

A PERSPECTIVA BIOPSIKOSSOCIAL NA AVALIAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE: MODELO INTERDEPENDENTE

Maria da Graça Pereira

Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal

Resumo – *O presente artigo descreve um modelo de avaliação em psicologia da saúde que tem por base o modelo biopsicossocial. O modelo proposto inclui duas valências: doença e saúde e apresenta alguns instrumentos, disponíveis para a população portuguesa, ilustrativos dos vários níveis referenciados ao longo do modelo proposto.*

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação, Biopsicossocial, Modelo, Psicologia da Saúde
KEY WORDS: Assessment, Biopsychosocial, Model, Health Psychology

INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios do psicólogo clínico e da saúde consiste na articulação entre as diferentes componentes do modelo biopsicossocial na avaliação psicológica, em settings hospitalares. Uma avaliação biopsicossocial depende em grande parte da validade da informação obtida pelo psicólogo sobre o paciente. É no sistema de interacção que o psicólogo deverá recolher os dados sobre os sintomas físicos e os padrões de comportamento do doente, bem como, toda a informação pertinente acerca do seu estado de saúde (Smith & Nicassio, 1995). Contudo, esta relação psicólogo-paciente, por si só afecta a recolha de informação e a sua subsequente interpretação. Desse modo, o primeiro aspecto que se insurge como importante a realçar em qualquer avaliação é, indubitavelmente, a relação entre psicólogo e paciente, que constitui a fundação de toda a avaliação biopsicossocial.

O modelo biopsicossocial (Engel, 1977, 1980) é por natureza um modelo sistémico, contextualista que exige uma avaliação multidimensional do indivíduo a vários níveis, a saber:

Toda a correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Maria da Graça Pereira, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4710-057 Braga, Portugal. Telef.: (253) 604241; Fax: (253) 678987; E-mail: gracep@iep.uminho.pt

os aspectos da *doença* em si, o comportamento do *paciente*, o *contexto social, familiar e cultural* do doente e, finalmente, o próprio *sistema de saúde* a ter em atenção na intervenção (Smith & Nicassio, 1995).

Passaremos de seguida a uma descrição dos factores relevantes, em cada uma das áreas supracitadas :

1. DOENÇA

Em relação à *doença* é importante que o psicólogo clínico e da saúde conheça a sua natureza. Para o efeito, é exigida a colaboração com o médico assistente do paciente, no sentido de um conhecimento das consequências da *doença* que, presumivelmente, influenciam as expectativas, a vida emocional e social do doente, assim como, toda a conceptualização pessoal que este faz da sua *doença*. O psicólogo necessita, por um lado, de saber o estado de saúde geral do doente bem como a fisiologia da própria *doença*. Estes dados assumem-se com especial relevo, na medida em que, providenciam informação proeminente sobre o modo como as variáveis psicossociais poderão exercer influência no curso da *doença*. O contexto biológico da *doença* permite, igualmente prever com maior eficiência, o resultado das intervenções psicológicas (Smith & Nicassio, 1995).

A história clínica do doente reveste-se, obviamente, de suma importância, porque permite, não só elucidar o diagnóstico, como fornecer informação sobre o modo como o cliente lidou com problemas similares no passado.

No que concerne o tratamento, inúmeros pacientes percebem os procedimentos, a que são sujeitos, como dolorosos e stressantes (Manne *et al*, 1992) e, por isso um conhecimento a esse respeito torna-se indispensável para que se possa ajudar o doente a lidar eficazmente com a *doença* e a aderir ao tratamento médico. Os efeitos secundários da medicação devem também ser reconhecidos e apreciados para se poder definir uma intervenção adequada às necessidades do paciente.

Finalmente, o prognóstico da *doença*, em termos de anos de vida, a incapacidade ou deficiência dela resultante, são aspectos cruciais, em todo o trabalho a efectuar ao nível da adaptação à *doença* com o paciente e a sua família.

2. PACIENTE

A história psicossocial do doente é um factor muito importante, quer para o diagnóstico, quer prognóstico, mas sobretudo, para fornecer ao psicólogo um quadro de referência sobre a pessoa do paciente.

