



Que bom receber **você** em nosso site!

Somos especializados em **Livros e Jogos de
Psicologia e Saúde Mental.**

No final do capítulo colocamos um **Desconto Especial** para você.

www.sinopsyseditora.com.br

Psicologia da saúde

P974 Psicologia da saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral / organizado por Tânia Rudnicki e Marisa Marantes Sanchez... [et al.] – Novo Hamburgo : Sinopsys, 2014.
16x23 cm ; 384p.

ISBN 978-85-64468-15-3

1. Psicologia–Saúde–Terapia cognitivo-comportamental
– Hospital geral. I. Sanchez, Marisa Marantes II. Título.

CDU 159.922:614

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023

Psicologia da saúde

a prática de terapia
cognitivo-comportamental
em hospital geral

Tânia Rudnicki
Marisa Marantes Sanchez
organizadoras



© Sinopsys Editora e Sistemas Ltda.
*Psicologia da saúde: a prática de terapia
cognitivo-comportamental em hospital geral.*

Tânia Rudnicki, Marisa Marantes Sanchez (organizadoras)

Capa: *Maurício Pamplona*

Revisão: *Alexandre Müller Ribeiro*

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Editoração: *Formato Artes Gráficas*

Sinopsys Editora

Fone: (51) 3066-3690

E-mail: atendimento@sinopsyseditora.com.br

Site: www.sinopsyseditora.com.br

Minha energia é sempre um desafio.
Não importa onde parei.
O segredo é seguir em frente.

Marcos, Tamara, Francisco,
Alexandre e Ricardo,
A vocês

Tânia Rudnicki

A meus filhos Bruno, Rafael e Eduardo, fonte
genuína de alegria, satisfação e motivação.

Aos bebês e crianças hospitalizadas,
estímulo para reflexão e estudos.

Marisa Marantes Sanchez

Autores

Tânia Rudnicki (org.). Psicóloga. Doutora em Psicologia. Pós-Doutoranda ISPA/PT. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva do Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Membro do Grupo de Trabalho (GT/ANPEPP) Psicologia da Saúde em Instituições e na Comunidade.

Marisa B. L. Marantes Sanchez (org.). Psicóloga. Mestre em Psicologia/PUCRS. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental com formação em Terapia do Esquema/WP-NJ Institute of Schema Therapy. Docente na Ulbra. Tutora da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido do baixo peso pela Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) e Ministério da Saúde (MS/BR).

Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira. Doutora. Psicóloga e Professora do Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP).

Armando Ribeiro das Neves Neto. Psicólogo. Coordenador do Programa de Avaliação do Estresse do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo e Hospital São José. Mestre em Ciências pelo departamento de Medicina (Gastroenterologia) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). MBA em Aspectos Psicobiológicos em Saúde do Trabalhador pela UNIFESP, especialização em Medicina Integrativa pelo Hospital Israelita Albert Einstein, especialização em Neuropsicologia pela UNIFESP, Professor e supervisor clínico do curso de pós-graduação em “Terapia Cognitivo-Comportamental em Saúde Mental” do Programa de Ansiedade (AMBAN) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Carla Giovanna Belei Martins. Psicóloga pela UEL. Aprimoranda em Psicologia da Saúde pela FAMERP.

Carolina Ribeiro Seabra. Psicóloga Clínica e voluntária do Instituto da Mama do RS (IMAMA). Psico-oncologista pela Faculdade de Ciências Médicas/MG. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia. Especialista em Psicologia Médica pela Universidade Federal de Juiz de Fora/MG. Membro da Sociedade Brasileira de Psico-oncologia, Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar e da Associação Nacional de Cuidados Paliativos.

Cristiane Figueiredo. Psicóloga. Mestre em Psicologia Social.

Cristiane Lara Mendes-Chiloff. Doutora. Psicóloga do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP).

Cristiano Oliveira. Psicólogo do Centro de Psico-Oncologia da Clinionco. Mestrando em Psicologia Clínica pela PUCRS.

Dionéia Luciane Mendes. Psicóloga. Mestre em Psicologia PUCRS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela WP.

Eliane Nóbrega Albuquerque. Psicóloga Clínica. Mestre em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco (UPE). Coordenadora do Serviço de Psicologia do IMIP. Tutora da disciplina Psicologia Hospitalar e Coordenadora da Especialização em Psicologia Hospitalar da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Elisabeth Meyer. Terapeuta Cognitivo-Comportamental com treinamento no Beck Institute, Filadélfia. Mestre e Doutora em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Flávio O. Pileggi. Cirurgião Pediátrico. Assistente Responsável pelo Ambulatório de Cirurgia Geral da Disciplina de Cirurgia Pediátrica do HCFMRPUSP.

Kazuo Kawano Nagamine. Professor Adjunto do Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva da FAMERP. Coordenador do Laboratório de Atividade Física e Saúde (LAFIS).

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa. Psicólogo clínico. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Supervisor do Estágio em avaliação psicológica do Instituto de Medicina Integral.

Letícia Galery Medeiros. Psicóloga. Especialista em Psicologia da Saúde (ULBRA) e Psicologia Hospitalar (HPS/Porto Alegre). Mestre em Psicologia Clínica (UNISINOS). Doutoranda em Saúde e Comportamento (UCPel, Bolsista CAPES/FAPERGS).

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki. Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Psicologia da FAMERP, responsável pelo Laboratório de Psicologia e Saúde. Doutora em Psicologia pela USP. Pós-doutorado pela Universidade de Londres, livre-docência pela FAMERP. Membro do Grupo de pesquisa em Pós-Graduação em Psicologia da Saúde em Instituições e na Comunidade da Associação Nacional de Pesquisa em Pós-Graduação em Psicologia – ANPEPP.

Maria de Fátima G. S. Tazima. Cirurgiã Pediátrica. Docente da Disciplina de Cirurgia Pediátrica. Responsável pela Cirurgia Pediátrica no Hospital Secundário do HCFMRPUSP.

Maria Pia Coimbra. Psicóloga. Especialista em Psicologia da Saúde.

Mariana Canellas Benchaya. Psicóloga. Mestre em Ciências da Saúde pela UFCSPA. Supervisora do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas (Vivavoz). Vice-Coordenadora do Comitê de Terapia Cognitivo-Comportamental da Infância e Adolescência da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul.

Marina Marins da Fonseca Ramos. Psicóloga Clínica e Hospitalar. Especialista em Psicologia Clínica/Hospitalar aplicada à Cardiologia pelo Instituto do Coração (HCFMUSP). Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças e Adolescentes pelo IPQ-HCFMUSP. Especializanda em Neuropsicologia pelo Inesp. Psicóloga da Unidade de Nefrologia e Cirurgia Cardíaca do HCor.

Nadia Krubskaya Bisch. Psicóloga. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Supervisora do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas (Vivavoz).

Neide Aparecida Micelli Domingos. Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Psicologia da FAMERP, Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP. Doutora em Psicologia pela PUCCAMP. Pós-doutorado pela PUCCAMP e Laboratório Psicofisiológico do Stress.

Nelson Iguimar Valerio. Psicólogo. Pós-Graduado em Psicologia Organizacional pela Gusmão Consultores. Pós-Graduado (formação) em Psicodrama Terapêutico pelo IRP. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia. Especialista em Psicologia da Saúde pela FAMERP/FUNDAP. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCCampinas. Doutor em Psicologia como Ciência e Profissão pela PUCCampinas.

Renata Panico Gorayeb. Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRPUSP). Psicóloga

Assistente Responsável pelo Serviço de Psicologia Médica nas Divisões de Cirurgia Infantil e Medicina Fetal do HCFMRP.

Ricardo Gorayeb. Psicólogo. Livre Docente. Responsável pela Disciplina de Psicologia Médica do HCFMRPUSP.

Silvia Maria Cury Ismael. Psicóloga Clínica e Hospitalar (CFP). Mestre e Doutora em Ciências pela FMUSP. Presidente da SBPH biênio 2003/2005. Coordenadora do Programa de Atenção Integral ao fumante do HCor. Especialização em Controle do Tabagismo pela Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Professora do MBA em Qualidade de Vida e Saúde da Pós-graduação da Universidade São Camilo.

Silvio Tucci Jr. Urologista Infantil. Docente Chefe da Disciplina de Urologia Infantil do HCFMRPUSP.

Vanessa Cristina Paduan. Mestre. Psicóloga do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP).

Yvone A. M. V. A. Vicente. Cirurgiã Pediátrica. Docente Chefe da Disciplina de Cirurgia Pediátrica do HCFMRPUSP.

