

ISSN 2595-8801



Volume 1

n° 01

(2019)

7950

Unilogos®  
7950 NW, 53rd Street (Suite 337)  
Miami, FL (USA)

REVISTA CIENTIFICA

# COGNITIONIS

*suae quisque fortuna faber est*

**LOGOS UNIVERSITY  
INTERNATIONAL®**



## O MODELO BIOMÉDICO X O MODELO BIOPSISSOCIAL NA EXPLICAÇÃO DA DEPRESSÃO

Autora: Soraya Rodrigues de Aragão

Orientador: Prof. Dr. Osterne Nonato Maia Filho, PHD

## THE BIOMEDICAL MODEL X THE BIOSYCHOSOCIAL MODEL IN EXPLAINING DEPRESSION

Author: Soraya Rodrigues de Aragão

Advisor: Prof. Dr. Osterne Nonato Maia Filho, PHD

**Resumo:** Objetiva-se colocar através de pesquisas e achados, as contribuições advindas dos Modelos Biomédico em contraponto ao Biopsicossocial no tocante à explicação e tratamento do fenômeno da depressão, abordando a Psicologia Analítico-comportamental como representante deste último modelo. O modelo biomédico clássico apresentou desde sua origem, uma visão mecanicista, organicista e reducionista acerca da doença psicológica, levando em conta somente os aspectos biológicos, mensuráveis e quantificáveis, objetivando, desta forma, padronizar e catalogar a etiologia das doenças. O modelo biomédico vigente é inspirado nesse molde e constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica. No decorrer dos tempos, o foco de interesse da Medicina passou de uma abordagem biográfica à nosográfica; no entanto, não oferece respostas

satisfatórias aos anseios de ordem psicológica. O Modelo biopsicossocial ou modelo sistêmico é aquele que privilegia a visão integral do sujeito nas dimensões física, psicológica e social e a prevenção em vez do tratamento, se contrapondo, portanto, ao modelo biomédico. A Psicologia Analítico-comportamental explica os transtornos psiquiátricos através da intervenção de modelos interativos e experimentais vendo o sujeito único em sua interrelação com o ambiente (interno e externo) e sua história comportamental, através da tríplice contingência (filogenético, ontogenético e cultural), mostrando-se, deste modo mais adequada para explicar e tratar a depressão numa perspectiva interativa e sistêmica.

**Palavras-Chave:** Atendimento Educacional Especializado, Sala de

## **Recursos, professores, ensino regular.**

### **1. Introdução**

O presente artigo pretende desenvolver uma discussão e levantar questionamentos acerca dos pressupostos epistemológicos e práticos no tocante aos dois principais modelos vigentes no sistema de saúde: o biomédico e o biopsicossocial; este último levando em conta a abordagem da Psicologia Analítico-comportamental na explicação e tratamento da depressão.

A finalidade deste estudo se justifica pelas discussões frequentes acerca da efetividade dos dois modelos no processo saúde-doença, e sua relevância reside no fato de encontrar um modelo mais eficiente que explique especificamente a depressão de modo contextualizado, levando em conta o indivíduo não somente no aspecto fisiológico, mas também psicológico, social e cultural em uma visão sistêmica e interativa. Para a realização deste estudo, foi utilizada como metodologia a revisão bibliográfica visto que esta se mostrou mais adequada para a pesquisa em questão, de modo que através desta foi possível perscrutar a história dos dois modelos, bem como sua atuação na saúde. Sendo assim, foi realizada pesquisa em virtude da necessidade da compreensão do advento de cada modelo dentro do contexto histórico-cultural e de suas propostas no tocante ao complexo saúde-doença.

O modelo biomédico está firmemente assente no pensamento cartesiano.

Descartes introduziu a rigorosa separação de mente e corpo, a par da idéia de que o corpo é uma máquina que pode ser completamente entendida em termos da organização e do funcionamento de suas peças. De acordo com este modelo, uma pessoa saudável seria como um relógio bem construído e em perfeitas condições mecânicas; uma pessoa doente, um relógio cujas peças não estão funcionando apropriadamente. As principais características do modelo biomédico, assim como muitos aspectos da prática médica atual, podem ter sua causa primeira nessa metáfora cartesiana (Capra, 1982).

Ainda de acordo com Capra (1982), ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde frequentemente de vista o paciente como ser humano. Essa divisão é talvez a mais séria abordagem biomédica. Para começar, a definição de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no preâmbulo de seu estatuto poderá ser útil: “A saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades.” Observa-se que a OMS ressalta a saúde de modo interrelacional e não somente no aspecto biofisiológico.

