

Psicologia da Saúde: Estado Actual e Perspectivas Futuras (*)

JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (**)

1. O QUE É PSICOLOGIA DA SAÚDE

A expressão Psicologia da Saúde («Health Psychology») foi introduzida por Matarazzo em 1980 para designar a área disciplinar que diz respeito ao papel da Psicologia — como ciência e como profissão — nos domínios da saúde e da doença. Segundo esse autor, trata-se de um «*agregado de contribuições educacionais, científicas e profissionais da ciência psicológica para (1) a promoção e manutenção da saúde, (2) prevenção e tratamento da doença e, ainda, (3) de identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos de saúde, doença e disfunções psicológicas relacionadas*». Assim conceptualizada, a Psicologia da Saúde aparece-nos como uma área da intervenção psicológica que não só inclui a saúde física e a saúde mental como abrange todo o campo da Medicina e o transcende, em direcção aos factores sociais, económicos e culturais relacionados com a saúde e a doença.

2. COMO APARECEU A PSICOLOGIA DA SAÚDE

Em traços gerais, vejamos como apareceu e

(*) Comunicação apresentada no VII Seminário da AEISPA sobre Psicologia da Saúde, Lisboa, ISPA, Março 1991.

(**) Assistente, ISPA.

se desenvolveu a intervenção psicológica nos domínios da saúde e da doença.

Essencialmente, podemos falar em 3 etapas principais:

- Em primeiro lugar, cerca de 15 a 20 anos após a II Guerra Mundial, surgiram e desenvolveram-se a Psicologia Médica e a Medicina Comportamental. A Psicologia Médica centrada nos problemas da relação médico-doente, da adesão dos doentes aos tratamentos e nos aspectos psicológicos envolvidos nas organizações hospitalares, enquanto a Medicina Comportamental — focando na prevenção secundária ao nível médico — apareceu como um campo interdisciplinar da prática clínica e da investigação que dizia respeito à doença e às disfunções psicológicas com ela relacionadas. Estudando essencialmente as formas de lidar com a doença e o papel dos acontecimentos de *stress* nos seus início e evolução, a Medicina Comportamental deu ênfase à mudança de comportamentos com o objectivo de controlar as doenças físicas, sem inclusão da prevenção primária. Nesta primeira fase são também relevantes as aquisições e desenvolvimentos da Medicina Psicossomática;
- Em segundo lugar, um pouco mais tarde, desenvolveu-se a Saúde Comportamental, também como um campo interdisciplinar,

que se ocupou especificamente da promoção da Saúde, da prevenção da doença e de disfunções em pessoas habitualmente saudáveis, numa perspectiva de prevenção primária. Em qualquer caso, Saúde e Medicina Comportamentais colocaram a Psicologia directamente em relação com a Saúde Pública e as Medicinas Preventiva e Familiar (no primeiro caso) e com as diversas especialidades médicas e cirúrgicas (no segundo caso). Ou seja: através da Saúde e Medicina Comportamentais, a Psicologia relacionou-se com os clássicos níveis preventivo, curativo e de reabilitação dos cuidados da saúde;

- Finalmente, na última década, particularmente a partir de 1980, desenvolveu-se a *Psicologia da Saúde*, fundamentada numa abordagem holística da saúde e da doença.

Se é verdade que a Psicologia da Saúde tomou como referência e unificou os campos de Saúde e Medicina Comportamentais, não é menos verdade que apareceu como uma área de intervenção e de investigação especificamente psicológica que, levando em consideração o sujeito, a família, o suporte social e os riscos ecológicos e económicos para a saúde, permitiu integrar mais harmoniosamente os três níveis clássicos de prevenção primária, secundária e terciária. Em síntese, como diz Weinman (1990), a Psicologia da Saúde é «*a área disciplinar da Psicologia que diz respeito ao comportamento humano no contexto da saúde e da doença*».

