

# Relação Médico-Paciente: Uma Visão Cognitivo-Comportamental<sup>1</sup>

Lucia Emmanoel Novaes Malagris  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

## Resumo

A relação médico-paciente tem sido foco de interesse de muitos especialistas em Psicologia da Saúde, na medida que pode influenciar de maneira decisiva no processo saúde-doença. A formação em Medicina já conta há alguns anos com a disciplina Psicologia Médica como parte de seu currículo, no entanto, observa-se na prática uma dificuldade de alguns destes profissionais para valorizar os aspectos psicológicos da doença e lidar adequadamente ou fazer o encaminhamento necessário do paciente. A abordagem cognitivo-comportamental, através da Medicina Comportamental, pode contribuir de várias formas para esclarecer o profissional de saúde quanto a fatores importantes a serem considerados. Uma série de problemas pode ser evitada ou minimizada na medida que aspectos cognitivos e comportamentais do paciente e do médico são considerados e trabalhados. A visão atual do homem como biopsicossocial exige um atendimento interdisciplinar, que valorize variáveis externas e internas no processo saúde-doença.

**Palavras-chave:** relação médico-paciente, medicina-comportamental, biopsicossocial.

## Physician-Patient Relationship: a Cognitive-Behavioral Approach

### Abstract

The relationship between the physician doctor and the patient has been the focus of experts in Health Psychology, because it may influence decisively on the health-disease process. Since many years the subject "Medical Psychology" has been inserted in the medical curriculum. However we can notice that in practice, it is difficult for some professionals not only to highlight the psychological aspects of the disease, but also to properly manage or to assist the patient. The Behavioral-Cognitive approach, through the Behavioral Medicine may clarify to the health professionals many important facts to be acknowledged. A series of problems can be avoided or minimized if the cognitive and behavioral aspects of patient-doctor relationship are taken into consideration and worked out. The current view of the man as a bio-psycho-social being demands an interdisciplinary assistance to valorize the external and internal variants of the health-disease process.

**Key words:** physician-patient relationship; behavioral medicine; bio-psycho-social.

## Introdução

A relação médico-paciente tem estimulado o interesse de muitos psicólogos que se dedicam à área da saúde. Tal interesse se deve ao fato de cada vez se mostrar mais evidente a influência dessa relação no processo saúde-doença e o quanto muitos profissionais estão distantes de uma relação satisfatória, limitando-se a atuar tecnicamente. Apesar da disciplina

Psicologia Médica fazer parte da maioria dos currículos das faculdades de Medicina e vir contribuindo de maneira bastante importante no que se refere a uma visão mais ampla da doença e do doente, pode-se ainda observar que, em alguns casos, tal assunto é relegado a segundo plano. A preocupação da universidade em garantir a formação de profissionais com bom conhecimento técnico, assim como o interesse do aluno no domínio desse conhecimento, podem

1. Trabalho apresentado na Mesa-redonda *Relação profissional de saúde e paciente: Barreiras e facilitadores* na XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, Campinas – SP, em outubro de 1999, juntamente com a professora Mitsuko Antunes.

Endereço para correspondência: Rua Real Grandeza, 139 sala 306 – Botafogo – CEP 22.281-030 – Rio de Janeiro-RJ

levar a um nível insuficiente de aprofundamento quanto aos aspectos psicológicos envolvidos no processo saúde-doença. É compreensível que acadêmicos de Medicina não dêem prioridade a tais aspectos, já que não pretendem ser psicólogos; no entanto, seria necessário aprenderem, ao longo de sua formação, a visão de homem como ser biopsicossocial. Na medida em que o acadêmico e/ou profissional assimile essa visão e a consiga implementar em sua prática diária, provavelmente terá uma atuação mais ampla e, assim, poderá atender de modo mais abrangente e adequado às demandas do indivíduo.

