

# Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interacção ou integração biopsicossocial? (\*)

JOAQUIM REIS (\*\*)

## 1. INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde surgiu há cerca de duas décadas no contexto de uma crítica generalizada à eficácia da biomedicina no tratamento e prevenção das doenças e com a identificação de factores comportamentais ou do *estilo de vida* nas principais causas de morte (Engel, 1977; Knowles, 1977; Matarazzo *et al.*, 1984). Nesta altura de viragem do século e de um novo milénio importa levantar algumas questões e reflexões sobre esta recente disciplina científica.

Naquele que foi o primeiro livro de Psicologia da Saúde e, ainda hoje, um dos mais brilhantes, os autores criticaram fortemente o modelo biomédico e propuseram o biopsicossocial, como alternativa conceitual e metodológica (Stone *et al.*, 1979). Este modelo seria a bóia onde a Psicologia da Saúde se iria sustar para partir para os

seus desenvolvimentos teóricos e metodológicos. Resta saber que desenvolvimentos foram esses e qual a concepção biopsicossocial adoptada. Com efeito, será que a adesão ao modelo biopsicossocial, aparentemente mais abrangente do que o biomédico, trouxe realmente inovações teóricas e metodológicas ao domínio da saúde constituindo uma verdadeira alternativa ao panorama existente? Por outras palavras: a Psicologia da Saúde tem desafiado os pressupostos positivistas do modelo biomédico e tem contribuído para a criação de uma concepção alternativa? A este propósito parece pertinente questionar em que medida aquela especialidade da psicologia é uma alternativa à Medicina Psicossomática, a qual sempre veiculou a ideologia positivista do modelo biomédico? Há apenas um modelo biopsicossocial, correspondente aquele ao qual a Psicologia da Saúde se tem apoiado?

A presente reflexão visa contribuir para o debate sobre estas questões. Assim, é feita uma identificação e caracterização de duas metateorias biopsicossociais: a *hierárquica* ou *interacionista* que se defende estar subjacente à Psicologia da Saúde ao longo destas duas décadas, e a *integradora* ou *dialéctica*, a qual se sugere que deva orientar esta disciplina. Para se perceber as

(\*) Ao Luís Joyce-Moniz, por partilhar a sua criatividade e crença na construção dialéctica do conhecimento.

(\*\*) Instituto Superior de Serviço Social, Departamento de Ciências Sociais e Humanas, Largo do Miratelo, 1, 1150 Lisboa, e-mail: joaquimreis@mail.telepac.pt

consequências para a Psicologia da Saúde, da adesão a uma ou outra metateoria, é feito um contraste teórico e metodológico entre as duas através da referência a vários temas: interdisciplinaridade e equipa profissional, relação corpo-espírito, autonomia conceitual-afectiva da pessoa, relação técnico-utente, adesão do paciente às acções preventivas e aos tratamentos e didácticas de saúde e doença.

## 2. MODELO METATEÓRICO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE: INTERACÇÃO OU INTEGRAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL?

Na sequência e desenvolvimento das críticas à concepção redutora do modelo biomédico, o qual tem estado subjacente à teoria e prática da medicina nas últimas décadas, foi proposto um modelo alternativo, designado *biopsicossocial* (Engel, 1977; Knowles, 1977; Leigh & Reiser, 1977; Lipowski, 1977), o qual visa ultrapassar o reducionismo daquele ao defender-se que a saúde e a doença não podem ser restritas aos factores biológicos ou orgânicos, como postula a biomedicina, pois as dimensões psicológica e social da pessoa são igualmente relevantes. Este modelo biopsicossocial tem sido assumido como a referência conceptual e metodológica da Psicologia da Saúde (e.g., Bishop, 1994; Friedman & DiMatteo, 1989; Belar, Deardorff & Kelly, 1987; Mattarazzo *et al.*, 1984; Ogden, 1996; Stone *et al.*, 1979). Contudo, no contexto deste modelo, podem identificar-se duas metateorias, a interaccionista ou hierárquica e a integradora ou dialéctica, as quais reclamam asserções teóricas e metodológicas bem diferenciadas. Antes de se explicitarem essas asserções, será oportuno caracterizar o conceito de metateoria.

Uma metateoria assenta num conjunto de asserções nucleares, generalizadoras, a partir das quais se constrói o conhecimento. Estas asserções permanecem tacitamente enquanto *estrutura profunda* e tornam inteligível o conhecimento, norteando e dirigindo a construção do conhecimento e da investigação (Weimer, 1979). As metateorias são, pois, estruturas conceptuais que explicam qualquer fenómeno que se situa no seu domínio. As estratégias de investigação científica e o desenvolvimento metodológico de uma dada disciplina científica são, pois, determinadas

pelas asserções metateóricas que lhe estão subjacentes.

A metateoria *interaccionista* concebe as dimensões social, psicológica e biológica com uma existência independente, mas que interagem e se influenciam entre si. Esta interacção é traduzida hierarquicamente, surgindo a dimensão biológica na base da pirâmide e, portanto, com maior importância (Reis, 1998b). Esta concepção biopsicossocial, *separada*, compreende uma concepção dualista, na qual *bio* é reduzido ao corpo mecânico (i.e., bioquímica/biofísica) e *psicossocial* ao espírito/mente e ao ambiente social do corpo (Kappauf, 1998). Esta visão hierárquica tem servido os interesses da biomedicina fortalecendo o *imperialismo* ideológico desta, pois por detrás da aparente democracia multidimensional, está, na base da pirâmide, a autoridade epistemológica e corporativa da biomedicina (Haan, 1979; Antonovsky, 1979). A emergência da sociobiologia, na década de setenta, impregnada de asserções que defendiam um controlo genético, estrito e directo, sobre manifestações psicológicas e sociais do ser humano, atribuindo, por exemplo, a homossexualidade e comportamentos agressivos ao poder de influência de certos genes, ou a ideologia mais recente que defende que o estudo da sequenciação do genoma humano irá desvendar as causas das doenças, demonstra a tentativa de reduzir e explicar todos os fenómenos da hierarquia na base da biologia no seu sentido mais estrito (Lewontin, 1992; Sacarrão, 1989).

Esta ideia de hierarquia e de estratificação, tem tradição na história do pensamento científico e está conotada com o positivismo: concepções do conhecimento centralizadas, baseadas no poder da «objectividade», da racionalidade e do especialista que a ela tem acesso, de causalidade/influência linear e unidireccional (teleológica), e assente em valores ancorados no poder/domínio da *realidade* (animada ou inanimada) e nas quantidades (Capra, 1996; Mahoney, 1991).

Uma outra metateoria, mais afastada das orientações teóricas e metodológicas da Psicologia da Saúde, que poderá designar-se *integradora* ou *dialéctica*, concebe as dimensões social, psicológica e biológica, integradas num todo dinâmico, superior à soma das partes. De facto, não se concebe que as várias dimensões têm uma existência separada e independente, pois cada

uma apenas tem sentido e ganha existência pela sua integração nas outras; não há uma dimensão mais importante. Ao contrário, é a consistência geral das interpenetrações das dimensões que determina a estrutura do todo. As dimensões ou partes adquirem novas propriedades por estarem integradas num todo. As partes e o todo evoluem em função da sua relação, e a própria relação evolui (Capra, 1996; Hoffmeyer, 1997; Levins & Lewontin, 1985). Como consequência evidente desta visão integradora, a biomedicina ou a biologia não podem ser concebidas como a ciência ou a dimensão fundamental na saúde e na doença. Os fenómenos descritos pela biomedicina

não são mais importantes daqueles descritos, por exemplo, pela psicologia ou pela sociologia – apenas pertencem a diferentes dimensões do sistema. Esta metateoria rejeita, pois, a concepção hierárquica do modelo biopsicossocial, utilizando-se o conceito *heterarquia* para traduzir a ideia de uma distribuição descentralizada e dialéctica da construção e transformação do conhecimento, de causalidade/influência não-linear e multidireccional (teleonómica) assente em valores de coligação ou cooperação/partneria e em qualidades (Capra, 1996; Mahoney, 1991).

Estas duas metateorias biopsicossociais, bem diferenciadas em termos das suas asserções fun-

TABELA 1

*Contraste teórico e metodológico entre a metateoria interaccionista ou hierárquica e a metateoria integrativa ou dialéctica na saúde e na doença*

	<i>Modelo biopsicossocial interaccionista</i>	<i>Modelo biopsicossocial dialéctico</i>
<i>Concepção multidimensional</i>	Hierarquizada	Integrada
<i>Interdisciplinaridade e equipa profissional</i>	Vertical: médico representa a autoridade epistemológica e assume-se como chefe da equipa ao longo do processo de cura ou preventivo	Horizontal mas com <i>equilíbrio pontuado</i> : poder da equipa é descentralizado e a profissional que "sobressai" é contingente à situação concreta ao longo do processo de cura ou preventivo
<i>Investigação</i>	Quantitativo e "dados objectivos"	Combina quantitativo com qualitativo
<i>Estatuto epistemológico e ontológico da pessoa: relação corpo-espírito</i>	Interaccionista e dualista: corpo-objecto o qual é sempre "propriedade epistemológica" do médico	Integrada ou dialéctica: corpo-objecto e corpo-subjectivo
<i>Autonomia conceitual-afectiva</i>	Negligenciada: promoção no paciente de um papel passivo e obediente	Promoção da autonomia (de pensamento, emoção e ação) do paciente. Paciente pode ter papel activo.
<i>Relação técnico-utente</i>	Baseada na autoridade epistemológica do terapeuta	"Parceria epistemológica"
<i>Adesão do paciente às acções preventivas e aos tratamentos</i>	Centrada no paciente. Não adesão: paciente não obedece à autoridade médica	Centrada na dialéctica do sistema de saúde concebido como um todo. Não adesão: problema ao nível dessa dialéctica
<i>Didácticas de saúde/doença</i>	Paciente processa, regista e reproduz/imita informação que lhe é transmitida	Promoção da reflexão e construção autónoma de significações

damentais, vão traduzir, pois, diferentes concepções e métodos de pesquisa sobre os processos de saúde e doença, e diferentes atitudes e ações dos profissionais de saúde sobre os mesmos processos, como se ilustra e exemplifica sinteticamente na Tabela 1.

