O psicólogo no contexto de saúde: Modelos de colaboração (*)

M. GRAÇA PEREIRA (**)

«Criar um paradigma novo não é como destruir um celeiro velho e erguer um arranha-céus no seu lugar. É mais como subir uma montanha e à medida que a subimos ganhamos vistas mais alargadas (...) e, o ponto donde partimos ainda pode ser visto mas aparece cada vez mais pequeno e passa a ser uma parte mínima da visão mais alargada que ganhamos no processo da escalada (...)»

Einstein & Infed (1938)

1. INTRODUÇÃO

Com a introdução do psicólogo em contextos de saúde, novos desafios se colocam à Psicologia e à Medicina no sentido de integrarem profissionais com *backgrounds* e culturas tão diferentes. Baseada no modelo biopsicossocial, esta integração requer que o profissional biomédico e o psicossocial, neste caso o psicólogo, colaborem na prática em benefício do doente. Este artigo descreve as premissas que estão na base da formação das equipas biopsicossociais, descreve modelos de colaboração em contextos de saúde e tece algumas considerações sobre a formação de pós-graduação de psicólogos.

2. O MODELO BIOPSICOSSOCIAL

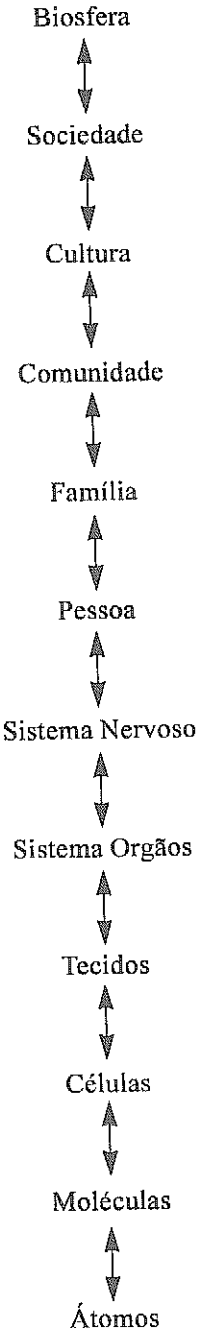
O modelo biopsicossocial surgiu da insatisfação com o modelo tradicional biomédico. Este último foi acusado de ser reducionista, por reduzir fenómenos complexos a uma causa simples, orgânica; e de dualista por separar o mental do somático (Engel, 1977). No modelo biopsicossocial proposto por Engel, o mundo é composto por um contínuo de sistemas que interagem a níveis diferentes. Estes níveis estão hierarquicamente organizados desde partículas subatómicas passando pelo indivíduo e terminando ao nível da biosfera (Figura 1).

Qualquer doença, embora requeira mais atenção a um determinado nível, tem também um impacto nos outros níveis do sistema e.g. factores psicológicos influenciam processos biológicos que por sua vez influenciam o sistema social do paciente.

(*) Uma versão prévia deste artigo foi apresentada no «Dia da Psicologia da Saúde», Universidade do Minho, Dezembro de 1995.

(**) Serviço de Consulta Psicológica, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4700 Braga.

FIGURA 1
O modelo biopsicossocial (Engel, 1980)



O modelo biopsicossocial dá conta do facto de que:

1) Nem todos os problemas apresentados pelos pacientes podem ser adequadamente explicados em termos fisiológicos, i.e., para compreender a doença dum doente é necessário ter em atenção o contexto emocional e social em que a doença ocorre
2) As novas tecnologias que têm permitido uma grande evolução da Medicina ao nível do tratamento de doenças permitiram também aumentar a consciência de outros níveis de organização que influenciam as funções fisiológicas «puras»
3) Se 60% dos doentes (Cummings & Vandebos, 1981) que visitam o seu médico de família apresentam queixas somáticas que são uma expressão de problemas psicossociais, então torna-se importante providenciar um tipo de tratamento que englobe, ao nível da intervenção além dos aspectos médicos, os aspectos psicológicos/sociais.

É esta noção de tratar o «doente por inteiro» que está na base das equipas de saúde biopsicossociais cujo objectivo é o de poderem melhor responder as complexidades multifacetadas da doença e da saúde.