Sumário

Apresentação	15
<i>Tânia Rudnicki e Marisa Marantes Sanchez</i>	

Prefácio	17
<i>Carmem Beatriz Neufeld</i>	

PARTE I

Princípios da Intervenção em Saúde

1	Psicologia da Saúde: Bases e Intervenção em Hospital Geral	20
<i>Tânia Rudnicki</i>		
2	Avaliação Psicológica no Contexto Hospitalar: Possibilidades de Intervenção	47
<i>Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa e Eliane Nóbrega Albuquerque</i>		
3	A Entrevista Motivacional em Saúde.....	70
<i>Elisabeth Meyer</i>		
4	Pesquisa em Psicologia da Saúde	90
<i>Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki, Neide Aparecida Micelli Domingos, Kazuo Kawano Nagamine, Carla Giovanna Belei Martins e Nelson Iguimar Valerio</i>		

PARTE II

Especialidades em Saúde – Ciclo Vital e Saúde

- 5** A Terapia Cognitivo-Comportamental na Atenção Mãe-Bebê: Uma Nova Proposta..... 102
Marisa Marantes Sanchez
- 6** Cirurgia Pediátrica: Ansiedade e Intervenção no Processo Pré e Pós-Cirúrgico 121
Marisa Marantes Sanchez
- 7** Atenção Psicológica no Cuidado Pediátrico Hospitalar em Procedimentos Invasivos do Feto ao Adolescente 139
Renata P. Gorayeb, Yvone A.M.V.A.Vicente, Flávio O. Pileggi, Maria de Fátima G. S. Tazima, Silvio Tucci Jr. e Ricardo Gorayeb
- 8** Adolescência e a Vulnerabilidade ao Uso de Drogas: Estratégia de Intervenção..... 153
Nadia Krubskaya Bisch e Mariana Canellas Benchaya
- 9** A Revelação do Diagnóstico na Perspectiva das Crianças Vivendo com HIV/AIDS 179
Nadia Krubskaya Bisch e Marisa Marantes Sanchez
- 10** Intervenções para Cuidadores de Idosos 208
Vanessa Cristina Paduan, Cristiane Lara Mendes-Chiloff e Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

PARTE III

Especialidades em Saúde – Tópicos Especiais

- 11** A Interface entre Psicologia e Cardiologia..... 232
Silvia Maria Cury Ismael e Marina Marins da Fonseca Ramos
- 12** Doença Crônica e Saúde: Enfermos em Tratamento de Hemodiálise 255
Tânia Rudnicki
- 13** O Atendimento Psicológico ao Paciente Vítima de Trauma por Queimadura 275
Maria Pia Coimbra e Cristiane Figueiredo

14	Contribuições da Psicologia da Saúde Aplicada em Gastroenterologia.....	295
	<i>Armando Ribeiro das Neves Neto</i>	
15	Intervenção Psicológica em Oncologia.....	319
	<i>Cristiano Oliveira, Carolina Ribeiro Seabra e Tânia Rudnicki</i>	
16	Atendimento a Pessoas em Situação de Terminalidade, Morte e Luto.....	333
	<i>Letícia Galery Medeiros</i>	
17	Treino em Habilidades Sociais e Intervenção Cognitivo-Comportamental em Grupo de Enfermagem	365
	<i>Dionéia Luciane Mendes</i>	

Apresentação

Por que organizar este livro? Porque em nossa caminhada, na área da saúde e hospitalar, adquirimos um aprendizado que queremos dividir, o qual é incrementado pela experiência e pelo conhecimento de vários colegas dedicados à pesquisa e à prática em Psicologia da Saúde e Hospitalar. Queremos falar diretamente ao profissional e ao estudante da área da saúde e hospitalar, que realizam os seus estudos e praticam a sua profissão com satisfação pessoal.

Notamos a ausência de uma obra específica sobre a intervenção do psicólogo, nesse âmbito, sob uma perspectiva cognitivo-comportamental. Por essa razão, reunimos psicólogos de diferentes Estados – de norte a sul do Brasil –, a fim de melhor ilustrar a prática que vem sendo desenvolvida em nosso país.

Escrever não é fácil para ninguém. Requer disciplina e força de vontade. Foi essencial a ajuda prestada por nossos colegas para a construção do livro *Psicologia da Saúde: a prática de Terapia Cognitivo-Comportamental em hospital geral*.

Somos imensamente gratas a todos e queremos agradecer nominalmente, por sua colaboração e apoio. Agradecemos a: Carmem Beatriz Neufeld, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa e Eliane Nóbrega Albuquerque, Elisabeth Meyer, Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki, Neide Aparecida Micelli Domingos, Kazuo Kawano Nagamine, Carla Giovanna Belei Martins e Nelson Iguimar Valerio, Renata P. Gorayeb, Yvone A. M. V. A. Vicente, Flávio O. Pileggi, Maria de Fátima G. S. Tazima, Silvio

Tucci Jr. e Ricardo Gorayeb, Nadia Krubskaya Bisch e Mariana Canellas Benchaya, Vanessa Cristina Paduan, Cristiane Lara Mendes-Chiloff e Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, Silvia Maria Cury Ismael e Marina Marins da Fonseca Ramos, Maria Pia Coimbra e Cristiane Figueiredo, Armando Ribeiro das Neves Neto, Cristiano Oliveira e Carolina Ribeiro Seabra, Letícia Galery Medeiros e Dionéia Luciane Mendes.

Quanto à revisão dos capítulos da obra, agradecemos a Mônica Ballejo Canto, por sua competência e sua paciência, e ao Ricardo Gusmão, que confiou em nosso trabalho.

A vida nos colocou juntas e nos dotou de empatia mútua, e isso vem permitindo uma profícua parceria. Desejamos que os capítulos aqui apresentados contribuam para a prática profissional do nosso leitor.

Boa leitura e obrigada a todos,

Tânia Rudnicki
Marisa Marantes Sanchez

Prefácio

A presente obra vem ocupar um papel diferenciado no mercado editorial brasileiro. *Psicologia da Saúde: a prática de Terapia Cognitivo-Comportamental em hospital geral* debruça-se sobre o trabalho realizado no ambiente hospitalar sob uma perspectiva cognitivo-comportamental, em um momento em que, cada vez mais, os espaços de saúde visam práticas baseadas em evidências.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) individual ganhou notoriedade nacional e internacional. Contudo, o movimento de adaptação e de produção de conhecimentos da TCC em outros contextos que extrapolam a clínica ainda é relativamente recente. O contexto da saúde em uma perspectiva ampliada demanda novos fazeres em Psicologia, e a presente obra lança-se sobre essa fascinante e desafiadora tarefa.

A própria atuação da Psicologia em hospital geral ainda não pode ser considerada uma prática sedimentada em nosso país. Os desafios do trabalho multiprofissional e das especificidades do campo têm sido responsáveis, em grande parte, pela incursão ainda tímida da TCC nesse contexto em muitos Estados do Brasil. Em contrapartida, existem centros que exibem uma prática sedimentada por décadas de produção de conhecimentos na área. Porém, para o profissional que desejava se especializar e tornar seu trabalho uma prática baseada em evidências, ainda faltavam, muitas vezes, recursos teórico-práticos, devido à escassez da literatura nacional específica que compilasse essa prática de TCC em Psicologia da Saúde.

As organizadoras conseguiram reunir nesta obra pesquisadores e psicólogos hospitalares firmemente ancorados na díade pesquisa e prática.

Seu *background* na produção de conhecimentos no dia a dia do trabalho em saúde, bem como a sua aplicação nesse mesmo contexto, é certamente um diferencial que se torna o fio condutor desta obra. Tal qualidade faz com que ela se torne leitura básica tanto para os profissionais iniciantes como para os mais experientes, focando a prática profissional solidamente calcada em pesquisas.

O livro apresenta duas unidades principais. A primeira introduz o leitor ao estado da arte da prática, da teoria e da pesquisa em saúde. Os diferentes autores discorrem sobre os conceitos que embasam a prática e localizam generosamente o leitor nas especificidades do campo, passando por tópicos como conceitos básicos, avaliação psicológica, entrevista motivacional e pesquisa em contexto de saúde. A segunda unidade propõe-se a mapear de forma abrangente e fundamentada o campo das especialidades em saúde, sempre tomando como pano de fundo a TCC. Essa unidade se subdivide em dois enfoques: um enfoque voltado para as diferentes fases do desenvolvimento, o outro, para tópicos importantes da prática cotidiana em saúde.

A obra traz como contribuição irrefutável a experiência e os dados da literatura de um ponto de vista de profissionais de diferentes frentes no campo da saúde. A diversidade que se pode encontrar na proposta enriquece a leitura, gerando uma aprendizagem quase que imediata. Neste mesmo sentido, as organizadoras fizeram a opção de dar voz para profissionais de diferentes regiões do nosso país. Essa escolha contribui para a percepção da diversidade do campo, além de instigar o leitor a uma perspectiva de aplicação da TCC em contextos de saúde que, apesar de sólida, pode ser criativa.

Dra. Carmem Beatriz Neufeld

Doutora em Psicologia pela PUCRS; Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC); Docente Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC), Gestão 2011-2013/ 2013-2015.



PARTE I

Princípios da Intervenção em Saúde

1

Psicologia da Saúde: Bases e Intervenção em Hospital Geral

Tânia Rudnicki

A intervenção psicológica em hospital geral busca aportes teóricos para lidar com situações que se apresentam com os dois lados de um mesmo segmento – saúde e doença. Isso porque, em algum momento da vida de qualquer pessoa, um hospital se fará presente. A preocupação com saúde e doença é inerente à natureza humana, pois vincula-se diretamente à sua sobrevivência. Pode-se, assim, vislumbrar uma variedade de papéis e representações, bem como diferentes abordagens de intervenções psicológicas que já chegaram ao hospital geral apresentando, cada uma delas, peculiaridades e aplicabilidades, pautadas no seu referencial teórico, cujo resultado prático trará grande riqueza, através da qualificação de vários conceitos e aplicações práticas.

O psicólogo que exerce atividades na área da saúde necessita de um instrumental teórico-técnico, como uma “caixa de ferramentas”, no dizer de Foucault. Não se pode esperar envolvimento no trabalho de quem não se sente à vontade nele. É preciso ter claro que toda escolha supõe um ato de vontade, e cada escolha significa encontrar uma saída entre distintas tendências. Uma ocupação que seja resultado de uma escolha impede uma atividade insatisfatória, comportando a participação interna da pessoa. A civilização humana foi decisivamente marcada pela sua capacidade de articulação social (Engels, 1986), polêmica e complexa, e que supõe tam-

bém mudanças, diversidade de condições e de estilos de vida, de padrões de bem-estar, de necessidades humanas e de desenvolvimento. Dessa forma, a ordenação dos aportes precisa ser feita a partir de uma perspectiva psicossocial, estabelecendo relações entre os distintos níveis implicados, seja individual, seja grupal e político-institucional.

Quando as pessoas se referem à saúde, geralmente centralizam suas preocupações no aspecto orgânico, raramente nos aspectos emocionais, comportamentais e/ou econômicos a ela associados. Modelos de saúde já sofreram grandes mudanças e, a partir do paradigma biopsicossocial, várias contribuições concorreram para uma aproximação teórica e clínica mais compreensiva. Entre elas, a mudança na prevalência de doenças infecciosas para enfermidades crônicas com o elevado custo dos cuidados de saúde e ênfase na qualidade de vida (Bishop, 1994). O desenvolvimento trazido pelo século XIX melhorou as condições de saúde dos indivíduos, além do progresso alcançado por alguns estudos voltados à imunologia, à saúde pública, entre outros. Ao longo do século XX, o avanço na área médica foi decisivo, minimizando sensivelmente as taxas de mortalidade de diversas doenças (Straub, 2005).

