

CICLO DE VIDA DA MULHER

C568 Ciclo de vida da mulher: intervenção cognitivo-comportamental na
saúde e na doença / organizado por Tânia Rudnicki, Catarina
Ramos, Ivone Patrão, Filipa Pimenta... [et al.] – Novo Hamburgo :
Sinopsys, 2015.
16x23 cm ; 382p.

ISBN 978-85-64468-47-4

1. Psicologia – Saúde – Terapia cognitivo-comportamental –
Mulher. I. Rudnicki, Tânia. II. Ramos, Catarina. III. Patrão, Ivone. IV.
Pimenta, Filipa. V. Título.

CDU 159.922-055.2

**Tânia Rudnicki
Catarina Ramos
Ivone Patrão
Filipa Pimenta**
Organizadoras

CICLO DE VIDA DA MULHER

**intervenção
cognitivo-comportamental
na saúde e na doença**



2015

© Sinopsys Editora e Sistemas Ltda., 2015

*Ciclo de vida da mulher – Intervenção cognitivo-comportamental
na saúde e na doença*

Tânia Rudnicki, Catarina Ramos, Ivone Patrão, Filipa Pimenta (orgs.)

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

Autores

Tânia Rudnicki (org.). Psicóloga. Doutora em Psicologia. Pós-doutorado pela Capes Foundation Ministry of Education of Brazil-Brasília/DF – Brazil. Pesquisadora Associada no William James Center for Research, Instituto Universitário (ISPA/Lisboa, PT). Professora na Faculdade da Serra Gaúcha (FSG – Caxias do Sul, RS). Terapeuta Certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Vice-Presidente da Diretoria Estadual da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia no Rio Grande do Sul (SBPO/RS). Membro Permanente do Conselho Consultivo da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH).

Catarina Ramos (org.). Psicóloga e Doutoranda em Psicologia da Saúde no William James Center for Research, Instituto Universitário (ISPA). Durante os últimos anos, desenvolveu a sua prática clínica com mulheres com o diagnóstico de câncer da mama, através de intervenção psicoterapêutica individual e em grupo. Construiu e desenvolveu uma inovadora intervenção em grupo para promover o crescimento pessoal após o trauma com mulheres com câncer da mama, colaborando com diversos hospitais e instituições portuguesas. É membro-fundador da ABC – Associação para a Divulgação e Investigação do Câncer da Mama. A sua experiência em investigação garantiu-lhe dezenas de publicações e comunicações, nacionais e internacionais.

Ivone Patrão (org.). Psicologia Clínica pelo ISPA-IU. Mestrado em Psicologia da Saúde pelo ISPA-IU. Especialização em Psicoterapia Cognitivo Comportamental pela CTP. Doutora Psicologia da Saúde pelo ISPA-IU/UNL. Terapeuta Familiar no SPTF. Docente no ISPA-IU. Membro da Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES). Psicóloga Clínica nos Cuidados Saúde Primários – ARSLVT – Ministério da Saúde. Membro do NES. Editor Associado Revista *Psicologia da*

Saúde & Doenças. Revisor *Psychology, Community & Health Journal*. Colaboradora NUPI – Núcleo Utilização Problemática da Internet (HSM – CHLN).

Filipa Pimenta (org.). Psicóloga e Professora no Instituto Universitário (ISPA). Pós-Doutoranda no Centro de Investigação William James (ISPA). Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental. Especializou-se na área de menopausa quando do seu doutoramento em Psicologia da Saúde. Tem publicações internacionais em revistas científicas da especialidade tais como a *Climacteric*, *Menopause* e *Maturitas*. Para além do trabalho clínico e de investigação no campo da menopausa, tem desenvolvido trabalhos na área da obesidade e perda de peso bem-sucedida.

Ana Alexandra Carvalheira. Psicóloga. Doutora pela Universidade de Salamanca, Espanha, com menção de Doutoramento Europeu. Professora auxiliar e investigadora com uma *Gulbenkian Professorship* no ISPA-Instituto Universitário, Lisboa, Portugal. Psicoterapeuta com clínica privada. Membro da *International Academy of Sex Research* e Past-President da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica. Membro do Conselho Editorial do periódico *Psychology, Community & Health*.

Ana Cristina Nave. Licenciada em Psicologia, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Mestre em Mudança e Desenvolvimento em Psicoterapia, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Pós-graduada em Aconselhamento e Psicoterapia Comportamental e Cognitiva, pela Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva. Especialista em Psicologia Clínica. Psico-Oncologista, pela Academia Portuguesa de Psico-Oncologia. Terapeuta Sexual, pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica. Psicóloga Clínica da Unidade de Psicologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.

Ana Margarida Rocha. Psicóloga na Área Clínica, Pós-Graduada e Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade pela Escola de Mestrados e Estudos Pós-Graduados do Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa. Psicóloga no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo.

Breno Irigoyen de Freitas. Psicólogo pela PUCRS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental na Infância e Adolescência pela INFAPA. Mestrando em Psicologia Clínica (Bolsista CAPES-PUCRS).

Carolina Ribeiro Seabra. Graduação em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (MG). Especialista em Psicologia Médica pela Universidade

Federal de Juiz de Fora (MG). Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia. Especialista em Psico-Oncologia pela Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte (MG). Mestranda em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (RS). Presidente da Diretoria Estadual da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia no Rio Grande do Sul (SBPO/RS). Membro da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC) e da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH).

Cíntia Hansen. Psicóloga com Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental, Psico-Oncologia e Psicologia Hospitalar.

Cláudia Ng Deep. Psicóloga Clínica e Mestre em Psicologia da Saúde, com Doutorado em Psicologia Clínica, na Especialidade de Psicologia da Saúde, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Instituto Universitário, Portugal. Com longa experiência em avaliação e intervenção clínica.

Cristiano Pereira de Oliveira. Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Psico-Oncologia. Coordenador do Serviço de Psicologia e Professor da Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul- FADERGS. Pesquisador e Supervisor do Centro de Psico-oncologia da CliniOnco.

Dhiordan Cardoso da Silva. Acadêmico de Psicologia da PUCRS. Pesquisador no Laboratório de Intervenções Cognitivas PUCRS e Programa de Identidade de Gênero HCPA.

Igor da Rosa Finger. Psicólogo pela PUCRS. Mestre em Psicologia pela PUCRS. Doutorando em Psicologia pela PUCRS. Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais (INFAPA/FADERGS). Professor do Curso de Psicologia da Unisinos (RS). Professor e Supervisor do Curso de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais (InTCC-FADERGS). Professor convidado de cursos de especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental no Brasil. Sócio do InTCC e membro da FBTC.

Isabel Leal. Psicóloga. Professora Catedrática no ISPA- Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Coordenadora do Grupo de Psicologia Translacional do William James Center for Research.

José L. Pais-Ribeiro. Doutorado em Psicologia na especialidade de Psicologia da Saúde na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Professor Associado com agregação da Faculdade de Psicologia e de Ciências

da Educação na Universidade do Porto. Membro da William James Research Center (WJRC), sediada no ISPA Instituto Universitário, Lisboa, unidade da Fundação para a Ciência e Tecnologia de Portugal. Presidente da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (www.sp-ps.pt). Áreas de investigação: promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida; papel das variáveis psicológicas positivas na saúde e ajustamento às doenças crônicas.

Lucas Poitevin Bandinelli. Psicólogo. Mestrando em Psicologia com ênfase em Cognição Humana pela PUCRS. Especialista em Saúde com ênfase em Onco-Hematologia pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA).

Luiz Rodrigues Simões Junior. Médico. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FAMERP e Hospital de Base (FUNFARME), São José do Rio Preto, SP.

Margareth da Silva Oliveira. Psicóloga pela PUCRS. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora em Ciências pela UNIFESP. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Coordenadora do Laboratório de Intervenções Cognitivas – LABICO. Coordenadora do Grupo de Avaliação em Atendimento e Psicologia Cognitivo-Comportamental (GAAPCC). Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki. Psicóloga e Mestre em Psicologia pela PUCCAMP. Doutora em Psicologia Clínica pela USP. Pós-doutorado pela Universidade de Londres e livre-docência pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Professora do Departamento de Psiquiatria e Psicologia e Serviço de Psicologia do Hospital de Base (FUNFARME). Coordenadora do Programa de Mestrado em Psicologia e Saúde da FAMERP. Diretora de Pesquisa do IPECS de São José do Rio Preto, SP.

Maria Jaqueline Coelho Pinto. Psicóloga, Mestre e Doutora pela USP-RP. Professora do Departamento de Psiquiatria e Psicologia e Serviço de Psicologia do Hospital de Base (FUNFARME), Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Docente e Orientadora do Programa de Mestrado em Psicologia e Saúde da FAMERP, São José do Rio Preto, SP.