O modelo biopsicossocial permite que a doença seja vista como um resultado da interação de mecanismos celulares, teciduais, orgânicos, interpessoais e ambientais (Fava & Sonino, 2008). Observamos neste discurso a apresentação do ser humano considerado de modo contextualizado em todos os aspectos inerentes ao seu

espaço vital, ou seja: orgânico, psicológico, cultural e socioeconômico em que cada aspecto influencia de modo dinâmico no outro.

Ainda de acordo com Fava & Sonino (2008) Engel identificou o modelo biopsicossocial como uma estrutura conceitual mais completa (adequada) para orientar os clínicos no seu trabalho diário com os pacientes. Ele considerou que a transição do estreito modelo biomédico para o biopsicossocial era o maior desafio para a medicina nos anos setenta.

A multiplicidade de componentes relativos ao tratamento analítico-comportamental da depressão, verificada nas publicações selecionadas reflete a complexidade da depressão enquanto fenômeno do qual podem participar diversas variáveis, tanto no que se refere à sua instalação quanto à sua manutenção. A escolha entre os diversos conjuntos de procedimentos parece depender dos tipos de relações envolvidas em cada ocorrência. Por outro lado, à quantidade de medidas interventivas encontradas deveriam corresponder evidências experimentais respaldando sua aplicabilidade (Ferreira, 2010).

Campos (2010) relata que a incidência da depressão chega a 10% em pessoas que recebem atendimento médico geral e atinge 15% das pessoas internadas em hospital geral. As causas são controversas; há hipóteses que atribuem estas diferenças a fatores genéticos, hormonais, efeitos do parto, estressores psicossociais diferentes para homens e mulheres e modelos comportamentais (Demetrio, 1997).

Verifica-se que como a depressão apresenta múltiplas variáveis instaladoras e mantenedoras, o estreito modelo biomédico só é capaz de explicá-la no viés biofisiológico. No tocante aos aspectos psicossociais e comportamentais o que seria utilizado como terapêutica, já que a depressão não apresenta apenas uma única variável, ou seja, a fisiológica? Será que o modelo biomédico apresenta-se capaz de dar conta de estratégias efetivas acerca do manejo da depressão em todos os seus aspectos?

## 2. Desenvolvimento

A depressão, juntamente com outras doenças chamadas de “as novas patologias”, ganhou status de efeito colateral da pós-modernidade, e com isso cresceu o número de trabalhos sobre essa problemática. Entretanto, embora esteja fortemente relacionada ao problema de nossa época, essa forma de sofrimento psíquico, já existe há muito tempo. A relação entre sofrimento psíquico e contexto histórico é, portanto, absolutamente pertinente, embora a busca da compreensão dos fenômenos psíquicos que cercam a depressão já ocorra há mais de dois milênios; e a contemporaneidade não foi a primeira vítima da depressão. Já houve diversas épocas no passado em que ela se tornou predominante (Teixeira, 2005).

Ainda de acordo com Teixeira (2005), Melancolia é o termo mais antigo para a patologia dos humores tristes.

Entretanto, nem sempre esteve no domínio do campo psiquiátrico, psicanalítico ou filosófico. O termo e suas diferentes formas de uso estão relacionados com sua história: é muito antigo, anterior ao advento das ciências modernas. Suas origens remontam à Grécia antiga, alguns séculos antes de Cristo, época em que arte, tragédia e Filosofia encontravam-se nas obras de arte, nos escritos literários trágicos, nos textos da antiga filosofia de Aristóteles e nas produções da pré-história médica, e resistiu fortemente até meados do século XIX, período em que foi substituída pela depressão (Scliar, 2003).

Nos primórdios da Medicina, prevaleciam os pensamentos mágico-religiosos. Segundo historiadores, no Egito, Índia, Mesopotâmia e China, onde idéias embrionárias sobre a doença mental germinaram, as causas eram quase sempre devido a problemas espirituais. O tratamento consistia provalentemente na retirada dos espíritos através de rituais; quando não, o sofrimento era aliviado por meio de massagens e, algumas vezes, através de atos cirúrgicos, como abertura do crânio para liberar os fluidos. Interessante que a trepanação foi também largamente utilizada, aqui onde hoje é a América Latina, pelos ancestrais dos incas (Pontes, 1995).