### 2.1. Interdisciplinaridade e equipa profissional

Como foi referido, a metateoria *interaccionalista* favorece a separação das várias dimensões da pessoa e, como consequência, das várias disciplinas científicas especializadas em cada dimensão. Como tal, a interdisciplinaridade tende a ser ignorada, ou, então, quando existe, é *filtrada* pelos ditames da biomedicina. Esta separação epistemológica e disciplinar tem consequências ao nível da investigação e da prática profissional. Na investigação considera-se que os estudos biomédicos são os fundamentais levando a uma subestimação da influência dos factores psicosociais na saúde e na doença (Cunningham, 1995). Os dados destes estudos, obtidos através de uma *lente* que reduz a observação do todo aos fenómenos biológicos, e analisados na base de métodos estatísticos quantitativos, «são tão *científicos* como as afirmações de uma pessoa, com cegueira às cores, sobre o papel da cor no desenvolvimento e no efeito dos frescos da Capela Sistina» (Uexküll, 1995, p. 25). Os resultados são apresentados na base da metáfora do *círculo*: as variáveis que influenciam o estado de saúde são apresentadas graficamente como *fatias* independentes que ocupam uma dada percentagem da área total de um *círculo*, sem qualquer tipo de interacção ou interpenetração entre as mesmas (Cunningham, 1995). Os estudos em Psicologia da Saúde acompanham esta metáfora, pois o desenvolvimento teórico praticamente não existe, sendo substituído por descrições de variáveis, representadas através do *flowcharting* (i.e., conjunto de caixas unidas por setas), e visa-se a identificação de processos causais na base de descrições de relações estatísticas, levando ao atomismo e à separação das variáveis (Reis, 1990; Spicer & Chamberlain, 1996).

Na actividade profissional a medicina surge como a disciplina mais importante nas ações curativas ou preventivas e, consequentemente, o médico ou trabalha isoladamente, sem qualquer

participação de outros especialistas ou, quando trabalha em equipa, assume-se como chefe ou autoridade epistemológica da mesma – ele é a base da pirâmide. Por exemplo, apenas se permite ao médico o poder de internar ou dar alta a um doente, ou a prescrição de uma declaração de «baixa» para justificar a ausência da pessoa ao trabalho.

A metateoria *integradora*, ao contrário, defende e promove a interdisciplinaridade, pois, como refere Norma Anderson (citado em Azar, 1998), os problemas de saúde das pessoas não estão organizados de forma congruente com os departamentos universitários e, pode acrescentar-se, com os interesses corporativos. Ao contrário, será necessário o desenvolvimento teórico e de pesquisa que possa estudar as interpenetrações entre as várias dimensões do sistema humano (Uexküll, 1995; Hoffmeyer, 1997). Apenas uma actividade de investigação baseada na interdisciplinaridade efectiva, poderá permitir o próprio desenvolvimento disciplinar e aumentar a probabilidade de compreender as conexões dialécticas entre as várias dimensões da pessoa (Piaget, 1972). Ao mesmo tempo, este alargamento disciplinar permite a inclusão de métodos fenomenológicos e qualitativos, tradicionalmente ligados às ciências humanas e sociais, os quais facilitarão a compreensão de dados e alargarão o campo de observação e de experimentação, levando ao desenvolvimento teórico (Uexküll & Pauli, 1986; Reis, 1994).

Do mesmo modo, a nível profissional as equipas devem trabalhar de forma integrada e harmonizada, não fazendo sentido, pois, que o representante da biomedicina ou de outra disciplina científica seja o chefe ou a autoridade epistemológica da equipa. Contudo, ao longo do processo preventivo ou curativo, um determinado técnico ou especialista pode «sobressair», devido à ênfase da intervenção num dado momento pontual do processo. Por exemplo, num processo cirúrgico existem várias fases. No período específico da intervenção cirúrgica, propriamente dita, o cirurgião é o elemento da equipa que «sobressai». Mas noutra fase do processo, relativo ao período de recuperação pós-operatória, outros técnicos podem «sobressair» pois a ênfase da intervenção pode ser, agora, psicológica. Assim, a equipa profissional trabalha de forma descentralizada, com estrutura horizontal equilibrada, mas *pon-*

*tuada*, pois nalguns momentos o trabalho de um dado profissional pode predominar em relação ao de outros.

## 2.2. *Estatuto epistemológico e ontológico da pessoa: relação corpo-espírito*

A metateoria *interaccionista* favorece o dualismo interaccionista corpo-espírito: o corpo e o espírito são concebidos como entidades separadas mas que se influenciam. Esta separação negligencia a dimensão psicológica (espírito, mente) em favor da física ou corporal, pois esta constitui a base da pirâmide. No contexto da concepção hierarquizada é o mental ou o social que ficam a perder em favor do físico. Assim, na saúde e na doença, o corpo torna-se no objecto principal do processo curativo ou preventivo, permanecendo a uma distância impessoal dos especialistas e observado por estes enquanto colecção de partes inanimadas que poderão estar «avariadas» (i.e., com doença). Esta observação fica ao cuidado dos especialistas em biomedicina. Cria-se, assim, uma fronteira entre o corpo percebido ou subjectivo e o corpo concebido materialmente e como qualquer outro objecto físico, vazio de sentimentos, pensamentos e crenças (Johnson, 1983). Esta visão estratificada e *separada* concebe um conflito psicológico ou social e um problema físico *separados* e autónomos, mas que se podem influenciar em termos de uma causalidade linear. É a visão clássica da Medicina Psicossomática. As dimensões psicológica e social surgem, pois, como complementares (i.e., secundárias) da biológica, separadas do corpo, mas que podem influenciá-lo através da sua interacção com ele e que por isso não é de desprezar um tratamento ou acção preventiva social ou psicológica como complemento da acção biomédica, considerada fundamental. Sendo assim, o corpo-objecto, principal personagem da narrativa da saúde e da doença, surge como «propriedade epistemológica» do médico, sendo apenas este o único que pode prescrever ou exercer acções sobre o corpo. O corpo é um objecto, que a pessoa transporta consigo e que é distinto do ambiente e de outros corpos. O meu corpo é «algo que me acontece» em vez de «eu que estou acontecendo» (Kepner, 1987). Este corpo, separado do eu e do ambiente físico e social, que funciona como uma espécie de realidade autónoma, constitui

uma importante significação da metateoria interaccionista: o ser humano *tem* um corpo.

A metateoria integradora defende a  *dialéctica* corpo-espírito, que se refere a uma interpenetração e integração entre as várias dimensões do ser humano. Não há fronteiras entre o biológico, o psicológico e o social, pois eles constituem-se num todo integrado. Os pensamentos, crenças e sentimentos estão encarnados no corpo. As vivências pessoais da pessoa, o seu ambiente, os seus pensamentos, sentimentos e crenças vivem intimamente com os seus músculos, tendões, ossos, nervos, hormonas e posturas corporais. Utilizando as palavras de Merleau-Ponty o corpo é carne da carne do mundo. As vivências culturais e pessoais estão impregnadas no corpo. O termo atitude, por exemplo, etimologicamente evoluiu no sentido de significar disposição do espírito traduzida pela do corpo, postura ou o ângulo em que a pessoa está inclinada a partir da vertical. Neste contexto, curar não é curar o corpo-objecto, mas a pessoa. Esta visão integrada da pessoa vê qualquer processo, seja um conflito psicológico ou social ou um sintoma físico como parte de um todo, que inclui aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Assim, algo que ocorre no domínio psicológico (e.g., sentimentos generalizados e relativamente crónicos de hostilidade) está incluído num todo mais alargado que inclui uma expressão física (e.g. padrões de postura ou tensão corporal; forma como a pessoa respira; alterações cardíacas) e uma expressão social (e.g., deterioração de relações interpessoais relacionados com a hostilidade). Estas três dimensões são consideradas partes integradas num todo que dão origem a uma expressão *unitária* em vez de se considerar, como no modelo hierárquico, que fenómenos de certas dimensões causam outros, de forma independente e linear. As metodologias visam juntar todos os aspectos da pessoa de forma a que esta se possa experienciar como um organismo unitário, em vez de uma mistura de partes e em que todas as dimensões têm de ser conectadas ou ligadas dialecticamente para promover e facilitar o processo preventivo ou de tratamento (Kepner, 1987). Diferentes metodologias, biomédicas, psicológicas e sociais são vias diferentes de acesso ao sistema. Assim, não existem dimensões ou profissionais com papel primário e outros com secundário. O especialista em biomedicina é *um* especialista entre

outros. O corpo deixa de ser «propriedade epistemológica» dos médicos ou doutros especialistas, pois o corpo é simultaneamente um corpo-objecto e um corpo-subjectivo e social, do qual a pessoa tem uma percepção pessoal e se inscreve no contexto da sua vida. Paralelamente, nas acções preventivas ou curativas existe uma centração na pessoa e não no corpo-objecto.