A conceptualização que o doente faz da sua *doença* fornece informação quanto às expectativas que possui em relação ao tratamento e resultados da intervenção definindo,

frequentemente, a forma como o doente colabora no seu tratamento. As representações que o doente arquitecta da doença e as expectativas em relação ao tratamento influenciam o ajustamento emocional à doença, a adesão e os resultados do tratamento (Leventhal *et al.*, 1992).

O estilo individual de "coping" do doente actua, não só, no curso da doença, como também na adaptação do doente à doença podendo estar na base de comportamentos de risco (Levine *et al.*, 1987. Dependendo da fase da doença, as estratégias de atenção versus estratégias de evitamento são factores determinantes no ajustamento e prognóstico da doença. Embora nenhuma estratégia seja melhor que outra, em situações de curto-termo, as estratégias de evitamento parecem ser mais eficazes do que as estratégias de atenção sobretudo no início da doença (Suls & Fletcher, 1985). Ainda no quadro dos mecanismos de "coping", há a acrescentar que uma avaliação da personalidade do doente, em relação ao *Sentido de Coerência* (Antonovski, 1979) ou *Personalidade Resistente* (Kobasa, 1979), permite averiguar aspectos que medeiam a relação do paciente com a doença e que, portanto, terão impacto na forma como o doente lida com o stress.

A informação sobre o estilo de vida do doente, permite também ao psicólogo obter dados sobre os factores de risco que podem pôr o paciente em risco de recaída bem como avaliar o impacto da doença ao nível da qualidade de vida do doente. Esta informação é imprescindível no "design" de uma intervenção, que tenha por objectivo ajudar o paciente a alterar o seu estilo de vida enfatizando a forma como as variáveis psicossociais podem estar a intervir na doença. (Sarafino, 1994).

3. CONTEXTO SOCIAL, FAMILIAR E CULTURAL

A qualidade da relação familiar e marital do doente é uma característica marcante de toda a avaliação biopsicossocial. A natureza das mudanças do doente podem ter consequências nefastas noutros membros da família, podendo, muitas vezes, estar na origem de conflitos interpessoais e dificuldades sexuais (Anderson & Wolf, 1986). Frequentemente, assiste-se a alterações relacionais, na presença de doença, por esta requerer uma modificação nos papeis desempenhados pelo doente. A doença, por seu turno, despoleta uma mudança na estrutura familiar, em termos de rotinas, regras, papeis e rituais, anteriormente presentes (Steinglass, 1987). A importância destes aspectos manifesta-se, sobretudo, ao nível da adaptação psicológica do doente à doença. Assim, torna-se imperioso avaliar a eventual organização de vida do doente em torno da sua doença. No caso da organização familiar estar centrada no doente, importa ajuizar o grau de "contagio" em relação às actividades familiares, o que permitirá distinguir se estamos perante uma "Família Doente" versus uma "família com um membro doente" (Steinglass, 1987). Num e outro caso, as intervenções psicossociais com a família e doente são diferentes enfatizando assim a importância duma avaliação precisa a este nível.

É sabido que as relações familiares podem firmar uma fonte premente de suporte social, reduzindo, por conseguinte, o impacto do stress. Assim, avaliar a existência de fontes de suporte traduz-se numa tarefa indispensável, na medida em que ter recursos ajuda o paciente no confronto efectivo com a doença, além de influenciar, indirectamente, a adesão terapêutica ao tratamento (Fontana *et al*, 1989).

A avaliação da relação do paciente com os profissionais de saúde resulta numa fonte de informação influente. Com efeito, da presença de eventuais dificuldades nesta relação, nomeadamente ao nível da comunicação, surgem muitas vezes obstáculos em termos de tratamento (Buller & Buller, 1987). Instala-se, assiduamente, um incremento da ansiedade por parte do doente, que poderá levar a adopção duma atitude passiva, que em nada facilitará o seu restabelecimento. As dificuldades de comunicação podem assim avultar-se, pondo em risco a colaboração do paciente e, por conseguinte, a eficiência do tratamento, em situações que envolvem uma equipa de saúde com profissionais distintos, designadamente em situações de doença crónica. Na origem da não cooperação do doente estará, possivelmente, a divergência de opiniões entre os profissionais de saúde ou a incerteza daquele em relação as funções específicas desempenhadas por cada membro da equipa (Stelzer, 1991).

