

Psicologia da saúde

P974 Psicologia da saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral / organizado por Tânia Rudnick e Marisa Marantes Sanchez... [et al.] – 2. ed. rev. – Novo Hamburgo : Sinopsys, 2020.
16x23 cm ; 384p.

ISBN 978-85-9501-150-2

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

CDU 159.922:614

Psicologia da saúde

a prática de terapia
cognitivo-comportamental
em hospital geral

2ª edição revista

Tânia Rudnicki
Marisa Marantes Sanchez
organizadoras



2020

© Sinopsys Editora e Sistemas Eireli, 2020

Psicologia da saúde: a prática de terapia

cognitivo-comportamental em hospital geral (2. ed. revista)

Tânia Rudnicki, Marisa Marantes Sanchez (organizadoras)

Capa: *Maurício Pamplona* – adaptada

para a segunda edição por *Sandro Ceroni*

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Editoração: *Formato Artes Gráficas*

Todos os direitos reservados à

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, Ricardo e Eric, 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 pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Pós-Doutorado em Psicologia da Saúde no WJCR - William James Center for Research ISPA/Portugal, pela Capes Foundation Ministry of Education of Brazil-Brasília/DF – Brazil. Mestrado em Psicologia Clínica pela PUCRS. Especialista em Psicologia Clínica. Terapeuta Certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Diretora do Instituto de Terapia Cognitiva em Psicologia da Saúde (ITEPSA). Docente convidada do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). E-mail: tania.rudnicki@gmail.com

Marisa B. L. Marantes Sanchez (org.). Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Diretora e Docente do Instituto de Terapia Cognitiva em Psicologia da Saúde (ITEPSA). Especialista em Terapia Cognitivo- Comportamental pela WP. Formação em Terapia do Esquema (IST-New Jersey). Tutora da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido pela Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) e Ministério da Saúde (MS). E-mail: sanchez.marisam@gmail.com

Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira. Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (SP). Mestre e Doutora em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo. Livre Docente em Psicologia Médica pela Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (FMB-UNESP). Professora Associada aposentada e Docente do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (FMB-UNESP). Atua como psicoterapeuta em clínica privada. E-mail: anateresa04@gmail.com

Anderson Siqueira Pereira. Psicólogo pela PUCRS. Mestre e Doutorando em Psicologia pela UFRGS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapeuta de Esquemas em Formação. Trabalha com temas como: habilidades sociais, apoio social, psicologia

do desenvolvimento, adultez emergente, fatores de risco e proteção e o modelo bioecológico do desenvolvimento humano. E-mail: anderson.siqueira.pereira@gmail.com

Armando Ribeiro das Neves Neto. Psicólogo pela Universidade São Judas Tadeu. Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Neuropsicologia e Reabilitação Cognitiva pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Medicina Integrativa pelo Hospital Israelita Albert Einstein. Curso de Medicina do Estilo de Vida Aplicado à Clínica do Grupo de Interconsultas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. MBA em Saúde Ocupacional pela Universidade Federal de São Paulo. Certificação em “Stress Management” pela Harvard Medical School. Recebeu a “Menção Honrosa” pelos estudos sobre Gestão do Estresse, Bem-Estar e Qualidade de Vida do Grupo Técnico Interprofissional da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Professor do módulo “Medicina Comportamental” do curso de pós-graduação “Terapia Cognitivo-Comportamental em Saúde Mental” do Programa de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro do Conselho Editorial da revista *Arquivos Médicos* dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo. E-mail: armandopsico@hotmail.com

Carla Giovanna Belei Martins. Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Neuropsicologia. Mestre em Psicologia e Saúde (FAMERP). Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem (UNESP). Docente dos cursos de graduação e pós-graduação do Centro Universitário de Rio Preto (UNIRP). Psicóloga Clínica no IPECS. E-mail: giovannabelei@gmail.com

Carmem Beatriz Neufeld. Livre-Docente em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora Associada e Professora orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP). Bolsista Produtividade do CNPq. Vice-Presidente da Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Cognitivas y Conductuales (ALAPCCO).