### 2.3. Autonomia conceitual-afectiva e relação técnico-utente

O corpo-subjectivo pode ser reconhecido, justamente, na experiência subjectiva da saúde e da doença, a qual adquire sentido através das significações pessoais que lhe estão inerentes. Por exemplo, o processo de reflexão sobre uma alteração corporal percebida envolve questões de teor epistemológico-ontológico: Será que estou doente? Será grave? A minha vida está em risco? Pode tratar-se? Que se passou com outras pessoas que sentiram o mesmo? Devo ir ao médico? Estas perguntas, que levam a potenciais respostas e, eventualmente, a novas perguntas, traduzem um processo de reflexão pessoal, mais ou menos intenso, mais ou menos elaborado, e que é acompanhado por expressões emocionais. Este processo reflexivo-emocional traduz, pois, a experiência subjectiva da doença ou a fenomenologia da doença. Nesta experiência está incluído o *conhecimento leigo* da pessoa sobre processos de saúde e doença. Pode dizer-se, pois, que quando uma pessoa se apercebe de uma alteração do seu estado de saúde, avalia o que estima estar a suceder. Estas avaliações vão influenciar a forma como ela responde à alteração percepcionada, isto é, o tipo e a intensidade das emoções que emergem e as acções que desenvolve para se tentar curar e aliviar o sofrimento (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal & Diefenbach, 1991).

As interpretações ou significações sobre uma alteração percebida no estado de saúde, ou quando se pretende prevenir a ocorrência de uma determinada doença são parte integrante do estado de saúde da pessoa. Este processo de interpretar ou de dar uma explicação pessoal ao estado de saúde, é um processo autónomo, ainda que seja concebido no âmbito de uma interacção social ou de uma cultura local. Com efeito, as significações, construídas pela pessoa, inscrevem-se

também no âmbito de convenções linguísticas e narrativas culturais nas quais a pessoa está imbuída (Bruner, 1991). Contudo, o processo de construção é autónomo. A pessoa tem a capacidade de construir autonomamente significações sobre a sua saúde, as quais, ao emergirem de biografias pessoais únicas dão origem a significações que podem diferir em maior ou menor grau das que são norma numa determinada cultura local. Neste sentido, pode dizer-se que as metáforas, imagens ou interpretações das pessoas sobre os seus processos de doença espelham tanto a sua cultura como as suas características pessoais únicas.

A pessoa tem, pois, a capacidade para reflectir sobre os seus desejos, sobre as suas intenções, sobre o que pensa estar a ocorrer consigo própria e, também, em mudar estas significações ou interpretações e tentar concretizar certas acções. Pode pensar sobre o pensamento, pode construir significações acerca de significações, isto é, envolver-se numa actividade metacognitiva. E esta actividade de construção de significações, a qual pode ter vários níveis de reflexão, tem, naturalmente, uma dimensão valorativa-afectiva. Assim, pode designar-se *autonomia conceitual-afectiva* esta capacidade das pessoas para construir autonomamente significações sobre si próprias, sobre os outros, sobre o mundo e a vida, ou sobre as suas próprias significações, ainda que mais ou menos imbuída em determinadas convenções linguísticas ou socio-culturais (Reis, 1998b). No domínio da saúde e da doença, a autonomia conceitual-afectiva traduz-se, por exemplo, nas avaliações subjectivas sobre os sintomas, nas interpretações ou significações sobre as causas e as evoluções de uma determinada doença, na reflexão relativa à implementação e modificação de estilos de vida ou na decisão em aderir às recomendações feitas pelo médico. E esta actividade conceitual-afectiva tem uma influência marcante no estado de saúde. Com efeito, diversas investigações empíricas têm demonstrado que as significações pessoais estão na base do bem-estar psicológico e na facilitação dos processos de promoção da saúde, assim como nos de convalescência ou de reabilitação (cf. Reis, 1998b).

As significações ou interpretações subjectivas da pessoa sobre processos de saúde e doença podem ser analisadas em termos do seu grau de *di-*

ferenciação, integração ou complexidade, de acordo com uma perspectiva desenvolvimentista, defendida por autores como Piaget, Werner, e Kohlberg. Assim, pode considerar-se que as significações individuais sobre processos de saúde e doença mudam ao longo do processo de desenvolvimento e podem ser sequenciadas de forma ordenada, inclusiva e previsível de acordo com os ritmos do desenvolvimento integrado da pessoa e os limites socio-cognitivos impostos por esse crescimento (Joyce-Moniz & Reis, 1991). Na Tabela 2 apresenta-se o exemplo de uma sequência desenvolvimentista de significações subjectivas de adultos sobre o processo de cura/tratamento das doenças<sup>1</sup>, a qual é proposta a partir de estudos, efectuados com crianças e adolescentes, sobre a evolução, nestas, de significações sobre processos de doença, e da síntese socio-cognitiva de Joyce-Moniz (Joyce-Moniz, 1993; Joyce-Moniz & Reis, 1991). Tratam-se de níveis correspondentes à vida adulta, isto é, potencialmente, considerando apenas o determinante maturacional, todos os adultos poderão ter acesso. Contudo, a pessoa tende a funcionar habitualmente a um determinado nível de significação que não necessariamente o mais elevado. De facto, num estudo efectuado com doentes adultos hospitalizados, que se submeteram a uma cirurgia cardíaca, verificou-se que os pacientes funcionavam a diferentes níveis de significação relativamente ao seu processo de doença, desde os níveis menos elevados aos mais elevados. E quando pacientes que funcionavam a níveis menos elevados de significação eram expostos a significações típicas de níveis mais elevados, não as conseguiam compreender e integrar nos seus esquemas de conhecimento sobre esses processos (Reis, 1992a).

No contexto da metateoria *interaccionista*, a autonomia conceitual-afectiva é negligenciada pois o técnico ou o terapeuta assume o papel de uma autoridade epistemológica que controla o processo terapêutico de forma directiva e inquestionável. O paciente é, deste modo, relegado para uma condição de passividade face aos serviços que lhe prestam. De modo geral, o terapeuta con-

sidera-o incompetente e incapaz de chegar a uma compreensão adequada dos problemas que o afectam. Esta relação é, pois, desigual, já que o controlo do acesso ao conhecimento é unilateral. Os critérios de cura são baseados na competência exclusiva do terapeuta. Esta proposta pretende assegurar, sobretudo, a colaboração do paciente durante o processo clínico. O terapeuta assume uma responsabilidade unilateral pelo processo clínico, face a um paciente passivo e receptivo o qual não tem possibilidade de aceder à informação relevante para o seu caso e de participar no processo de decisão (Haan, 1979; Reis, 1998b). O terapeuta adopta uma posição autoritária e paternalista, que visa exclusivamente «corrigir» o paciente, dizer-lhe o que deve fazer e pensar, e considera as opiniões e o conhecimento leigo como redundante ou mesmo prejudicial, assumindo a responsabilidade de todo o processo e negando a possibilidade de participação daquele. As reflexões e as questões do paciente são consideradas como um factor de empecilho das acções preventivas ou de tratamento. De facto, o doente que coloca dúvidas e tem uma atitude activa, que quer ter acesso à informação é, muitas vezes, considerado o «mau doente». Ao contrário, o doente passivo e obediente, que delega no terapeuta todas as decisões, é considerado o «bom doente». Considera-se que este «deixa trabalhar» o especialista, «não se intromete» no seu trabalho. As significações do paciente, quando são consideradas, são analisadas e interpretadas do ponto de vista do profissional de saúde e são concebidas sem qualquer critério, de acordo com a sua natureza idiossincrática e variável, ou, então, em termos de tipos mais ou menos fixos ou imutáveis de sistemas de significações, isto é, *temperamentos* de personalidade (Joyce-Moniz & Reis, 1991). Não existe uma coordenação dos objectivos e dos procedimentos concretos da intervenção, com as possibilidades dialécticas da pessoa. Por exemplo, o profissional de saúde explicita significações de nível 5 para pacientes ou utentes de nível 1 ou 2 nos mesmos temas de significação.

Em contraste com a visão autoritária da metateoria *hierárquica*, de acordo com as asserções da metateoria *integradora* deve haver lugar a uma «parceria epistemológica» entre o profissional de saúde e o utente. Técnicos e terapeutas to-

---

<sup>1</sup> Para maior desenvolvimento e outras sequências de significações ver Reis (1998b).