Marisa Marantes Sanchez. Psicóloga. Mestre em Psicologia pela PUCRS. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental pela WP. Formação em Tera-

pia do Esquema pela WP, credenciado pelo New Jersey Institute for Schema Therapy. Docente na Universidade Luterana do Brasil (Ulbra). Tutora Reginal da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso pela Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) e Ministério da Saúde (MS/BR). Diretora da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), gestão 2013-2015.

Mateus Luz Levandowski. Doutorando e Mestre em Psicologia com ênfase em Cognição Humana pela PUCRS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental.

Raphael Fischer Peçanha. Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Terapeuta Cognitivo-Comportamental de Adolescentes, Adultos, Casais e Famílias. Professor na Universidade Estácio de Sá (UNESA). Terapeuta Certificado pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Diretor da Abenepi-Rio (Associação Brasileira de Neurologia, Psiquiatria Infantil e Profissões Afins). Sócio-Fundador da Atc-Rio (Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro).

Renata Klein Zancan. Psicóloga (UNIJUI). Pós-graduada em Psicologia em Saúde Mental e Coletiva (ICPG). Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Bolsista DTI/FAPERGS/CAPES do Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitivo Comportamental (GAAPCC), do Programa de Pós Graduação em Psicologia da PUCRS.

Renata Tamie Nakao. Mestre em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Especialista em Psicologia Hospitalar. Psicóloga da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), onde realiza pesquisas na área de doenças crônicas.

Ricardo Gorayeb. Psicólogo. Professor Livre-docente de Psicologia Médica e Professor-associado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Consultor da Organização Mundial da Saúde, Genebra (1995). Sócio-fundador e Presidente da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto – Gestões 1979, 1982, 1983, 1986 e 1991. Presidente da Sociedade Brasileira de Psicologia – Gestão 2014/2015. Coordenador do Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP).

Sumário

Prefácio	13
<i>José L. Pais-Ribeiro e Ricardo Gorayeb</i>	

PARTE I

Intervenções cognitivo-comportamentais ao longo do ciclo de vida da mulher

1 A evolução da intervenção clínica relacionada à mulher	17
<i>Isabel Leal</i>	
2 Gravidez e pós-parto: estilo de vida, fatores de risco e intervenções em saúde.....	43
<i>Marisa Marantes Sanchez</i>	
3 Menopausa e sintomas vasomotores: contextualização e gestão de sintomas.....	62
<i>Filipa Pimenta</i>	
4 Gravidez tardia	86
<i>Maria Jaqueline Coelho Pinto, Luiz Rodrigues Simões Junior e Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki</i>	
5 Ajustamento psicológico na interrupção voluntária da gravidez.....	107
<i>Ana Margarida Rocha</i>	

PARTE II

Intervenções cognitivo-comportamentais na gestão da doença

- 6 **Terapia sexual e cognitivo-comportamental nas disfunções sexuais femininas** 139
Ana Alexandra Carvalheira
- 7 **Intervenção cognitivo-comportamental em grupo com mulheres portadoras e sobreviventes de câncer de mama** 162
Catarina Ramos e Ivone Patrão
- 8 **Diagnóstico oncológico em mulheres: aspectos psicoemocionais e intervenção cognitivo-comportamental** 196
Cíntia Hansen, Dhiordan Cardoso da Silva e Tânia Rudnicki
- 9 **Câncer ginecológico: intervenção cognitivo-comportamental** 214
Ana Cristina Nave e Carolina Ribeiro Seabra
- 10 **Intervenção cognitivo-comportamental com casais e mulheres com câncer de mama** 249
Ivone Patrão e Raphael Fischer Peçanha
- 11 **Mulheres em hemodiálise: atendimento psicológico e o uso de intervenções cognitivo-comportamentais** 272
Renata Tamie Nakao e Tânia Rudnicki
- 12 **Intervenção cognitivo-comportamental em mulheres com fadiga oncológica** 289
Cláudia Ng Deep
- 13 **Intervenção cognitivo-comportamental em transtornos alimentares em mulheres: quando o comer se torna um problema..** 325
Margareth da Silva Oliveira, Igor da Rosa Finger, Renata Klein Zancan e Breno Irigoyen de Freitas
- 14 **Intervenção psicológica na autoimagem de pacientes submetidas ao transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas (TCTH)** . 350
Lucas Poitevin Bandinelli e Mateus Luz Levandowski
- 15 **Insônia e dor: intervenções cognitivo-comportamentais em mulheres com câncer** 373
Cristiano Pereira de Oliveira

Prefácio

José L. Pais-Ribeiro e Ricardo Gorayeb

Os seres humanos partilham as mesmas características biológicas e, por isso, saúde e doenças semelhantes, e diagnósticos e tratamentos semelhantes. Há, no entanto especificidades na manifestação de doenças em função do gênero, como o caso de algumas doenças oncológicas específicas do gênero ou de outras em que a incidência nas mulheres é diferente da dos homens como, por exemplo, a esclerose múltipla.

Práticas diferentes de grupos populacionais de regiões diferentes do planeta, de religiões diferentes, com práticas culturais seculares, levam a que a forma de reagir às doenças, ou de as tratar, difira em função do gênero. O desenvolvimento humano também vai mudando homens e mulheres ao longo do ciclo de vida de modo a reagirem de diversas formas uns dos outros, e dentro do mesmo gênero, em função do estágio de desenvolvimento em que a doença se manifesta, ou em que se empenha na prevenção de uma doença qualquer ou na promoção ou proteção da saúde.

Nascem mais homens do que mulheres e, ao longo do ciclo de vida, morrem sempre mais homens do que mulheres. A expectativa de vida ao nascer varia entre homens e mulheres (em Portugal cerca de 77 anos para os homens e 83 para as mulheres, no Brasil cerca de 73 anos para os homens e 80 para as mulheres), o que tem como consequência que, nas idades mais elevadas, a percentagem de mulheres seja maior do que a dos homens.

Todas as doenças estão associadas, dependem, ou influenciam, o estilo de vida, o comportamento, e as crenças acerca da doença que se tem no momento, tal como da saúde ao longo da vida. Daí que, tratar ou prevenir a doença, proteger ou promover a saúde, tenha que considerar os aspectos cognitivo-comportamentais das pessoas, a par das características da doença, aguda ou crônica. A intervenção cognitivo-comportamental é, por isso, um método apropriado para apoiar, para intervir, quer na saúde, quer nas doenças das mulheres.

Numa metanálise de 2010 que incluía estudos com desenho experimental e grupos de intervenção e de controle distribuídos aleatoriamente (*randomized controlled trials* (RCT)), Tolin conclui que as terapias cognitivo-comportamentais são mais eficazes do que outras terapias numa grande variedade de condições e de patologias. Embora esta terapia tenha uma matriz bem-definida, ela inclui inúmeras variantes.

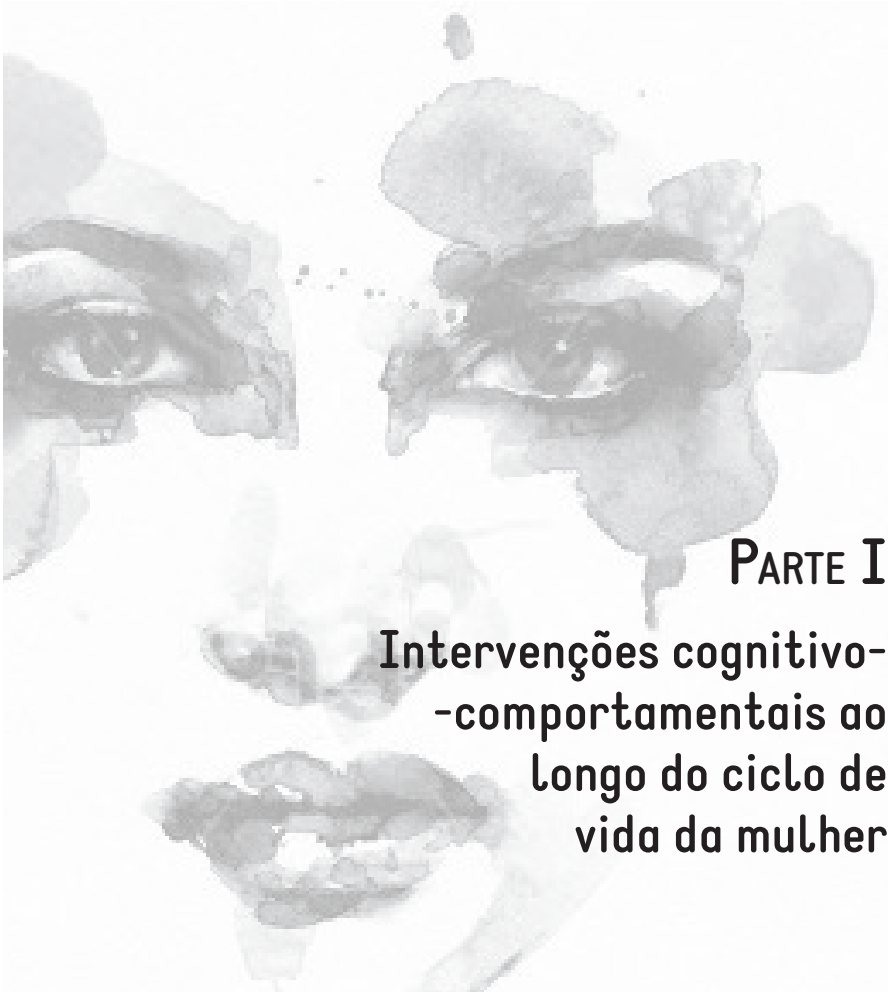
No presente livro, autores de Portugal e do Brasil, especialistas em diversas doenças, perturbações e condições femininas, apresentam a sua experiência de intervenção de raiz cognitivo-comportamental em múltiplas situações que afetam as mulheres. É um trabalho fundamental para psicólogos e outros profissionais que estudam e intervêm em problemas das mulheres e que podem encontrar aqui as informações que os ajudem a estruturar a sua intervenção.