O desenvolvimento da Psicologia da Saúde fez-se em resposta a dois tipos de factores: por um lado a pressões internas da própria ciência psicológica; por outro, em resposta a factores externos relacionados com necessidades sociais e com os desenvolvimentos e progresso da própria Medicina. Neste aspecto, é importante termos consciência dos significados que pode ter a Psicologia da Saúde como resposta a alguns problemas que o Homem do nosso tempo enfrenta na sua relação com o estado de saúde e de doença. De facto, concordamos com Diekstra (1990) quando afirma que a Psicologia da Saúde surgiu: (a) Como resposta às necessidades que foram criadas nas últimas décadas

pelo sucesso da Medicina, nomeadamente ao aumentar o número de pessoas que sobrevive com sequelas pós-traumáticas (de acidentes de viação e de trabalho, por exemplo), com doenças da evolução prolongada, dor crónica e *handicaps*, pessoas que necessitam e requerem apoio psicológico intensivo e prolongado e, em particular, numa época em que a saúde mental e o bem-estar psicológico parecem ter cotação baixa em muitos países; (b) E também como resposta às necessidades de humanização dos cuidados de saúde, particularmente numa época em que os cidadãos e os técnicos da saúde parecem estar cada vez mais insatisfeitos com a qualidade dos serviços de saúde que são prestados.

Assim sendo, a Psicologia da Saúde adquire uma importância primordial ao procurar uma abordagem multisectorial da saúde e da doença, que inclui não só o sistema de saúde mas também a segurança social, a educação para a saúde e o próprio sistema judiciário e ao valorizar a saúde mental e o bem-estar psicológico, o que — como afirma Sartorius (1987) — implica uma aferência cada vez maior dos conhecimentos psicológicos nos cuidados de saúde em geral, quer nos cuidados primários quer nos diferenciados.

Em qualquer caso, tudo isto implica um conjunto de *pressupostos* que passam por (Diekstra, 1990): (1) Uma definição rigorosa das tarefas relacionadas com a saúde mental e o bem-estar emocional que podem ter os diversos técnicos de saúde e outros profissionais implicados directa ou indirectamente nos cuidados de saúde; (2) A implementação de programas de formação e de treino dos técnicos da saúde e agentes sociais em temáticas relacionadas com o bem-estar psicológico, conduzindo a atitudes positivas face às problemáticas psicológicas que as pessoas experimentam em relação à saúde, às doenças e aos próprios técnicos e serviços de saúde; (3) A descentração das responsabilidades com a saúde por parte dos técnicos e a sua re-situação nas pessoas em si próprias e nas comunidades: as pessoas devem participar activa e responsabilmente na manutenção da saúde, na sobrevivência à doença e no viver e existir com as dificuldades e incapacidades inerentes; (4) O dar ênfase igual à qualidade dos cuidados de saúde e à qualidade

de vida das pessoas que são tratadas, o que implica a acentuação prioritária de uma atitude humanista, quer em relação a princípios rígidos na organização e desenvolvimento dos serviços de saúde quer na adesão às teorias.

3. OBJECTO E OBJECTIVOS DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

Como área disciplinar da Psicologia que diz respeito ao comportamento humano no contexto da saúde e da doença, à Psicologia da Saúde toma por *objecto* (Leal & Teixeira, 1991) o funcionamento psicológico dos sujeitos na sua relação com a saúde e a doença e, ainda, os sujeitos habitualmente saudáveis que estão envolvidos em situações que, implicando ajustamento psicológico (gravidez, menopausa, envelhecimento, por exemplo), não acarretam alteração do estado de saúde.

Em qualquer caso, o objecto é o sujeito e não a situação. O que interessa em Psicologia da Saúde é o sujeito pessoal e intersubjectivo e os seus funcionamentos afectivo, cognitivo, comportamental e social. Numa palavra: o sujeito, a família e o suporte social. Não se interessa directamente pela situação, que é essencialmente do fôro médico, mas sim pela forma como o sujeito vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Em última análise, toma como *objectivos* fazer com que os sujeitos incluam no desenvolvimento do seu projecto existencial um conjunto de atitudes positivas e comportamentos activos e responsáveis que visem a promoção da sua própria saúde e a prevenção da doença e, por outro lado, reforçar e otimizar as suas defesas psicológicas no processo de ajustamento ao adoecer, à doença e às suas eventuais consequências, de tal maneira que seja possível — apesar de tudo — aceder a uma vida activa e participante e, finalmente, sensibilizar e informar os técnicos de saúde e os agentes sociais para os aspectos psicológicos envolvidos na promoção e manutenção da saúde, na prevenção e tratamento das doenças e na sua reabilitação.