No cenário nacional, a partir do final da década de 1950 e início da de 1960, a Psicologia iniciou suas atividades no contexto do hospital geral, respondendo a novas tendências que mostravam a necessidade da expansão do saber biopsicossocial na compreensão do fenômeno da doença, visando modificar concepções habituais, cristalizadas pelo modelo biomédico (Chiattonne, 2003). Em 1978, a American Psychological Association (APA) criou a Divisão 38, da Psicologia da Saúde e, em 1986, foi criada na Europa a European Health Psychology Society (EHPS), a partir da qual foram lançadas diversas revistas especializadas em vários países europeus. A Psicologia da Saúde, como disciplina da Psicologia, aplica princípios e pesquisas psicológicas para a melhoria, tratamento e prevenção de doenças, bem como para promoção de saúde. Assim, ela não se restringe à noção de saúde como um mero estado de ausência de doença. Ao contrário, apoia-se na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, de 1948 (Straub, 2005).

No Brasil, a disciplina é recente, transparecendo seu dinamismo a partir do surgimento de um amplo conjunto de propostas teóricas e

práticas. Por sua própria formação, compreende uma considerável área conceitual, metodológica e profissional, incluindo, em sua finalidade, a saúde física e mental. Por meio do paradigma biopsicossocial, engloba o campo médico e o transcende, incluindo fatores sociais, econômicos, culturais, ecológicos, espirituais, entre outros, todos relacionados à saúde e à doença (Gorayeb, 2010). Nos últimos anos, seus avanços vêm-se mostrando relevantes, indicam o caminho a ser seguido no atendimento na área da saúde, com inclusão do paciente hospitalizado. O interesse dos profissionais, os estudos de investigação, a inclusão da disciplina no currículo de cursos de formação em Psicologia são provas de que a Psicologia da Saúde é uma área de conhecimento e intervenção que veio para ficar. Conforme Dimenstein (2000), o psicólogo capacitado para trabalhar em saúde precisa receber, em sua formação, as bases necessárias para essa prática. Necessita da teoria, da técnica e precisa estar comprometido com o social, preparando-se para lidar com os problemas de saúde de sua comunidade e ter condições de atuar em equipe multi e/ou interprofissional.

Com base no paradigma biopsicossocial, a Psicologia da Saúde utiliza os conhecimentos das ciências biomédicas, da Psicologia Clínica, da Psicologia Social, Comunitária, do Desenvolvimento, entre outras (Remor, 1999). Por isso, o trabalho com outros profissionais é imprescindível dentro dessa abordagem. Gorayeb (2010) aponta que o termo Psicologia da Saúde tem sido confundido com outros, tais como Psicologia Clínica, sendo que essa discussão já foi também estabelecida em vários outros artigos (Yamamoto & Cunha, 1998; Kerbauy, 2002; Miyazaki, Domingos, Valério, Santos, & Rosa, 2002; Yamamoto, Trindade, & Oliveira, 2002; Castro & Bornholdt, 2004). Psicologia da Saúde não é a Psicologia Clínica aplicada ao ambiente da saúde. Esta última é uma prática da Psicologia, existente desde seus primórdios. Em geral, envolve o atendimento ou tratamento psicoterápico de uma pessoa que padece de algum transtorno emocional e/ou de comportamento.

Outra questão importante está na diferenciação entre Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar, como conceitos diferenciados. A Psicologia Hospitalar é uma área importante inserida na Psicologia da Saúde, necessitando de uma intervenção precisa e adequada em um ambiente acostu-

mado a raciocinar com base em evidências (Gorayeb, 2001; Gorayeb & Guerrelhas, 2003). No artigo, “Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional”, Castro e Bornholdt (2004) apontam para uma confusão dos termos no campo de ação. Os termos acabaram sendo confundidos entre si, e isso é resultante, em parte, do fato de que uma grande quantidade de psicólogos brasileiros que iniciaram a trabalhar em Psicologia da Saúde o fez em ambientes hospitalares, ficando estabelecido o local de atuação como área do conhecimento. Psicologia da Saúde foi definida a partir da proposição de Joseph Matarazzo (1980), pioneiro no desenvolvimento das áreas de Medicina Comportamental, Saúde Comportamental e Psicologia da Saúde. Sua pesquisa teve três focos: a entrevista clínica, funções cognitivo-intelectuais e Psicologia da Saúde, tendo uma carreira de destaque na Psicologia americana e internacional.

Para o profissional psicólogo, trabalhar na área da saúde, é importante conhecer o contexto em que vai atuar, seja em hospital, ambulatório, unidade básica de saúde, comunidade ou empresa/organização. Assim, o ambiente é quase sempre determinante dos procedimentos que poderão ser utilizados e, evidentemente, é determinante também dos padrões comportamentais de adoecer, ficar saudável ou melhorar a qualidade de vida. Geralmente, trabalha-se no próprio contexto onde a situação/comportamento ocorre; assim, conhecimento sobre epidemiologia, fatores psicossociais de risco para doenças físicas, habilidades de relacionamento interpessoal, familiaridade com outras áreas de conhecimento, como Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, entre outras, são importantes e necessárias para atuação profissional do psicólogo da saúde (Casseb, 2011).

Em Psicologia da Saúde, os atendimentos não precisam ter motivo, necessariamente, por algum transtorno psicológico. É um campo diferenciado de outras áreas da Psicologia, considerando que seus usuários têm, em geral, algum problema ligado à saúde física, que apresentam diferenças quanto à forma ou à gravidade. Usualmente, refere-se a um indivíduo que sofre com algum problema orgânico relacionado a aspectos comportamentais ou emocionais, podendo ser causa ou consequência desta relação tanto a dificuldade orgânica como os aspectos comportamentais/emocionais (Rodríguez-Marín, 2003).

A Psicologia da Saúde se desenvolveu particularmente a partir da década de 1970, fundamentada em uma abordagem holística da saúde e da doença, tomando como referência e unificando os campos da saúde e medicina comportamental, sendo área de intervenção e investigação especificamente psicológica que, levando em consideração o sujeito, a família, o apoio social e os riscos ecológicos e econômicos para a saúde, permitiu integrar mais harmoniosamente os três clássicos níveis de prevenção. Definida por Matarazzo (1980) como a soma de contribuições educacionais, científicas e profissionais da Psicologia para a promoção e a manutenção da saúde, para a prevenção e o tratamento de doenças, incluindo a identificação da etiologia e o diagnóstico dos fatores associados à saúde, à doença e a outras disfunções associadas, bem como a análise do sistema de saúde, com o auxílio a este e, ainda, à formação de políticas de saúde, a Psicologia da Saúde está se introduzindo na formação de diversos profissionais da área, conduzindo a interessantes resultados tanto no desenvolvimento interno como na aceitabilidade da especialidade.

Quanto ao hospital, este é entendido como instituição de atendimento à saúde, cuja finalidade específica exige dos profissionais conhecimentos distintos para sua atuação junto aos que precisam de assistência no processo diagnóstico-terapêutico (Collet & Oliveira, 2002). A Psicologia, como ciência e profissão, contribui para o desenvolvimento da saúde dos indivíduos, atendendo também às suas necessidades na instituição hospitalar. Nesse contexto, a atuação do psicólogo depende de sua formação teórica e de sua atuação prática. A inexistência inicial de um paradigma claro que pudesse definir estratégias trouxe dificuldades na legitimação do espaço psicológico na instituição. Esse profissional da saúde – o psicólogo – possui um papel clínico, social, organizacional e educacional, buscando a promoção, a prevenção e a recuperação do bem-estar do doente, de modo global, implicando que aspectos físicos e sociais sejam considerados em interação contínua na composição do psiquismo desse mesmo paciente (Campos, 1995).

A contribuição da Psicologia no contexto da saúde, especialmente na área hospitalar, foi de extrema importância nos últimos anos, na medida em que buscou resgatar o ser humano para além de sua dimensão fisi-

co-biológica, situando-o em um contexto maior de sentido e significado nas suas dimensões emocional, social e espiritual (Rodríguez-Marín, 2003; Pessini & Bertachini, 2004). O diagnóstico de uma doença e todas as alterações que ela acarreta, bem como os tratamentos e seus efeitos secundários, exibem grande impacto sobre o indivíduo e sobre os diferentes contextos nos quais ele se insere e, em consequência, na sua qualidade de vida (Neipp, López-Roig, Terol, & Pastor, 2009; Paredes et al., 2008).

No adoecimento potencializam-se angústias, medos, inseguranças e revoltas, tanto para os doentes quanto para os familiares e profissionais de saúde, preparados, é certo, para a cura, porém em constante contato com a morte (Dattilio & Freeman, 2004; Bruscatto, 2004). O hospital é uma instituição marcada por situações de sofrimento e dor, e pela luta constante entre vida e morte. Estudos empíricos (O'Brien & Moorey, 2010) realizados no âmbito da saúde identificam diferentes fatores relacionados com a doença (tipo de enfermidade, localização, estágio e tipo de tratamento) e com o indivíduo (personalidade, estratégias de *coping*, apoio social, entre outros), que parecem mediar a relação entre o diagnóstico da doença e o ajustamento emocional e comportamental a ela.