Por este livro abranger conteúdos de Portugal e do Brasil, dois territórios de língua Portuguesa, em dois continentes, com experiências e histórias complementares, mais importante se torna. A experiência plural dos autores que contribuem para este trabalho traz, com certeza, perspectivas que se completam e que são úteis para todos os que se interessam pela saúde e pelas doenças, independentemente do gênero.

REFERÊNCIA

Tolin, D.F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other thera-

pies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 30, 710-720.



PARTE I

Intervenções cognitivo- -comportamentais ao longo do ciclo de vida da mulher

A evolução da intervenção clínica relacionada à mulher

Isabel Leal

Um dos temas que a partir da década de 1990 passou a fazer parte das agendas políticas e dos discursos das organizações internacionais é o da abordagem da saúde tendo em conta as questões do gênero. Apesar disso, o gênero, como conceito dos sistemas e serviços de saúde, tem sido relativamente minimizado e parece enfrentar ainda um longo caminho a ser percorrido para poder se afirmar e se integrar nas diferentes práticas de saúde, como, também, no corpo social mais amplo.

Se nos países menos desenvolvidos essa situação é relativamente compreensível mercê das limitações e dificuldades gerais dos sistemas de saúde, nos países ditos desenvolvidos a questão é outra e inscreve-se, do nosso ponto de vista, nas políticas pouco esclarecidas e indevidamente fundamentadas da maioria das práticas de saúde que, aliás, parece não ter uma verdadeira noção das consequências conceituais e epistemológicas que estão subjacentes ao uso do conceito de gênero (Kim & Nafziger, 2000).

Uma das outras questões que acaba por se cruzar diretamente com esta é a da intervenção psicológica. De fato, se nas últimas décadas a intervenção psicológica genericamente, e nos sistemas de saúde em particular, teve um incremento notável, também não parece haver dúvidas que o seu estatuto carece igualmente de um conjunto extenso de esclarecimentos. Apesar de um intenso esforço de investigação e avaliação das intervenções psicológicas, discute-se ainda, um pouco

por todo o lado, não só o interesse e a vantagem das intervenções psicológicas como a sua filiação aos serviços de saúde.

Desta forma, este capítulo tem como objetivo contribuir para esta importante discussão, clarificando os percursos da intervenção psicológica desde os seus primórdios até aos nossos dias; mostrando como a Psicologia foi se articulando com os sistemas de saúde e os seus diversos campos e, finalmente, discutir o interesse das questões de gênero e como estas podem informar as políticas de saúde.

A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Para compreendermos o essencial daquilo que hoje se designa por intervenção psicológica é fundamental percebermos o percurso da Psicologia, especificamente da Psicologia Clínica, desde o seu nascimento até à atualidade.

A designação Psicologia Clínica é atribuída a Lightner Witmer, que sucedeu a Cattell como diretor do Laboratório de Psicologia na Universidade da Pensilvânia e que, em 1896, apresentou na reunião da APA o seu novo método, que chamou de Método Clínico em Psicologia e Método diagnóstico de Ensino. O termo clínico sublinhava e pretendia afirmar, em oposição à atividade laboratorial dos psicólogos que era dominante na época, um exercício profissional eminentemente prático e socialmente útil (Garfield, 1965).

Nos seus primórdios, a Psicologia Clínica debruçou-se, sobretudo em termos avaliativos, nas crianças com atrasos de desenvolvimento, estendendo-se depois a outras disfunções cognitivas de outras populações, nomeadamente às dos indivíduos com ferimentos cerebrais, para os quais começaram a se desenvolver programas de readaptação psicológica, o que se constitui, eventualmente, como a primeira intervenção com viés psicológico de que se tem notícia.

O primeiro comitê de certificação em Psicologia Clínica foi estabelecido na APA em 1920, e interrompido em 1927 devido ao pouco

interesse que pareceu despertar. Só em 1947 um primeiro programa significativo de formação em Psicologia Clínica foi proposto e começou a ser implantado nos Estados Unidos (Garfield, 1965).

Entre a Primeira e a Segunda Guerras Mundiais, a grande tônica no trabalho dos psicólogos clínicos era a avaliação psicológica, atividade não só dominante, mas fortemente investida, como, aliás, as ainda existentes e funcionais provas e baterias de testes o demonstram. Só depois da Segunda Guerra Mundial a Psicologia Clínica começou de forma sistemática a desenvolver e implementar programas de intervenção destinados a reabilitar o grande número de vítimas de guerra tanto na Europa (Zazzo, 1968) como nos Estados Unidos (Garfield, 1965). Estes programas, que se baseavam naquilo que à época era a ciência psicológica (Ribeiro & Leal, 1996), focaram essencialmente as perturbações mentais (Belar, Deardorff, & Kelly 1987; Fox, 1994).

Só aí a Psicologia começava realmente a aplicar o que verdadeiramente se pode chamar o método clínico e o raciocínio clínico. O método clínico é idêntico ao método científico, começando com dados de observação que sugerem uma série de hipóteses que depois são examinadas à luz de novas observações, algumas das quais são feitas na clínica e outras no laboratório. Finalmente, chega-se a uma conclusão que em ciência se denomina teoria e em medicina diagnóstico operacional (Isselbacher, Adams, Brawnwald, Petersdorf, & Wilson, 1980).

Goldman (1991) explica que o raciocínio clínico se inicia numa investigação das queixas através da análise da história e da observação. No momento seguinte recolhe dados a partir de técnicas de diagnóstico apropriadas em termos de utilidade, validade e fidelidade. Depois disso, integra os dados recolhidos nas duas fases anteriores de modo a conhecer adequadamente a condição do sujeito. Segue-se uma fase em que se estima a relação entre os diferentes custos e os possíveis benefícios e a necessidade de realizar mais testes ou de iniciar o processo de ajuda. Finalmente as várias opções são discutidas com o sujeito e dá-se início ao plano terapêutico (Leal & Ribeiro, 2011).

A palavra Clínico, que etimologicamente provém do latim *clinicus*, e do grego *klinikos*, significa “o que visita o doente na cama” e é um

termo que fez o seu percurso de afirmação na Medicina, primeiro de uma forma literal e depois querendo significar uma qualidade de atendimento prático e personalizado (Mucchielli & Mucchielli, 1969).

A transposição deste método da Medicina para a Psicologia foi sendo feita de forma lenta, com avanços e recuos. Particularmente na Europa, psicólogos conceituados como Lagache e Piaget, tentaram estabelecer os critérios daquilo que deveria ser uma Psicologia Clínica (Schraml, 1973).

Em particular, Piaget fala de Método Clínico para se referir a um tipo de experimentação que faz emergir o fato psicológico em que o sujeito observado participa em medida mais ou menos idêntica à do investigador, se bem que essa participação seja uma participação natural. Neste sentido, o Método Clínico em Psicologia acaba por ser uma interação participada igualmente por investigador e investigado, na qual o primeiro precisa ir construindo estrategicamente a dinâmica interativa, suportada teoricamente, mas à medida do segundo (Ribeiro & Leal, 1996).

Nos anos 1980 está razoavelmente estabelecido que a designação de Clínico tanto se aplica ao “conjunto de métodos que visam à aquisição de conhecimentos pela observação de fenômenos, mórbidos ou não, apresentados pelo indivíduo no quadro da sua situação, sem o recurso às técnicas de laboratório ou de psicometria (testes)” (Thinés & Lempereur, 1984, p. 170), como “O termo Método Clínico cobre todos os procedimentos de observação direta minuciosa, quer na entrevista, quer nas situações experimentais definidas” (situação de teste) (Schraml, 1973, p.9).

Nos anos subsequentes a Psicologia Clínica foi-se instalando e ganhando estatuto nos hospitais psiquiátricos, onde os psicólogos se estabeleceram com vigor, e também na clínica privada, em que a intervenção psicológica se desenvolveu numa perspectiva de intervenção psicoterapêutica. Apesar de todas as diferenças que estas situações comportam, ambas se inscrevem num quadro de prestação de cuidados de saúde que se inscrevia no domínio que então se intitulava de “psiquiátrico”.