O fato de a Psicologia Médica estar presente nos currículos destas faculdades não garante, aos graduandos e profissionais, o olhar biopsicossocial, pois pode existir uma série de variáveis pessoais e profissionais que poderão dificultar a assimilação e a prática dessa visão. Pode-se observar que, muitas vezes, o médico percebe e tem conhecimento teórico para considerar os aspectos psicológicos envolvidos na etiologia ou manutenção da doença, porém, desconhece estratégias para lidar com tais aspectos e, apenas deixa claro para o paciente que sua doença inclui variáveis emocionais, como se não houvesse nada a fazer. Temos observado relatos de pacientes sobre afirmações de médicos nesse sentido da seguinte maneira: “Isso é da cabeça”; “Isso é só estresse”; “É só ficar mais calmo que você melhora”. Mas o que o paciente deve fazer quando o problema é da cabeça? Se é só estresse, por que sofre tanto? Por que sente dores? Como deve fazer para ficar calmo? E se não conseguir? É claro que o médico não pode atuar como um psicólogo porque não é, no entanto, é necessário que ele conheça algumas contribuições da Psicologia para poder conduzir da melhor forma o tratamento, ou saber quando encaminhar o paciente para tratamento psicológico. Da mesma forma, é importante que o psicólogo que trabalha com pacientes portadores de patologias físicas, também as compreenda, mesmo não pretendendo atuar como um médico.

Convém ressaltar, no entanto, que muitos médicos atuam com base no modelo biopsicossocial, tendo uma visão bastante abrangente do indivíduo doente e de sua doença, percebendo componentes

sociais e psicológicos envolvidos. Além disso, pode-se verificar que vários médicos conseguem complementar esse olhar desenvolvendo uma relação empática com o cliente, característica que é enfatizada por Soar Filho (1994) como atributo necessário ao profissional de saúde. Temos verificado relatos de médicos que comprovam isso, tais como: “Ao olhar para o paciente percebi que estava deprimido e perguntei como estava a vida dele”; “O paciente estava muito estressado, então o encaminhei a um psicólogo”; “Expliquei para o paciente que embora ele já tivesse a úlcera, precisaria trabalhar o lado emocional, pois o estresse era um dos fatores que desencadeavam o problema”. Tais relatos demonstram uma visão mais ampla que acolhe o paciente, o deixa falar e o compreende em suas diversas facetas. Vários profissionais médicos escutam e olham de fato o cliente, demonstrando interesse por ele, além de terem um conhecimento claro da relação entre as doenças e variáveis emocionais e sociais. Assim por exemplo, pode observar o estado depressivo em que se encontra um indivíduo hipertenso, procura entender as razões desse estado e esclarecê-lo quanto a aspectos da doença e do tratamento que podem estar levando possivelmente à idéia “de que sua vida acabou por causa da doença”. Com isso o profissional poderá contribuir para a adesão ao tratamento e para que hajam maiores chances de uma boa qualidade de vida para o paciente.

### **Contribuições da psicologia e do psicólogo**

A Psicologia, de uma forma geral, pode dar muitas contribuições para o estudo da relação médico-paciente, e as várias abordagens oferecem explicações e estratégias de atuação que se baseiam em seu suporte teórico específico. Dentre estas abordagens, que atuam na área da Psicologia da Saúde, a Terapia Comportamental e a Terapia Cognitivo-Comportamental, que é uma das vertentes da primeira, traz suas contribuições especialmente através da chamada Medicina Comportamental. De acordo com Godoy (1996), a Medicina Comportamental é um

campo onde se buscam e se aplicam conhecimentos interdisciplinares (como as ciências biomédicas e comportamentais) na área da saúde. Tal campo de estudo vem se desenvolvendo desde a década de 1970, através da atuação no âmbito da avaliação e tratamento de transtornos específicos, na potencialização da atuação de outros profissionais da saúde, além da promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença (Godoy, 1996).

A Medicina Comportamental surgiu a partir da consolidação da Psicologia da Saúde, a qual foi tendo seu espaço em decorrência da crise vivida pela Medicina ao longo dos anos. Segundo Queiroz (1986), uma das razões para essa crise foi a mudança nas causas das mortes entre a população, passando da predominância de mortes por doenças infecciosas para doenças crônico-degenerativas, como câncer e cardiopatias. Essa mudança tem sido observada especialmente em países desenvolvidos, mas como afirma Perissé (1985), no Brasil, parece haver uma tendência semelhante, o que pode ser constatado por dados do Ministério da Saúde datados de 1997 onde se observa que 32,40% das mortes, nesse período, se deveram a doenças do aparelho circulatório e apenas 6,22% a doenças infecciosas e parasitárias. Essa tendência parece clara ao se comparar tais dados com os citados por Perissé (1985), tendo também como fonte dados do Ministério da Saúde de 1982: mortes por doenças do aparelho circulatório 25,09% e mortes por doenças infecciosas e parasitárias 10,26%. Segundo Perissé (1985) é possível compreender essa mudança pela existência de duas “revoluções na saúde”. A primeira, ocorrida no princípio do século XX, se refere ao esforço realizado no combate às doenças infecciosas, o que se mostrou bastante efetivo em alguns países, onde, certas doenças, encontram-se praticamente sob controle. Já a segunda ocorreu concomitante a um aumento de interesse por parte de cientistas sociais e comportamentais no que se refere ao estudo das atividades humanas frente à doença e à saúde, a partir da década de 70. Essa segunda revolução, segundo o autor, se constitui nos esforços relacionados ao enfrentamento dos novos perigos surgidos para a saúde, os quais estão se tornando cada