Quando uma pessoa está hospitalizada, várias formas de manifestações e de condutas se expressam. Assim, além do procedimento – cirúrgico e/ou medicamentoso –, existe a necessidade de atendimento psicológico, que pode auxiliar para que o enfermo participe de forma efetiva e produtiva em sua melhora e no uso de seu potencial, colaborando com os profissionais que o atendem (Campos, 1995). A especificidade de atuação do psicólogo no contexto hospitalar traz delimitações de objetivos e metodologias de atuação prática. De acordo com Chiattonne (2000), a mera transposição do método de atendimento no consultório para o âmbito hospitalar pode ser desastrosa. Uma das diferenças está relacionada ao *setting* terapêutico. Cada um dos espaços, seja enfermaria, ambulatório, centro obstétrico/cirúrgico, irá oferecer ao profissional psicólogo um contexto de atuação diferente, tendo em vista o tipo de demanda, os objetivos e a forma de trabalhar em equipe. O hospital se caracteriza como campo de pesquisa e atuação da Psicologia, independentemente do referencial teórico utilizado. No entanto, “as características que o próprio contexto hospitalar impõe parecem

privilegiar ações mais objetivas e diretivas, como as intervenções cognitivo-comportamentais” (Pereira & Penido, 2010, p. 193).

O ambiente hospitalar é desconhecido, o que aumenta a insegurança gerada pela própria doença e pelo prognóstico a ela relacionado. O enfermo desconhece como deve se comportar, depende daqueles que o rodeiam, sejam familiares ou profissionais da saúde. Tais sentimentos podem, assim, interferir no seu quadro clínico; ele tende a sentir-se indefeso e a abandonar as suas obrigações e responsabilidades, e é nessa altura que se deve agir com prudência, tornando-o participante e também responsável pelo seu tratamento, uma vez que o seu estado de ânimo é importante para sua recuperação (López, Santos, & Lopes, 2008).

A ansiedade no ambiente hospitalar é intensa. O profissional psicólogo busca produzir uma mudança cognitiva dos pensamentos e crenças do paciente, cujo objetivo é a mudança emocional e comportamental frente às alterações e necessidades geradas pela doença e pela hospitalização. Para vincular o paciente, levando-o a um enfrentamento e mobilização para cura, existem dois fatores a serem considerados. A existência de um método de tratamento é o primeiro deles, incluindo a utilização dos avanços tecnológicos, a prática, a especialização médica e a utilização dos mais variados tipos de medicamentos. Além deste, são importantes a adesão ao tratamento por parte da pessoa doente e a sua capacidade de reagir e enfrentar adequadamente a situação e a doença (Rodríguez-Marín, 2003).

O conceito de adesão é variável, mas pode ser entendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento. Não está somente relacionada ao ato de tomar ou não a medicação prescrita, mas, além disso, ao modo como o paciente administra seu tratamento, ou seja, o seu comportamento em relação a ele. Assim, ela ocorre quando a conduta do paciente, no que se refere a tomar medicamentos, seguir dietas e executar mudanças no estilo de vida, coincide com a prescrição clínica (Leite & Vasconcellos, 2003; Gusmão & Mion, 2006; Ben, 2011).

Nenhuma intervenção simples é eficaz. Importante e necessária é a combinação de várias estratégias: informação adequada, aconselhamento,

automonitoramento, lembretes, reforços periódicos, terapia familiar, psicoterapia, acompanhamento na internação e outras formas cabíveis para cada caso. Já se encontram validadas excelentes escalas que medem a adesão ao tratamento medicamentoso. A escala ROMI (*Rating of Medication Influences*), Escala de Influências em Medicações validada em português pelos estudos de Rosa e Marcolin (2005), é dividida em duas partes: a primeira é semiestruturada, abordando questões sobre o estilo de vida, o local do tratamento, o regime medicamentoso prescrito, a atitude do paciente perante o tratamento e a postura da família perante a condição clínica e tratamentos e orientações indicadas; a outra parte é qualitativa, envolvendo questões sobre as razões de adesão ou não adesão. As seções iniciam com uma questão aberta: “Qual a sua motivação primária para tomar a medicação?” ou: “Qual a sua motivação primária para não tomar a medicação?”. Na sequência, apresentam uma escala de motivos para tomar ou não a medicação, sendo que o paciente atribui um grau de influência, ou um “peso”, para cada item: “nenhuma influência”, “moderada influência” ou “forte influência” pontuando-se respectivamente em 1, 2 ou 3, e 9 em caso de não ser possível avaliar o grau de influência do item.

Outro instrumento é o Teste de adesão de Morisky, validado por Dewulf, Monteiro, Passos, Vieira e Troncon (2006). É um questionário estruturado que mede o grau de adesão, através de quatro perguntas que buscam avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso da medicação. Será classificado no grupo de alto grau de adesão quando suas respostas a todas as perguntas forem negativas. Quando pelo menos uma das respostas for afirmativa, o paciente será classificado no grupo de baixo grau de adesão. Essa avaliação permite, também, discriminar se o comportamento de baixo grau de adesão é do tipo intencional ou não intencional, sendo também possível caracterizar pacientes acometidos por ambos os tipos de comportamento de baixa adesão. Perguntas como estas compõem o teste: “Você, alguma vez, se esquece de tomar o seu remédio?”; “Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?”; “Quando se sente bem, alguma vez você deixa de tomar seu remédio?”; “Quando você se sente mal com o remédio, alguma vez você deixa de tomá-lo?”.

Prática hospitalar e estratégias de intervenção

O trabalho em hospitais se diferencia dos demais em que atua o psicólogo: espaço físico agitado, domínio médico; ambiente onde, dificilmente, existe a privacidade necessária para um atendimento psicológico, não só pelo número de pacientes internados nas enfermarias como também pelas frequentes interrupções de outros profissionais que seguem com sua rotina. Outra característica importante é o tempo disponível para atendimento, visto que o paciente internado receberá alta, não havendo, na maioria das vezes, continuidade no tratamento psicológico. Esse tempo varia com a duração da internação, que pode ser de dias, de semanas ou de meses, dependendo da gravidade e/ou da cronicidade do caso. Esse pode ainda ser um tempo para recuperação da saúde ou um tempo para morrer. Há outra modalidade de atendimento em hospitais que difere dos atendimentos em enfermarias e quartos. É o trabalho clínico ambulatorial, onde geralmente o psicólogo possui uma sala para realizar o atendimento. Dessa forma, a questão da privacidade é mantida, mas a duração da sessão é muitas vezes reduzida, dependendo da política institucional (Rodríguez-Marín, 2003).

Na prática hospitalar, a intervenção psicológica junto ao paciente internado cumpre objetivos específicos. Primeiramente, busca viabilizar uma participação ativa no processo de hospitalização, oferecendo ao enfermo melhores condições para aliviar a relação com a doença; minimizar ansiedades, medos e expectativas irreais frente à enfermidade, quando existem. Apesar das dificuldades que se podem encontrar, o atendimento psicológico tem como objetivo principal levar o paciente ao autoconhecimento, ao autocrescimento e ao alívio de seus sintomas (Baptista & Dias, 2003).

Ao ser hospitalizado por um problema orgânico, dificuldades de natureza psicológica são frequentemente ignoradas. Saindo de uma condição de sadia, de participante do convívio familiar e social, a pessoa passa à condição de doente, assistida por vários profissionais, passando por procedimentos invasivos, muitas vezes ouvindo palavras difíceis e desconhecidas. A vivência no âmbito hospitalar tende a gerar algumas emoções como o medo, a depressão, a insegurança, a ansiedade, a irritabilidade e a agressividade (Kubo & Botomé, 2005). A relação dos pacientes com a hospita-

lização, os componentes envolvidos e o modo como ela irá acontecer dependem não somente dos recursos da própria instituição, mas, principalmente, do repertório de recursos pessoais que trazem de suas próprias vivências, como visão de mundo, história de vida, estrutura familiar, religiosidade, espiritualidade, entre outros, e como esses recursos auxiliam ou prejudicam na relação com a hospitalização e interferem no enfrentamento da doença. Sendo assim, a intervenção psicológica junto ao paciente hospitalizado é direcionada para o atendimento das questões emocionais que envolvem a doença e a internação. Ele enfrenta situações não esperadas, que podem modificar completamente sua rotina e suas possibilidades de controle e domínio de sua vida.

O paciente que sofre de uma doença orgânica, seja grave ou aguda, possui uma demanda psicológica específica. Precisa comunicar-se bem com seu médico, receber informações, ser comunicado sobre o que está acontecendo, o que irá ocorrer, quais os riscos e objetivos dos procedimentos. Essas informações, além da compreensão empática, irão reforçar o sentimento de segurança e de apoio. A qualidade e a intensidade das reações dos indivíduos à hospitalização tendem a variar conforme as características das doenças e suas implicações psicológicas no comportamento do indivíduo. Existem diagnósticos que modificam a vida, transformando-a, lançando o indivíduo em um desânimo muitas vezes total, ativando crenças e estratégias próprias da situação e da natureza da enfermidade. Entre estas, estão a negação, que pode levar o enfermo a negar a realidade da situação; a minimização, que pode levá-lo a reduzir a gravidade da doença; a procrastinação, que pode ajudar a agravar a situação; o pensamento positivo/mágico, que pode fazer com que o paciente acredite que algum tipo de ritual poderá vir a reverter o seu quadro. É importante e necessário estudar a relação do paciente com a hospitalização e sua consequente adesão no enfrentamento da doença, auxiliando-o na busca dos aspectos objetivos da hospitalização e da natureza da doença (Kubo & Botomé, 2005).

A debilidade física, as consequências limitantes da doença, a dor e a angústia resultantes da situação de dependência são fatores que aumentam o estresse e o desconforto, experimentados em uma situação de internação hospitalar. O paciente, na maioria das vezes, se sente perdido, sem opções,

com fantasias e medos acerca do que pode acontecer e da gravidade de seu próprio quadro. Esse momento é vivido de forma extremamente dramática, não importando o motivo da internação, mas sim o modo como ele vivencia esse momento.

As pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica, podendo chegar a conclusões também variadas. Em alguns momentos, a resposta habitual pode ser uma característica geral dos indivíduos dentro de determinada cultura, em outros momentos, porém, tal resposta pode ser idiossincrática, ou seja, derivada das experiências particulares e peculiares a um indivíduo. Em qualquer situação, estas respostas seriam manifestações de organizações cognitivas ou de estruturas. Uma estrutura cognitiva é um componente da organização cognitiva, em contraste com os processos cognitivos, que são passageiros (Beck, 1963). A natureza e a função dos aspectos cognitivos, ou seja, o processamento de informação, que é o ato de atribuir significado a algo, é o principal objeto de estudo da abordagem.