O *background* cultural e étnico do paciente é especialmente relevante ao nível das suas crenças, expressão de sintomas e ajuda procurada e devem, por isso, ser tidas em atenção na intervenção (Young & Zane, 1996). Acresce-se, ainda, a questão de elegibilidade de doença, bem como o nível de educação do doente, especialmente se, devido à sua doença, o doente se encontrar impossibilitado de voltar a trabalhar ou de ter que substituir a sua actividade laboral (Scherer, 1995). Frequentemente, a necessidade de ter de mudar de emprego é percebida pelo doente como uma perda de identidade e de auto-estima que, em alguns casos, poderá merecer atenção clínica.

4. SISTEMA DE SAÚDE

A forma como a organização de cuidados é feita, bem como, a cultura hospitalar são aspectos a ter em consideração pelo psicólogo que aspira integrar-se numa equipa de saúde. Não só lhe concede um enquadramento da própria intervenção, como atentam às expectativas e crenças do grupo de profissionais, com os quais trabalha, no que respeita à intervenção psicológica. Neste domínio torna-se importante fazer uma avaliação das regras e regulamentos existentes que poderão influenciar o doente ou o seu tratamento (Belar & Deardoff, 1995).

As dificuldades que se instauram em termos de acessibilidade do doente aos serviços de saúde, podem desencorajá-lo a procurar os cuidados de saúde. Neste caso, será crucial o psicólogo trabalhar em parceria com o técnico de serviço social, no sentido da exclusão das barreiras ao transporte (ou outras) no acesso aos serviços de saúde. Finalmente, a satisfação do doente com os cuidados recebidos é também uma variável importante não só ao nível da

adesão terapêutica como no diagnóstico dos diferentes aspectos, que do ponto de vista do doente, são fundamentais em termos do seu tratamento e coping com a doença.

Com o objectivo de sistematizar os quatro domínios, anteriormente referidos, em termos de instrumentos de avaliação de papel e lápis disponíveis para a população portuguesa, propomos um modelo que denominamos de interdependente no sentido de evidenciar por um lado, o facto de não ser estático e por outro, a influência recíproca dos vários níveis apresentados. O modelo interdependente, ao contrário de modelos anteriores (Scherer, 1995) integra na avaliação, os aspectos relacionados quer com a doença quer com a saúde.