vez mais associados à autodestrutividade do estilo de vida. Não é possível afirmar se o interesse dos cientistas sociais e comportamentais ocorreu como consequência dessa mudança ou se essa mudança foi verificada em decorrência da presença desses cientistas na área. De qualquer modo tais mudanças verificadas nos índices de morbidade e mortalidade levaram a que se constatasse que a Medicina não estava preparada para compreender e tratar os “novos” perigos, o que abriu espaço na área da saúde para uma maior atuação teórica e prática de outras ciências, como a Psicologia.

### A abordagem cognitivo-comportamental

As abordagens cognitivo-comportamentais surgiram na década de 70, embora, segundo Hawton, Salkoyskis, Kirk e Clarck (1997), suas bases empíricas datam do início do século XX. Tais bases se referem ao movimento behaviorista, especialmente com os estudos sobre Condicionamento Clássico (Pavlov) e Condicionamento Operante (Skinner). Também foi fundamental a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (1969), do final da década de 60 e década de 70, pois trazia em si algumas críticas ao behaviorismo (Sternberg, 2000), fazendo uma reflexão que abriu caminho para a valorização do que pode ocorrer no interior da mente humana. Para uma compreensão das abordagens cognitivo-comportamentais, também devem ser considerados os estudos desenvolvidos pelo cognitivismo, especialmente através de Miller e Neisser na década de 50. Apesar de Wundt, com trabalhos datados de 1880, ter sido considerado o precursor da Psicologia Cognitiva em função de sua ênfase no aspecto construtivo ou criativo da mente, e, de alguns neocomportamentalistas na década de 30, como Guthrie e Tolman, fazem referência à importância de aspectos cognitivos (Schultz e Schultz, 1992). São os trabalhos de Miller e Neisser que se constituem um marco no desenvolvimento da nova psicologia cognitiva ao fazerem uma analogia da mente humana com o computador. Como lembram Schultz e Schultz (1992) ao citar Baars, a “ciência cognitiva” se constituía em

“um amálgama de psicologia cognitiva, lingüística, antropologia, filosofia, ciências computacionais, inteligência artificial e neurociências” (Schultz e Schultz, 1992, p. 411)

A integração das abordagens comportamental e cognitiva surgiu, como afirmam Hawton e cols. (1997), no final da década de 60 e no início da década de 70, quando começou a haver uma “insatisfação com as noções comportamentais rígidas que dominaram os primeiros avanços” (p. 12). Tal insatisfação, segundo estes autores, levou a tentativas de introdução de componentes cognitivos às técnicas comportamentais existentes na época, “abrindo caminho para o desenvolvimento e aplicação sistemáticos das abordagens cognitivas” (Hawton e cols., 1997, p. 13). Um importante marco nessa direção, são os estudos feitos sobre depressão por Hammen e Glass em meados da década de 70, que se baseavam no pressuposto defendido por Lewinsohn de que tal distúrbio se devia à carência de reforços na vida do indivíduo. Nesse estudo, evidenciou-se que o aumento no número de atividades potencialmente reforçadoras não era suficiente para a mudança satisfatória do quadro, pois, a avaliação dessas atividades também se mostrava fundamental, ou seja, parecia evidente que fatores cognitivos também estavam envolvidos. (Hawton e cols., 1997)