TABELA 2  
*Níveis de desenvolvimento de significações de adultos sobre o processo de  
cura/tratamento das doenças*  
© Joaquim Reis, 1998b

**Nível 1: concepção mágica, pré-científica, fenomenismo**

O processo de cura é endossado exclusivamente ao poder de fontes externas de conhecimento que representam a «autoridade» epistemológica. Este endosso pode ser feito a figuras do domínio científico (e.g., médico), do domínio mágico ou sobrenatural (e.g., práticas de bruxaria) ou do domínio religioso (e.g., padres). Estas «autoridades» têm acesso à verdade da cura da doença. A escolha da autoridade não é uma opção deliberada ou reflectida mas baseada na tradição ou na cultura sendo, pois, automática. O conhecimento sobre a doença e a sua cura, está na posse da autoridade, e não tem que ser questionado ou justificado. O processo de cura é concebido a partir de uma obediência extrema às prescrições e recomendações destas «autoridades» sem compreensão do mesmo; ou, então, a pessoa centra-se na sua perspectiva do processo de cura e é incapaz de compreender a perspectiva dos outros, não cooperando com o tratamento. A atitude para com o processo de cura é, pois, passiva. A pessoa espera os conselhos dos outros.

A compreensão sobre o papel do corpo como agente curativo não existe. A fonte da cura é externa: pode envolver a ingestão de substâncias ou a obediência a um conjunto de regras ou de rituais (e.g., rezar, mudar a alimentação), propostas pela autoridade.

**Nível 2: concepção ontológica e instrumental**

Tal como no nível anterior, o processo de cura é endossado ao poder de fontes externas de conhecimento (domínios científico, religioso ou mágico) que representam a «autoridade» epistemológica. Contudo, neste nível, estas autoridades podem ser postas em causa e serem vistas como fontes incertas de conhecimento. A pessoa escolhe a autoridade que, segundo ela, terá maior probabilidade de a tratar de acordo com a sua concepção etiológica da doença. Assim, se relacionar causalmente a doença com uma má acção (do ponto de vista moral) pode recorrer a um padre ou uma bruxa. Ao mesmo tempo, pode consultar também um médico para tratar as consequências físicas da «má conduta». Mas se conceber a causa da doença ligada a um vírus que entrou no corpo, então pode recorrer primariamente a um médico. O processo de cura é concebido a partir de uma obediência às prescrições e recomendações dessas «autoridades» sem compreensão do mesmo. A avaliação do êxito do tratamento, proposto pela autoridade, baseia-se numa larga acumulação de «provas»/«evidências»: estas podem levar à posse do conhecimento «absoluto» – a percepção de redução dos sintomas e de melhor bem-estar («provas»/«evidências») levam à certeza absoluta que o tratamento é o apropriado. Este é avaliado em termos de um efeito instrumental e concreto.

A compreensão sobre o papel do corpo como agente curativo começa a existir mas é ainda bastante limitada. A fonte da cura é essencialmente externa. A pessoa pensa recuperar da doença como resultado de «tomar conta de si própria» permitindo que os remédios e «tudo o que o terapeuta diga» possa agir para combater a doença.

A atitude para com o processo de cura é eminentemente passiva, já que a personalidade ou o modo de vida são supostas não ter nada a ver com o estado de doença. Se a pessoa achar que o terapeuta não vai ao encontro das suas necessidades/desejos, então pode desistir do tratamento proposto e/ou procurar outro terapeuta.

**Nível 3: sequenciação de factores (biológicos, psicológicos e sociais) com centração biológica**

Ausência de interacção ou integração das dimensões biológica, psicológica e social; as várias dimensões existem mas são descritas apenas em termos de sequenciação de eventos e não da sua integração. O processo de cura é endossado, preferencialmente, aos especialistas de saúde que conhecem o funcionamento dos órgãos e a fisiologia do organismo (e.g., médicos, enfermeiros). A pessoa sabe que pode haver incertezas sobre a cura ou a causa da doença. Mesmo os especialistas e a acumulação de provas/evidências (e.g., redução dos sintomas; resultados dos exames laboratoriais) podem não conduzir ao conhecimento da cura da doença. Neste sentido, face a dúvidas sobre o processo de cura (e.g., a pessoa não vê melhorias) a pessoa pode converter-se na fonte e no juiz da sua própria verdade (e.g., eu sei porque estou doente, o médico não sabe como foi a minha vida, senão sabia porque estou assim).

Apesar de reconhecer que os factores psicológicos/emocionais podem entrar na sequência de eventos que conduzem a uma doença, a cura envolve essencialmente um tratamento dos aspectos somáticos.

A dimensão psicológica carece de concretização e limita-se, pois, a ser considerada como «estados de alma» (e.g., «estados de espírito», «boa disposição») que podem contribuir para a cura, mas sem que exista uma sistematização coerente na relação psíquico/físico. A concepção psicosomática é, pois, bastante rudimentar, e os tratamentos biomédicos são propostos de forma quase exclusiva, sem integração com os psicosociais. Assim, a fonte da cura continua a ser essencialmente externa (ingestão de remédios, adesão às prescrições e recomendações dos terapeutas), mas a pessoa acha que pode ajudar se «pensar positivo» ou «se fizer por se sentir bem» ou «aceitar o que os médicos lhe dizem» (e.g., «temos de ter força de vontade», «temos de ajudar os médicos e não lhes mostrar desagrado»). Se a pessoa percebe que o terapeuta não reconhece o «bom doente» que ele é e as suas atitudes de bondade, então pode desistir do tratamento e/ou do terapeuta.

TABELA 2  
(cont.)

**Nível 4: interacção entre as dimensões biológica, psicológica e social**

O processo de cura é endossado às pessoas que são especialistas no domínio da saúde (médicos, enfermeiros ou outros agentes clínicos). Mas a pessoa sabe que nem todos os especialistas têm as mesmas concepções sobre a saúde (modelos científicos): prefere, pois, um especialista que considere factores sociais e psicológicos, para além dos biológicos. A relação entre as três dimensões é agora feita de forma sistemática e coerente: a pessoa consegue perceber uma relação entre elas. Apesar desta concepção multifactorial, a dimensão biológica continua a ser considerada fundamental e com mais peso em relação às outras variáveis. Assim, no processo de tratamento, o peso das variáveis psicológicas e sociais, é secundário em relação ao das biológicas.

O corpo já é considerado como tendo um papel como agente curativo, com base numa concepção ecológica (e.g., na cura das doenças infecciosas admite-se uma interacção complexa entre o hóspede e o hospedeiro o que leva a conceber o remédio como necessário mas não suficiente, pois a resposta do organismo é considerada um factor crítico).

A consideração da importância das variáveis psicosociais leva a uma atitude relativamente activa face ao processo de tratamento, procurando uma harmonização racional entre os factores físicos, psicológicos/emocionais e sociais (e.g., cura pode envolver o evitamento de excessos físicos e/ou emocionais e uma melhor integração sócio-profissional). Considera a possibilidade de modificação do estilo de vida. Mas estas atitudes e decisões estão dependentes das significações e valores do médico. A pessoa evita violar as regras do sistema de cuidados de saúde, concebido como um sistema racional que contribui para curar as doenças e que, por isso, deve seguir as suas regras. Se a pessoa perceber no especialista atitudes e explicações que não assentem numa base racional e lógica então pode não aderir às suas recomendações e prescrições. O conhecimento do médico é subjectivo e reflecte as suas interpretações no âmbito do contexto social presente. Esse conhecimento mantém, contudo, a coerência do sistema de saúde. As crenças veiculadas pelo sistema de saúde são o juiz supremo da plausibilidade das significações sobre a cura das doenças.

**Nível 5: integrador, transformacional e dialéctico**

Processo de cura assenta numa concepção holística e dialéctica: as dimensões biológica, psicológica e social, interpenetram-se para constituir uma totalidade superior à soma das partes. A pessoa reconhece, contudo, as dificuldades metodológicas desta abordagem e pode, intencionalmente, concordar que o processo de tratamento valorize uma ou duas dimensões (e sua inter-relação) em desfavor de outra. O conhecimento objectivo sobre o estado de saúde (causas, tratamento) não é possível, porque dependente das nossas percepções e interpretações, mas certas significações e metodologias (e.g., tratamentos) são mais apropriados ou viáveis do que outros. Assim, a pessoa pode concordar com determinado tratamento, tendo consciência do relativismo da sua eficácia e da sua actuação sobre as «causas» da doença.

A pessoa constrói as suas próprias significações sobre o processo de cura independentemente das do terapeuta ou do sistema de saúde e coordenadas a níveis de integração mais gerais e abstractos. As significações médicas ou do sistema são consideradas como conhecimento adicional e são analisadas segundo critérios relativistas: a pessoa decide aceitar ou não aceitar essas significações partindo de uma reflexão intencional.

O seu papel é activo e autónomo, e as suas significações ou decisões podem não coincidir com as propostas médicas ou do sistema, na base de avaliações idiossincráticas e integradoras. A pessoa coordena os seus pontos de vista sobre os benefícios do tratamento com os do terapeuta e coordena-os, transformando-os. A cura pode constituir uma oportunidade para uma transformação do estilo de vida, podendo envolver reflexões marcadamente ontológico-epistemológicas (e.g., reflexões sobre o sentido da vida; mudanças no auto-conhecimento). Se o paciente perceber que o terapeuta não respeita a sua autonomia e individualidade, então pode desistir do tratamento e/ou do terapeuta.

dos têm algo a oferecer e todos têm conhecimento a propor. O técnico tem conhecimento especializado num dado domínio, mas o paciente ou utente dos serviços de saúde também se «especializou» sobre o seu próprio corpo e sobre o contexto da sua vida. Por exemplo, no controlo da obesidade existem muitos aspectos benéficos dos regimens dietéticos e que não se relacionam com factores ou funções biológicas, mas que são do conhecimento do leigo e que o especialista desconhece (Cassidy, 1994). Assim, é um erro considerar que os regimens dietéticos científicos (i.e. veiculados pelos especialistas) são os que estão correctos enquanto que os regimens leigos (i.e. veiculados pelas pessoas leigas em medicina) estão incorrectos, devendo, pois, ser ignorados. Assim, e em termos práticos, a «parceria epistemológica» significa que o paciente participa activamente no processo, pode dar opiniões e propor soluções que permitem que o regimens se harmonize com o seu estilo de vida. Em vez de pensar pelo paciente, o terapeuta acompanha os raciocínios do paciente e promove, neste, o processo de reflexão, de autonomia e de tomada de decisão.