Tudo isto indica que há necessidade que os Psicólogos tomem a iniciativa no desenvolvimento e implementação de programas relacionados

com a saúde pública, muito em especial quando um cada vez maior e mais significativo número de pessoas que procuram ajuda médica o fazem por queixas ou doenças causadas e/ou agravadas pelo seu próprio comportamento ou pelo comportamento dos outros, de que são exemplos a diabetes, certas doenças respiratórias, a hipertensão arterial, a doença coronária e as doenças transmitidas sexualmente, entre outras. Em todas elas, numa forma ou outra, hábitos alimentares inadequados, abuso de álcool ou tabaco, recusa em aderir a normas de saúde e incapacidade de *coping* com o *stress* podem ser factores importantes que conduzem à doença e, mais tarde, podem ser também consequência da própria doença. Finalmente, os processos de mudança social — resultantes do desenvolvimento económico, da industrialização e da urbanização — acarretaram profundas alterações nos padrões de mortalidade e de morbilidade. Tiveram grande impacto na estrutura das famílias e das comunidades, com perda de coesão social e degradação dos sistemas tradicionais de suporte, conduzindo a um grande aumento de dificuldades emocionais nas crianças, adolescentes e idosos e à ruptura familiar, factores que — em último caso — podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade ao adoecer e a susceptibilidade aos mais variados agentes causadores de doença.

4. ÁREAS DE INTERESSE DA DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

As áreas de interesse de Psicologia da Saúde são variadas e dizem respeito a nosso ver, quer à Psicologia Clínica quer à Psicologia Social e das Organizações e à Psicologia Educacional. Podemos sistematizá-las da seguinte forma (Diekstra, 1990; Weinman, 1990):

- Os determinantes comportamentais dos estados de saúde e de doença;
- Aquisição precoce de comportamentos para a saúde;
- As cognições sobre a saúde e a doença;
- Os processos de comunicação, tomada de decisão e de adesão aos serviços de saúde;
- Os ambientes de tratamento médico;
- As estratégias de *coping* com a doença e a incapacidade;

- As relações entre os cuidados de saúde e a qualidade de vida;
- As condições de saúde dos técnicos de saúde.

Vejamos então um pouco melhor em que consiste cada uma destas áreas de investigação e intervenção em Psicologia da Saúde.

4.1. *Determinantes comportamentais dos estados de saúde e de doença*

É hoje conhecido que cerca de metade da mortalidade relaciona-se com afecções nas quais os hábitos de vida e os comportamentos de risco para a saúde têm enorme relevância. Deste modo, assumem importância central os chamados comportamentos de risco para a saúde ou comportamentos patogénicos (Matarazzo, 1984), isto é, um conjunto de comportamentos que os estudos epidemiológicos identificaram como sendo comportamentos que acarretam riscos acrescidos para a saúde em geral ou em referência a certas doenças em particular. São exemplos razoavelmente conhecidos, entre outros, a relação entre comportamento tipo A e a doença coronária, a relação entre a modalidade da expressão emocional e as doenças cancerosas, o abuso do álcool, drogas e tabaco, a relação entre comportamentos sexuais de alto risco e a infecção pelo vírus da SIDA, a ligação entre *stress* e o desenvolvimento de várias doenças, bem como a relação destas com a solidão, o isolamento e o suporte social escasso.

Torna-se então necessário reduzir os comportamentos de risco e aumentar os comportamentos que promovem a saúde e previnem doenças. Desde logo isto passa pelas sete grandes medidas (Schmidt, 1990): não fumar; não comer gorduras em excesso; não consumir álcool; não comer em excesso; não ingerir muito sal; lidar eficazmente com o *stress* e ter actividade física regular. Os sete «alvos» são epidemiológica e socialmente significativos: doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e doenças circulatórias em geral, hipercolesterolemia, doenças hepáticas e reumatismo degenerativo. Seja como for, isto implica incrementar a manutenção comportamental da saúde (aumentando os «imunogénios comportamentais», no

dizer de Matarazzo, 1984), por intermédio da intervenção psicológica ao nível das comunidades, dos grupos de risco e dos sujeitos individuais e também ao nível do sistema educativo.