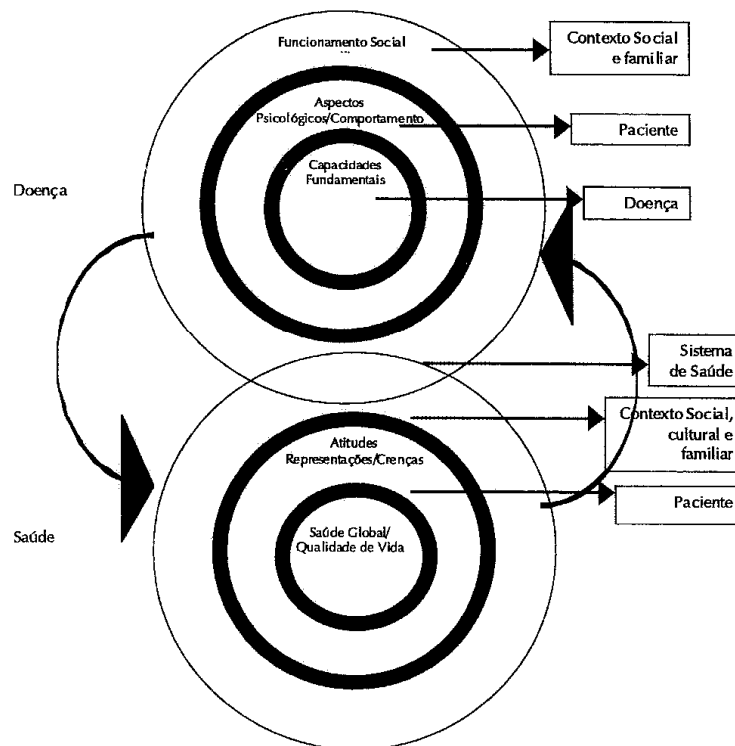


Figura 1 -- Alvos de Avaliação da Psicologia da Saúde: Modelo Interdependente

Como se pode ver na Fig. 1, o modelo interdependente é composto por círculos que representam alvos de avaliação do psicólogo e que englobam várias dimensões. Para cada um dos níveis, são apresentados a título de exemplo alguns instrumentos adaptados à população portuguesa. Neste sentido, foram incluídos os autores das traduções/adaptações das versões portuguesas. Contudo, para melhor identificação dos instrumentos em questão, o seu título original em inglês foi mantido.

- Ao nível da doença, a avaliação, no modelo interdependente, engloba três dimensões:
- CAPACIDADES FUNDAMENTAIS — De acordo com Scherer (1995), as capacidades fundamentais relacionam-se com as faculdades cognitivas do indivíduo e o seu estatuto funcional que, uma vez afectados pela doença, podem criar incapacidades no indivíduo. Embora tais aspectos estejam relacionados com o paciente, decidimos incluí-los no nível da doença, uma vez que se referem a aspectos que resultaram directamente da doença sobre os quais o doente tem pouco ou nenhum controlo. Como instrumentos de avaliação disponíveis neste alvo citamos como exemplo: a *Figura Complexa de Rey*, as *Matrizes Progressivas de Raven*, o *Teste de Retenção Visual de Benton*, o mini-exame mental e todos os instrumentos de avaliação neurocognitiva.
 - ASPECTOS PSICOLÓGICOS/COMPORAMENTAIS — É sobretudo mais a este nível de avaliação que tradicionalmente o psicólogo é conotado. Este nível, debruça-se com as questões da personalidade, estilos de coping, dor e, numa forma geral, com toda a avaliação comportamental (Scherer, 1995). Ao nível da personalidade citamos instrumentos como o *R/ED (Rational/Emotional Defensiveness Scale* — Geada, 1996) ou a avaliação do *Padrão de Comportamento tipo A* (Framingham Type A Behaviour Pattern Measure — Pereira, 1998). Se o aspecto a avaliar for o "coping", exemplos de instrumentos de avaliação são: o *SOC (Sense of Coherence* — Geada, 1996), o *IRP (Inventário de Resolução de Problemas* — Vaz Serra, 1995). Na dor, citamos o *Questionário de dor de McGill* (Martins & Teixeira, 1990). Em termos de comportamento, morbidade e psicopatologia incluem-se instrumentos como a *Escala da Ansiedade e Depressão Hospitalares (Hospital Anxiety and Depression Scale* — McIntyre *et al.*, 2000), o *BSI (Brief Symptom Inventory*, Canavarro, 1995), a escala de avaliação da *Resposta a Acontecimentos Traumáticos* (McIntyre & Ventura, 1996), entre alguns exemplos.
 - FUNCIONAMENTO SOCIAL — Neste nível incluímos os aspectos ligados com a família e suporte social. Em termos de instrumentos citamos: o *FACES II (Family Adaptability and Cohesion Scales*, Dantas & Sampaio, 1990), o *FES (Family Environment Scale* — Santos & Fontaine, 1995), a *Escala de Apoio Social, Instrumental e Expressivo (The Instrumental and Expressive Support Scale* — Faria, 1999) e o *PAIS (Psychological Adjustment to Illness Scale* — Schildberger & Teixeira, 1994).

Ao nível da Saúde a avaliação, no modelo interdependente, engloba três dimensões:

— QUALIDADE DE VIDA — A este nível a avaliação insere-se numa perspectiva de Saúde e daí que as questões relacionadas com o estilo, saúde geral e qualidade de vida sejam essenciais. Como exemplos de instrumentos citamos o SIP (*Sickness Impact Profile*, McIntyre *et al*, 2000), o PGI (*Patient Generated Index*, Pereira, 1998) por se tratar duma medida genérica ou o MOS-20 (*Medical Outcome Study*, Geada, 1996).