Os benefícios de uma atitude de «parceria epistemológica» são corroborados pelos dados de diferentes estudos (Kimball, 1969; Radley & Green, 1985; Schüssler, 1992). De facto, os pacientes que aceitavam a doença e que a interpretavam como um desafio eram aqueles que trabalhavam em parceria com os profissionais de saúde, participando activamente no processo de tratamento ou de reabilitação e também apresentavam melhores índices de recuperação. Ao contrário, doentes resignados e passivos, que se assumiam como vítimas da doença, e delegavam no terapeuta todo o processo de cura, tinham os piores índices de recuperação. Assim, a promoção da autonomia do doente, através da sua participação activa no processo de cura ou nas acções preventivas, parece ser um objectivo que deve ser seguido pelos profissionais de saúde. A humanização da medicina ou dos cuidados de saúde passa, justamente, pela consideração das significações individuais dos utentes ou dos doentes, da sua autonomia conceitual-afectiva, e a sua integração na prática da medicina.

A parceria pode ser fortalecida e promovida caso o profissional de saúde coordene os objectivos e os procedimentos concretos da intervenção

com as possibilidades dialécticas do paciente, o que permite melhorar a sua adesão ao processo preventivo ou de tratamento. De facto, como será referido mais adiante, as didácticas e as metodologias de intervenção propostas são harmonizadas com o nível de desenvolvimento de significação ao qual a pessoa habitualmente funciona. A equivalência entre níveis de significação do paciente e metodologias de intervenção, e a concomitante programação de metodologias de acordo com mudanças de níveis de significação, que se processam de forma ordenada e inclusiva, promove, no paciente, a construção autónoma de novas significações e atitudes de confronto, cada vez mais abertas, flexíveis e generalizáveis, como sugerem alguns estudos empíricos (Barros, 1992; Fradique, 1993; Reis, 1992a).

#### *2.4. Adesão do paciente às acções preventivas e aos tratamentos*

Tradicionalmente, a adesão é definida como «o grau em que o paciente adere ao tratamento prescrito» ou «o grau em que o comportamento da pessoa coincide com o conselho ou a prescrição médica» (cf. Davidson, 1982; Turk & Meichenbaum, 1991). Assim, a adesão do paciente é concebida no contexto de uma estrutura hierárquica de conhecimento e de relação, na qual o paciente ou utente deve obedecer ou «seguir sem questionar» as instruções, prescrições e recomendações médicas. Esta concepção encaixa bem na visão de um paciente que é considerado um elemento passivo face à autoridade epistemológica do terapeuta: o «bom» paciente é aquele que se conforma e obedece às instruções ou injunções do técnico. Se o paciente não adere, considera-se que é nele que reside a raiz do problema. Esta é a concepção da metateoria *hierárquica*.

Doutro modo, uma concepção dialéctica, de acordo com a metateoria *integradora*, concebe o processo de adesão às prescrições ou recomendações médicas como um fenómeno complexo, no qual várias variáveis contribuem integradamente para o influenciar. Por exemplo, as características da doença do paciente, as características pessoais do terapeuta e do paciente, o tipo e as exigências do regime terapêutico, a qualidade da relação técnico-paciente e as características do sistema de cuidados de saúde são algumas das

**TABELA 3**  
***Modelo dialéctico de avaliação da adesão***

<b>Dialéctica paciente-doença</b>
<i>Significações do doente sobre a etiologia e o processo de doença</i> (teorias leigas sobre processos de doença)
<b>Exemplo:</b> concepções erradas sobre a doença e sua evolução; crença que os medicamentos apenas são necessários quando existem sintomas; doente não reconhece que está doente; tipo de atribuição (externa ou interna); significações de tipo hipochondríaco.
<i>Significações do doente sobre potenciais factores de risco</i> (teorias leigas sobre como evitar a doença)
<b>Exemplo:</b> pessoa pensa que o seu caso pessoal é diferente da média; distorce os factores de risco; reconhece os factores de risco mas prefere manter a sua qualidade de vida actual.
<i>Significações sobre os sintomas emocionais</i> (e.g., reacções ansiosas e depressivas)
<b>Exemplo:</b> interpretação (errada) de um sintoma como sinal de agravamento da doença; levanta dúvidas sobre a eficácia do tratamento (reacção anseogénica); sentimento de perda da sua autonomia e consequente desvalorização pessoal (reacção depressogénica) e deixa de acreditar no tratamento e/ou no médico.
<i>Métodos pessoais de confronto com o processo de doença</i>
<b>Exemplo:</b> Auto-medicação; tenta ignorar os sintomas; ingestão de remédios «caseiros»; muda, por iniciativa própria, alguns hábitos de comportamento.
<i>Características da doença</i>
<b>Dialéctica profissional de saúde-paciente</b>
<i>Significações valorativas sobre a competência do médico</i>
<b>Exemplo:</b> doente avalia negativamente o médico e perde a fé nas suas prescrições e recomendações
<i>Significações da pessoa sobre o seu processo de saúde ou doença entram em conflito com as do médico</i>
<b>Exemplo:</b> doente tem uma concepção sobre a etiologia do processo de doença diferente da do médico; doente recusa a gravidade do diagnóstico sugerido pelo médico; doente e médico formalizam o processo de doença de acordo com diferentes níveis de desenvolvimento de significação.
<i>Problemas de comunicação</i>
<b>Exemplo:</b> médico não é didáctico; médico não elícta as expectativas do doente sobre a doença e o tratamento; médico não coordena os objectivos e os procedimentos concretos da intervenção com o nível de desenvolvimento de significações do paciente.
<i>Problemas na relação/aliança terapêutica</i>
<b>Dialéctica sistema de saúde (e.g., hospital, centro de saúde)-utente</b>
<i>Dificuldades na continuidade da prestação dos cuidados de saúde</i>
<b>Exemplo:</b> Serviço hospitalar funciona mal; falta de condições hospitalares; dificuldades em harmonizar afazeres profissionais com o tratamento.
<i>Desumanização dos Serviços</i>
<b>Exemplo:</b> despersonalização (doente tratado pela doença ou pelo número da cama e não pelo seu nome; ausência de confidencialidade nas visitas médicas em grupo; doente não sabe qual o médico que o vai operar; ausência de compreensão das necessidades e sofrimento do doente); más condições de trabalho dos médicos e enfermeiros e aumento do <i>stress</i> profissional.
<i>Inadequada supervisão da evolução da doença</i>

TABELA 3  
(cont.)

<b>Dialéctica paciente-tratamento</b>
<i>Significações do doente sobre os efeitos da medicação</i>
<b>Exemplo:</b> doente não se apercebe de melhorias sintomáticas; durante a ingestão da medicação há um agravamento dos sintomas; Distorção da magnitude dos efeitos secundários.
<i>Complexidade/dificuldade do regime terapêutico</i>
<b>Exemplo:</b> doente tem de ingerir muitos comprimidos e a horas diferentes; doente necessita acordar de noite para ingerir o medicamento; custos económicos elevados.
<i>Grau de mudança comportamental exigido</i>
<b>Exemplo:</b> mudanças exigidas colidem com estilo de vida da pessoa; dificuldade em abandonar hábitos antigos.
<i>Efeitos secundários da medicação</i>
<b>Exemplo:</b> sedação; interferência com rotinas diárias; alterações do comportamento; problemas gástricos.
<i>Análise das vantagens e inconvenientes em seguir o regime terapêutico e/ou preventivo</i>
<b>Exemplo:</b> doente acha que as vantagens de não tomar a medicação são superiores às vantagens de a tomar.
<i>Tempo de duração do tratamento</i>
<b>Exemplo:</b> Problemas económicos; impaciência com o regime terapêutico.
<i>Preparação, forma e modo de administração da medicação</i>
<b>Exemplo:</b> injeções dolorosas; dificuldade em engolir os comprimidos.
<b>Dialéctica paciente-recursos sociais</b>
<i>Problemas familiares</i>
<b>Exemplo:</b> Família não ajuda o doente a manter o regime de tratamento; família ignora doença; família culpa a pessoa pelo seu processo de doença.
<i>Problemas nos recursos sociais</i>
<b>Exemplo:</b> falta de amigos; isolamento; dificuldades económicas; desemprego.