No plano da investigação importa: (a) Compreender melhor as origens e natureza dos diferentes factores de risco, para entender de que modo eles podem afectar a saúde; (b) Entender mais detalhadamente de que modo o *stress* e o suporte social escasso podem influenciar processos biológicos implicados no adoecer; (c) Saber exactamente quais as circunstâncias e factores psicológicos mais consistentemente associados a influências negativas na competência imunológica e em que sujeitos ocorrem mais facilmente.

4.2. *A aquisição precoce de comportamentos para a saúde*

Esta área relaciona-se com a necessidade de fazer adquirir — no contexto da educação para a saúde, quer nos cuidados primários quer no sistema educativo — comportamentos sustentados que visam a promoção da saúde, eliminando na infância e na adolescência os comportamentos de risco para a saúde. Torna-se então necessário (Diekstra, 1990): identificar métodos de intervenção comunitária com carácter preventivo, e desenvolver programas de investigação sobre os determinantes da aquisição precoce de comportamentos para a saúde.

4.3. *As cognições sobre a saúde e a doença*

Trata-se aqui de uma área de interesse que diz respeito às crenças, percepções e atribuições que os sujeitos têm ou fazem acerca da saúde e da doença e que podem desempenhar papel importante no seu comportamento. A intervenção nesta área pode relacionar-se com as campanhas de prevenção que visem a mudança da percepção da vulnerabilidade a certas doenças ou da esperança em mudar os comportamentos, com a tentativa de mudar as atribuições causais que certos sujeitos fazem ou, ainda com a mudança de cognições desajustadas que os sujeitos podem ter em relação a certos procedimentos médicos de diagnóstico e/ou tratamento (Weinman, 1990), de que são exemplos os procedimentos cirúrgicos.

4.4. *Os processos de comunicação, tomada de decisões e adesão nos serviços de saúde*

Trata-se aqui de uma área que concentra a sua atenção nos comportamentos individuais no contexto dos serviços de saúde, particularmente os que envolvem interações entre os técnicos de saúde e as pessoas doentes. Isto implica o estudo da saturação em factores psicológicos de aspectos tão diferentes como são a relação médico-doente, o nível de satisfação dos doentes, os processos de comunicação e o acesso às necessidades emocionais dos doentes, os modelos de resolução dos problemas médicos e, ainda, os factores que influenciam a adesão dos doentes aos tratamentos.

4.5. *Os ambientes de tratamento*

Área que se interessa pela interface entre os doentes e os diferentes contextos e ambientes dos serviços de Saúde, quer em cuidados primários de saúde quer em cuidados diferenciados. Implica, por exemplo, o estudo do impacto psicológico da hospitalização, do *stress* relacionado com certos procedimentos médicos de avaliação ou de tratamento e, ainda, investigar como é que os próprios técnicos de Saúde podem ser afectados pelas características ambientais e organizacionais dos serviços.

4.6. *As estratégias de coping com a doença e a incapacidade*

Sabemos hoje que o «*coping*» — entendido como um conjunto de estratégias destinadas a dominar ou atenuar as exigências criadas por uma situação de *stress* — depende mais da percepção individual da ameaça e das circunstâncias sociais do que da doença específica que está em causa. A investigação e intervenção psicológicas estão aqui particularmente interessadas na percepção e interpretação da doença, na influência que as estratégias de *coping* podem ter na evolução da doença física e da dor crónica e de que maneira a mudança da estratégia de *coping* pode contribuir para a prevenção de recaídas em doenças crónicas incapacitantes e doenças terminais.

4.7. *As relações entre os cuidados de saúde e a qualidade de vida*

O que chamamos qualidade de vida relaciona-se, simultaneamente, com (1) a avaliação que a pessoa faz de estar livre de sintomas, de dor física e de perturbação emocional ou interpessoal, (2) a capacidade funcional mantida no que se refere às funções cognitivas, às actividades da vida diária, às interações sociais e ao desempenho dos papéis sociais e profissional e (3) com a presença duma auto-imagem positiva, sentimento de bem-estar e esperança no futuro. É sabido como, para além das próprias doenças, certos procedimentos médicos repetidos podem não contribuir necessariamente para a qualidade de vida. Torna-se então necessário desenvolver e usar métodos de avaliação da qualidade de vida e levar sempre em conta esta dimensão ao nível das decisões médicas, além de desenvolver programas de implementação da qualidade de vida, designadamente para doentes crónicos.