Aliás, nesta fase o uso da expressão Psicologia Clínica na sua forma mais populista tendia a qualificar a Psicologia que se fazia com pessoas com perturbações mentais (Fox, 1994) e a confundir-se com uma

Psicologia Patológica e era vista como a “área de conhecimento e de habilidades que visa a ajudar as pessoas com alterações comportamentais ou perturbações mentais a alcançar modos mais satisfatórios de ajustamento pessoal ou de autoexpressão” (Shakow, 1975, p.2376).

Fora do contexto psiquiátrico a relação entre médicos e psicólogos era praticamente inexistente, quer na Europa (Shillitoe, Bhagat, & Lewis, 1986) quer nos Estados Unidos (APA Task Force on Health Research, 1976).

Curiosamente, o primeiro registro que há de um encontro formal entre psicólogos e médicos com o intuito de discutir a participação dos profissionais de Psicologia nos contextos tradicionais de saúde e doenças é de 1911, na reunião anual da American Psychological Association (APA). Apesar desta e de outras tentativas posteriores, as relações entre Psicologia e Medicina não psiquiátrica mantiveram-se incipientes até a década de 1970, quando, nos Estados Unidos, no seio da APA, foi criada, em 1973, uma *Task Force on Health Research*, com o intuito de estudar "a natureza e a extensão da contribuição dos psicólogos para a investigação básica e aplicada dos aspectos comportamentais nas doenças físicas e na manutenção da saúde" (APA Task Force on Health Research, 1976, p.263).

Em 1976 esta *Task Force* publica um relatório sobre as relações entre a Psicologia e os contextos tradicionais de saúde e doenças, propondo orientações doutrinárias e assumindo que os psicólogos americanos não se sentiam atraídos pelas áreas das doenças físicas e da saúde (Millon, 1982).

Apesar disso, quer dizer, desse desenvolvimento paralelo da Medicina e da Psicologia, mas sem diálogo entre si, ia-se reconhecendo que os médicos não psiquiatras, nos diferentes contextos de saúde em que trabalham, deparavam-se amiúde com problemas de origem comportamental que tratavam como podiam e sabiam, ou seja, com drogas, porém já com a consciência de que talvez não fossem os psicotrópicos a melhor solução (Shillitoe, Bhagat, & Lewis, 1986).

Mas, de fato, pareceu durante muito tempo que esta dificuldade de relação entre a Psicologia e a Medicina se manteve, de parte a parte, eventualmente pelas próprias características dos sistemas e serviços de saúde alheios ainda a perspectivas inter e multidisciplinares.

A intervenção psicológica, por seu turno, até aos anos 1950, quer em termos públicos quer em termos privados, centrava-se em modelos psicoterapêuticos, nomeadamente as propostas Psicanalíticas e Rogerianas. Nos anos 1950, surgiu nos Estados Unidos e na sequência dos trabalhos de Skinner da década de 1930, o movimento designado como de “Modificação de comportamento” pela mão do próprio e dos seus colaboradores Lindsey e Solomon. Mais ou menos na mesma altura, em Londres, Eysenck introduziu o termo terapia comportamental. Wolpe, por sua vez, na África do Sul elaborava a sua teoria da inibição recíproca, a partir da qual se desenvolveria a dessensibilização sistemática, que teria um enorme impacto na intervenção psicológica dos anos subsequentes.

O desenvolvimento de modelos e técnicas inscritos genericamente na designação de teorias e terapias comportamentais, behavioristas ou de modificação de comportamento, foi sendo, assim, fragmentado, sujeito a permanentes discussões, controvérsias e reformulações, o que não obistou a que um extenso rol de técnicas decorrentes dos modelos da aprendizagem (exposição, imersão, técnicas aversivas, dessensibilização sistemática, treino da assertividade, modelagem, etc.) fosse sendo construído e fosse, durante alguns anos, o suporte das chamadas terapias comportamentais.

O grande *boom* aconteceu nos anos 1960, quando apareceram os primeiros livros e revistas sobre terapia comportamental. Aos pressupostos de Skinner e Wolpe veio-se juntar os trabalhos de Bandura sobre processos vicariantes, quer dizer, as aprendizagens feitas por imitação e depois reforçadas. Alguns anos depois Bandura e colaboradores interessavam-se pela modelagem.

Até aqui, o destaque ia obviamente para o comportamento, a forma de agir e atuar dos indivíduos, e as técnicas de modificar comportamentos considerados desajustados. O mundo interno, quer dizer, as crenças, as ideias, os pensamentos e os sentimentos, era deliberadamente desvalorizado.

Entretanto, alguns autores, não propriamente próximos do comportamentalismo, mas ainda assim suficientemente divulgados no meio, começaram a prestar mais atenção às dimensões não visíveis.

Kelly (1955), por exemplo, enfatizou o modo com cada pessoa significava o mundo e sugeriu que cada um constituía a sua própria realidade através de um processo de experimentação. Ellis (1962) prestou uma especial atenção ao papel das crenças irracionais nas perturbações neuróticas e propôs mesmo uma terapia racional – emocional.

No entanto, só nos anos 1970, e em especial através dos trabalhos de Bandura (1977), começou-se a falar de uma Psicologia Cognitiva e a haver um interesse generalizado, da comunidade científica em geral, e dos comportamentalistas em especial, pelos processos mediadores entre os estímulos e as respostas.

O estudo sistemático dos processos de pensamento, percepção, memória e também das atitudes, valores e crenças, por exemplo, conduziu a maioria dos psicólogos comportamentalistas a um deslocamento do interesse sobre o comportamento propriamente dito para as cognições. Passou assim a conceber-se, em muitos casos, a necessidade de mudanças de estratégias cognitivas para lidar com diferentes situações, em vez da clássica mudança de comportamento. Este deslocamento de objeto de intervenção permitiu que, muitos psicólogos de outras origens que não as comportamentais aderissem, com facilidade, às muitas técnicas e modelos que entretanto surgiram.

Assim, às três propostas do comportalismo (condicionamento clássico, operante e aprendizagem social), foram-se juntando às que decorreram das propostas dos autores destacados por Mahoney (1995), produzindo novos paradigmas, nomeadamente o paradigma do condicionamento coberto, o do autocontrole, o das aptidões de confronto, o da reestruturação cognitiva e o do construtivismo-desenvolvimental (Gonçalves, 1993).

O novo século assiste ao surgimento daquilo que passa a ser designado como as terapias de terceira geração e que, no essencial, consistem em diferentes propostas surgidas de base empírica que enfatizam a importância do contexto e da construção de repertórios muito amplos e flexíveis. As mais relevantes são: a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2006; Luciano & Hayes, 2001),

a Psicoterapia Analítico-funcional de Kohlenberg (Kohlenberg & Tsai, 1998; 2000), a Terapia de Ativação Comportamental (Martell, Addis, & Jacobson, 2001), a Terapia Integral de Casal (Jacobson & Christensen, 1996), a Terapia Dialético-comportamental de Linehan (Linehan, 1993) e a Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams, & Teasdale, 2013).

As terapias comportamentais estão de boa saúde e recomendam-se na intervenção psicológica em inúmeras situações.

OS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE E A PSICOLOGIA

Os anos 1980 inauguraram uma nova perspectiva sobre a Saúde, o Sistema de Saúde e os Serviços de Saúde. A grande mudança paradigmática residiu no fato de a tônica deixar de estar colocada nas doenças e passa a ser dada à saúde (Lawn et. al., 2008).

Essa mudança no modo de pensar, com todas as suas extensas consequências, ficou conhecida como a Segunda Revolução da Saúde (Michael, 1982; Richmond, 1979).

Definitivamente importante na nova forma de conceituar a saúde e as doenças foi o papel desempenhado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS tem sido, desde o final da Segunda Guerra Mundial, a organização de referência, se não das políticas (já que estas são internas a cada país) pelo menos dos princípios que norteiam os sistemas de saúde. Em 1948, a OMS propôs que se passasse a considerar a Saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença ou incapacidade. E assim todos os Sistemas de Saúde, de todo o mundo, passaram a ter como metas novos organizadores ideológicos, bem como um conjunto de diretrizes, princípios e políticas para nortear a implementação e a manutenção de diferentes campos de administração da saúde.

Esta definição foi, no mínimo, revolucionária. Ao colocar os aspectos psicológicos e sociais lado a lado com os tradicionais aspectos fi-

sicos da doença, o que fez, na prática, foi fechar as portas ao modelo biomédico, até aí dominante, e a dar as boas-vindas ao que Engel (1977) e Schwartz (1982) denominaram de modelo biopsicossocial.