**TABELA 4**  
*Modelo dialéctico de promoção da adesão*

<b>Dialéctica paciente-doença</b>
<p>A. <u>Incidência da mudança</u>: significações do paciente</p> <p>B. <u>Objectivos</u>: modificação ou harmonização das teorias do paciente sobre o seu processo de doença (concepções etiológicas, sobre a evolução, etc.) com as do especialista.</p> <p>C. <u>Métodos</u>: informativos/didácticos (e.g., folhetos, vídeos)</p> <p>Confronto racional-emotivo</p> <p>Harmonização socio-cognitiva das significações</p>
<b>Dialéctica profissional de saúde-paciente</b>
<p>A. <u>Incidência da mudança</u>: significações e atitudes relacionais do médico</p> <p>B. <u>Objectivos</u>: Mudança na forma de comunicar e de se relacionar</p> <p>Mudança na relação terapêutica (e.g., promover empatia) adaptação ao nível de desenvolvimento socio-cognitivo do paciente</p> <p>C. <u>Métodos</u>: atitude fenomenológica do médico/terapeuta</p> <p>Informativos/didácticos</p> <p>Harmonização socio-cognitiva das significações</p>
<b>Dialéctica sistema de saúde-utente</b>
<p>A. <u>Incidência da mudança</u>: Modificação na forma como se prestam os cuidados de saúde ou na compreensão do sistema pelo paciente</p> <p>B. <u>Objectivos</u>: Humanização dos cuidados de saúde</p> <p>Mudança institucional (ambiental, estrutural ou nas atitudes do pessoal clínico)</p> <p>Maior disponibilidade do clínico para o doente</p> <p>Maior eficácia na marcação das consultas (follow-up, acompanhamento da evolução da doença, etc.).</p> <p>Mudança nas atitudes do paciente (conhecimento dos seus direitos, informação sobre o funcionamento do sistema).</p> <p>C. <u>Métodos</u>:</p> <p>Propostas concretas de modificação do sistema (participação do psicólogo em debates, comunicação social) para influenciar a organização e a política do sistema</p>
<b>Dialéctica paciente-tratamento</b>
<p>A. <u>Incidência da mudança</u>: Significações do paciente sobre o tratamento</p> <p>B. <u>Objectivos</u>: Mudança das significações do paciente sobre o efeito do tratamento ou sobre o regimen prescrito e/ou sobre o processo de tratamento</p> <p>Eventual mudança do tratamento</p> <p>C. <u>Métodos</u>: Informativos/didácticos (e.g., folhetos, vídeos)</p> <p>Confronto racional-emotivo</p> <p>Comportamentais</p>
<b>Dialéctica paciente-recursos sociais</b>
<p>A. <u>Incidência da mudança</u>: Sistema familiar e/ou social</p> <p>B. <u>Objectivos</u>: Mudança das atitudes dos familiares</p> <p>Mudança na burocracia do sistema</p> <p>Apoio psicosocial</p> <p>C. <u>Métodos</u>: Terapia/aconselhamento familiar</p> <p>Terapia comportamental</p> <p>Referenciar paciente para serviços de apoio social</p>

variáveis que, de forma integrada, influenciam o processo de adesão. Assim, no âmbito desta metateoria, o técnico centra-se nesse conjunto de variáveis e não apenas no paciente ou utente. Considera-se que este tem um papel activo no processo de adesão, nomeadamente porque é autónomo para construir ou imaginar novas significações ou interpretações, as quais, em geral, resultam de uma comparação das suas com as do seu interlocutor. O técnico deve integrar e harmonizar as suas acções no contexto do conhecimento e da vida do paciente através da participação deste e promovendo a sua autonomia e participação na escolha do tratamento ou da acção preventiva. Nas Tabelas 3 e 4 apresenta-se um modelo dialéctico do processo de adesão o qual apresenta, respectivamente, cinco dimensões dialécticas de avaliação e de promoção da adesão: (1) paciente-doença; (2) profissional de saúde-paciente; (3) sistema de saúde-utente; (4) paciente-tratamento; e (5) paciente-recursos sociais. Em cada dimensão a influência é recíproca. Por exemplo, na dimensão paciente-doença, as interpretações subjectivas da pessoa sobre a sua doença e as características somáticas da doença influenciam-se mutuamente. Contudo, o processo de adesão resulta da influência das várias dimensões que constituem um todo.

### 2.5. Didácticas de saúde e doença

Uma característica importante dos programas de educação para a saúde e das metodologias que visam prevenir reacções emocionais excessivas e comportamentos e atitudes inadequadas, nomeadamente para o paciente que se confronta com procedimentos médicos aversivos ou com processos de doença, reside no seu carácter *didáctico*. Quer dizer, pretende-se ensinar a pessoa ou o paciente a modificar certos comportamentos e atitudes do seu estilo de vida (e.g., deixar de fumar; consumo moderado de álcool; utilização de cinto de segurança na condução) ou a pensar de uma forma mais adaptativa sobre a sua doença e/ou sobre o procedimento médico a que vai ser submetido. Esta acção didáctica tem tradição no domínio da saúde. Com efeito, considera-se que o grau de sucesso das acções preventivas depende da adesão do paciente aos conselhos ou às recomendações do médico/terapeuta ou às mensagens incluídas nos programas ou campanhas de

educação para a saúde (Glanz, Lewis & Rimer, 1997). Por exemplo, na prevenção das doenças cardiovasculares, as acções didácticas incidem na modificação dos estilos de vida do paciente. Pretende-se que este modifique certas atitudes e comportamentos e mesmo que adquira novas formas de pensar sobre a sua vida e a sua actividade profissional (Matarazzo et al., 1984).

No contexto da metateoria *interaccionista* ou *hierárquica*, as intervenções didácticas baseiam-se na ideia de uma pessoa passiva que acumula e processa a informação externa que lhe é transmitida. Assim, o utente dos serviços de saúde deve memorizar ou reproduzir o conteúdo das mensagens veiculadas pelos programas ou pelas acções didácticas do técnico de saúde. De facto, as didácticas baseiam-se no «fornecimento», «transmissão» ou «transferência» de informação concreta e tipificada relativa (a) à ligação de certos comportamentos e atitudes a processos de doença, (b) às características da doença, (c) ao procedimento médico (e.g., cirurgia: caracterização do processo de internamento, da intervenção cirúrgica e dos períodos pré e pós-operatório) ou (d) aos sintomas somáticos e/ou emocionais (e.g., reacções de ansiedade e/ou disfóricas). Esta informação é transmitida directamente pelo psicólogo ou outros técnicos de saúde, ou, então, é veiculada através de folhetos e gravações vídeo (e.g., Anderson, 1987; Burge et al., 1986). Neste último caso, o paciente-espírito é exposto à descrição de um processo semelhante ao seu, representado por um personagem modelo e/ou pelas descrições de um comentador. Na componente relativa à prevenção de reacções emocionais excessivas, essas gravações incluem procedimentos de auto-controlo para serem aplicados de forma concreta e comportando uma sugestão directa de instruções específicas (e.g., Adelman, 1975; Anderson, 1987; Baker et al., 1975; Beck, 1972; Cassileth et al., 1982; Berger, 1970; Eisler, Hersen & Miller, 1974; Goldfried & Levy, 1968; Heilveil, 1983; McCulloch et al., 1983; Nielsen & Sheppard, 1988; Rosenthal, Zimmerman & Tanner, 1983; Shipley et al., 1978, 1979; Thelen & Fry, 1979). De facto, as didácticas em Psicologia da Saúde, as quais são exemplarmente ilustradas nas metodologias veiculadas por gravações vídeo, centram-se na apresentação do personagem que modela os vários procedimentos ou aptidões de confronto que o paciente-espírito

deve executar, quando vivenciar o mesmo tipo de experiências. Assim, pretende-se que o paciente-espectador assimile as metodologias apresentadas, tentando imitá-las o mais fielmente possível.

Em resumo, as didácticas incluídas na metateoria *interaccionista* ou *hierárquica*, têm as seguintes características: (a) fornecimento ou transmissão de informação concreta sobre a doença, os procedimentos médicos, os sintomas sómicos e/ou emocionais ou sobre as acções e atitudes preventivas; (b) descrição das sensações que os pacientes experienciam normalmente durante o processo terapêutico; (c) visa-se que pessoa ou utente dos serviços de saúde memorize ou reproduza o «pacote informativo» que descreve o que costuma acontecer à maioria dos pacientes; e (d) não consideração de diferentes níveis de desenvolvimento socio-cognitivo de significação sobre os processos de doença ou de sintomas, isto é, a pessoa é exposta a significações representativas de um nível de significação, correspondente ao do terapeuta ou técnico de saúde. Esta ausência de harmonização entre o nível de significação da metodologia didáctica e o nível de significação da pessoa, origina que esta seja exposta a níveis de significação estranhos ou contraditórios ao seu e às suas possibilidades dialécticas (Reis, 1992a).

Uma metodologia didáctica incluída na metateoria *integradora* ou *dialéctica* baseia-se na ideia que a pessoa constrói de forma pro-activa nova informação ou novas formas de pensar a partir das suas estruturas de conhecimento (Neimeyer & Mahoney, 1995). Assim, ao contrário da metateoria *hierárquica*, nos processos de aprendizagem ou ensino, procura-se que a pessoa tenha a oportunidade de *construir* ou *inventar* as suas próprias significações, apoando-se numa actividade reflexiva em vez de se limitar a memorizar, a copiar ou a reproduzir a informação externa que lhe é transmitida. Visa-se, pois, o desenvolvimento exploratório de significações no sentido da construção e transformação do conhecimento e não simplesmente uma cópia do conhecimento dos outros. Assim, as didácticas visam promover no paciente a reflexão e o exercício metacognitivo, a exploração e a construção autónoma de novas significações e atitudes de confronto, cada vez mais abertas, flexíveis e generalizáveis (Joyce-Moniz, 1989; Reis, 1992a).