4.8. *As condições de saúde dos técnicos de saúde*

Finalmente, sabemos como o *stress* profissional dos técnicos de saúde pode ter consequências para o sujeito, para a organização e para as pessoas que tem de tratar. De facto, o *stress* crónico e o «*burn-out*» parecem relacionar-se também com a capacidade diminuta dos serviços de saúde em corresponderem às necessidades das pessoas que a eles recorrem, recebendo assim menos atenção e cuidados.

Torna-se desejável desenvolver métodos de avaliação de *stress* profissional nos técnicos de saúde, programas de prevenção do *stress* profissional e, finalmente, investigar as próprias causas de *stress* entre os profissionais de Saúde, cujos problemas se correlacionam com índices elevados de abuso de substâncias, conflito conjugal, doença mental e suicídio.

Passámos assim em revista as áreas de interesse que caracterizam o estado actual das coisas em Psicologia da Saúde. Individualizamos finalmente algumas áreas específicas (Leal & Teixeira, 1991): (1) O estudo do ajustamento psicológico e dos comportamentos associados ao envelhecimento, deterioração neurológica e doenças crónicas; (2) A investigação do papel

da personalidade na causalidade multifactorial e na evolução de diversas doenças corporais, em particular as que cursam com alterações das respostas imunitárias; (3) A influência de factores psicológicos nas respostas individuais aos tratamentos médicos e cirúrgicos, no impacto da hospitalização, no tratamento da dor crónica e doenças terminais; (4) A abordagem psicológica da promoção da saúde, nomeadamente no que se refere aos determinantes das mudanças de estilos de vida relacionados com a saúde e a doença e, ainda, da prevenção primária na comunidade; (5) A psicologia da gravidez e da maternidade; (6) Os aspectos psicológicos e desenvolvimentais relacionados com as crianças doentes ou com *handicaps*; (7) Os factores psicológicos relacionados com o *stress*, tabagismo, obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, asma brônquica e outras doenças psicossomáticas, reumatismos e doenças cancerosas; (8) Os factores psicológicos envolvidos nas novas tecnologias médicas, de que são exemplos a hemodiálise, a cirurgia de transplantação de órgãos e as novas tecnologias de nascimento.

Com uma visão integrada da saúde e da doença, a Psicologia da Saúde supera radicalmente o reducionismo médico e aparece como uma especialidade na qual a Psicologia intervém activamente na saúde e na doença, fazendo-o em diálogo com os outros técnicos de Saúde mas mantendo os seus modelos, discurso e autonomia, actuando preferencialmente no quadro de equipas multiprofissionais, quer nos cuidados primários de saúde quer nas unidades hospitalares e centros de reabilitação sem excluir a intervenção na comunidade.

5. METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Em Psicologia da Saúde não se definem metodologias específicas de avaliação, intervenção e investigação. Na realidade, essas metodologias são as que são próprias da Psicologia, como não poderia deixar de ser. Assim, ao nível da avaliação e da intervenção ocupam lugar de destaque a entrevista clínica (nas modalidades de avaliação e de terapia), o exame psicológico e as psicoterapias, desta-

cando-se neste último caso a psicoterapia de apoio, o aconselhamento e diversas técnicas de intervenção cognitiva e comportamental como as mais adequadas ao contexto de intervenção.

Ao nível da investigação têm sido desenvolvidos diversos modelos, entre os quais se referem o modelo biopsicossocial (Fox & Temoshok, 1986), o modelo dos comportamentos preventivos (Bausell, 1986) e o modelo cognitivo-social da saúde (Fuchs e col., 1989).

Em nossa opinião, a intervenção psicológica na saúde e na doença não é compatível com radicalismos nem com ortodoxias. Pelo contrário, a visão dos problemas em Psicologia da Saúde pode beneficiar da diversidade de modelos de informação, formação e intervenção que existem em Psicologia, tendo em conta a complexidade das questões que tem de enfrentar, com realismo e flexibilidade. É, de resto, o que acontece na Europa, onde há uma pluralidade de abordagens, valores e necessidades, o que proporciona uma oportunidade excelente para aprender com a diversidade de alternativas (Schmidt, 1990).