Cristiane Figueiredo. Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Especialista em Neurociências aplicadas à Reabilitação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente convidada do curso de pós-graduação em Clínica de Dor do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ) e do curso de pós-graduação em Terapia Cognitivo-Comportamental da Uni-Redentor (RJ). Terapeuta Cognitiva certificada pela FBTC. E-mail: crisfigueiredo2@gmail.com

Cristiane Lara Mendes-Chiloff. Doutora. Psicóloga do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. E-mail: cris.mendeschiloff@gmail.com

Dhiordan Cardoso da Silva. Psicólogo Clínico. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicólogo no Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Hormônios e Saúde da Mulher e no Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Trabalha na área clínica, com ênfase em ruminação cognitiva, saúde mental e sexual, avaliação e intervenções terapêuticas. E-mail: dhiordanc@gmail.com

Eduardo Remor. Doutor em Psicologia da Saúde pela Universidad Autónoma de Madrid, Espanha. Pós-Doutorado no Department of Psychology & Behavioral Medicine Research Center, University of Miami, Florida, USA. Coordenador do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde (GPPS). Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D

Eduardo Santos Miyazaki. Psicólogo pela Universidade Estadual de Londrina. Aprimoramento e mestrado em Psicologia e Saúde pela FAMERP. Doutor em Ciências da Saúde pela FAMERP. Professor da faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Rio Preto (UNIRP) e professor colaborador da Faculdade de Medicina de Rio Preto. Psicólogo Hospitalar na área de Cuidados Paliativos do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Eliane Nóbrega Albuquerque. Mestre em Hebiatria pela UPE. Especialista em Psicologia Hospitalar. Coordenadora do Serviço de psicologia do IMIP. Docente da FPS.

Elisabeth Meyer. Terapeuta Cognitivo-comportamental com treinamento no Beck Institute, Filadélfia. Mestre e Doutora em Psiquiatria pela UFRGS. E-mail: to_bethmeyer@hotmail.com

Francisco Crauss. Psicólogo Clínico. Mestre em Psicologia Clínica. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental. Formação em Terapia do Esquema, credenciado a International Society of Schema Therapy (ISST) e ao New Jersey / New York Institute of Schema Therapy - USA.

Jenifer Simões. Psicóloga pelo Centro Universitário UNICNEC. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Wainer Psicologia Cognitiva. Realizou curso de Psicodiagnóstico de Crianças e Adolescentes, e Avaliação Psicológica nas Organizações pela Projecto – Centro Cultural e de Formação.

Leda Maria Branco. Psicóloga. Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela FAMERP. Chefe do Departamento de Psicologia e Vice-Coordenadora do Curso de Psicologia da FAMERP.

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE. Especialista em Psicologia Hospitalar pela Santa Casa de São Paulo. Docente permanente do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade

Pernambucana de Saúde (FPS). Preceptor da Equipe de Saúde Mental do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. E-mail: leopoldopsi@gmail.com

Luisa Zamagna Maciel. Psicóloga pela PUCRS. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela WP. Formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva e certificação standart pela ISST. Diretora da Clínica Ethos, atuando também como psicóloga, professora e supervisora clínica. Professora em Especializações em TCC e em Formações em Terapia do Esquema em diversos cursos pelo país. Trabalha e estuda principalmente nas áreas da dependência química, transtornos de personalidade e Terapia do Esquema. E-mail: luisazmaciel@gmail.com

Marcelle Barrueco Costa. Psicóloga pela PUCRS. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental pela Wainer Psicologia Cognitiva. Residência em Saúde pelo Grupo Hospitalar Conceição. Mestre e Doutoranda em Saúde Baseada em Evidências pela UNIFESP.

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki. Psicóloga. Doutorado em psicologia clínica pela USP. Pós-Doutorado pela Universidade de Londres. Livre-Docência pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia, orientadora de pós-graduação, mestrado e doutorado. Coordenadora do Curso de Psicologia e responsável pelo Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP. Bolsista de produtividade do CNPq. E-mail: cmiyazaki@famerp.br

Maria Pia Coimbra. Psicóloga pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Psicologia da Saúde pela PUC-Rio. Terapeuta cognitiva certificada pela FBTC. E-mail: mariapia.coimbra@gmail.com

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. Neuropsicóloga pelo Inesp. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental Aplicada à Infância e Adolescência e Especialista em Autismo pelo CTC Veda SP.

Monica Cristina Batista de Melo. Doutora em Saúde Materno-Infantil pelo IMIP. Docente permanente do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Preceptora de Psicologia do IMIP.

Neide Aparecida Micelli Domingos. Psicóloga. Doutorado em Psicologia pela PUC-CAMP. Pós-Doutorado pela PUCCAMP e Laboratório Psicofisiológico do Stress. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da FAMERP. E-mail: micellidomingos@famerp.br

Renata Teti Tibúrcio Maia. Mestre em Psicologia da Saúde pela FPS. Especialista em Psicologia Clínica e Hospitalar pela Residência Uniprofissional de Psicologia. Preceptora de Psicologia do IMIP. Docente da FPS.