A Terapia Cognitiva utiliza o conceito da estrutura “biopsicossocial” na determinação e na compreensão dos fenômenos relativos à psicologia humana; no entanto, constitui-se como abordagem que focaliza o trabalho sobre os fatores cognitivos da psicopatologia. Ela vem mostrando a sua eficácia em pesquisas científicas rigorosas, além de ser uma das primeiras a reconhecer a influência do pensamento sobre o afeto, sobre o comportamento, sobre a biologia e sobre o ambiente (Shinohara, 1997; Shaw & Segal, 1999). Para esta abordagem, os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida. Com base nessa premissa, comportam-se de determinada forma e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre si mesmos.

O enfoque cognitivo sobre a saúde e a psicopatologia adotou um modelo causal de vulnerabilidade-estresse (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989). Assim, estressores ambientais ativam pré-disposições biológicas e psicológicas do indivíduo, podendo resultar em alguma doença. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma linha de terapia científica, cujas técnicas foram pesquisadas, comprovadas e reproduzidas (Knapp & Beck, 2008). Vários estudos comprovam a eficácia da TCC dirigida a problemas de saúde. Pesquisas mostram-na atuante no tratamento de várias doenças,

tais como: HIV/AIDS (Faustino & Seidl, 2010); síndrome do cólon irritável (Neves Neto, 2001; Passos, 2006); doença obstrutiva pulmonar crônica (Heslop, De Soysa, Baker, Stenton, & Burns, 2009; Padilha, 2010; Von Leupoldt, Fritzsche, Trueba, Meuret, & Ritz, 2012); câncer (Castro et al., 1993; Bishop & Warr, 2003; Dixon Keefe, Scipio, Perri, & Abernethy, 2007; Lopes, Santos Lopes, 2008; Lourenção, Santos Junior, & Luis, 2010; O'Brien & Moorey, 2010; Pinto, 2012); doença de Parkinson (Macht, Pasqualini, & Taba, 2007); fadiga crônica (Wittkowski, 2004; Saxty & Hansen 2005); doenças cardiovasculares (Gomes & Pergher, 2010); TPM (Caballo, 2008); síndrome das pernas inquietas (Prado, 2013); artrite reumatoide (Santandrea, Boschi, & Vanti, 2011); cefaleia (Andrasik & Rován, 2008); fibromialgia (Penido, Rangé, & Fortes, 2005); transtorno alimentar (Vaz, Conceição, & Machado, 2009); transplantes em geral (Contel et al., 2000), entre outras.

A Terapia Cognitiva é uma linha de psicoterapia breve, proposta e desenvolvida pelo psicólogo americano Aaron T. Beck. Envolve um conjunto de técnicas e estratégias terapêuticas com a finalidade de mudança de padrões de pensamento. Seu modelo cientificamente fundamentado apresenta eficácia comprovada através de estudos empíricos. Trabalha com um conjunto de técnicas específicas que utilizam princípios psicológicos de aprendizagem para mudar construtivamente o comportamento humano. Tem como base o modelo cognitivo no qual as emoções e os comportamentos das pessoas são influenciados por sua percepção dos eventos. Fundamenta-se segundo o princípio básico que diz não ser o fato em si que determina o que as pessoas pensam, mas o modo como elas interpretam esse fato (Beck, 1997). É breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais.

Outra aplicação potencial da Terapia no tratamento de pacientes com doença física é abordar os comportamentos relacionados com a doença, ou seja, a maneira pela qual as pessoas percebem, avaliam e agem sobre os sintomas físicos. Dessa forma, um bom controle glicêmico em pacientes com diabetes requer estilo de vida, respostas adequadas aos sintomas e adesão ao tratamento. Em estudo de revisão sistemática (Ismail, Winkley, & Rabe-Hesketh, 2004) de doze ensaios clínicos

randomizados e intervenções psicológicas que buscavam a melhora no controle glicêmico de pessoas com Diabetes Tipo 2, oito destes casos eram apoiados pelo trabalho com TCC. Nestes encontraram-se melhora no controle glicêmico de longo prazo e alívio do sofrimento psicológico nos grupos de intervenção. Assim, a abordagem comportamental, como um processo de aprendizagem, possui como objetivo auxiliar as pessoas na resolução de problemas e dificuldades da vida, estando apoiada na Análise do Comportamento. No dizer do psicólogo B. F. Skinner (1904-1990), o modo como as pessoas se sentem é frequentemente tão importante quanto o que elas fazem, encontrando-se, aqui, a relação entre nossos sentimentos e nossas ações.

Os princípios básicos da Terapia Cognitiva (Beck, 1997) estão no estabelecimento de aliança terapêutica (AT). Encontram-se ainda na identificação do pensamento atual que ajuda a manter os sentimentos negativos e comportamentos-problema, na ênfase na colaboração e na participação ativa, na orientação para a meta e para a focalização no problema – sendo o foco inicial centrado no aqui e agora, independentemente do diagnóstico psicológico, e é possuidor de um caráter educativo, que enfatiza a prevenção de recaída. Possui tempo de duração limitado e encontros estruturados, e a relação terapêutica considera três fatores básicos que auxiliam a manter a relação iniciada: a confiança básica, a colaboração terapêutica e o *rapport* (Beck, 1979).

Ao longo da sua história de vida, os indivíduos formam diferentes estruturas de significado (esquemas) que, por sua vez, influenciarão a maneira como eles irão interpretar a realidade. A Terapia Cognitiva afirma que os esquemas disfuncionais resultantes dessa história de vida são comuns a todos os transtornos mentais e que a modificação destes esquemas costuma resultar em mudanças no humor e no comportamento das pessoas

O modelo cognitivo pressupõe, portanto, que a maioria dos transtornos psicológicos tem origem na forma distorcida com que cada um percebe os acontecimentos e que esta influencia o afeto e o comportamento da pessoa. Isso não significa que sejam os pensamentos os causadores dos problemas, mas sim que fazem modular e manter emoções disfuncionais que independem de sua origem (Rangé, 2001).

A Terapia Cognitivo-Comportamental trabalha com três níveis de pensamento: o pensamento automático, as crenças intermediárias ou subjacentes e as crenças centrais. Os pensamentos automáticos são espontâneos e fluem a partir dos acontecimentos do dia a dia, independentemente de deliberação ou de raciocínio. Podem ser ativados por eventos externos e internos, aparecem sob forma verbal ou como imagem mental. É o nível mais superficial da nossa cognição. Trata-se de ideias e conceitos a respeito de nós mesmos, das pessoas e do mundo. São aceitos passivamente, sem grandes questionamentos, mantidos e reforçados sistematicamente (Beck, 2013).

Quanto às crenças intermediárias, estas correspondem ao segundo nível de pensamento e não são diretamente relacionadas às situações, ocorrendo sob a forma de suposições ou regras. Derivam e reforçam as crenças centrais, que constituem o nível mais profundo da estrutura cognitiva e são compostas por ideias absolutistas, rígidas e globais que um indivíduo tem sobre si mesmo. No atendimento em ambiente hospitalar, esse conceito mais enraizado e cristalizado acerca de si mesmo, dos outros e do mundo, constituído desde as experiências infantis, que se solidifica e se fortalece ao longo da vida, moldando, assim, a forma de ser e de agir da pessoa, é pouco utilizado, salvo em atendimentos a pacientes crônicos com os quais o psicólogo tem contato mais sistemático (Beck, 2013).

A TCC reinterpreta os elementos que geram emoção negativa. Tem como princípio básico a proposição de que não é uma situação que determina as emoções e os comportamentos de um indivíduo, mas sim suas cognições ou interpretações a respeito da situação, as quais refletem formas idiossincráticas de processar informação. Com base nesse princípio e na hipótese da primazia das cognições proposta por Beck, a Terapia Cognitiva busca a reestruturação cognitiva a partir de uma conceituação cognitiva do paciente e de seus problemas. Reestruturação cognitiva refere-se à reformulação do sistema de esquemas e crenças do paciente mediante a intervenção clínica que, entre outras técnicas, utiliza-se do questionamento sócrático a fim de desafiar esquemas e crenças disfuncionais, os quais, ao longo do desenvolvimento do paciente, tornaram-se rígidos e supergeneralizados (Freeman & Power, 2007).

Sempre que a pessoa experimenta um estado de humor, existe um pensamento relacionado a ele que ajuda a definir esse humor. É importante identificar o que se está pensando, porque os pensamentos levam às crenças. Diferentes crenças levam a estados de humor diferentes. A Terapia Cognitivo-Comportamental propõe olhar a situação-problema a partir de muitos pontos de vista diferentes – positivos, negativos e neutros –, para levar a pessoa a novas conclusões e soluções. A solução é elaborar pensamentos alternativos, ou seja, flexibilizar o pensamento. Um pensamento alternativo surge de uma visão aumentada de si mesmo ou da situação na qual o indivíduo se encontra. Ele é frequentemente mais positivo que o pensamento automático, mas não é a mera substituição por um pensamento positivo, pois este tende a ignorar as informações negativas. Com informações adicionais ou um ponto de vista ampliado, a percepção mudará e, em consequência, o indivíduo terá novos sentimentos e comportamentos (Freeman & Power, 2007; Knapp & Beck, 2008).