6. PERSPECTIVAS FUTURAS

O que se perfila no horizonte da Psicologia da Saúde relaciona-se, essencialmente com 3 perspectivas de desenvolvimento futuro: (1) Dar resposta a necessidades sociais; (2) Prestar atenção ao desenvolvimento da Medicina; (3) Desenvolver a formação em Psicologia da Saúde.

6.1. *Resposta a necessidades sociais*

Desde já e no futuro, a Psicologia da Saúde deverá dar cada vez maior ênfase aos seguintes aspectos: A intervenção na promoção da saúde e prevenção da doença, implantando e desenvolvendo programas de abordagem comportamental de manutenção da saúde no contexto dos cuidados primários. Isto implica intervenções comunitárias no quadro da educação para a saúde e intervenções sobre grupos de risco e sujeitos individuais; A importância das circunstâncias sociais adversas que — tais como o desemprego, a pobreza e o isolamento — influenciam desfavoravelmente o estado de saúde

e associam-se a outros comportamentos de risco como défices alimentares e abusos de tabaco e álcool, entre outros; A investigação/intervenção das cognições de saúde, comportamentos e necessidades relacionados com a saúde das pessoas idosas; As consequências psicossociais e para as saúdes física e mental das situações de emergência e de desastre que, como a fome, as guerras, tremores de terra e acidentes nucleares, acarretam *stress* emocional e psicossocial para o sujeito, famílias e comunidades. Isto implica a identificação das medidas de prevenção de problemas mentais e psicossociais em refugiados e vítimas de desastres que, em último caso, podem também contribuir para a deterioração da saúde física; Ao aumento da sensibilização dos sujeitos e das comunidades acerca das formas com certas mudanças comportamentais, ao influenciarem positivamente o ambiente ecológico, podem melhorar as condições de Saúde.

Em qualquer caso, a necessidade de dar estas respostas implica uma ligação estreita da Psicologia da Saúde à Saúde Pública, ligação esta cujos objectivos são (Diekstra, 1990): (1) Aumentar a sensibilidade e o interesse das autarquias locais, dos políticos, dos técnicos de saúde, dos meios de comunicação e do público em geral para os aspectos psicológicos da saúde e do desenvolvimento humano; (2) Estabelecer recomendações para os técnicos de saúde no que se refere a avaliação/intervenção sobre factores psicológicos na saúde e na doença; (3) Fazer recomendações legislativas sobre a implantação de serviços de intervenção psicológica nos cuidados primários de saúde; (4) Estabelecer programas nacionais de investigação sobre tecnologias psicológicas de intervenção na saúde.

6.2. *Desenvolvimento da Medicina*

Trata-se aqui de dar cada vez maior atenção aos problemas colocados pelo desenvolvimento da Medicina ou por novas doenças. Neste particular, podemos referir: (a) A necessidade de investigação/intervenção psicológicas relacionadas com o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA); (b) As implicações psicológicas da aplicação da nova genética na identificação de sujeitos em risco de desenvolvimento de certas doenças ou no diagnóstico pré-natal;

(c) As novas tecnologias de nascimento; (d) A utilização de computadores em Medicina; (e) A preocupação com novos métodos de avaliação da qualidade de vida, particularmente em doenças crónicas, cancerosas e outras, na medida em que o desenvolvimento de novos tratamentos médicos não significa, obrigatoriamente, melhoria da qualidade de vida dos doentes.

6.3. *Formação em Psicologia da Saúde*

O problema da formação e treino em Psicologia da Saúde é um problema da máxima actualidade, na medida em que a maior parte dos Psicólogos que, no nosso País, exercem a sua actividade nos serviços de saúde não tiveram formação específica. Impõe-se, portanto, implementar esta formação, quer ao nível académico quer ao nível da formação profissional: Ao nível académico, a formação deverá ser integrada, por rotina, no *curriculum* das licenciaturas (o que parece só acontecer nos Estados Unidos) e nos cursos de pós-graduação, em programas de mestrados e doutoramentos (Stone, 1987); Ao nível da formação profissional importa desenvolver acções no quadro da formação contínua dos profissionais da Psicologia, mas sem esquecer outros técnicos de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros e terapeutas.