No que se refere à abordagem cognitivo-comportamental como sistema de psicoterapia, atribui-se seus primórdios à década de 60, como resultado da pesquisa de Aaron Beck sobre depressão. Entretanto não é possível deixar de lembrar os trabalhos de Kelly da década de 1950 com seu modelo de elaborações e crenças pessoais na mudança do comportamento, assim como Lazarus e Arnold já da década de 1960, que defendiam a idéia de que a cognição desempenhava um papel fundamental nas alterações das emoções e do comportamento. Também Albert Ellis (1962), com sua Terapia Racional-Emotiva, desenvolvida na década de 60, deu apoio aos princípios da terapia cognitiva e impulsionou a terapia cognitivo-comportamental. A Terapia Racional -

Emotiva de Ellis enfatizava que o ser humano possuía padrões de raciocínio conscientes e eram capazes de ter controle sobre seus pensamentos e comportamentos (Dattilio e Freeman, 1998).

Convém lembrar que os estudos de Beck sobre depressão, foram decorrentes da experiência do autor com a teoria de depressão de Freud (Dattilio e Freeman, 1998), e o próprio Beck afirma, em seu livro “Terapia Cognitiva da Depressão”, que as evidências que encontrou em observações clínicas e estudos experimentais, levaram a uma “reavaliação agonizante do meu próprio sistema de crenças” (Beck, 1997, p. viii). Ou seja, Beck a partir de suas observações foi levado a uma avaliação crítica da teoria psicanalítica da depressão e de toda a estrutura da psicanálise. Beck afirma que a terapia comportamental contribuiu de maneira fundamental no desenvolvimento da terapia cognitiva, através da ênfase dada em metas e delineamentos de procedimentos concretos instrumentais (Beck, 1997).

Beck, Rush, Shaw e Emery (1997) afirmam que muitos autores se referem à Terapia Cognitiva como Terapia Comportamental Cognitiva, na medida em que o movimento da Terapia Comportamental contribuiu para o estabelecimento da terapia desenvolvida por Beck, acrescentando a esta novas dimensões. Portanto, o termo Terapia Cognitivo-Comportamental vai ser aqui citado no sentido de se referir à Terapia Cognitiva, a qual inclui conceitos da Terapia Comportamental e, dito de outra forma, à Terapia Comportamental que inclui conceitos da Terapia Cognitiva.

Como acima enfatizado, a Terapia Cognitivo-Comportamental, baseia-se em princípios cognitivos (sistema de crenças como base para a codificação, categorização e avaliação das experiências e estímulos encontrados pela pessoa no ambiente ao seu redor) e comportamentais (relativos às teorias de base como condicionamento clássico e operante e seus desdobramentos) para compreender o desenvolvimento da personalidade do indivíduo. Com base em estratégias decorrentes de tais princípios, se estabelece como uma abordagem que vem se mostrando, como afir-

mam Dattilio e Freeman (1995), cada vez mais popular entre os profissionais de saúde mental.

O modelo básico desta terapia sugere que os transtornos emocionais se baseiam em interpretações disfuncionais que o indivíduo realiza em relação aos eventos. Tais interpretações, segundo Beck (1997), são decorrentes de crenças aprendidas ao longo da vida, que vão sendo reforçadas por acontecimentos posteriores e se manifestam em forma de pensamentos automáticos. As crenças disfuncionais vão contribuir para interpretações distorcidas e, conseqüentemente, para emoções desagradáveis que podem gerar comportamentos desadaptados. Além disso, é importante ressaltar que processos de aprendizagem comportamental como reforços recebidos, punições, processos de generalização e discriminação, modelação, dentre outros, vão estar presentes no desenvolvimento do indivíduo e de suas crenças, influenciando as interpretações dadas aos eventos pelo indivíduo.

### **As cognições e a doença**

Como acima mencionado, a abordagem cognitivo-comportamental enfatiza o processamento cognitivo do indivíduo ao lidar com eventos em geral, dentre esses, a doença. A maneira de lidar com a doença é decorrente da forma como ela é vista pelo indivíduo. Dependendo da história de vida, com experiências favoráveis ou não, com os modelos comportamentais e cognitivos recebidos, somados a possíveis vulnerabilidades pessoais, a interpretação da doença irá variar. Uma pessoa que sempre presenciou a mãe lidando com muita ansiedade frente às doenças dos filhos, poderá desenvolver uma crença de que essa é a forma certa de se lidar com doenças, tanto a nível cognitivo como comportamental. Essa maneira de lidar poderá fazer parte do repertório de tal pessoa e prejudicá-la no enfrentamento de doenças, quando ocorrerem para si mesma ou para um ente familiar. Conseqüentemente, irá atuar de forma desajustada e não contribuindo adequadamente para o superação da enfermidade. Características da personalidade do indivíduo, as quais têm relação com