O desafio das equipas biopsicossociais é o de serem tão holísticas quanto possível e tão reducionistas quanto necessário. Os profissionais das equipas biopsicossociais tem que ser peritos em movimentarem-se entre os diferentes domínios da explicação científica (Block, 1983; Abell, 1986). O foco do profissional de saúde, isto é, a decisão de subir ou descer no modelo biopsicossocial, depende assim do problema apresentado e da relevância imediata (Ransom, 1983).

3. COLABORAÇÃO INTERDISCIPLINAR

Vários modelos de colaboração têm sido propostos na literatura. Depois duma análise exaustiva apresentaremos de seguida quatro modelos que julgamos exemplificar e sumariar as diversas formas de colaboração entre psicólogos e médicos que mais frequentemente se praticam.

3.1. *Equipa de Saúde Primária*

Em 1986, Dyman e Berman propuseram a Equipa de Saúde Primária. Neste modelo todos os doentes são vistos inicialmente pelo médico e

pelo psicólogo. Depois de feita uma avaliação inicial que normalmente dura duas sessões, os dois profissionais trabalham separadamente consultando-se mutuamente várias vezes. Durante a avaliação, e enquanto o médico de família faz o exame físico e obtém dados sobre a história médica, o psicólogo vai intervindo à medida que as questões psicossociais se tornam mais claras. Neste modelo, o trabalho do psicólogo consiste em observar, avaliar e ser capaz de oferecer intervenções breves. A colaboração entre os dois profissionais deve ser iniciada desde o início em que o problema é definido e o diagnóstico feito. Caso contrário, existe o potencial do problema ser solidificado e endurecido ao nível biomédico tornando a colaboração mais complicada. Neste modelo quer o médico quer o psicólogo definem conjuntamente o diagnóstico e o plano de tratamento.

A grande contribuição deste modelo é o facto da intervenção psicológica focar não só as questões psicossociais mas também o mais comum dos problemas médicos. Por outras palavras, o psicólogo não passa o tempo inteiro a fazer terapia mas trabalha realmente ao lado do médico. Como consequência, o psicólogo trabalha em períodos de tempo variáveis tal como o médico.

Neste modelo, o papel do psicólogo é o de ser um generalista que é responsável pela contextualização do problema quer ao nível das questões psicossociais quer na forma como o doente pode lidar com o problema, isto ao nível de mudanças de estilo de vida, problemas de aderência ao regime médico ou simplesmente em relação ao impacto da doença no doente e sua família. Tal como o profissional médico, o psicólogo também refere clientes a outras especialidades quando se trata de problemas específicos tais como toxicodependência, grupos de suporte, *biofeedback*, terapia familiar, da mesma forma que o médico refere clientes à radiologia, obstetrícia, pediatria, etc.

3.2. *Referência Limitada*

Crane (1986) e Hepworth et al. (1988), descreveram o modelo de Referência Limitada como a mais comum das formas de colaboração entre o psicólogo e o médico especialmente em clínicas privadas. Neste modelo os dois profissionais tratam os clientes em locais diferentes mas mantêm-se em contacto um com o outro frequentemente. Os ficheiros são muitas vezes partilhados e os planos de tratamento são coordenados.

Referência limitada não significa que o tratamento é transferido dum profissional para o outro mas que ambos profissionais são responsáveis pelos respectivos tratamentos. Este modelo é particularmente usado quando o doente apresenta queixas psicossomáticas, casamentos disfuncionais, problemas de adolescência, problemas causados por stress e todos os problemas que não tenham duma forma geral uma base orgânica na sua origem (Crane, 1986). Neste modelo, o papel do psicólogo é o de tratar os aspectos psicossociais da doença e o seu objectivo principal é o de negociar o problema, inicialmente apresentado pelo cliente como um problema médico, num problema psicossocial.

Nesta forma de colaboração torna-se imperioso que o psicólogo dê uma imagem de competência para que o médico possa continuar a referir-lhe os seus doentes (Hepworth et al., 1988).