Promove-se, deste modo, a autonomia individual da pessoa.

Assim, as pessoas são levadas a reflectir sobre várias soluções expostas, quer em relação a uma atitude preventiva, que vise modificações no estilo de vida, quer em relação a problemas colados por um processo de doença, e são convidadas a inventarem ou criarem as suas próprias soluções e adaptá-las ao contexto da sua vida e no âmbito das suas possibilidades de desenvolvimento sócio-cognitivo. Neste sentido, as didácticas de saúde e doença devem integrar-se no processo de desenvolvimento «natural» de significações sobre processos de saúde e doença, fazendo uma equivalência entre as metodologias didácticas do programa e os níveis de desenvolvimento sócio-cognitivo das pessoas às quais se destinam (Joyce-Moniz & Reis, 1991). Considera-se que os objectivos e os procedimentos das campanhas terão maior probabilidade de adesão por parte das pessoas se consentâneos com as possibilidades ou competências sócio-cognitivas destas. Assim, na prevenção de reacções emocionais excessivas, a mudança das significações sintomáticas tem de estar de acordo com as sequências de aquisição e transformação dessas significações. Por isso, o paciente é exposto a métodos reflexivos, inclusivos e multidirecionados (Joyce-Moniz, 1989; Reis, 1992a). Ao contrário, o confronto didáctico cognitivista inserido nas metodologias comportamentais-cognitivas, centra-se no confronto racionalista do terapeuta. Este conduz o processo e sugere ao paciente as metodologias de confronto que deve utilizar. Deste modo, o paciente é exposto apenas a um nível de significação, correspondente ao raciocínio do terapeuta. Face à autoridade epistemológica do terapeuta, o paciente quase que não tem outra alternativa senão aderir às racionalizações do seu interlocutor. (Beck *et al.*, 1979; Beck & Emery, 1985; Ellis, 1962, 1987).

Do mesmo modo, uma metodologia didáctica dialéctica e desenvolvimentista também se afasta daquela que é utilizada nas campanhas ou programas da Medicina Preventiva ou da educação para a saúde (Reis & Fradique, 1996). Estes programas baseiam-se num princípio ecléctico pragmático e sem organização teórica que se limita a juntar um pouco aleatoriamente elementos de várias disciplinas (psicologia, sociologia, filosofia, epidemiologia, etc.) com o objectivo de

tornar os programas variados (Green, 1984). Constrói-se um «pacote» de metodologias didácticas mas sem relação com um critério bem definido. Estes programas têm incidido em variáveis de carácter social e cultural (Levine & Sorenson, 1984), estratégias comunicacionais (Solomon & Maccoby, 1984) ou métodos comportamentais (Miller, 1984). A segmentação da população alvo incide, pois, em critérios etários (e.g., adolescentes, adultos, terceira idade) ou socio-económicos (e.g., classe média; classe laboral) mas nunca o nível de complexidade ou de desenvolvimento sócio-cognitivo a que essa população funciona habitualmente relativamente aos processos de saúde e doença. Este tipo de segmentação faz com que as didácticas educativas/preventivas das campanhas de educação para a saúde tendam a não ser percebidas ou assimiladas pelas pessoas que funcionam habitualmente a níveis de desenvolvimento sócio-cognitivos estranhos ou contraditórios ao veiculado pelas campanhas. A ausência de coordenação entre o conteúdo dos programas educativos ou didácticos e o nível de desenvolvimento sócio-cognitivo das pessoas terá como consequência menor adesão e participação do utente no regime preventivo. Ao contrário, uma metodologia que inclua critérios desenvolvimentistas na segmentação da população alvo, será mais compreensível para todas as pessoas. De facto, estudos que utilizam uma metodologia desenvolvimentista sugerem que ela pode ser um meio útil e eficaz para modificar as atitudes e comportamentos das pessoas sobre processos de saúde e doença (Barros, 1992; Fradique, 1993; Reis, 1992a). Neste estudos, foram utilizados vídeos didácticos nos quais o paciente-espectador é exposto a vários modelos de reflexão, representativos de diferentes níveis de significação. Este confronto é diferente do confronto exclusivo com o raciocínio do terapeuta e das mensagens incluídas nos folhetos ou nos raciocínios únicos de um personagem modelo. De facto, no confronto didáctico dialéctico e desenvolvimentista, a pessoa pode aceitar e/ou rejeitar livremente as significações dos personagens, ou das diferentes mensagens a que é exposto, porque as diferencia entre si. Compara os vários níveis de significação e escolhe aquele que mais gosta ou que mais se parece consigo. Este processo de comparação e diferenciação pode mesmo ter um carácter lúdico pa-

ra o paciente. A exposição do paciente a vários personagens fomenta um confronto dialéctico entre as suas significações e as desses modelos de reflexão, promovendo, pois, a actividade reflexiva, e a construção autónoma e criativa de novas soluções no contexto de vida da pessoa.

### 3. CONCLUSÃO

Os cientistas em geral e os profissionais de saúde em particular estão inseridos num contexto social e cultural e quer tenham ou não consciência disso sempre aderiram a um modelo metateórico. As diferentes metateorias podem conceber-se, pois, como diferentes ideologias que vão marcar o tipo e o objecto da investigação que é privilegiado, as questões que são colocadas, e mesmo a *postura* do profissional de saúde na sua actividade e relação com as pessoas. Como se sugere nesta reflexão, o modelo biopsicossocial pode ter subjacente duas metateorias as quais são bastante diferenciadas nas suas asserções conceptuais e metodológicas. A Psicologia da Saúde e a metateoria *hierárquica* ou *interaccionista* têm andado de mãos dadas, o que se tem traduzido em determinado tipo de opções teóricas, metodológicas e de investigação, as quais, em muitos aspectos, não têm conduzido a grandes diferenças em relação a alguns pressupostos do modelo biomédico e da Medicina. A metateoria *integradora* ou *dialéctica*, ao contrário, parece constituir uma verdadeira alternativa à tradição positivista do modelo biomédico, em particular, e das ciências da saúde, em geral, ao propor conceptualizações e metodologias mais enriquecedoras e mais em sintonia com a complexidade da pessoa, e uma atitude diferente do profissional de saúde, neste caso, que respeita e promove a autonomia e a individualidade do seu interlocutor. Este último aspecto é particularmente relevante, pois a humanização dos cuidados de saúde passará, em grande parte, por essa atitude.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adelman, A. (1975). *Video in therapy*. San Francisco: Free Person Press.  
Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.

Alger, I., & Hogan, P. (1966). *Videotape: Its use and significance in psychotherapy*. Paper presented before the Society of Medical Psychoanalysts at the New York Academy of Medicine.

Anderson, E. A. (1987). Preoperative preparation for cardiac surgery facilitates recovery, reduces psychological distress, and reduces the incidence of acute postoperative hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (4), 513-520.

Azar, B. (1998). *Federal agencies encourage more cross-disciplinary work*. Monitor, May. Washington: American Psychological Association.

Bailey, K., & Sowder, T. (1970). Audiotape and videotape self-confrontation in psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 74, 124-137.

Baker, T., Udin, H., & Vogler, R. E. (1975). The effects of videotaped modeling and self-confrontation on the drinking behavior of alcoholics. *International Journal of Addictions*, 10, 779-793.

Bandura, A., & Barab, P. (1973). Processes governing disinhibitory effects through symbolic modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 1-9.

Barros, L. (1992). *Intervenção desenvolvimentista com mães de bebés em risco*. Dissertação de doutoramento em Psicologia na F.P.C.E. da Universidade de Lisboa.

Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.

Beck, T. K. (1972). Videotaped scenes for desensitization of test anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 195-197.

Belar, C., Deardorff, W., & Kelly, K. (1987). *The practice of clinical health psychology*. New York: Pergamon Press.

Berger, M. M. (Ed.) (1970). *Videotape techniques in psychiatric training and treatment*. New York: Brunner-Mazel.

Bishop, G. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn & Bacon.

Bruner, J. (1991). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press.

Burge, S., Eichhorn, M., DeStefano, A., Foley, T., Hoothay, F., & Quinn, D. (1986). How painful are postop incisions? *American Journal of Nursing*, November, 1263-1265.

Capra, F. (1996). *The web of life*. New York: Doubleday.

Cassidy, C. (1994). Unraveling the ball of string: reality, paradigms, and the study of alternative medicine. *Advances*, 10 (1), 5-31.

Cassileth, B. R., Heiberger, R. M., March, V., & Sutton-Smith, K. (1982). Effect of audiovisual cancer programs on patients and families. *Journal of Medical Education*, 57, 54-59.

Cunningham, A. (1995). Pies, levels, and languages: Why the contribution of mind to health and disease has been underestimated. *Advances*, 11 (2), 4-11.

Davidson, P. (1982). Issues in patient compliance. In T. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology*. New York: Plenum Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New Jersey: Lyle Stuart-Citadel.

Ellis, A. (1987). Rational-emotive therapy: Current appraisal and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (2), 73-86.