Durante a hospitalização, paciente e psicólogo formulam um acordo relacionado aos objetivos e procedimentos terapêuticos. É importante e necessário explicar a duração do atendimento, a frequência, o funcionamento do processo e as suas flutuações. Reunir as respostas pode facilitar o acesso a um acordo mínimo sobre esses pontos. Caso o paciente traga algum marco de trabalho excessivamente restritivo pela causa da hospitalização, ou não aceitar atendimento junto ao leito, não insistir. O que fazer quando o paciente se nega a falar ou simplesmente ignora a presença do psicólogo? Em geral, na primeira fase do contato, pode-se empregar mais a empatia, aceitação e autenticidade, para assim fomentar a confiança básica. Na segunda fase, reforça-se de modo progressivo a autonomia do paciente; por exemplo, planejando com ele uma agenda em que podem ser usadas atribuições internas a suas conquistas, como autoeficácia, aumento de autoestima observado nos cuidados consigo ou com o tratamento (Rodríguez-Marín, 2003; Freeman & Power, 2007; Heslop et al., 2009).

Pensamentos Automáticos (PAs) são experiências comuns a todos, não sendo exclusivamente inerente às pessoas com angústia. Eles influenciam as respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas subsequentes. A Terapia Cognitiva ensina ferramentas para avaliar os pensamentos de uma

forma consciente, estruturada. Embora pareçam surgir espontaneamente, eles se tornam bastante previsíveis, tão logo as crenças subjacentes do paciente sejam identificadas. Alguns exemplos de PAs de pacientes hospitalizados: enfermo em avaliação diagnóstica: “Isso faz sentido, finalmente um médico com cabeça!” (entusiasmado); doente renal crônico recebendo indicação de tratamento de hemodiálise: “Ah! Isso não é possível, nunca vai funcionar!” (decepcionado); paciente em tratamento, há três meses, para hemodiálise: “Este tratamento é muito ruim, um desperdício de tempo” (aborrecido); paciente oncológico em radioterapia: “Tá muito complicado... Sou muito burro, nunca vou entender por que preciso fazer este tipo de tratamento” (triste); enfermo com indicação de cirurgia oncológica: “Eu preciso mesmo fazer isso? E se eu não conseguir? Vou piorar?” (ansioso); enfermo traumatológico, internado há dois meses: “Puxa, que médico este #!#\$”#!” (raivoso).

Existem formas utilizadas para questionar estes PAs, por exemplo: “Quais são as evidências contra [que apoiam] essas ideias?”; “Existe alguma explicação alternativa?”; “Qual é o pior [melhor] que poderia acontecer?”; “Qual é o efeito de eu acreditar neste PA?”; “Qual poderia ser o efeito de eu acreditar [mudar] este PA?”; “O que eu deveria fazer em relação a isso?”; “O que eu diria a um[a] amigo[a] se ele[a] estivesse na mesma situação?”. Exemplos: “Por que isso aconteceu comigo?”; “Isso não deveria ter acontecido comigo! Eu serei capaz de enfrentar isso?”; “Eu não serei capaz de enfrentar... Como superarei isso?”; “Eu não serei capaz de superar isso... E se eu não puder mudar isso tudo?”; “Eu serei infeliz para sempre, se eu não puder mudar...”.

Na prática, várias queixas são ouvidas porque é grande a dificuldade dos indivíduos em lidar com as alterações provocadas pela doença (afastamento da rede social, mudança na imagem corporal [IC], temor quanto aos riscos da cirurgia). Algumas distorções (erros de pensamento) são observadas na prática, dentre elas: “Tudo ou nada”; paciente oncológico: “Se eu não sou corajoso para fazer este tratamento, então eu sou um covarde” (“catastrofização”); paciente com indicação de exame de ressonância: “Eu vou ficar tão nervosa que não serei capaz de entrar naquela máquina” (“desqualificando”); paciente em seu pós-cirúrgico: “Eu fui bem na cirurgia, mas isso foi pura sorte” (argumentação emocional); paciente com suspeita

diagnóstica de câncer: “Eu sei que eu faço muitas coisas certas para minha saúde, mas ainda me sinto como se eu fosse um fracasso” (“rotulando”); paciente internado em enfermaria geral de um Hospital Universitário: “Os médicos não prestam... E psicólogo é para louco... Eu não sou... Não preciso!” (magnificação/minimização); paciente renal com indicação de cirurgia para fístula arteriovenosa: “Não conseguir fazer esta cirurgia, isso mostra para todos que sou uma medrosa. Conseguir fazer não significa que eu sou corajosa” (“filtro mental”, abstração seletiva); doente renal em hemodiálise: “Eu não consigo fazer nada certo do que o doutor manda... Isso me diz que o que estou fazendo é péssimo” (“leitura mental”); paciente oncológico, iniciando quimioterapia: “Ele está pensando que eu não sei nada sobre estes remédios ai...” (supergeneralização); paciente em tratamento de hemodiálise há mais de seis anos: “Eu não tenho motivos para me cuidar. Não devia ter ficado doente; estou causando sofrimento para todos da minha família. Não aguento mais isso. Um dia peguei minha mãe chorando e é tudo por minha culpa...” (personalização); paciente em avaliação por doença infectocontagiosa: “O doutor ficou brabo comigo porque eu fiz uma coisa errada na hora dos exames...” (declarações do tipo “eu deveria e eu devo”); doente renal em hemodiálise: “É terrível que eu tenha cometido um erro. Eu deveria dar o melhor de mim e acertar sempre” (“visão em túnel”); pai de jovem hospitalizado pós-acidente de moto: “O doutor do meu filho não sabe fazer nada direito. Ele é muito crítico, insensível e nos trata mal (inferência arbitrária); uma forma ou padrão de perceber o mundo de forma errada, muitas vezes longe da realidade: “Não quero, tenho medo, é muito arriscado. Eu sei que, de cada 50 pacientes transplantados, apenas um sobrevive”.

Dentre as técnicas cognitivas comumente utilizadas no espaço hospitalar, está a psicoeducação, que inclui: a determinação do significado idiossincrático, cujo objetivo é questionar qual o significado da verbalização do paciente; o questionamento de evidências: exame das fontes de informação; a reatribuição: distribuir a responsabilidade pela situação; a ação de “descatastrofizar”: objetiva neutralizar as expectativas negativas, sendo um procedimento que leva o paciente a identificar seus piores temores per-

guntando o que de pior poderia lhe acontecer. É útil para os casos em que a pessoa prediz importantes consequências negativas para os acontecimentos, atribuindo-se poucos poderes para enfrentá-las; ao mudar o foco de atenção, chegará à conclusão de que poderá, sim, enfrentá-las. Importante levar o paciente a centrar sua atenção na conduta de enfrentamento, perguntando: “e se isso acontecer, o que você faria?”. Conduz-se o tratamento dessa forma, quando o paciente repete ou indica que é o pior. Mostrar a ele que se pode sempre fazer algo para resolver um problema, que a situação pode não ser tão terrível, que pode ser apenas incômoda. Outra técnica é incentivar o paciente a falar de imagens que lhe vêm à cabeça: consequências imaginárias; além das vantagens e desvantagens, avaliando todos os aspectos da situação, e a descoberta orientada: “e então”; “o que isto significa”; “o que aconteceria neste caso” (Caballo, 2008).

Entre as técnicas comportamentais mais usadas no espaço hospitalar estão o programa de atividades; o treinamento em habilidades sociais (THS); a biblioterapia; o relaxamento; a identificação de alvos comportamentais (déficits e excessos); a instrução para planejamento de atividades e programação de recompensa; o estímulo ao aumento de autogratificações; o estímulo e a construção de estratégias para a diminuição do tempo de ruminação; e avaliação e estímulo às necessidades do paciente para modificar hábitos alimentares e de higiene.

As técnicas cognitivas são associadas nos seguintes grupos de conexão entre pensamentos: situações ativadoras e evocação de afetos negativos; no uso da busca de evidências e distorções cognitivas; no uso de experimentos; exploração de crenças e pressupostos subjacentes. É importante esclarecer que o acesso às crenças é realizado nos casos de paciente crônico ou de alguma patologia/trauma que exija um tempo de hospitalização mais prolongado, caso contrário, são trabalhados os PAs e os comportamentos; conforme o ABC de Ellis: A – eixo ativador; B – pensamentos e crenças; e C – consequências emocionais. Albert Ellis criou a teoria do “ABC” emocional, nome críptico que serve para facilitar o trabalho didático e educativo. Tratou de estabelecer as principais crenças irracionais que na sua maioria dividimos na sociedade ocidental, seja por educação, tendências biológicas, influências sociais etc., e

que é conveniente combater para se alcançar um maior desenvolvimento pessoal e social (Dryden, Neeman, & Yankura, 1999; Siqueira, 2011).

Na conexão dos pensamentos às situações e ao afeto, o paciente é encorajado a se perguntar o que pensava em determinadas situações, entretanto muitos podem ter dificuldade de lembrar ou examinar o pensamento. O terapeuta pode então utilizar várias alternativas. Existem muitos formulários de registros de pensamentos que podem ser utilizados com esse objetivo, comumente adaptados para cada tipo de transtorno, mas quase todos possuem colunas que representam a situação, a emoção/sintoma, e os pensamentos. O preenchimento pode exigir certa prática, alguns podem sentir desconforto em anotar seus pensamentos, e mesmo aqueles que não tiverem dificuldades em anotar poderão, provavelmente, não registrar os pensamentos “quentes”. Por meio de questionamento e de diálogo, o psicólogo pode ajudar o paciente a refinar a habilidade de registrar pensamentos e se tornar, com isso, mais ciente dos pensamentos “quentes”. Essa atividade, porém, pode ser difícil de ser utilizada no atendimento hospitalar (Knapp & Beck, 2008; Torres, Pereira, & Monteiro, 2012).

No uso da busca de evidências e distorções cognitivas, utilizando uma abordagem socrática, os pacientes aprendem a questionar as evidências em torno de um pensamento angustiante buscando uma visão mais ampla da situação. No entanto, o exame das distorções não representa o “pensamento positivo”. Os psicólogos terapeutas fazem perguntas que primeiro buscam verificar os parâmetros situacionais relacionados ao pensamento negativo, para então solicitar que os pacientes mudem de perspectiva, percebendo a situação “através” de outras pessoas. Após, buscam com que os pacientes focalizem informações incompletas ou indefinidas. Diante das novas informações, o psicólogo solicita ao paciente que considere um “pensamento alternativo” que leve em conta todas as evidências. A compreensão das distorções cognitivas ajuda no rápido ataque aos seus próprios erros cognitivos.