Repare-se que passaram várias décadas entre a proposta da OMS e o efetivo desenvolvimento de modelos que conseguissem levar em linha de conta as dimensões psicológicas e sociais da saúde. Aliás, foram várias as críticas feitas à OMS por se considerar que esta definição era ideal (Dubos, 1980) e utópica (Reis, 1998).

Os grandes desenvolvimentos conducentes a uma perspectiva biopsicossocial alargada ocorreram nos anos 1970 e 80 através de um conjunto de documentos importantes em que se destacam habitualmente os relatórios de Lalonde (Lalonde, 1974) e Richmond (Richmond, 1979); o Programa Saúde para Todos no Ano 2000 definido em 1977 (OMS, 1986); a Declaração de Alma Ata de 1978, promotora da noção de cuidados primários de saúde; a adoção das “Metas para a saúde” (Saúde para todos na Europa, 1983); e a carta de Ottawa de 1986, com a sua defesa do conceito de promoção da saúde.

Nos anos 1980, diferentes modelos surgiram tentando apurar a perspectiva biopsicossocial. Estão neste caso, por exemplo, o paradigma socioecológico de Noack (1987); o paradigma biocomportamental de Krantz, Grunberg e Baum (1985); a perspectiva psicobiológica de Feurstein, Labbé e Kuczmierczyk (1986); a saúde comportamental de Mattarazzo (1980); ou o modelo holístico de Lipowski (1981) e Bliss et al. (1985).

Nestas outras formas de conceituar a saúde e as doenças, abandonavam-se o princípio causal e linear, as teorias positivistas do germe, as teorias mecanicistas orgânicas, as teorias do desvio (Tarlov, 1983), que tinham feito as glórias do modelo biomédico e assumiu-se uma perspectiva, eventualmente, mais complexa de relações entre variáveis, em que se defendia a multicausalidade e o princípio da equifinalidade (Miller, 1978). Deste ponto de vista, o estado final de qualquer sistema vivo pode ser atingido a partir de condições iniciais diferentes e através de diferentes processos.

Esta perspectiva, que afirmava a importância de fatores psicológicos e sociais, quer na manutenção da saúde quer nos processos de adoecer, tem

duas características essenciais: a centração na saúde, em vez do tradicional privilégio da doença, e a assunção que no Ocidente o comportamento era a principal causa de mortalidade e morbidade (Ribeiro, 1998).

Já Richmond (1979) mostrara como nos Estados Unidos 50% das mortes eram atribuíveis a estilos de vida pouco saudáveis e a comportamentos inadequados e 20% a fatores ambientais. As dimensões psicológicas e comportamentais tinham, neste caso, de ser levadas em linha de conta, não só para mudar comportamentos e estilos de vida, mas também para tornar os indivíduos responsáveis pela sua saúde, na circunstância em que se acreditava que, num crescente número de casos, eram eles os responsáveis, mais diretos, das suas doenças.

É neste contexto geral de transformação dos discursos sobre a saúde e as doenças que emerge a Psicologia da Saúde (Ribeiro & Leal, 1996).

A primeira definição de Psicologia da Saúde deve-se a Stone, que, em 1979, num dos primeiros livros que tinha no título a expressão Psicologia da Saúde, dizia que esta corresponde a qualquer aplicação científica ou profissional de conceitos e métodos psicológicos, a todas as situações próprias do campo da saúde, não apenas nos cuidados de saúde, mas também na saúde pública, educação para a saúde, planificação da saúde, financiamento, legislação, etc. (Stone, 1979).

Em 1978, criou-se a Divisão de Psicologia da Saúde da American Psychological Association (Divisão 38), que, a partir de 1982, fez sair o primeiro número do seu *Journal of Health Psychology*.

Um relatório publicado pela OMS (1986), de autoria do *European Federation of Professional Psychologists Associations*, foca a contribuição dos psicólogos para a consecução do programa "Saúde para Todos no Ano 2000" (OMS, 1986), discutindo a mudança do papel tradicional do psicólogo que intervém na saúde em função de novos objetivos de saúde planetários.

Numa primeira fase, entendia-se que a Psicologia da Saúde estaria centrada nas doenças físicas e na saúde, em continuidade ao território já delimitado pela Psicologia Clínica que tomava como foco a saúde mental e as doenças mentais. Entretanto já tinha acontecido, eventualmente mer-

cê da compreensão de que a ação em contextos de saúde pressupõe práticas multidisciplinares, modificações de terminologia nos serviços públicos. Por exemplo, os antigos Departamentos Psiquiátricos já haviam mudado de designação para Serviços de Saúde Mental (Enright et al., 1990).

Ainda assim, a emergência da Psicologia da Saúde faz-se tendo como foco a saúde “física” e todas as doenças, que não as mentais.

Esta concepção bipartida é, por um lado, ela própria, contraditória em relação ao paradigma em que se pretende inscrever e, por outro lado, em contracorrente à evolução da concepção do Sistema de Saúde em geral, que num primeiro momento transformou o conceito de doença mental em saúde mental e depois integrou a saúde mental nos hospitais gerais, assumindo implícita e expressamente que esta é parte de um todo.

De fato, num tempo simultaneamente, globalizante e hiperespecializado, o Sistema de Saúde estaria provavelmente condenado a reproduzir, à sua própria escala, as mudanças sociais que se exprimem em diferentes registros, e que têm implicado reconceituações de um conjunto extenso de categorias. Não foram só os sistemas de saúde que mudaram. Mudou igualmente a realidade social em que os psicólogos se movem. Mudaram os saberes, os discursos e até muitas zonas disciplinares. Dos sistemas e estruturas monolíticos de outros tempos, emergiram zonas fragmentadas, polarizadas umas vezes sobre o muito geral, outras, sobre o muito particular.

Assim sendo, e dado que se continua na busca do que devem, e podem ser, quer os Sistemas de Saúde, quer a saúde mesma (Que quantidade e qualidade de bem-estar? Que qualidade de vida? Que nível aceitável de mortalidade e morbidade? Que relação com o trabalho? Que suporte social? Que crenças? Que representações sociais?), é razoável esperar que as concepções sobre o que é e deve ser a Psicologia da Saúde sofram as mesmas variações. Existem, assim, defensores de uma Psicologia da Saúde centrada na promoção da saúde e na prevenção das doenças “físicas”; uma Psicologia da Saúde predominantemente como área de ensino e investigação dos fenômenos correlacionados com a saúde e as doenças; uma outra que considera que: “grande parte da psicologia da saúde é, na realidade psicologia social aplicada” (Stroebe & Stroebe, 1995, p.11).

Do ponto de vista que defendemos, a Psicologia da Saúde é uma área de aplicação, de todos os contributos da Psicologia eminentemente úteis para manter a saúde e lidar com as doenças.

Esta mesma posição é assumida por Matarazzo na sua célebre e clássica definição de Psicologia da Saúde:

[...] o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e com disfunções a elas associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde (Matarazzo, 1982, p. 4).

Ele escreveu num texto sugestivamente intitulado “There is only one psychology, no specialities, but many applications”, que:

[...] o termo saúde é um adjetivo que define a arena na qual o conhecimento básico da ciência e da profissão de psicologia é aplicada e, portanto, não há hoje uma psicologia da saúde que difira propriamente da psicologia (Matarazzo, 1987, p. 899).

Os anos 1980 promoveram e desenvolveram a ideia de que era necessário definir as Psicologias aplicadas a campos de intervenção específicos: as Psicologias temáticas (Fox, 1994; Fox & Matarazzo, 1987; Ribeiro & Leal, 1996).

Ou seja, depois de um primeiro momento em que a Psicologia da Saúde aparecia como um conjunto de práticas do psicólogo com as populações sem doença mental, surgiu um outro, decorrente e natural, em que a tônica era colocada na Psicologia realizada em contexto do Sistema de Saúde em geral e nos serviços de que o Sistema dispunha.

Se outras filiações metodológicas têm seguramente cabimento e lugar no extenso campo coberto pela Psicologia da Saúde, a aplicação ao campo da Saúde e ao universo dos Serviços e Sistemas de Saúde existentes, de uma tradição de privilégio de uma metodologia, a Clínica inaugurou o que se designou como Psicologia Clínica da Saúde, defini-

da como a aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou *distress* (Belar, Deardorff, & Kelly, 1987; Millon, 1982).

Considerou-se que a expressão “Psicologia Clínica da Saúde” representava uma fusão da Psicologia Clínica, com o seu foco na avaliação e tratamento de indivíduos em *distress*, com o conteúdo da Psicologia da Saúde (Belar, Deardorff, & Kelly, 1987; Millon, 1982). Promoveu-se assim a ideia de que estas duas áreas – Psicologia Clínica e Psicologia da Saúde – pudessem ser consideradas conjuntamente, dado que

Psicologia Clínica foi sofrendo equívocos ao longo da sua evolução seguindo um modelo dualista de mente-corpo e dirigindo-se às perturbações “mentais”. A Psicologia da Saúde surgiu em grande medida como um antídoto para os déficits e desequilíbrio assim criados (Millon, 1982, p.9).