Pela nossa parte, como já tivemos oportunidade de referir noutras intervenções (Teixeira, 1990), dirigimos desde há 4 anos um seminário anual de Psicologia da Saúde no 5º ano da área de Psicologia Clínica do ISPA. Trata-se de um tema avançado que, a partir do próximo ano lectivo, desejamos aberto a finalistas das outras áreas de especialização.

Sem falsa modéstia, temos a convicção de que esse tema avançado — preenchendo uma lacuna curricular — tem sido um dos factores que conduziu ao desenvolvimento da investigação, de que este VII Seminário é testemunho. Pensamos que chegou o momento de começar a reflectir uma alteração curricular que inclua uma cadeira de Psicologia da Saúde ao nível da licenciatura.

Por outro lado, no Curso de Pós-graduação em Reabilitação, existe já uma cadeira de *Psicologia da Saúde e Reabilitação* e não

excluimos a hipótese de vir a realizar acção de certa duração no quadro da formação contínua de Psicólogos. Por tudo isto, parece razoável afirmar-se que o ISPA vai na frente.

Os *modelos de formação* podem ser discutidos, mas é geralmente aceite que devem incluir (1) *seminários teóricos*, (2) *treino de metodologia de investigação*, (3) *experiência da prática clínica e discussão de casos* e (4) *realização de projecto individual de investigação*. Em qualquer caso, deverá haver a *preocupação simultânea em formar investigadores e profissionais capazes de intervir na prática*, enfatizando quer a intervenção psicológica na promoção da saúde quer a intervenção envolvendo pessoas doentes e/ou em reabilitação (Belar, 1987, 1990; Stone, 1987).

Em conclusão, diremos que a investigação/intervenção em Psicologia da Saúde:

- 1 — Pode desempenhar papel relevante na *humanização dos serviços de saúde e na melhoria de qualidade dos cuidados* que são prestados, quer nos cuidados primários de saúde quer nos cuidados diferenciados.
- 2 — Embora seja uma tarefa predominantemente da Psicologia Clínica, exige um esforço de *participação activa* dos ramos Educacional e de Psicologia Social e das Organizações.
- 3 — Implica um *diálogo interdisciplinar construtivo com os outros técnicos de saúde*, nomeadamente médicos, enfermeiros, terapeutas e outros profissionais.
- 4 — Exige participação activa em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, funções essenciais directas e, ainda, transformar os outros técnicos e profissionais ligados à saúde em agentes activos na promoção do bem-estar psicológico, na prevenção de disfunções psicológicas e na melhoria da qualidade de vida das pessoas doentes.

BIBLIOGRAFIA

- Bausell, B.R. (1986). Health seeking behaviours: Private vs public health perspectives. *Psychological Reports*, 58, 187-190.
- Belar, C.D. (1987). *The Practice of Clinical Health Psychology*. New York: Pergamon Press.
- Belar, C.D. (1990). Issues in training clinical health psychologists. *Psychology and Health*, 4, 31-38.
- Diekstra, R. (1990). Public health psychology: On the role of psychology in health care in the 21st century. In Pieter Drenth e col. (Eds). *European Perspectives in Psychology*, vol. 2. Chichester: John Wiley, 19-37.
- Fox, B.H. & Temoshok, L. (1986). Conclusion. In L. Temoshok e B. H. Fox (Eds), *International Issues. Advances*, 3, 175-179.
- Fuchs e col. (1989). *Auf dem Weg zu einer razialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens*. Berlin: Freie Universität, Institut für Psychologie.
- Leal, I. & Teixeira, J.A.C. (1990). Psicologia da Saúde — Contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 4 (VIII): 453-458.
- Maes, S. & Kittel, F. (1990). Training research of health psychologists. *Psychology and Health*, 4: 39-50.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *Frontiers for a new health psychology. American Psychologist*, 35: 807-817.
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioural immunogens in health and illness. In *Psychology and Health: The master lectures series* (B.L. Hammonds & C.J. Schreier, Eds.), Washington: APA.
- Sartorius, N. (1987). Mental Health Policies and Programs for Twenty-first Century: a personal view. *Integr. Psychiatry*, 5: 151-158.
- Schmidt, L.R. (1990). How European is Health Psychology in Europe? In *European Perspectives in Psychology*, vol. 2 (Pieter Drenth e col., Eds.), pp: 153-167, Chichester: John Wiley.
- Stone, G. (1987). *Health Psychology (A Discipline and a Profession)*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Teixeira, J.A.C. (1989). *Ensino de Psicologia da Saúde*. Comunicação realizada no 1º Colóquio de Psicologia Clínica/ISPA (não publicada).
- Teixeira, J.A.C. (1990). Ensino de Psicologia da Saúde — Experiência no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. In *A Psicologia nos Serviços de Saúde* (Isabel Botelho e col., Eds.), Lisboa: APPORT.
- Teixeira, J.A.C. (1990a). Aspectos psicológicos doenças físicas. *Tempo Medicina*, 368(V): 4.
- Weinaman, J. (1990). Health Psychology in the 1990's. In *European Perspectives in Psychology*, vol. 2 (Pieter Drenth, Ed.), Chichester: John Wiley, 153-167.