Segundo Cataldo Neto, Annes e Becker (2003), a história das profissões relacionadas com a saúde mental começa com a tentativa do homem primitivo em aliviar o sofrimento do outro. A história do profissional de saúde mental começa assim, com a história do primeiro

curador profissional, o médico-feiticeiro. Nas sociedades simples, o homem com poderes misteriosos, como prever vitória na guerra, fazer plantações crescerem, provocar chuva ou sol tinha também a função de curar doentes mentais. Os indivíduos que viviam (ou vivem) em sociedades simples visualizavam a doença mental como uma possessão demoníaca ou a manifestação do descontentamento dos deuses, em que os doentes eram vítimas do castigo divino. Os tratamentos provinham da magia, da invocação de poderes celestiais e do exorcismo de demônios, utilizando-se de castigos físicos e outras punições. Entretanto, neste mesmo período, já surgiam práticas terapêuticas que podemos considerar modernas, como: ouvir música suave, atividades recreativas e passeios (Cataldo Neto, Annes & Becker, 2003). Esta época se caracteriza pelo domínio do pensamento mágico, na qual toda enfermidade é explicada pela crença imaginária e culto ao sobrenatural. Pode-se dizer que a relação da sociedade com o doente era ambígua, pois se de um lado havia um sentimento de respeito com o enfermo, intitulado-o como mensageiro de Deus, de outro prevalecia certo temor e o pensamento de que este podia ser portador de um espírito malévolo (Gauer, Marini, Dias & Dias, Drago, Vieira, Calvetti, 1986).

O modelo biomédico ou mecanicista, hoje predominante, tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a revolução artístico-cultural que ocorre nessa época, associada, igualmente, ao

projeto expansionista das duas metrópoles de então- Portugal e Espanha - cuja consecução vai demandar o surgimento de instrumentos técnicos que viabilizem as grandes navegações na tentativa, como se sabe, entre os fatores que prioritariamente estimularam o mencionado empreendimento, de reatar o intercâmbio comercial com as Índias, a partir da tomada de Constantinopla pelos turcos, em 1453 (Barros, 2002).

A maior mudança na história da medicina ocidental ocorreu com a revolução cartesiana. Antes de Descartes, a maioria dos terapeutas atentava para a interação de corpo e alma, e tratava seus pacientes no contexto de seu meio ambiente social e espiritual. Assim como sua visão de mundo com o correr do tempo, o mesmo aconteceu com suas concepções de doença e seus métodos de tratamento, mas eles costumavam considerar o paciente como um todo. A filosofia de Descartes alterou profundamente essa situação. Sua rigorosa divisão entre corpo e mente levou os médicos a se concentrar na máquina corporal e a negligenciar os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença (Capra, 1982). Os atuais modelos de classificação e catalogação das doenças são originários deste modelo cartesiano, tais como o CID-10 e o DSM-V.

O CID-10 (Classificação Internacional de doenças- 10ª Revisão) classifica a depressão dentro dos Transtornos Afetivos. Os Transtornos Afetivos são aqueles em que a perturbação

fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma relação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são secundários a estas alterações do humor e da atividade, facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tende a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode estar frequentemente relacionados com situações ou fatos estressantes. Os episódios depressivos estão agrupados na Categoria F-32.

De acordo com o DSM-V (2015), a depressão está classificada dentre os Transtornos do Humor. Este diagnóstico é caracterizado pela presença dos seguintes sintomas: humor deprimido; interesse ou prazer acentuadamente diminuído pelas atividades; perda ou ganho significativo de peso, diminuição ou aumento no apetite; insônia ou hipersônia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sensação de inutilidade; culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída para pensar, concentrar-se ou decidir-se; pensamentos recorrentes sobre morte e ideação suicida (Campos, 2007).

Observamos que o CID-10 apresenta uma melhor abertura para os fatores psicossociais em contraponto ao DSM-IV, visto que aquele relata fatores estressantes e contextualização das alterações do indivíduo, ou seja, ressalta a questão ambiental como

variável a ser levada em conta no processo de doença.

É provável que a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos, resida no que se convencionou designar como medicalização (Barros, 2002).

De acordo com Barros (2002), no que respeitam aos medicamentos, ao hipervalorizar as funções que os mesmos podem vir a desempenhar, além da geração de uma dependência pela qual se crê que, para todo e qualquer problema, independentemente de sua gravidade ou nexos causais, haverá uma pílula salvadora, deparamo-nos com um incremento nos custos, tanto econômicos, quanto, propriamente, sanitários. O referencial mecanicista, reforçando explicações que reduzem o processo saúde-doença à sua dimensão estritamente biológica, propaga, inclusive pela mídia ou pelos sites da internet, tanto as "soluções" que já vieram à luz como as que estão prestes a fazê-lo.