A designação “Psicologia Clínica da Saúde” implica, na nossa opinião, a síntese e o compromisso, entre duas gerações de perspectivas sobre a Psicologia (Ribeiro & Leal, 1996).

A Psicologia Clínica, mais do que referida a uma população ou a uma nosologia, descreve uma metodologia de intervenção que privilegia o relacional, ou seja, a qualidade de relação entre o Psicólogo e o seu usuário. Neste sentido, o Psicólogo Clínico, seja qual for o quadro teórico que utilize, e que lhe permite referenciar e decodificar o que lhe é trazido como *distress*, sofrimento, mal-estar desadaptação ou tão somente o desenvolvimento pessoal ou a manutenção da saúde, persegue delineamentos de intervenção capazes de implicar uma diminuição, desvalorização ou reequação dos problemas que lhe são apresentados.

A característica definidora da Clínica reside na possibilidade de utilização de todos os informes psicológicos na resolução de uma problemática colocada por um indivíduo, um grupo, ou uma população, tomado como objeto de análise e intervenção Clínica.

A Psicologia da Saúde, tal como a pensamos e a praticamos, tem rigorosamente os mesmos objetivos dentro dos limites e das propostas que os contextos de saúde lhe propiciam e oferecem. Só que os contextos de saúde podem ser, nesse sentido, tanto os hospitais e os centros de saúde como as escolas, as fábricas, as empresas de serviços, muitos e diferentes tipos de associações e organizações comunitárias. Podem ser as próprias instituições produtoras de legislação ou diretivas concernentes à saúde e às suas políticas.

Falar de uma Psicologia Clínica da Saúde é, assim, do nosso ponto de vista, exprimir, num único enunciado, uma perspectiva metodológica e uma perspectiva contextual, que eventualmente, em anos vindouros, se tornará redundante ou obsoleta.

A QUESTÃO DO GÊNERO

O conceito de gênero é uma proposta de Robert Stoller que, a partir de 1964 e dos seus estudos sobre sexualidade dos indivíduos, sente necessidade de diferenciar o sexo, enquanto característica biológica (macho e fêmea), do gênero, como o conjunto de características comportamentais e caracterológicas eventualmente afins (masculinidade e feminilidade) (Stoller, 1964).

Esta enunciação, eminentemente clínica, pretendia apenas clarificar que a relação existente entre o sexo dos indivíduos e os seus comportamentos sociais era mediada pela construção de uma identidade de gênero em que o aspecto mais relevante não era biológico, mas antes psicológico e relacionado com todo o processo de desenvolvimento e socialização (Stoller, 1993).

Esta proposta foi nos anos 1970 um momento fundador e revolucionário daquilo que viria a ser um novo paradigma de extensas consequências nas ciências sociais e humanas.

Diferentemente de outras espécies em que a pertença a um sexo é também o provimento inato para um conjunto de funções diferenciadas

e competentemente desempenhadas, os humanos parecem ser inatamente dotados para produzir cultura e fazer dessa cultura modelos civilizacionais em que os padrões de comportamento podem ser extraordinariamente plásticos (Leal, 2001).

É dentro dessa especificidade que o reconhecimento de que as diferenças entre homens e mulheres, visto desde sempre como inerentes à natureza humana (Bohan, 1993), são de fato uma produção cultural, entre outras, para que este debate ganhe a sua verdadeira dimensão.

Este conceito transforma-se rapidamente no dispositivo fundador do discurso do feminismo de segunda vaga, entretanto emergente, à luz do qual se denuncia a colonização das mulheres pela visão patriarcal das relações entre sexos (Millet, 1977) e se chega a um discurso razoavelmente organizado de revolta contra isso mesmo (Friedan, 1963).

Em 1945, a Carta das Nações Unidas tinha já produzido uma Declaração Universal dos Direitos do Homem em que se contemplava o princípio da igualdade de direitos entre homens e mulheres, mas só em 1979, com a aprovação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, este princípio começou a ganhar conteúdos concretos para a criação de objetivos e meios de implementação de uma efetiva igualdade.

Deve ser dito que, nesta afirmação dos direitos das mulheres, foi central um conjunto de mudanças políticas internacionais em que as questões do desenvolvimento ganharam primazia na agenda das organizações internacionais, nomeadamente nas Nações Unidas (Amâncio, 2003; Staudt, 1991; Friedman, 1996).

De fato, independentemente do mérito do movimento das mulheres por todo o mundo, a questão nodal em termos políticos parece ter sido a importância crescente da noção de Desenvolvimento e do reconhecimento da existência de limitações culturais e sociais como obstáculo efetivo da possibilidade de as mulheres desfrutarem na prática dos princípios consagrados na carta dos Direitos Humanos (Tomasevski, 1998).

O movimento feminista levado e aplicado à Psicologia passou a partir daí a afirmar o gênero como uma construção social e a atacar vio-

lentamente as teorias psicológicas (nomeadamente a psicanálise) que contribuíam de algum modo para a manutenção do *status quo*.

Mesmo considerando que o grande impacto do movimento feminista é tipicamente Americano (com as suas óbvias idiosincrasias), os reparos metodológicos feitos à investigação psicológica em bases masculinas e a reivindicação de transformar em temas científicos assuntos próprios essencialmente às mulheres (a violação, o assédio sexual, a violência doméstica, etc.) ganharam repercussões e adeptos em todo o mundo.

Na Europa, onde o movimento feminista nunca ganhou nos meios académicos a mesma relevância que nos Estados Unidos, a construção de uma Psicologia da Mulher foi sendo feita de contributos múltiplos de outras disciplinas em que a mulher foi tomada como objeto de estudo (Badinter, 1980; Devereux, 1982; Duby & Perrot, 2003) ou em decorrência de uma reflexão mais vasta sobre a família (Ariés, 1975), a criança (Ariés & Duby, 1989), o homem (Badinter, 1992), o poder (Foucault, 1976), reviu-se a relação entre sexos, as razões da manutenção de um certo tipo de ordem social e o papel feminino e materno (Leal, 1995; 2001).

Mas a própria questão de transformar o gênero em objeto de pesquisa foi, em si mesmo, um momento de rompimento com as categorias previamente existentes.

No final dos anos 1960 e início dos anos 70, Broverman e colaboradores dirigiram, nos EUA, uma extensa e importante pesquisa sobre estereótipos de homens e mulheres (Rosenkrantz, Vogel, Bee, Broverman, & Broverman, 1968; Broverman, Vogel, Broverman, Clarkson, & Rosenkrantz, 1972)

Algumas das conclusões dos estudos foram as de que as características atribuídas como sendo do masculino eram, não só diferentes das femininas, mas também genericamente mais desejáveis.

Diferentes estudos em diferentes momentos e em várias latitudes têm consistentemente demonstrado que décadas de intervalo concomitantes a enormes mudanças sociológicas não alteravam significativamente a visão estereotipada que homens e mulheres tinham sobre si mesmos

e uns sobre os outros. O mesmo tipo de adjetivos classificava o masculino (competência, independência, atividade, competição, lógica, autoconfiança, espírito de aventura, ambição, etc.) tal como o mesmo tipo de adjetivos classificava o feminino (caloroso, expressivo, gentil, sensitivo, cuidadoso, religioso, calmo, interessado em artes e literatura, capaz de exprimir ternura, etc.) (Amâncio, 1994).

Mesmo sabendo que o estudo dos processos categoriais deste gênero não tem como objetivo o conhecimento das diferenças entre homens e mulheres, mas as representações que o senso comum faz sobre estereótipos, a verificação de que as mudanças de papéis a que assistimos não têm uma reciprocidade imediata nos processos atributivos dos sujeitos é, no mínimo, preocupante, já que se verifica que a paridade ainda tem um longo caminho a percorrer, ou como diz Amâncio (1994, p. 87):

[...] Tanto a definição social do ser homem e do ser mulher como a definição social dos seus modos próprios de ser não se limitam a estabelecer uma diferenciação binária entre categorias sociais, mas estabelecem também uma diferenciação assimétrica entre elas. A pessoa do sexo masculino apresenta uma diversidade de competências que a constitui como referente universal, em ideal de individualidade, aparentemente liberta de contextos, enquanto que a pessoa do sexo feminino se constitui como referente exclusivo das próprias mulheres, como ideal coletivo dessa categoria, e só tem sentido dentro das fronteiras contextuais em que é definida.

Na sua origem e na proposta inicial, o conceito de gênero não pretendia destacar o gênero feminino em relação ao masculino. O fato é que houve um apoderamento do termo pelo movimento das mulheres de um modo tal que hoje falar de gênero é falar das mulheres, já que sexo e gênero acabaram sendo utilizados como sinônimos e “pensados como duas entidades que covariam entre si, inevitavelmente” (Davidson et. al., 2006, p. 731).