Sendo esta uma área mais recente da psicologia, muita da investigação actual, em Portugal, centra-se no desenvolvimento de medidas de qualidade de vida que se adaptam a doenças particulares como é caso da diabetes, da doença oncológica e das doenças respiratórias por exemplo.

— ATITUDES/REPRESENTAÇÕES — As crenças e representações que o doente possui bem como as suas atitudes são aspectos muito importantes que influenciam os aspectos relacionados com a adesão terapêutica bem como a postura do doente em todo o processo de reabilitação. Neste sentido podemos apresentar como instrumentos de avaliação o SIQ (*Symptom Interpretation Questionnaire* — Pereira & Silva, 1999a), o ATDM (*Attitudes Towards Doctors and Medicine* — Pereira & Silva, 1999b), EAA (*Escala de Auto-Eficácia* — Ribeiro, 1995), o IPQ-R (*Illness Perception Questionnaire*, Figueiras, 1999) entre outros.

— RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE — A este nível todos os aspectos considerados pertinentes na relação profissional são importante e de certa forma são influenciados por todos os outros níveis anteriormente referidos. Contudo, referimos aqueles que estão directamente relacionados com o sistema de saúde. Assim, a título de exemplo citamos como instrumentos, o Quasu (*Questionário da Avaliação da Satisfação do Utente*, — McIntyre *et al*, 1998) e o RAMS (*Rephorted Adherence to Medication Scale* — Pereira e Silva, 1999c) para avaliar aspectos de adesão à toma de medicamentos.

CONCLUSÃO

A avaliação Biopsicossocial permite contextualizar o problema de saúde do doente tendo em atenção os factores envolvidos nos diferentes níveis acima descritos. Esse tipo de avaliação permite definir e desenhar intervenções que se adequam melhor a cada paciente e às suas necessidades. Gostaríamos de ressaltar que a melhor forma de implementar o modelo biopsicossocial consiste na avaliação que o próprio psicólogo faz com base na informação reunida acerca do paciente. Assim e nesse sentido, torna-se imperioso que o psicólogo reúna os vários indicadores quer ao nível da doença quer da saúde que lhe permitiram planear uma intervenção à medida de cada paciente. Acreditamos que nem sempre o paciente necessita de ser avaliado em todos os níveis referidos pois, tal como o modelo biopsicossocial preconiza

qualquer doença pode requer mais atenção a um nível que a outro (e.g. movendo-se do nível das células e subindo até ao nível da cultura) embora tenha sempre um impacto em todos os sistemas (Ransom, 1983). Contudo, cabe ao psicólogo aperceber-se dos níveis mais afectados e saber seleccionar aqueles que necessitam de ser avaliados para posteriormente serem alvos de intervenção.