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

Eisler, R., Hersen, M., & Miller, P. M. (1974). Shaping components of assertive behavior with instructions and feedback. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1344-1347.

Fradique, F. (1993). *Programa desenvolvimentista preventivo da depressão pós-parto*. Dissertação de doutoramento em Psicologia na F.P.C.E. da Universidade de Lisboa.

Friedman, H., & DiMatteo, D. (1989). *Health psychology*. New Jersey: Prentice Hall.

Glanz, K., Lewis, F., & Rimer, B. (1997). *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass.

Goldfried, M. D., & Levy, R. (1968). The use of television videotape to enhance the therapeutic value of psychodrama. *American Journal of Psychiatry*, 125, 690-692.

Green, L. (1984). Health education models. In J. Matarazzo, S. Weiss, J. Herd, N. Miller, & S. Weiss (Eds.), *Behavioral health*. New York: John Wiley & Sons.

Heilveil, I. (1983). *Video in mental health practice*. New York: Springer.

Ivey, A. E. (1973). Media therapy: Educational change planning for psychiatric patients. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 338-343.

Johnson, D. (1983). *Body. Recovering our sensual wisdom*. Berkeley: North Atlantic Books.

Joyce-Moniz, L. (1989). Structures, dialectics, and regulation in applied constructivism: from developmental psychopathology to individual drama therapy. In O. Gonçalves (Ed.), *Advances in the cognitive therapies: the constructive-developmental approach*. Porto: Apont.

Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.

Joyce-Moniz, L., & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e dialéctica de significações de doença e confronto em Psicologia da Saúde. *Psychologica*, 6, 105-127.

Kepner, J. I. (1987). *Body process. Working with the body in psychotherapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Kimball, C. P. (1969). Psychological responses to the experience of open heart surgery: I. *American Journal of Psychiatry*, 126 (3), 348-359.

Knowles, J. H. (1977). *Doing better and felling worse: Health in the United States*. New York: Norton.

Haan, N. (1979). Psychological meanings of unfavorable medical forecasts. In G. C. Stone, F. Cohen, & Adler (Eds.), *Health psychology*. San Francisco: Jossey Bass.

Hoffmeyer, J. (1997). Somethings or someones? *Advances*, 13 (4), 22-24.

Kappauf, H. (1998). Do we really need a new ethical model in medicine? *Advances in Mind-Body Medicine*, 14 (2), 157-163.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing & the human condition*. New York: Basic Books.

Leigh, H., & Reiser, M. F. (1980). *The patient: Biological, psychological and social dimensions of medical practice*. New York: Plenum.

Leventhal, H., & Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J. A. Skelton, & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representations in health and illness*. New York: Springer-Verlag.

Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of clinical health psychology*. New York: Plenum Press.

Levine, S., & Sorenson, J. (1984). Social and cultural factors in health promotion. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health*. New York: John Wiley & Sons.

Levins, R., & Lewontin, R. (1985). *The dialectic biologist*. Cambridge: Harvard University Press.

Lewontin, R. (1992). *The doctrine of DNA. Biology as ideology*. New York: Penguin Books.

Lipowski, Z. J. (1977). Psychosomatic medicine in the seventies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 134, 233-244.

Mahoney, M. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.

Matarazzo, J. D., Weiss, S. M., Herd, J. A., Miller, N. E., & Weiss, S. M. (Eds.) (1984). *Behavioral health*. New York: John Wiley & Sons.

McCulloch, D. K., Mitchell, R. D., Ambler, J., & Tattersall, R. B. (1983). Influence of imaginative teaching of diet on compliance and metabolic control in insulin dependent diabetes. *British Medical Journal*, 287, December, 1858-1861.

Mechanic, D. (1986). The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16, 1-7.

Miller, N. (1984). Learning: some facts and needed research relevant to maintaining health. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health*. New York: John Wiley & Sons.

Neimeyer, R., & Mahoney, M. (Eds.) (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Nielsen, E., & Sheppard, M. A. (1988). Television as a patient education tool: A review of its effectiveness. *Patient Education and Counseling*, 11, 3-16.

Ogden, J. (1996). *Health psychology*. Buckingham: Open University Press.

Piaget, J. (1972). L'épistémologies des relations interdisciplinaires. In *Centre pour le recherche et l'innovation dans l'enseignement, OCDE: L'interdisciplinarité: Problèmes d'enseignement et des recherches dans les universités*. Paris: OCDE.

Radley, A., & Green, R. (1985). Styles of adjustment to coronary graft surgery. *Social Science and Medicine*, 20 (5), 461-472.

Reis, J. (1990). Construção e dialéctica em investigação psicoterapêutica e de Psicologia da Saúde. *Psychologica*, 3, 93-99.

Reis, J. (1992a). *Metodologia construtivista e desenvolvimento para prevenção de reacções ansiogéneas, depressogéneas e dolorosas em pacientes de cirurgia cardíaca*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Reis, J. (1992b). Autonomia conceitual da pessoa nos processos de saúde e doença: desafios epistemológicos e metodológicos para a psicologia da saúde e para os cuidados de saúde. *Psychologica*, 8, 137-169.

Reis, J. (1993). Construção e modificação de significações ansiogéneas em processos de saúde e doença. *Análise Psicológica*, 11 (4), 575-589.

Reis, J. (1994). Importância do método clínico ou de exploração crítica no estudo da personalidade. *Intervenção Social*, 4 (10), 9-23.

Reis, J. (1998a). A Psicologia da Saúde: caracterização e métodos de intervenção. Liberdade. *Anais Científicos da Universidade Independente*, 1 (1), 97-128.

Reis, J. (1998b). *O Sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega

Reis, J., & Fradique, F. (1996). *Desenvolvimento sócio-cognitivo de representações subjectivas sobre saúde e doença: Implicações na educação para a saúde*. Projecto financiado no âmbito do Programa Praxis. Praxis/PCSH/C/PSI/89/96. Lisboa: JNICT.

Rosenthal, A. R., Zimmerman, J., & Tanner, J. (1983). Educating the glaucoma patient. *British Journal of Ophthalmology*, 67, 814-817.

Sacarrão, G. F. (1989). *Biologia e sociedade*. Vol. I e II. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Schüssler, G. (1992). Coping strategies and individual meanings of illness. *Social Science and Medicine*, 34 (4), 427-432.

Self, T. H., Brooks, J. B., Lieberman, P., & Ryan, M. R. (1983). The value of demonstration and the role of the pharmacist in teaching the correct use of pressurized bronchodilators. *Canadian Medical Association, 128*, January, 129-131.

Shipley, R. H., Butt, J. H., Horwitz, B., & Farby, J. (1978). Preparation for a stressful medical procedure: Effect of amount of stimulus preexposure and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46* (3), 499-507.

Shipley, R. H., Butt, J., & Horwitz, E. (1979). Preparation to reexperience a stressful medical examination: Effect of repetitive videotape exposure and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47* (3), 485-492.

Spicer, J., & Chamberlain, K. (1996). Developing psychosocial theory in health psychology. Problems and prospects. *Journal of Health Psychology, 1* (2), 161-171.

Solomon, D. S., & Maccoby, N. (1984). Communication as a model for health enhancement. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health*. New York: John Wiley & Sons.

Stone, G., Cohen, F., & Adler, N. (Eds.) (1979). *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.

Thelen, M. H., & Fry, R. A. (1979). Therapeutic videotape and film modeling: A review. *Psychological Bulletin, 86* (4), 701-720.

Turk, D., & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self-care regimens. The patient's perspective. In J. J. Sweet, R. H. Rozensky, & S. M. Tovian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York: Plenum.

Uexküll, T., & Pauli, H. (1986). The mind-body problem in medicine. *Advances, 3* (4), 159-174.

Uexküll, T. (1995). Biosemiotic research and not further molecular analysis is necessary to describe the pathways between cells, personalities, and social systems. *Advances, 11* (2), 24-27.

Weimer, W. (1979). *Notes on the methodology of scientific research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Pub.

## RESUMO

Neste trabalho é feita uma identificação e caracterização de duas metateorias biopsicossociais: a hierárquica ou interaccionista que se defende estar subjacente à Psicologia da Saúde ao longo destas duas décadas, e a integradora ou dialéctica, a qual se sugere que deva orientar esta disciplina. Para se perceber as implicações, para a Psicologia da Saúde, da adesão a uma ou outra metateoria, é feito um contraste teórico e metodológico entre as duas, através da referência a vários temas: interdisciplinaridade e equipa profissional, relação corpo-espírito, autonomia conceitual-afectiva da pessoa, relação técnico-utente, adesão do paciente às acções preventivas e aos tratamentos e didácticas de saúde e doença.

**Palavras-chave:** Modelo biopsicossocial, Psicologia da Saúde, integração e dialéctica.

## ABSTRACT

Two biopsychosocial metatheories are identified and characterized: the hierarchical or interactionist, has been the background conceptual framework for Health Psychology in the last two decades, and the integrative or dialectical, that is proposed as the inspiration to this discipline. A theoretical and methodological contrast between these two metatheories is presented with reference to several items: cross-disciplinary work and team work, mind-body relationship, person's conceptual-affective autonomy, therapist-client relationship, compliance with preventive/curative regimens and health and disease didactics, in order to understand their implications to Health Psychology.

**Key words:** Biopsychosocial model, Health Psychology, integration and dialectic.