3.3. *Consultadoria*

No modelo de Consultadoria (McDaniel & Weber, 1986), o psicólogo é consultor do médico ou vice-versa. Consultadoria é definida como o processo através do qual o consultado pede assistência ao consultante para identificar/clarificar problemas, e considerar opções para a resolução do problema. O consultado tem a responsabilidade primária na implementação das ideias sugeridas no processo de consultadoria.

Uma das tarefas importantes do sistema de consultadoria é a identificação da natureza do problema tendo em atenção o contexto dos múltiplos sistemas relevantes em que o problema se insere, e a consideração das opções para o que deve acontecer a seguir e quem vai participar. Neste modelo, o psicólogo consulta o médico acerca das medicações, doenças crónicas e assuntos do foro médico nos doentes que trata. Quando a consultadoria se faz no outro sentido, o médico consulta o psicólogo acerca dos aspectos psicossociais das doenças que os seus doentes apresentam. Os dois profissionais podem ou não trabalhar no mesmo local. De qualquer forma, ambos os profissionais tem acesso telefónico sempre que necessário.

Este modelo de colaboração é especialmente recomendado quando o processo do tratamento se encontra estagnado.

O papel do psicólogo no modelo de consultadoria é o de suportar as competências do sistema entre o médico e o doente. Tem consciência que é um elemento exterior ao sistema e define limites com o médico do que pode e não pode fazer. É também um avaliador que responde a questões e faz recomendações e um treinador que ajuda o consultado a desenvolver *skills* de intervenção.

3.4. *Coterapia*

No modelo de Coterapia (Campbell & McDaniel, 1987), o psicólogo e o médico trabalham em conjunto durante todo o processo de diagnóstico e tratamento negociando a divisão do trabalho de acordo com os respectivos *skills*. A diferença entre este modelo e o da Equipa de Saúde Primária é que neste caso os dois profissionais trabalham juntos durante todo o processo em vez de se diferenciarem depois das duas primeiras sessões.

Este modelo é particularmente indicado em famílias com problemas médicos crónicos e em famílias que estão focalizadas inapropriadamente em queixas somáticas (McDaniel, Campbell, & Seaburn, 1989). Neste modelo, os dois profissionais trabalham juntos na avaliação e desenvolvimento do plano de tratamento que integra os aspectos somáticos e psicológicos da experiência do paciente. O psicólogo juntamente com o médico debruçam-se ambos sobre os aspectos psicológicos e psicossociais da doença. O objectivo desta equipa é o de minimizar a triangulação ou seja a possibilidade do doente fornecer informação diferente a cada um dos profissionais dificultando assim o tratamento.

De todos os modelos citados anteriormente este é aquele que requer uma maior negociação entre os dois sistemas culturais, i.e., biomédico e psicossocial.

4. IMPLICAÇOES PARA A FORMAÇÃO DE PSICÓLOGOS

As equipas biopsicossociais colocam desafios ao nível da preparação dos psicólogos que nos parece determinante para o sucesso destas. Por um lado torna-se importante que os psicólogos saibam conversar além da linguagem característica da sua profissão, a linguagem médica uma vez que é no contexto de saúde que se pretendem integrar. Isso requer a nosso ver que o *curriculum* dos psicólogos ao nível da pós-graduação inclua alem da formação psicoterapêutica, formação acerca dos aspectos biomédicos da doença, conhecimento da DSM-IV, formação em terapia familiar, noções de psicofarmacologia, formação sobre a forma de documentar problemas nos ficheiros dos doentes e estágios em contextos de saúde. Ao nível da formação psicoterapêutica, Dymn propõe que, no modelo da Equipa de Saúde Primária descrito anteriormente (Dymn & Berman, 1986), o profissional psicossocial tenha na sua bagagem treino em intervenções breves, intervenções estratégicas, terapia de resolução de problemas, relaxamento, *biofeedback*, meditação e até hipnose.

Uma vez que no contexto de saúde os psicólogos obtêm os doentes normalmente através dos médicos, é importante que uma das competências mais fulcrais a desenvolver pelos psicólogos seja o processo de negociação no qual o problema apresentado pelo doente, normalmente descrito em linguagem médica, seja traduzido num problema biopsicossocial sem que o doente se sinta abandonado ou insultado.