De acordo com Bennet (1987), médicos sensíveis estão insatisfeitos com o referido modelo, não propriamente porque o mesmo não responde a muitos dos problemas clínicos e sim, devido ao fato de que se dão conta das reações psicológicas dos seus pacientes e dos problemas socioeconômicos envolvidos na doença, mas não veem como incorporar essas informações na formulação diagnóstica e no programa terapêutico (Barros, 2002).

Observa-se que a preocupação com a relação entre saúde e doença acompanha a existência humana desde os primórdios de nossa história conhecida. Descrita em termos de parâmetros físicos e indicadores biológicos, a concepção da saúde e da doença como um fenômeno multidimensional constitui uma proposta relativamente recente (Costa Junior, 2005). Discussões filosóficas em disciplinas de ciências humanas e biológicas, a partir da década de 60 do século XX, passaram a questionar a ênfase tradicional na orientação biomédica da assistência à saúde e apontaram uma necessária ampliação da perspectiva social da medicina (Flores & Costa Junior, 2008).

O transtorno depressivo é um dos mais frequentes e incapacitantes problemas da atualidade, e é considerado um dos grandes motivos pela busca de serviços de saúde em todo o mundo. Caracteriza-se por humor triste, melancolia, choro fácil, apatia, tédio, aborrecimento crônico, irritabilidade aumentada, ansiedade, angústia desespero, desesperança, fadiga, cansaço, desânimo, diminuição da vontade, entre outros sintomas. Do ponto de vista da Análise do Comportamento, a depressão deve ser compreendida a partir da análise das contingências que a mantêm, visto que são nas relações com o ambiente externo que devem ser buscadas as explicações para o comportamento. Seguindo a perspectiva de que um comportamento deve ser estudado nos termos da sua função, a depressão poderia ser entendida como uma classe de respostas selecionadas e

desenvolvidas ao longo da vida do indivíduo a partir de suas interações com o meio (Campos, 2007).

Dentre os vários fatores acima envolvidos, o critério para chegar a um consenso entre tantas posições depende da evolução do conhecimento de diferentes áreas. A literatura encontrada neste campo, descreve os comportamentos apresentados pela pessoa deprimida; contudo, isso não é suficiente para caracterizar a referida doença com base nos pressupostos da Análise do Comportamento, os quais privilegiam a função dos mesmos. Assim, analisar as variáveis presentes no contexto das pessoas deprimidas, os comportamentos apresentados por elas, bem como a funcionalidade destes, contribuiria para o aperfeiçoamento do diagnóstico e para programas de intervenção em um futuro próximo (Campos, 2007).

Flores & Costa Junior (2008) relatam que o desenvolvimento científico da Psicologia da saúde enquanto área de conhecimento e de aplicação da psicologia, conforme concebida por Matarazzo (1980) tem incentivado uma ampliação dos modelos explicativos de diversos transtornos de saúde, especialmente aqueles de natureza crônica, passando a considerar a relação do indivíduo com a doença e a participação de fatores sociais e psicológicos, além daqueles biológicos, sobre a etiologia, a manifestação sintomática e a perspectiva de reabilitação (Martins, 2001; Ogden, 1996, Straub, 2002/2005; Zannon, 1991).

Descobriu-se que o bem-estar psicológico desempenha um papel protetor no equilíbrio dinâmico entre saúde e doença. A necessidade de incluir a análise da função na vida diária, produtividade, desempenho de papéis sociais, a capacidade intelectual, estabilidade emocional e bem-estar, tem emergido como uma parte crucial da investigação clínica e de assistência ao paciente. Em investigações controladas de diversos distúrbios em saúde, o uso de estratégias psicoterápicas tem resultado na melhoria substancial na qualidade de vida, na aquisição de estratégias de enfrentamento e no tratamento da doença (Fava & Sonino, 2008). É neste contexto que apresento as propostas da Psicologia Analítico-comportamental no tocante à depressão, pois esta oferece condições satisfatórias, tanto epistemológicas quanto psicoterapêuticas de enfrentamento.

O enfoque da depressão, enfatizando o aspecto comportamental, deve destacar as interações com o meio e as influências das histórias filogenética, ontogenética e cultural, às quais ele está submetido; o início e a duração da depressão dependem de variáveis biológicas, históricas e comportamentais (Capelari, 2002). Também vale ressaltar não só as variáveis geradoras da depressão, mas também as mantenedoras.

Flores & Costa Junior (2008) relata que o indivíduo é concebido como um ser ativo e capaz de agir sobre o meio, o qual, por isso, assume responsabilidades no processo de adoecer e tratar a doença (Ogden,



1996; Zannon, 1991). O profissional de saúde é, antes de tudo, um educador que utiliza técnicas psicológicas para incentivar o paciente a participar efetivamente das decisões de seu tratamento (Costa Junior, 2005).