suas crenças, podem contribuir para que este desenvolva uma doença, como por exemplo, uma pessoa extremamente agressiva, que reage intensamente, sempre interpretando atitudes dos outros como ofensas, estará freqüentemente produzindo adrenalina. Tal catecolamina, em função dos efeitos que causa no corpo humano, como constrição de vasos e aumento de volume sanguíneo, pode contribuir para a hipertensão arterial nessa pessoa, se ela já for predisposta geneticamente à doença (Lipp e Rocha, 1994).

Além disso, modelos comportamentais de pessoas significantes para uma criança, podem gerar reações, positivas ou negativas, à figura do médico e à doença, determinando respostas ao tratamento, quando já adulto. Uma criança que vê o pai tomando remédio por conta própria, alterando as recomendações médicas, opondo-se sempre ao profissional, como que competindo constantemente, poderá, também, ter dificuldades em ser paciente e seguir as recomendações, não valorizando o saber do médico. Atitudes de alguns adultos, de submissão extrema ao médico, também contribuem para a passividade e, algumas vezes, para altos níveis de ansiedade e medo na criança, que pode levar essas crenças para toda a sua vida.

### **As cognições e o papel do paciente e do médico no desenvolvimento e na manutenção da doença**

A Psicologia da Saúde tem enfatizado cada vez mais o papel ativo do indivíduo no processo saúde-doença (Ogden, 1999). Considerando o modelo biopsicossocial de saúde e doença desenvolvido por Engel em 1977, conforme citado por Ogden (1999), a enfermidade é decorrente de uma multiplicidade de fatores, dentre os quais os comportamentos, as crenças, os padrões de enfrentamento, o estresse e a dor. As crenças que o indivíduo desenvolve podem contribuir decisivamente para certos comportamentos de risco que vão propiciar prejuízos em sua saúde. A forma como a pessoa lida com estressores, em geral, é ditada pelas suas crenças a respeito de seus próprios

recursos de enfrentamento e a respeito do dano potencial do estímulo. Lipp (1984), em seu *Treino de Controle do Stress*, enfatiza a importância da reinterpretação de estressores para que o indivíduo possa lidar mais eficazmente com a vida e suas adversidades. Se uma pessoa acredita que não é capaz de lidar com determinada situação, na medida em que a vê como muito ameaçadora, possivelmente desenvolverá estratégias coerentes com tal visão, ou seja, vai fugir ou evitar a situação. Pode-se levar isso para o âmbito da saúde: uma pessoa que acha que o câncer é algo irremediável e que não se considera com estrutura emocional para enfrentá-lo, possivelmente vai evitar fazer exames preventivos que possam detectá-lo. Isto pode ocorrer no caso da prevenção de problemas ginecológicos ou de próstata. Em outro caso, se a pessoa já tem conhecimento da doença, ela pode não aderir ao tratamento, agindo como se não tivesse nada a fazer a não ser esperar a morte. Um indivíduo que acredita que o cigarro é um potente ansiolítico vai fazer uso dele sempre que estiver enfrentando situações, reais ou imaginárias, que causem ansiedade. Alguém que ache que é mais fácil fugir do que enfrentar as próprias responsabilidades pode fazer uso do álcool ou outras drogas para evitar o sofrimento. Na verdade, todas essas pessoas estão tentando evitar um sofrimento, optando por outro, ou seja, evitam o sofrimento de lidar com a doença, adoecendo ou agravando a sua enfermidade.