REFERÊNCIAS

- Anderson, B. J., & Wolf, F. M. (1986). Chronic physical illness and sexual behaviour: Psychological issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 513-520.
- Antonovsky, A. (1979). *Health stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Belar, C. D. & Deardoff, W. (1995). *Clinical Health Psychology in Medical Settings*. APA. Washington, D. C.
- Buller, M. K., Buller, D. B. (1987). Physician's communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 375-388.
- Canavarro, C. (1995). Avaliação dos sintomas psicopatológicos através do BSI. Estudos de fiabilidade e validade do Inventário. *Provas Psicológicas em Portugal*, II vol. Apport. Braga.
- Dantas, A. M., & Sampaio, D. (1990). Versão Portuguesa das escalas do modelo de Olson. Lisboa. *Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar*.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge to biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Faria, C. C. (1999). Escala de apoio social instrumental e expressivo. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Vol. VI, Apport. Braga.
- Figueiras, M. J. (1999). Dissertação de Doutoramento (não-publicada). Universidade de Londres. Londres.
- Fontana, A., Kerns, R., Rosenberg, R., Colanese, K. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease: A longitudinal causal model. *Health Psychology*, 8, 175-193.
- Geada, A. (1996). Mecanismos de saúde e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*. 2/3, série XIV.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Leventhal, H. S., Diefenback, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-166.
- Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schartz G., Delaney, R., Fontana, A., Gradman, A. Smith S., Allen S., & Cascione, R. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 109-117.
- Manne, S. L., Bakeman, R., Jacobsen, P. B., Gorfinkle, K., Bemstein, D., & Redd, W. H. (1992). Adult-child interaction during invasive medical procedures. *Health Psychology*, 11, 241-249.
- Martins, H. & Teixeira, C. (1990). *Uma adaptação do questionário da dor de McGill/Melzack para a Língua Portuguesa*. Tese de Licenciatura. Lisboa. Ispa.
- McIntyre, T., Pereira, M. G., Soares, V., Gouveia, L., & Silva, S. (1999). *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares. Versão Experimental*. Departamento de Psicologia, Universidade do Minho.
- McIntyre, T., Pereira, M. G., Correia, M.J., Fernandes, S. & Silva, S. (1998). *Questionário da Avaliação da Satisfação do Utente*. ARS-Norte.
- McIntyre, T. & Ventura, M.F. (1996). Escala da avaliação da resposta aos acontecimentos traumáticos: Versão adolescente. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Vol. IV, Apport. Braga.
- McIntyre, T., McIntyre, S. & Araújo-Soares, V. (2000). Perfil do Impacto da Doença. Versão Experimental. Departamento de Psicologia, Universidade do Minho.
- Pereira, M. G. (1998). *Patient Generated Index, Versão Experimental*. Departamento de Psicologia, Universidade do Minho.
- Pereira, M. G. (1998). *Medida do Padrão de Comportamento tipo A de Framingham, Versão Experimental*. Departamento de Psicologia, Universidade do Minho.
- Pereira, M. G. & Silva, N. S. (1999a). O Questionário de Interpretação de Sintomas. Estudo das

- características psicométricas da versão Portuguesa. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Vol. VI, Apport. Braga.
- Pereira, M. G., & Silva, N. S. (1999b). Escala de atitudes face aos médicos e medicina. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Vol. VI, Apport. Braga.
- Pereira, M. G. & Silva, N. S. (1999c). Escala de adesão aos medicamentos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Vol. VI, Apport. Braga.
- Ramson (1983). The family as patient. What does this mean? *Family Systems Medicine*, 1(2), 99-103.
- Ribeiro, J. L. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Vol. III, Apport. Braga.
- Santos, M., & Fontaine, A. M. (1995). Avaliação do ambiente familiar por crianças e pré-adolescentes: Alguns aspectos da adaptação da P.E.S. de Moos & Moos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Vol. III, Apport. Braga.
- Sarafino, E. P. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial Interactions*. John Wiley & Sons, Inc.
- Scherer, M. J. (1995). A model for rehabilitation assesment. In L. A. Cushman & M. J. Scherer (Eds). *Psychological Assessment in Medical Rehabilitation*. APA. Washington, D.C.
- Schildberger, R., & Teixeira, C. J. (1994). Qualidade de vida em sujeitos com Espondilite Anquilosante: Estudo Exploratório. *Análise Psicológica*, 2/3, Série, XII, 375-379.
- Serra, A. V. (1995). Inventário de Resolução de Problemas. *Provas Psicológicas em Portugal*. Apport. Braga.
- Smith, T., & Nicassio, P. (1995). Psychological Practice: Clinical Application of the Biopsychosocial Model. In P. Nicassio & T. Smith (Eds). *Managing Chronic Illness*. APA. Washington, D.C.
- Steinglass, P. (1987). *The Alchoolic Family*. Basic Books, Inc. Publishers. New York.
- Stelzer, J. (1991). Medical noncompliance: New rules for the child and adolescent mental health worker. *Family Systems Medicine*, 9, (2), 121-125.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non avoidant coping strategies: A meta analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- Young, K., & Zane, N. (1996). Ethnocultural influences in evaluation and management. In P. Nicassio & T. Smith (Eds). *Managing Chronic Illness*. APA. Washington, D.C.

THE BIOPSYCHOSOCIAL PERSPECTIVE IN HEALTH PSYCHOLOGY ASSESSMENT: THE INTER-DEPENDENT MODEL

Abstract – This article presents an assessment model in health psychology based on the biopsychosocial model. The model proposed by the author includes both illness and health dimensions. In each of these dimensions, examples of assessment instruments, adapted or in process of adaptation to the Portuguese population, are presented.