Acresce que muitos dos decisores políticos e até organizações responsáveis não sabem nem fazem diferença entre estes constructos como

assume a própria OMS (2007): “estes termos [sexo e gênero] são frequentemente, e de forma errada, usados indiscriminadamente na literatura científica, nas políticas de saúde e na legislação (...)”. Esta perspectiva é criticável quer pelo fato de dar à feminilidade um sentido atemporal (Scott, 1999) por não promover a crítica almejada aos modelos dominantes que estão na base do duplo padrão sexual.

Ainda assim, teve o mérito de trazer à tona o fato de que o gênero se constitui como fator de vulnerabilidade para inúmeras situações de risco e de que as diferenças, “por exemplo, na educação, na renda e no emprego, limitam a capacidade de meninas e mulheres protegerem sua própria saúde” (OMS, 2011, p.XI).

Criou-se assim um amplo consenso centrado nas especificidades das mulheres em diferentes latitudes que no campo específico da saúde tem dado frutos. Exemplo disso são o relatório da OMS “Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã” (OMS, 2011); Nations for mental health: a focus on women (OMS, 1997); Psychosocial and mental health aspects of women’s Health” (OMS, 1993).

Este foco no gênero permitiu que ameaças que afetam particularmente as mulheres por todo o mundo, como violação, abuso sexual, assédio sexual e violência doméstica, por exemplo, e que acarretam complexas e extensas consequências do ponto de vista psicológico, pudessem entrar nas agendas dos sistemas e serviços prestadores de saúde. Também a saúde sexual e reprodutiva da mulher, outrora com um foco na díade mãe-criança, pode ser encarada por direito próprio.

O ciclo de vida da mulher, imbricado fortemente na sua condição reprodutiva, apresenta um conjunto de dimensões próprias que começa com a própria menarca. O ciclo menstrual que ocorrerá durante todo o seu período fértil é com frequência acompanhado de dores, mal-estar geral e alterações emocionais que têm impactos vários no trabalho e nas relações interpessoais.

Estes impactos continuam nas medidas anticoncepcionais que são tomadas, ou não, nas decisões complexas de interromper ou continuar gravidezes ou nos eventuais problemas de infertilidade. Estendem-se de-

pois por doenças relacionadas com o gênero, como o câncer de mama ou do útero ou doenças sexualmente transmissíveis, com especial destaque para a AIDS. Continuam depois pelo período de climatério, em muitas latitudes ainda com estigma associado, e mesmo no envelhecimento, considerando que a sobrevida das mulheres é, em regra, maior.

A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA CENTRADA NO GÊNERO NOS SISTEMAS DE SAÚDE

No momento atual, a perspectiva dominante é a de que os sistemas de saúde são uma teia complexa de dispositivos centrados em políticas públicas preocupadas. Políticas preocupadas porque a representação da saúde é um significado central dos sistemas democráticos e os custos da saúde tornaram-se inoportáveis (Elwood, 1988).

Nestes custos da saúde mantém-se como outrora os custos dos tratamentos das doenças, só que agora muitas das doenças são crônicas e a expectativa de vida aumentou substancialmente. Acresce-se a “obrigatoriedade” de promover a qualidade de vida e o bem-estar de pessoas doentes ou não. Existe ainda a prevenção das doenças e a promoção da saúde, que, disseminadas por toda a sociedade, transformam praticamente todas as estruturas em campos de saúde de algum relevo. Se a promoção da saúde no campo estritamente psicológico não é economicamente dispendiosa, as práticas ligadas à medicina – como, por exemplo, a realização de exames médicos de *check-up* (análises, radiografias, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas, vacinas e suplementos alimentares) – tornaram-se rotinas muitíssimo caras associadas a indústrias servidas por um *marketing* poderoso que exorta ao consumo crescente.

Disso decorre que alguns serviços nacionais de saúde de diferentes países estejam em retrocesso (como é o caso de Portugal), daí que diferentes cuidados de saúde sejam prestados à luz de novas estratégias, públicas e privadas, com fins lucrativos ou não, mas em que as questões dos custos colocam-se com uma excessiva onipresença.

Em plena terceira revolução da saúde (Breslow, 2004; Matos, 2004; Ribeiro, 1998; 2005; Leal & Ribeiro, 2011), assistimos a uma ambígua mistura de algumas das concepções das duas revoluções precedentes. Do modelo biomédico reatualizou-se a velha ética dos cuidados de saúde existente no princípio das necessidades, em vez do mais defensável princípio do benefício (Reyes, 1993).

Do modelo biopsicossocial, continuou-se a invocar a afirmação da Carta de Ottawa, afirmação segundo a qual a saúde é um recurso para todos os dias (Breslow, 2004). De novo, ou pelo menos com um impacto nunca visto, surge a centração e a preocupação com os custos da saúde.

As características desta nova fase referem-se, nos países desenvolvidos, a uma realidade demográfica caracterizada, por um lado, pelo envelhecimento da população autóctone e, por outro, pelo estabelecimento de uma nova população de migrantes; pelas consequências da revolução tecnológica, que criou corpos médicos e paramédicos altamente especializados; pela proximidade dos serviços de saúde à comunidade e, não menos importante, pela saúde como um bem de consumo, pelo menos nos países mais desenvolvidos (Leal & Ribeiro, 2011).

Na encruzilhada dessas novas circunstâncias, mantém-se um discurso de proteção às políticas de gênero não só porque se inscreve num quadro de correção política, mas também por serem as mulheres as maiores consumidoras de cuidados de saúde (Silva & Alves, 2002; Travassos et al, 2002)

Neste contexto, a intervenção psicológica cognitivo-comportamental ganha espaço. De fato desde os anos 1980, e desde a compreensão dos custos astronômicos da saúde, tem-se realizado um conjunto de estudos sobre os custos da saúde.

Um resultado avassalador sistematicamente encontrado é que as pessoas com perturbações psicológicas e/ou perturbações mentais efetuam uma sobreutilização dos serviços de saúde, podendo representar cerca de 70% dos casos atendidos pelos clínicos e um aumento de custos de 250% (Carlson & Bultz, 2004; Lane, 1998).

Também tem sido estudado igualmente o custo-efetividade das intervenções psicológicas, concluindo-se que estas são efetivas não só porque apresentam uma melhoria dos resultados em saúde, mas também porque manifestam potencial para reduzir os custos com a saúde (Canadian Psychological Association, 2012).

Neste âmbito verifica-se que as intervenções cognitivo-comportamentais em contextos de saúde são, além das mais estudadas, as mais eficazes e as mais baratas. (Groth-Marnat & Edkins, 1996; Layard, 2006). De fato, de todas as intervenções possíveis de realizar em todos os contextos de saúde, apenas os modelos comportamentais cognitivos se preocuparam de forma sistemática em monitorar resultados e desenvolver estratégias de resposta às demandas imediatas dos indivíduos compatíveis quer com os ritmos de vida das pessoas, quer com a oferta possível dos atuais serviços de saúde.

Assim sendo, e mesmo com retrocessos ocasionais, os indicadores disponíveis apontam no sentido de que a intervenção cognitivo-comportamental, sobretudo a centrada em grupos específicos, como os de crianças, idosos e sobretudo de mulheres, esteja ainda numa fase de expansão.

O fato de as mulheres acabarem por serem vistas pelo sistema de saúde como um grupo específico, e não ainda como mais de metade da população da maioria dos países, é uma perversão à sociedade e aos países que vamos tendo.

REFERÊNCIAS

- Amâncio, L. (2003). O género nas ciências sociais. *Análise Social*, XXXVIII(168), 687-714.
- Amâncio, L. (1994) – *Masculino e feminino a construção social da diferença*. Lisboa: Afrontamento.
- APA Task Force on Health Research Washington DC US (1976). Contributions of psychology to health research: Patterns, problems, and potentials. *American Psychologist*, 31(4), 263-74, Apr. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.31.4.263>
- Ariés, P. & Duby, G. (1989). *História da vida privada*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Ariés, P. (1975). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Paris: Editions du Seuil.