Os aspectos cognitivos, como foi visto, são importantes no processo saúde-doença na medida em que direcionam o indivíduo na sua forma de lidar com a doença podendo levá-lo a experimentar emoções desagradáveis. A fim de evitar essas emoções, muitas vezes, o indivíduo pode desenvolver comportamentos que se mostram desadaptados no enfrentamento de problemas de saúde, não aderindo ao tratamento ou evitando procurar ajuda profissional. No entanto, não são só os aspectos cognitivos do paciente que vão ser importantes no processo saúde-doença. As crenças do médico também devem ser consideradas, pois a maneira como este lida com o paciente e a doença do mesmo, está relacionada com suas interpretações e emoções a respeito das variáveis envolvi-

das e vai, conseqüentemente, influir na relação terapêutica. Tais interpretações são decorrentes, como já vimos, de sua história de vida, sua formação profissional, suas vulnerabilidades, etc. A abordagem Cognitivo-Comportamental, através da Medicina Comportamental, pode contribuir no sentido de esclarecer os médicos sobre o assunto e ajudá-los a desenvolver uma interação onde todos têm a ganhar, o paciente, o médico e a sociedade como um todo.

### **A abordagem cognitivo-comportamental e a relação médico-paciente**

Sabe-se que tanto o paciente como o médico são elementos importantes no desenvolvimento e na manutenção da doença. Nesse sentido, a Medicina Comportamental tem desenvolvido modelos explicativos para esclarecer o processo saúde-doença que podem contribuir para uma melhor relação entre os dois. Partindo do fato de que para a Medicina Comportamental a saúde e a doença, especialmente a crônica, são estados multideterminados, Godoy (1996) propôs um modelo conceitual que se baseia em duas hipóteses fundamentais:

1. a saúde e a doença dependem de variáveis internas (próprio organismo) e de variáveis externas (ambiente);
2. o grau de participação das variáveis depende do caso. No que se refere às variáveis internas, Godoy enfatiza as do tipo orgânico e as comportamentais ou psicológicas. As primeiras referem-se aos aspectos biofísicos, genéticos, imunológicos, etc. Já as segundas, dizem respeito à percepções, expectativas, pensamentos, motivações, sentimentos, hábitos, comportamentos de risco, habilidades ou recursos, respostas à doença, etc. Quanto às variáveis externas, Godoy faz referência a características do ambiente físico, sociodemográficas e psicossociais. O autor dá ênfase aos estímulos estressantes ambientais, ao suporte social e aos comportamentos de pessoas significantes para o indivíduo. Considerando a grande diversidade de fatores envolvidos na doença, conforme enfatizado pelo modelo biopsicossocial (Godoy, 1996) parece fundamental uma análise criteriosa da

história de vida do indivíduo e da história da doença, para que o caso seja compreendido e tratado satisfatoriamente.

Importante enfatizar que, para Godoy (1996), a participação de diferentes fatores na geração de uma doença se apresenta de forma diferenciada para cada tipo de transtorno e, conseqüentemente, irá contribuir na determinação de que tipo de tratamento deve ser implementado, e de que profissionais devem ser envolvidos no caso específico. Segundo o autor, a avaliação do problema apresentado pelo paciente, deve basear-se nos seguintes princípios básicos:

1. Avaliação do transtorno específico em suas dimensões ou parâmetros mais relevantes, como frequência, intensidade e duração;
2. Identificação das circunstâncias internas ou externas relacionadas com modificações ou oscilações no transtorno;
3. Conseqüências do transtorno em nível pessoal, familiar, social e profissional;
4. Informação e percepções do paciente sobre seu transtorno;
5. Avaliação do tratamento e grau de adesão ou seguimento das prescrições de tratamento e;
6. seguimento.

Com base no modelo de Godoy (1996), é possível concluir como pode ser uma boa relação médico-paciente. Primeiramente, é fundamental que tanto o médico quanto o paciente estejam cientes que uma série de variáveis estão envolvidas no desenvolvimento e na manutenção da doença. Além disso, é importante compreender que os comportamentos dos pacientes que contribuem no processo da doença, uma importante variável a ser considerada, representam relações entre eventos (internos e/ou externos) e as condutas que os mesmos apresentam. Ou seja, parece haver um processo dinâmico entre o indivíduo e o meio, que deve ser bem compreendido tanto pelo próprio paciente como pelo médico. Essa visão ampla deve influir no entendimento da doença que o indivíduo apresenta, tanto no que se refere aos aspectos diretamente relacionados ao paciente (orgânicos ou psicológicos), quanto aos aspectos ambientais que podem estar contribuindo