Ferster (1973) relata que a depressão está intimamente ligada à história de reforçamento do sujeito. Seu entendimento depende do conhecimento da relação sujeito-ambiente, ou seja, dos antecedentes e das consequências do comportamento depressivo e, portanto, da análise funcional. O repertório de pessoas com este quadro é definido como o resultado de um decréscimo na frequência de certas classes de comportamentos e um aumento na frequência de outros (Campos, 2007).

### 3. Conclusão

Na revisão bibliográfica realizada, observam-se as contribuições de dois modelos vigentes na saúde e suas propostas no tocante à visão dos processos de saúde e doença. O Modelo Biomédico Clássico leva em conta somente aspectos biofisiológicos e contempla a doença em decorrência do mau funcionamento destes aspectos; tem como pressuposto de organização a classificação e catalogação da etiologia das doenças. No entanto, o Modelo biopsicossocial já apresenta uma proposta diferente, visto que visualiza o indivíduo de modo integral e sistêmico. O que se pode observar no discurso médico é que embora o modelo biomédico clássico ainda

persista, já existe uma melhor aceitação de outros aspectos como deflagradores e mantenedores das doenças, no caso específico de que tratamos, a depressão. É bem certo que, no tocante a outras patologias, observa-se verdadeiramente um predomínio de fatores genéticos e não seremos ingênuos em acreditar que existiria uma equidade do biológico, do psicológico e social no sentido de importância no trato com determinadas doenças. O que se defende é que a visão de um sujeito único e uma proposta terapêutica que não leve em conta só o biológico. A Psicologia Analítico-comportamental através de sua filosofia e técnicas psicoterápicas apresenta esta visão integral do homem através da tríplice contingência (ontogenético, ortogenético e cultural) e serve como proposta para um Modelo de saúde eficaz.

### Sobre o Autor:

Soraya Rodrigues de Aragão-  
Psicóloga, Psicotraumatologista,  
Expert em Medicina Psicossomática e  
Psicologia da Saúde. Escritora e  
palestrante. Autora dos livros  
Fechamento de Ciclo e Renascimento,  
Supere desilusões amorosas e  
pertença a si mesmo e Liberte-se do  
Pânico e viva sem medo! Sites:  
[www.sorayapsicologa.com](http://www.sorayapsicologa.com).  
Contato@sorayapsicologa.com

### Referências:

[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br); Acesso: 10. Jun.  
2011. (BARROS, 2002). Pensando o

Processo saúde doença: A que responde o Modelo Biomédico? Saúde Sociedade.

[www.fop.unicamp.br](http://www.fop.unicamp.br); Acesso: 12. Jun. 2011. (FAVA & SONINO, 2008). Modelo Biopsicossocial: trinta anos depois.

[www.psiquiatriageral.com.br](http://www.psiquiatriageral.com.br); Acesso: 11. Jun. 2011. (CAPRA, 1982). O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982. Capítulo 5- O Modelo Biomédico.

[www.ufpa.br](http://www.ufpa.br); Acesso: 12. Jun. 2011. (FERREIRA,2010). O conceito de incontrollabilidade na pesquisa experimental e na terapia comportamental da depressão. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do comportamento. UFPA-PA);

[www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br); Acesso: 13. Jun. 2011. (CAMPOS, 2007). Análise Comportamental em depressivos. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia Clínica - PUC - Campinas);

[www.scielo.br](http://www.scielo.br); Acesso: 14. Jun. 2011. (FLORES & COSTA JUNIOR, 2008). Modelo biopsicossocial e formulação comportamental: compreendendo a cefaléia do tipo tensional;

[www.emtr.com.br](http://www.emtr.com.br); Acesso: 14. Jun. 2011. CBREMT- Centro Brasileiro de Estimulação Magnética Transcraniana Transtornos Afetivos- Classificação Internacional de Doenças- Décima Revisão (CID-10);

PONTES, C.B. (1995). Psiquiatria: Conceitos e Práticas. 1ª Edição. Fortaleza: UFC;

[www.sorbi.org.br](http://www.sorbi.org.br); Acesso: 15. Jun. 2011. (GAUER, MARINI, DIAS & DIAS, DRAGO, VIEIRA, CALVETTI, 1986). Breve Histórico: Saúde Mental e Bioética;

[www.assis.unesp.br](http://www.assis.unesp.br); Acesso: 15. Jun. 2011. (TEIXEIRA, M. A. R.). Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na Psicanálise e na Psiquiatria. Revista de Psicologia da UNESP, 4(1), 2005, 41;