- Badinter, E. (1980). O amor incerto. *História do amor maternal do Sec. XVII ao Sec. XX*. Lisboa: Relógio d'água.
- Badinter, E. (1992). *X Y, A identidade masculina*. Porto: Edições Asa.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Belar, C. D., Deardorff, W. W., & Kelly, K. E. (1987). *The practice of clinical health psychology*. New York: Pergamon Press.
- Bliss, S., Bauman, E., Piper, L., Brint, A., & Wright, P. (Eds) (1985). *The new holistic health handbook*. Lexington, Massachusetts: The Stepen Green Press.
- Bohan, J.S. (1993) Regarding gender: essentialism, constructionism, and feminist psychology. *Psychology of Human Quarterly*, 17, 5-21.
- Breslow, L. (2004). Perspectives: The third revolution in health. *Annual Review of Public Health*, 25. Preface.
- Broverman, I. K., Vogel, S.R., Broverman, D. M., Clarkson, R. E., & Rosenkrantz, P.S. (1972). Sex roles stereotypes: a current appraisal. *Journal of Social Issues*, 28(2), 59-78.
- Canadian Psychological Association (2012). Evidence-Based Practice of Psychological Treatments: A Canadian Perspective Report of the CPA Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments Canadian Psychological Association (CPA)
- Carlson, L. & Bultz, B. (2004). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. *Psychooncology*, 13(12), 837-849.
- Davidson, K. W., Trudeau, K. J., van Roosmalen, E., Stewart, M., & Kirkland, S. (2006). Gender as a health determinant and implications for health education. *Health Education & Behavior*, 33(6), 731-743.
- Devereux, G. (1882). *Femme et mythe*. Champs Paris: Flammarion.
- Dubos, R. (1980). *Man adapting new haven*. Yale University Press.
- Duby, G. & Perrot, M. (2003). Escrever a história das mulheres. In G. Duby & M. Perrot (orgs.), *História das mulheres* (v. I). Porto: Afrontamento.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Secaucus. New York: Lyle Stuart.
- Ellwood, P. (1988). Shattuck Lecture – Outcomes management. A Technology of patient experience. *The New England Journal of Medicine*, 318(23), 1549-1556.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Enright, M., Resnick, R., DeLeon, P., Sciarra, A., & Tanney, F. (1990). The practice of psychology in hospital settings. *American Psychologist*, 45(9), 1059-1065.
- Feurstein, M.; Labbé, E.E., & Kuczmierczyk, A. R. (1986). *Health Psychology: A psychobiological perspective*. New York: Plenum Press.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Paris. Éditions Gallimard.

- Fox, R. (1994). Training professional psychologists for the twenty-first century. *American Psychologist*, 49(3), 200-206.
- Fox, R. (1994). Training professional psychologists for the twenty-first century. *American Psychologist*, 49(3), 200-6.
- Friedan, B. (1963). *The feminine mystique*. New York: W. W. Norton.
- Friedmann, J. (1992). *Empowerment: Uma política de desenvolvimento alternativo*. Lisboa: Celta.
- Garfield, S.L. (1965). Historical introduction. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology* (pp. 125-40). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Goldman, L. (1991). Quantitative aspects of clinical reasoning. In J. Wilson, E. E. Braunwald, K. Isselbacher, R. Petersdorf, E. J. Martin, A. Faucci, & R. Root (Eds.), *Harrison's principals of internal medicine* (12th Edition). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Gonçalves (1993). *Terapias cognitivas: Teorias e práticas*. Edições Afrontamento.
- Groth-Marnat, G. & Edkins, G. (1996). Professional psychologists in general health care settings: A review of the financial efficacy of direct treatment interventions. *Research and Practice*, 27 (2), 161-174.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Isselbacher, K., Adams, R., Braunwald, E., Petersdorf, R., & Wilson, J. (1980). *Harrison's principals of internal medicine* (9th Edition). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Jacobson, N. S. & Christensen, A. (1996). *Acceptance and change in couple therapy*. New York: Norton.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton
- Kim, J. S. & Nafziger, A. N. (2000). Is it sex or is gender? *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 68(1), 1-3.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. In V. M. Follete, J. I. Ruzek, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive behavioral therapies for trauma* (pp. 305-320). Nueva York: Guildford.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2000). Some radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 486-489.
- Krantz, Grunberg, & Baum (1985). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 36, 349-383.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare.
- Lane, J.S. (1998). *Medical cost offset: A review of current research and practices*. Wichita, KS: Preferred Mental Health Management.
- Lawn, Rohde, Rifkin, Were, Paul, & Chopra (2008). Alma-mater 30 years on:

- Revolutionary, relevant, and time to revitalize. *Lancet*, 13; 372(9642), 917-927.
- Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *London School of Economics and Political Science*.
- Leal, I. & Ribeiro, J.L.P. (2011). Psicologia da saúde, emergência e actualidade. In M.P. Lopes, P.J. Palma, R. B. Ribeiro, & M. P. Cunha (Eds.). *Psicologia Aplicada* (pp. 119-136). Lisboa: Editora R.H.
- Leal, I. (1995). O feminino e o masculino: Ensaio sobre a violência e a ordem social. *Análise Psicológica*, 1-2(XIII), 23-31.
- Leal, I. (2001). O feminino e o materno. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 51-74). Coimbra: Edições Quarteto.
- Linehan, M.M. (1983). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lipowski, Z.J. (1981) Holistic medical foundations of American Psychiatry: A bicentennial. *American Journal of Psychiatry*, 138(7), 888-895.
- Luciano, M. C. & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Mahoney, M. J. (Ed.). (1995). *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice*. New York: Springer.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. Recuperado em 06 de maio, 2009, de <http://iacc.psc.br/content/view/26/94/>
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1-14.
- Matarazzo, J. D. (1987). There is only one psychology, no specialities, but many applications. *American Psychologist*, 42(10), 893-903.
- Matos, M.G. (2004). *Relatório pedagógico do grupo de Disciplinas de Saúde Internacional*. Lisboa: Edição de Autor.
- Michael, J. (1982). The second revolution in health: Health promotion and its environmental base. *American Psychologist*, 37(8), 936-941.
- Miller, J. G. (1978). *Living systems*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Millet, K. (1977). *Sexual politics*. London: Virago Press.
- Millon, T. (1982). On the nature of clinical health psychology. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.). *Handbook of clinical health psychology* (pp.1-27). New York: Plenum Press.
- Mucchielli, A. & Mucchielli, R. (1969). *Lexique de la psychologie*. Paris: Editions Sociales Françaises.
- Noack, H. (1987). Concepts of health promotion. In: T. Abelin, Z.J. Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.). *Measurement in health promotion and protection* (WHO Regional Publications, Europe Series, 22, 5-28). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

- OMS (1986). *As metas de saúde para todos*: Metas da estratégia regional Europeia da Saúde para todos. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- OMS (1993). *Psychosocial and mental health aspects of women's Health*. Division of Family Health & Division of Mental Health. Geneve
- OMS (1997). *Nations for mental health*: A focus on women. Division of Mental Health and Prevention in Substance Abuse. Geneva.
- OMS (2011). *Mulheres e saúde- evidências de hoje, agenda de amanhã*.
- Reis, J.C. (1998). *O sorriso de Hipócrates*. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega.
- Reyes, L. (1993). Ética do racionamento em cuidados de saúde. *Notícias Médicas*, 2161 (sup), I-IV.
- Ribeiro, J. P. & Leal, I. (1996) Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4 (XIV), 589-599.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA.
- Richmond, J. (1979). *Healthy people*: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention. Washington: U. S. Department of Health, Education and Welfare.
- Rosenkrantz, P.S., Vogel, S.R., Bee, H., Broverman, I.K., & Broverman, D.M. (1968). Sex role stereotypes and self concepts in college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 287-295.
- Schraml, J.W. (1973). *Précis de Psychologie Clinique*. Paris: PUF.
- Schwartz, G. E. (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioural medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 1040-1053.
- Scott, J. W. (1999). Some more reflections on gender and politics. *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press.
- Shakow, D. (1975). Clinical psychology. In: A. Freedman, H. Kaplan, & B. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry/ II* (Vol.1, 2th Ed., pp. 2376-86) Baltimore: The Williams & Wilkins Company.
- Shillitoe, R., Bhagat, M., & Lewis, A. (1986). Clinical psychology in general practice. In M. Christie & P. Mellett (Eds.). *The psychosomatic approach*: Contemporary practice of whole-person care (299-322). New York: John Wiley & Sons Limited.
- Silva, L.F. & Alves, F. (2002). *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Afrontamento.
- Staudt, K. (1991). *Managing development and international contexts*. Califórnia: Sage.
- Stoller, R. (1993). *Masculinidade e feminilidade, apresentações do gênero*. Porto Alegre: Artmed.
- Stoller, R. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220-226.
- Stone, G. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, 35(1), 34-59.

- Stroebe, W. & Stroebe, M. (1995). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Tarlov, A.R. (1983). Shattuck lecture-the incresing supply of physicians, the changing structure of the health services system and the future practice of medicine. *New England Journal of Medicine*, 308(20).
- Thinés, G. & Lempereur, A. (1984). *Dicionário das ciências humanas*. Lisboa: Edições 70.
- Tomasevski, K. (1998). Rights of women: from prohibition to elimination of discrimination. *International Social Science Journal*, 158, 545-558.
- Travassos, C., Viacava, F., Pinheiro, R., & Brito, A. (2002) Utilização dos serviços de saúde no Brasil: Gênero, características familiares e condição social. *Rev. Panam Salud Publica* [online]. 11(5-6), 365-373.
- Zazzo, R. (1968). *Conduites et conscience*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Zindel, V., Segal, J., Mark G., Williams, J., & Teasdale, D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2. ed.).