A intervenção psicológica e a atuação do psicólogo junto à equipe permitem que sejam trabalhadas emoções presentes na situação de hospi-

talização e que interferem no diagnóstico, na identificação e no processo de tratamento do paciente. Seu trabalho pode iniciar com a coleta de informações úteis para o entendimento e a compreensão do estilo de vida do paciente e dos recursos que possui para enfrentamento da hospitalização e da doença. É importante investigar a história de vida do paciente, o que ele pensa e sente no momento atual, que hipóteses faz sobre sua doença e seu tratamento (Abernethy et al., 2006). Com isso, as expectativas, as mudanças, os sentimentos de perda e a ansiedade, a percepção de si mesmo e de sua imagem corporal antes e após o diagnóstico de sua enfermidade poderão ser trabalhados de maneira correta e eficaz.

Dessa forma, o paciente terá a oportunidade de observar o processo de adoecer desvinculado dos sentimentos de culpa e de castigo, e também da consideração da cura como um prêmio. Esses são aspectos observados com a internação, quando o paciente padece de ansiedade e de preocupação com o diagnóstico e/ou com a cirurgia e suas consequências, suas possíveis e prováveis sequelas, que resultam em sentimentos de perda, de solidão e de medo, sendo importante também observar seu estado emocional, que poderá atrapalhar o tratamento. A análise custo-benefício pode ser uma maneira útil de auxiliar o paciente a avaliar um padrão de comportamento ou de pensamento que está sendo reforçado por ganhos de curto prazo. Por exemplo, um paciente de 30 anos de idade internou em UTI por uma grave crise asmática. Recuperado fisicamente, apresentou intensa ansiedade, restringindo os lugares aonde ia, para ficar sempre próximo de um hospital, caso necessitasse. Começou a frequentar um serviço de emergência além do clínico geral. Ele tinha muitos pensamentos e imagens automáticas, facilmente acessíveis, relacionadas diretamente com a asma. Dentre os PAs, manifestava: “Se eu tiver um ataque grave, vou morrer. E se eu não estiver próximo de um hospital, é certo que vou morrer”. Na realidade, este pensamento podia ser verdadeiro, uma vez que ele corria o risco de novas crises de asma, mantendo, de fato, proximidade com a morte. A formulação do caso mostrou que ele superestimava essa probabilidade. Sendo muito difícil, para ele, lidar com a incerteza, restringia excessivamente seus movimentos: focava excessivamente o objetivo de evitar a possibilidade de sentir-se

mal. Uma intervenção utilizada foi a análise custo-benefício, que destacou os custos de seus comportamentos em relação aos benefícios.

No modelo de Beck, o foco está nas crenças disfuncionais, consideradas causadoras ou perpetuadoras de padrões desadaptativos de pensamento, de comportamento e de emoção. Quando se lida com uma doença física, deve-se levar em conta que as crenças relacionadas com a doença podem não ser imprecisas. Dessa forma, lidar com pensamentos negativos “realistas” não é um problema incomum quando se trata da definição de doença crônica e, às vezes, com risco de vida (Moorey, 2005).

Uma das formas de lidar com o paciente hospitalizado e seus pensamentos é não assumir que entendeu o que ele está querendo dizer. O valor de fazer perguntas buscando esclarecimentos está em levar o paciente a pensar e/ou a confrontar pensamentos negativos com o risco real da doença. Por exemplo, ao tratar um paciente com um mal prognóstico, cujo pensamento “eu vou morrer” é o mais problemático, torna-se inútil tentar desafiar a realidade, porém é fecundo explorar os problemas relacionados ao morrer. Fazer perguntas sobre uma série de questões que podem ser abordadas, tais como preocupações religiosas, preocupação sobre a forma de lidar com os sintomas de ansiedade decorrentes ou, mesmo, como os demais irão lidar com sua perda (Freeman & Power, 2007).

A forma indicada para tratar problemas relacionados à cognição consiste no reconhecimento da natureza deste prejuízo e, tanto quanto possível, na ajuda ao paciente para recuperar este déficit. Alterações da consciência, da percepção e da capacidade em manter a atenção, além de falhas na memória, podem estar relacionadas a uma série de eventos presentes durante a internação, desde o isolamento durante um longo período de tempo, a rotina das atividades e horários, até o efeito tóxico de determinados medicamentos. O uso de objetos para orientação, como relógio e calendário, janelas por onde entra a luz do dia e a da noite, o contato com familiares e o cuidado com a orientação clara e objetiva antes de qualquer procedimento, são intervenções terapêuticas em um sentido amplo e eficaz nessas situações. Em um sentido mais estrito, o emprego da negação pelo paciente deve ser avaliado cuidadosamente.

Pode-se intervir, usando-se o esclarecimento e o apoio como facilitadores para modificação do comportamento e da aceitação da realidade (Freeman & Power, 2007).

Considerações finais

É perfeitamente normal e até esperado que uma pessoa diminua suas atividades no período de uma doença aguda. Ela pode se afastar do trabalho e reduzir suas responsabilidades familiares durante o período de tempo de sua recuperação. No entanto, quando a doença não oferece perspectiva de recuperação, trazendo efeitos prejudiciais, que incluem alterações fisiológicas como perda de massa muscular, dor, fadiga intensa, haverá também uma redução de vivências prazerosas e de realização. O paciente pode se tornar socialmente marginalizado, percebendo ressentimento por parte daqueles que estão a sua volta. A ativação comportamental busca reverter esses efeitos a partir do aumento dos níveis de atividade. Neste caso, a decisão sobre o final de tratamento não são baseadas em resolução completa dos sintomas físicos e/ou emocionais, muitas vezes, impossível de ocorrer. O objetivo da TCC é dar aos pacientes as habilidades e a capacidade de resolver seus próprios sintomas, constituindo indicação de resolução e término o momento que o paciente adquire estas habilidades.

Muitos pacientes poderiam receber atenção e intervenção como atendimento preventivo e promocional em saúde. A necessidade de uma intervenção efetiva pode ser observada pelo aumento de taxas de morbidade em pacientes que mostram dificuldades de adaptação/adesão à doença orgânica. Há evidências que mostram que o custo-benefício é grande. Enquanto isso, a Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser extremamente útil no tratamento de pessoas com alguma doença orgânica. Sua eficácia depende dos conhecimentos necessários para formular e intervir além do treinamento pelo qual devem passar os profissionais que a utilizam, e necessita ainda mais investigação para que as decisões tomadas sejam baseadas em evidências.

Referências

- Abernethy, A.P., Keefe, F.J., McCrory, D.C., Scipio, C.D., & Matchar, D.B. (2006). Behavioral therapies for the management of cancer pain: a systematic review. In H. Flor, E. Kalso, & J. O. Dostrovsky (Eds.). *Proceedings of the 11th World Congress on Pain*. (pp. 789-798) Seattle: IASP Press.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Andrasik, F. & Rovan, A.B. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de las cefaleas. In V.E. Caballo (org.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. 2. ed., v.2, pp. 381-411. Formulación Clínica, medicina conductual y trastornos de relación. España: Siglo XXI España Editores.
- Baptista, M. N. & Dias, R. R. (Orgs.). (2003). *Psicologia hospitalar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 176p.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry* 9, 324-333.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática* (Cap. 1) (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada 1995).
- Beck, J. (2013). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Ben, A.J. (2011). *Confiabilidade e análise de desempenho de dois questionários de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: teste de Morisky-Green e Brief Modification Questionnaire*. (Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, Rio Grande do Sul.)
- Bishop, (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bishop, S.R. & Warr, D. (2003). Coping, catastrophizing and chronic pain in breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 265-81.
- Bruscato, W.L. (2004). A psicologia no Hospital da Misericórdia: um modelo de atuação. In W.L. Bruscato, C. Benedetti, & S.R.A. Lopes (orgs.). (2004). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caballo, V.E. (org.) (2008). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. V. 2 – *Formulación Clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. 2. Ed. España: Siglo XXI España Editores S.A.
- Campos, T.C.P. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária.
- Casseb, M.S. (2011). *Efeito de três procedimentos de intervenção sobre adesão ao tratamento em adultos com diabetes*. (Tese de Doutorado - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém).
- Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). *Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção*

- profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24, 48-57.
- Castro, P.M., Carlos, K., Coin de L.B.C., Coin-Carvalho, J.E., Prado, L.B.F., Clasen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15(6), 434-437.
- Chiattone (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In A. Ange-rami-Camon (org.). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica* (pp. 73-165). São Paulo: Pioneira.
- Chiattone. H.B.C. (2003). Prática hospitalar. In Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, 08, 2003, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Hospitalar, 2003, pp. 20-32. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2011/11/10/a-atua-o-do-psyco-logo-no-contexto-hospitalar/>. Acesso em 05/07/2013.
- Collet, N.& Oliveira, B. R. G. (2002). *Manual de enfermagem em pediatria*. Goiânia: AB.
- Contel, J.O.B., Sponholz, Jr. A., Torrano-Masetti, L.M., Almeida, A.C., Oliveira, E.A., Jesus, J.S., Santos, M.A., Loureiro, S.R., & Voltarelli, J.C. (2000). Aspectos psicológicos e psiquiátricos do Transplante de Medula Óssea (TMO). *Medicina*, Ribeirão Preto, 33, 294-311.
- Dattilio, F. M.; Freeman, A. (org.). (2004). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise* (Cap. 1) (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Art-med. (Obra original publicada 2000.)
- Dewulf, N.L.S., Monteiro, R.A., Passos, A.D.C., Vieira, E.M., & Troncon, L.E.A. (2006). Adesão ao tratamento medicamen-toso em pacientes com doenças gastrintes-tinais crônicas acompanhados no ambula-tório de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Ciência e Farmácia* [online]. 42(4), 575-584.
- Dimenstein, M.A. (2000). Cultura profes-sional do psicólogo e o ideário individua-lista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 5-121.
- Dixon, K.E, Keefe, F.J., Scipio, C.D., Perri, L.M., & Abernethy, A.P. (2007). Psycholog-ical interventions for arthritis pain manage-ment in adults: a metaanalysis. *Health Psy-chology*, 26, 241-50.
- Dryden, Neeman & Yankura (1999). *Coun-seling individuals a rational emotive beha-vioral handbook*. 3. Ed. UK : Whurr Pu-blishers.
- EHPS – *European Health Psychology Society* (2003). Página oficial da Associação.<http://www.ehps.net/1024/index.html> (28/08/2003).
- Engels, F. (1986). O papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In Universidade Popular - *O papel do trabalho na transformação do macaco em homem*. (pp. 17-38). São Paulo: Global Editora.
- Faustino, Q.M., & Seidl, E.M.F. (2010). In-tervenção cognitivo-comportamental e ade-são ao tratamento em pessoas com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 121-130.
- Freeman, C. & Power, M. (2007). *The handbook of evidence-based psychotherapies takes a pluralistic approach, covering cognitive and behavioral therapies as well as counseling and humanistic approaches*. Chi-chester: Wiley.