para o desenvolvimento e a manutenção da doença. Ambos, o médico e o paciente, precisam entender que a pessoa portadora de uma enfermidade, pode estar participando ativamente da doença, mas que nem tudo depende dela, pois aspectos ambientais, socio demográficos e psicossociais, também estão presentes, e alguns desses aspectos não podem ser controlados pelo paciente. O médico, tendo esse olhar, poderá investigar melhor as causas das doenças e oferecer o tratamento adequado ou encaminhar o paciente para um especialista na área onde se encontram as influências muito importantes, como, por exemplo, a psicológica. Se o paciente estiver, ao mesmo tempo, consciente da multideterminação da doença, poderá compreender o tratamento e, se souber da importante influência de variáveis internas, como seus comportamentos e pensamentos, poderá colaborar de maneira mais efetiva. Além disso, consciente das variáveis externas, poderá atuar com seus recursos pessoais no sentido de alterar o ambiente naquilo que for possível, como eliminar alguns estímulos estressores. Muitas vezes, o indivíduo está usando estratégias inadequadas para lidar com o seu estresse, contribuindo para o agravamento da doença, precisando, portanto, desenvolver estratégias positivas. Se o paciente sabe que suas crenças estão levando a emoções e a comportamentos desadaptados e propiciadores de doenças, ele tem a chance de atuar no sentido de amenizar tal influência. Conhecer essas variáveis não garante mudança, mas é um importante ponto de partida que somado à intervenções de profissionais especializados, podem ajudá-lo efetivamente na mudança. É claro que nada disso é fácil; um trabalho psicológico se mostra fundamental, e a abordagem cognitivo-comportamental está instrumentalizada para atuar no sentido de que o indivíduo possa fazer uma reestruturação de suas cognições disfuncionais, desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse, eliminar hábitos e comportamentos de risco. A forma como o paciente lida com o saber-se doente, as crenças sobre a doença, sobre o tratamento e sua recuperação, precisam ser ajustadas em alguns casos, e isso é fundamental para a recuperação e manutenção da saúde.

Importante enfatizar que todas as estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental para transtornos psicológicos, podem ser utilizadas no tratamento de problemas de saúde física, com suas devidas adaptações ao tipo de problema apresentado. Dentre estes procedimentos pode-se citar: reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração profunda, técnica de solução de problemas, técnicas de enfrentamento do estresse, treinamento de habilidades sociais e outras dependendo do caso específico.

O médico que consegue lidar com a doença e o doente, por meio de uma visão biopsicossocial, terá condições de entender suas próprias cognições, percepções, sentimentos e comportamentos. As crenças do médico sobre a doença, o doente, o papel deste e o seu próprio, são muito importantes na sua atuação, pois aquele que considerar o paciente em posição inferior achará que o mesmo deve ter um papel passivo sem questionamentos, e tenderá a agir de forma autoritária e impositiva, com grandes possibilidades de não conseguir a adesão do paciente ao tratamento. Weinman, conforme citado por Ogden (1999), afirma que os técnicos de saúde têm suas próprias crenças sobre a saúde e a doença que influenciam a sua tomada de decisão quanto ao diagnóstico e a forma de tratar a doença e o doente. Weinman enfatiza o papel de algumas dessas variáveis: as crenças dos técnicos de saúde sobre a natureza dos problemas clínicos, a estimativa que fazem da probabilidade do seu entendimento quanto à doença, a crença sobre a gravidade e a possibilidade de tratamento, assim como as crenças desenvolvidas quando o técnico já tem conhecimento pessoal do doente. Ogden (1999) acrescenta que os estereótipos do médico e seu estado de humor também podem influenciar na forma como este atua. Outro ponto importante levantado por Ogden é a forma como o médico se comunica com o doente, pois nesse momento ele revela suas crenças e, muitas vezes, crenças que, por serem negativistas, ao serem capta-

das pelo paciente podem levar a uma não adesão e à escolha pela passividade ou pela atuação desadaptativa.

É importante lembrar que o médico, assim como o paciente, vivem num contexto sócio-cultural específico que contribui para o desenvolvimento de suas crenças individuais. O médico é visto, em alguns contextos, como “o salvador”, alguém que é responsável pela vida ou pela morte, alguém que não pode errar, em quem se colocam altas expectativas, muitas vezes, irreais. Fazendo parte de um contexto que cultiva essa visão, alguns médicos podem internalizar a imagem de “super-herói” e tentam se portar como tal; já outros podem sentir-se inseguros por acreditar que deveriam ser o que não conseguem, alguém com super-poderes. Em ambas as formas, o médico pode sofrer uma pressão imposta pelo meio e/ou por ele mesmo.

