promotion**, 3 (1), 1988. P. 57-59.

RAMOS, V. Prever a medicina das próximas décadas: Que implicações para o planeamento da educação médica? **Acta Médica Portuguesa**, 2, 1988. P. 171-79.

RICHMOND, J. **Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention**. Washington: U. S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979.

RODIN, J.; SALOVEY, P. Health psychology. **Annual Review of Psychology**, 40, 1989. P. 533-579.

SCHWARTZ, G.; WEISS, S. Behavioral medicine revisited: An amended definition. **Journal of Behavioral Medicine**, 1, 1978. P. 249-251.

SELIGMAN, M.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: An introduction. **American Psychologist**, 55 (1) 2000. P. 5-14.

SHAKOW, D. Clinical psychology. In: FREEDMAN, A. ; KAPLAN, H.; SADOCK, B. (Edts.). **Comprehensive textbook of psychiatry/II** (Vol.1, 2th Ed.). Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1975. P.2376-2386.

SHERR, L. Challenges for tomorrow. **Psychology, Health & Medicine**, 1 (1), 1996. P. 5-6.

STABLER, B.; MESIBOV, G.B. Role functions of pediatric and health psychologists in health-care settings. **Professional Psychology: Research and Practice**, 15 (2), 1984. P. 142-151.

SWEET, J.; ROZENSKY, R.; TOVIAN, S. **Handbook of clinical psychology in medical settings**. New York. Plenum Press, 1991.

TANABE, G. The potencial for public health psychology. **American Psychologist**, 37 (8), 1982. P. 942-944.

WHO. **Officials Records of the World Health Organization**, no.2. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission, 1948. P. 100.

WHO. **International Classification of Impairements Disability and Handicaps**. Geneva. WHO, 1980.

WHO. **Contribution of psychology to programme development in the WHO Regional Office for Europe**. Copehnagen: WHO Regional Office for Europe, 1985.

WHO. **International Classification of functioning, Disability and Health**. Geneva. WHO, 2001.