- Gomes, J.A.L. & Pergher, G.K. (2010). A TCC no pré e pós-operatório de cirurgia cardiovascular. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(1), 173-194.
- Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. In M. L. Marinho & V.E. Caballo (Orgs.). *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 263-278). Londrina: UEL-APICSA.
- Gorayeb, R., & Guerrelhas, F. (2003). Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5, 11-19.
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (n. especial), 115-122.
- Gusmão, J.L. & Mion, J.D. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 23-25.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk J., & Clarck, D.M. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.
- Heslop, K., De Soyza, A., Baker, C.R., Stenton, C., & Burns, G.P. (2009). Using individualized cognitive behavioral therapy as a treatment for people with CVOPD. *Nursing Times*, 105(14), 14-17. Article en MEDLINE, ID: 19449602.
- (Ismail, Winkley & Rabe-Hesketh, 2004)
- Kerbaux, R. R. (2002). Comportamento e saúde: doenças e desafios. *Psicologia USP*, 13, 11-28.
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, s54-s64.
- Kubo, O. M. & Botomé, S. P. (2001). Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. *Interação*, 5, 133-171.
- Leite, S.N. & Vasconcellos, M.P.C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva* [online], 8(3), 775-782.
- Lourenção, V.C., Santos Junior, R., & Luis, A.M.G. (2010). Aplicações da terapia cognitivo-comportamental em tratamentos de câncer. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(2), 45-58.
- Lopes, R.F.F., Santos, M.R., & Lopes, E.J. (2008). Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* [online], 10(1), 39-49.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Macht, M., Pasqualini, M.S., & Taba, P. (2007). Cognitive behavioral strategies for parkinson's disease: a report of three cases. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 165-176.
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N., Valério, N., Santos, A. R. R., & Rosa, L. T. B. (2002). Psicologia da Saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP*, 13, 29-53.
- Moorey, S. (2005). Quando coisas ruins acontecem a pessoas racionais. In P.M. Salkovskis. *Fronteiras da terapia cognitiva*. Cap. 19. [pp. 389-404]. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Neipp, M., López-Roig, S., Terol, M., & Pastor, M. (2009). Changes in control beliefs, emotional status and psychosocial

- adaptation among women with breast cancer. *Anales de Psicologia*, 25, 36-43.
- Neves Neto, A.R. (2001). Terapia cognitivo-comportamental e Síndrome de Colon Irritável. *Revista Psiquiatria Clínica*, 28(6), 350-355.
- O'Brien, C.W., & Moorey, S. (2010). Outlook and adaptation in advanced cancer: a systematic review. *Psychooncology*, 19(12), 1239-1249.
- Padilha, J.M.S. (2010). Influência da percepção da doença pulmonar obstrutiva crônica na promoção do autocontrole da doença. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 16(4), 641-648.
- Paredes, T., Simões, M.R., Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M.J., Rijo, D., Gameiro, S., & Carona, C. (2008). Impacto da doença crônica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 73-87.
- Passos, M.C.F. (2006). Síndrome do intestino irritável – ênfase ao tratamento. *Jornal Brasileiro de Gastroenterologia*, 6(1), 12-18.
- Penido, M.A., Rangé, B., & Fortes, S. (2005). Um estudo investigando as habilidades sociais de pacientes fibromiálgicas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2), 75-86.
- Pereira, F.M. & Penido, M.A. (2010). Aplicabilidade teórico-prática da terapia cognitivo-comportamental na psicologia hospitalar. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 189-220.
- Pessini, L. & Bertachini, L. (orgs.) (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: EDUNISC-Edições Loyola, 319 p.
- Pinto, A.A.G. (2012). Terapia cognitivo-comportamental em sobreviventes de cancro da mama. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade de Aveiro.) URI: <http://hdl.handle.net/10773/9853>. Acessada em 21/06/2013.
- Prado, G.F. (2013). Terapia cognitivo-comportamental para pacientes portadores da Síndrome das Pernas Inquietas. *Revista de Neurociências*, 21(1), 136-140.
- Rangé, B. (2001). Programa de treinamento a distância para tratamento do transtorno do pânico e da agorafobia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (6), 331-339.
- Remor, E.A. (1999). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 89-106.
- Rodríguez-Marín, J. (2003). En busca de un modelo de integración del psicólogo en el hospital: pasado, presente y futuro del psicólogo hospitalario. In E. Remor, P. Arranz, & S. Ulla (org.). *El Psicólogo en el Ambito Hospitalario*. Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicologia, pp. 831-863.
- Rosa, M.A. & Marcolin, M.A. (2000). Tradução e adaptação da Escala de Influências Medicamentosas (ROMI): um instrumento para avaliar a aderência ao tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 10(12), 405-412.
- Santandrea, S., Boschi, M., & Vanti, C. (2011). Efficacia della terapia cognitivo-comportamental en el dolorespinale: una revisione sistematica. *Scienza Riabilitativa*, 13(2): 5-23z.
- Saxty, M. & Hansen, Z. (2005). Group cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: a pilot study. *Behaviour*

nal and Cognitive Psychotherapy, 33(3), 311-318.

Shaw, B.F. & Segal, Z.V. (1999). Efficacy, indications, and mechanisms of action of cognitive therapy of depression. In D.S. Janowsky (Ed.) *Psychotherapy, indications and outcomes* (p. 173-195). Washington: American Psychiatric Press.

Shinohara, H.O. (1997). Conceituação da terapia cognitivo-comportamental. In R. A. Banaco (Org.). *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva*. (V. 3, p. 1-5). São Paulo: Editora Arbytes.

Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Siqueira, T.D.A. (2011). Crenças irracionais e autoaceitação em adolescentes. *Revista de Psicologia da IMED*, 3(2), 571-584.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Torres, A., Pereira, A., & Monteiro, S. (2012). Terapia de grupo cognitivo-comportamental para sobreviventes de cancro da mama: descrição de um programa e avaliação preliminar da sua efi-

cácia. *Psychology, Community & Health*, 1(3), 300-312. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/2009>. Acesso em: 05/07/2013.

Vaz, A.R., Conceição, E.M., & Machado, P.P.P. (2009). A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise Psicológica* [online]27(2), 189-197.

Von Leupoldt, A., Fritzsche, A., Trueba, A.F., Meuret, A.E., & Ritz, T. (2012). Behavioral medicine approaches to chronic obstructive pulmonary disease. *Annual Behavioral Medicine*, 44(1), 52-65.

Yamamoto, O. H. & Cunha, I. M. F. F. O. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11, 345-362.

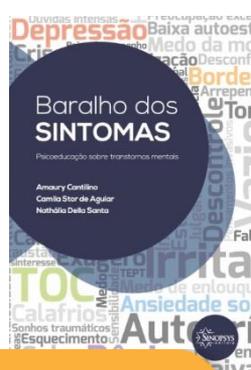
Yamamoto, O. H., Trindade, L. C. B. O., & Oliveira, I. F. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, 13, 217-246.

Wittkowski, A. (2004). A cognitive behaviour therapy group for patients with chronic fatigue syndrome: a preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 107-112.

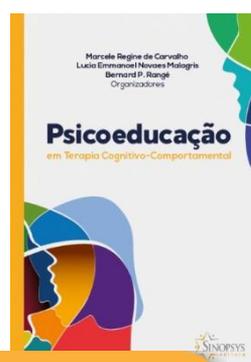
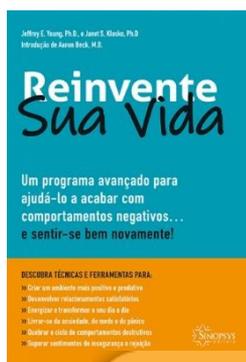


Use o cupom
MEUDESCONTO
e ganhe **15% de Desconto**
nesse e em outros
Livros do nosso site!

SIM, QUERO COMPRAR AGORA



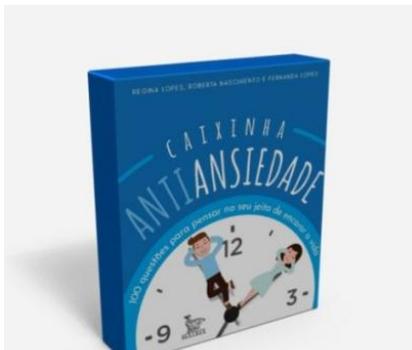
BARALHOS



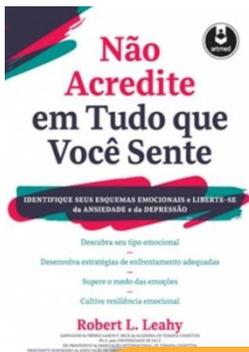
LIVROS SINOPSYSS



RIC JOGOS



CAIXINHAS MATRIX



ARTMED