5. CONCLUSÃO

Qualquer contexto médico que realmente tenha em consideração a complexidade dos padrões de saúde e doença tem que ser colaborativo na sua essência. Neste sentido, a preparação dos psicólogos tem que ter em mente a cultura médica na qual se pretende inserir e encontrar um espaço que tradicionalmente estava exclusivamente devotado aos médicos.

Em nosso ver, o futuro das equipas biopsicossociais depende da credibilidade do modelo biopsicossocial que cremos só poder estar associada a resultados visíveis no tratamento dos doentes, quer ao nível da redução de custos médicos quer da diminuição de hospitalizações ou serviços anciliares (Steidl & Mandelbaum, 1987). É esta faceta de eficiência que é determinante para que o modelo biopsicossocial possa ter voz e se estabelecer nos debates da reforma da prestação

de cuidados de saúde que se fazem no nosso país.

Devemos ao doente o melhor tratamento e a melhor ajuda possível. Sozinho, nenhum profissional está equipado para lidar com a gama completa da complexidade dos problemas que os doentes nos trazem. Colaboração é não só eticamente correcta como necessária. Aqui fica lançado o repto...

REFERÊNCIAS

Abell, T. (1986). Family medicine: Its scientific nature. *Family Systems Medicine, 4* (1), 31-34.

Bloch, D. A. (1983b). Family systems medicine: the field and the journal. *Family Systems Medicine, 1* (1), 3-11.

Campbell, T. L., & McDaniel, S. H. (1987). Applying a systems approach to common medical problems. In M. Crouch & L. Roberts (Eds), *The family in medical practice: A family systems primer*. New York: Springer-Verlag.

Crane, D. D. (1986). The family therapist, the primary care physician, and the health maintenance organization: Pitfalls and possibilities. *Family Systems Medicine, 4* (1), 22-30.

Cummings, N., & VandeBos, G. (1981). The twenty year Kaiser-Permanent experience with psychotherapy and medial utilization: Implications for national health policy and national health insurance. *Health Policy Quarterly, 1*, 159-175.

Dymn, B., & Berman, S. (1986). The primary health care team: Family physician and family therapist in joint practice. *Family Systems Medicine, 4*, 9-21.

Engel, G. L. (1977). The need of a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129--136.

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the bio-psychosocial model. *American Journal of Psychiatry, 137*, 535-544.

Hepworth, J., Gavazzi, S. M., Adlin, M. S., & Miller, W. L. (1988). Training for collaboration: Internships for family therapy students in a medical setting. *Family Systems Medicine, 6* (1), 69-79.

McDaniel, S. H., & Weber, T. T. (1986). Family systems consultation in a family medicine training program: opportunities and realities. In L. Wynne, S. McDaniel, & T. Weber (Eds.), *Systems consultation: A new perspective for family therapy*. New York: Guilford Press.

McDaniel, S. H., Campbell, T. L., & Seaburn, D. (1989). Somatic fixation in patients and physicians: A biopsychosocial approach. *Family Systems Medicine, 7* (1), 5-16.

Steidl, J. H., & Mandelbaum, E. K. (1987). Case studies and economics: Integrating a family-systems approach in adult medical settings. *Family Systems Medicine, 5* (2), 238-245.

RESUMO

As equipas biopsicossociais requerem que profissionais com culturas e *backgrounds* diferentes estabeleçam relações de colaboração. Este artigo descreve quatro modelos de colaboração mais comum entre o psicólogo e o médico e tece algumas considerações sobre a formação de psicólogos em contextos de saúde.

Palavras-Chave: Modelos de Colaboração entre psicólogos e médicos, Equipas biopsicossociais.

ABSTRACT

Biopsychosocial teams require that professionals that differ in training and culture establish collaborative relationships. This paper describes the most common four models of collaboration between physicians and psychologists and makes some considerations about the training of psychologists working in health settings.

Key words: Collaboration models between psychologists and physicians, Biopsychosocial teams.