RESUMO

Neste artigo o autor tenta caracterizar o estado

actual da Psicologia da Saúde e as perspectivas futuras do seu desenvolvimento, necessariamente de forma sumária. Assim, e depois de definir o que é a Psicologia da Saúde, refere brevemente o seu processo socio-histórico, delimita o seu objecto e objectivos e enuncia as principais áreas de interesse. Finalmente, após referência às metodologias de avaliação, intervenção e investigação, traça algumas perspectivas de desenvolvimento com destaque para as novas tecno-

logias médicas e as necessidades de formação.

ABSTRACT

This paper deals with Health Psychology foundations namely object, goals and applications. Future directions specially educational preparation/clinical training and medical technologies are considered.



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Torne-se leitor da Biblioteca do ISPA

(Rua Jardim do Tabaco, nº 44, 1100 Lisboa, Telef. 86 31 84/5/6)

Últimas publicações periódicas recebidas:

- **ACCIDENT ANALYSIS AND PREVENTION** — Vol. 24(6), 1992
- **ACTES DE LA RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES** — Vol. 94, 1992
- **ADMINISTRATIVE SCIENCE QUARTERLY** — Vol. 37(2), 1992
- **AMERICAN JOURNAL OF COMMUNITY PSYCHOLOGY** — Vol. 20(3), 1992
- **AMERICAN PSYCHOLOGIST** — Vol. 47(10), 1992
- **ANALISE SOCIAL** — N.º 115, 1992
- **ANNEE PSYCHOLOGIQUE** — Fasc. 2, 1992
- **ANUARIO DE PSICOLOGIA** — N.º 54, 1992
- **AUSTRALIAN JOURNAL OF EDUCATION** — Vol. 36(1), 1992
- **BEHAVIORAL AND BRAIN SCIENCES** — Vol. 15(3), 1992
- **BOLETIN DE PSICOLOGIA** — N.º 35, 1992
- **BRITISH JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY** — Vol. 31(3), 1992
- **BRITISH J. OF DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY** — Vol 10(4), 1992
- **BRITISH JOURNAL OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGY** — Vol. 62(2), 1992
- **BRITISH JOURNAL OF PSYCHOLOGY** — Vol. 83(3), 1992
- **BRITISH JOURNAL OF SOCIAL PSYCHOLOGY** — Vol. 31(3), 1992
- **BULLETIN DE PSYCHOLOGIE** — N.º 408, 1992
- **CAHIERS DE PSYCHOLOGIE COGNITIVE** — Vol. 12(3), 1992
- **CANADIAN JOURNAL OF REHABILITATION** — Vol. 5(4), 1992
- **CHILD DEVELOPMENT** — Vol. 63(4), 1992
- **COGNITION** — Vol. 45(2), 1992
- **COGNITION AND EMOTION** — Vol. 6(6), 1992
- **COGNITION AND INSTRUCTION** — Vol. 9(2), 1992
- **COGNITIVE THERAPY AND RESEARCH** — Vol. 16(4), 1992
- **DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY** — Vol. 28(5), 1992
- **EDUCATIONAL PSYCHOLOGY** — Vol. 12(2), 1992

HORÁRIO: das 10.00h às 14.00h e das 15.30h às 20.30h