A maneira como o profissional de saúde interpreta as queixas do doente, assim como as expectativas que ele possui frente ao paciente, podem ser influenciadas pelo contexto sócio-cultural onde está inserido, o qual, muitas vezes, lhe atribui a responsabilidade de resolver sozinho o problema. Ao mesmo tempo, o paciente, também fruto desse contexto, assume um papel passivo, esperando que o “super-herói” venha salvá-lo, e exige do médico tal postura. É importante ressaltar que não é só a cultura que influencia as crenças do indivíduo, pois, como já mencionado, a história pessoal, e a formação profissional do indivíduo, dentre outros fatores, devem ser consideradas (Ogden, 1999).

## CONCLUSÃO

Uma boa relação médico-paciente é fundamental para um diagnóstico e um tratamento efetivo, mas para que isso seja alcançado é necessário que tanto o médico como o paciente tenham, primeiramente, um bom relacionamento interpessoal. É im-



portante que cada elemento dessa relação conheça suas crenças e saiba lidar com elas, pois caso contrário, suas crenças disfuncionais poderão contaminar a relação e trazer prejuízo para o doente e para o profissional que se sente frustrado com o fracasso do tratamento. A visão biopsicossocial do homem e, conseqüentemente, do processo saúde-doença, inclui aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais. Portanto, parece primordial que no tratamento sejam incluídas estratégias de mudança desses componentes. Para isso é importante que não só o médico, mas também o paciente, saiba da multiplicidade das variáveis envolvidas no processo, para que possam atuar, na mesma direção. A abordagem Cognitivo-Comportamental, especialmente através da Medicina Comportamental, tem-se mostrado bastante efetiva por trabalhar principalmente na reestruturação das crenças do médico e do paciente, nas emoções decorrentes e nos comportamentos disfuncionais que contribuem para o desenvolvimento e manutenção da doença. Além disso, a Medicina Comportamental está instrumentalizada para atuar na prevenção, objetivando contribuir para uma melhor qualidade de vida do indivíduo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática* (S. Costa, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1995).
- Beck, A. ; Rush, A. J.; Shaw, B. F. e Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. (S. Costa, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1979).
- Dattilio, F. M. e Freeman, A. (1995). Prefácio. Em F. M. Dattilio e A. Freeman (orgs.), *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises*. (Vol. I, pp. xv-xvi). (M. Lopes e M. Carbajal, Trad.) Campinas: Editorial Psy II.
- Dattilio, F. M. e Freeman, A. (1998). Introdução à terapia cognitiva. Em A. Freeman e F.M. Dattilio, *Compreendendo a terapia cognitiva* (cap. 1, pp. 19-28). Campinas: Ed. Psy II.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Godoy, J.F. (1996). Medicina comportamental. Em V. Caballo (org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 765-782). (M.D.Claudino, Trad) São Paulo: Livraria Santos.
- Hawton, P.; Salkovskis, P. M.; Kirk, J. e Clark, D. M. (1997). Desenvolvimento e princípios das abordagens cognitivo-comportamentais. Em H. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk e D. M. Clark (orgs.), *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos. Um guia prático* (cap. 1, pp. 1-17). (A. Lamparelli, Trad.) São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1989).
- Lipp, M. E. N. (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 1, 5-19.
- Lipp, M.E.N. e Rocha, J.C. (1994). *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida*. Campinas: Papirus.
- Ministério da Saúde/FNS/CENEPI (2000). *Sistema de Informações sobre mortalidade*. Internet: site do Ministério da Saúde.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde* (C. Patrocínio e F. Andersen, Trad.) Lisboa: Climepsi.
- Perissé, P. M. (1985). Psicologia da saúde: Novos horizontes para a pesquisa e prática psicológica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 37, 112-121.
- Queiroz, M. S. (1986). O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: Uma perspectiva antropológica. *Revista Saúde Pública*, 20, 309-317.
- Schultz, D. P. e Schultz, S.E. (1992). *História da psicologia moderna*. São Paulo: Editora: Cultrix.
- Soar Filho, E. J. (1994). Relação profissional de saúde-cliente. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 23(3), 185-189.
- Sternberg, R.J. (2000). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Recebido em: 30/10/99

Aceito em: 24/10/00