Silvia Maria Cury Ismael. Psicóloga Clínica e Hospitalar (CFP). Gerente do Serviço de Psicologia do Hospital do Coração em São Paulo. Mestre e Doutora em Ciências pela FMUSP. MBA Executivo em Gestão em Saúde pela FGV. Especialização em Controle do Tabagismo pela Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. E-mail: sismael@hcor.com.br

Tamara Melnik. Professora Afiliada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Baseada em Evidências. Pós-Doutorado em Medicina Baseada em Evidências. Mestrado e Doutorado em Psicologia pela UNIFESP. Membro da Cochrane desde 2001. E-mail: tame-ln@terra.com.br

Thayse Mendes. Psicóloga pela PUCRS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela WP. Diretora do Departamento de Saúde da Cruz Vermelha Brasileira/RS, atuando como psicóloga nos atendimentos ambulatoriais da Instituição. Ministra aulas na temática da dependência química, além de ser supervisora clínica.

Vanessa Cristina Paduan-Lozano. Psicóloga pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Atua como Psicóloga Hospitalar e é responsável pelo Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idosos da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). E-mail: vc_paduan@yahoo.com.br

Sumário

Prefácio à 2ª edição	17
<i>Eduardo Remor</i>	
Prefácio da 1ª edição	21
<i>Carmem Beatriz Neufeld</i>	
Apresentação à 2ª edição	23
<i>Tânia Rudnicki e Marisa Marantes Sanchez</i>	
Apresentação da 1ª edição	25
<i>Tânia Rudnicki e Marisa Marantes Sanchez</i>	

PARTE I

Princípios da Intervenção em Saúde

1	Psicologia da Saúde: Aspectos Históricos e Direcionamentos Futuros	28
	<i>Tânia Rudnicki</i>	
2	Pesquisa em Psicologia da Saúde	57
	<i>Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki, Neide Aparecida Micelli Domingos, Leda Maria Branco, Carla Giovanna Belei Martins e Eduardo Santos Miyazaki</i>	
3	Evidências sobre a Eficácia e a Efetividade da TCC no Tratamento dos Transtornos de Ansiedade no Contexto Clínico e Hospitalar	81
	<i>Tamara Melnik e Marcelle Barrueco Costa</i>	

4	Avaliação Psicológica no Contexto Hospitalar: Possibilidades de Intervenção	99
	<i>Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa, Eliane Nóbrega Albuquerque, Renata Teti Tibúrcio Maia e Monica Cristina Batista de Melo</i>	
5	A Importância das Habilidades Sociais nas Profissões da Saúde	122
	<i>Anderson Siqueira Pereira</i>	
6	<i>Mindfulness</i> na Saúde Pública	139
	<i>Francisco Crauss e Jenifer Simões</i>	
7	A Entrevista Motivacional em Saúde	151
	<i>Elisabeth Meyer</i>	

PARTE II

Especialidades em Saúde – Ciclo Vital e Saúde

8	A Terapia Cognitivo-Comportamental: da Intervenção no Parto ao Cuidado com o Recém-Nascido	172
	<i>Marisa Marantes Sanchez</i>	
9	Cirurgia Pediátrica: Ansiedade e Intervenção no Processo Pré e Pós-Cirúrgico	191
	<i>Marisa Marantes Sanchez</i>	
10	Intervenções Cognitivas e Comportamentais na Rede de Saúde Pública com Mulheres Usuárias de Crack	208
	<i>Luisa Zamagna Maciel e Thayse Mendes</i>	
11	Intervenções para Cuidadores de Idosos	233
	<i>Vanessa Cristina Paduan-Lozano, Cristiane Lara Mendes-Chiloff e Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira</i>	
12	Contribuições da Psicologia da Saúde, sob enfoque da Terapia Cognitivo-Comportamental, Aplicada em Gastroenterologia	255
	<i>Armando Ribeiro das Neves Neto</i>	

PARTE III**Tópicos Especiais em Saúde**

13	A Interface entre a Psicologia e a Cardiologia	280
	<i>Sílvia Maria Cury Ismael e Marina Marins da Fonseca Ramos</i>	
14	Atendimento ao Doente Renal Crônico em Tratamento de Hemodiálise: Aportes da Psicologia da Saúde.....	304
	<i>Tânia Rudnicki</i>	
15	Atendimento Psicológico ao Paciente Vítima de Trauma por Queimadura	331
	<i>Maria Pia Coimbra e Cristiane Figueiredo</i>	
16	Crescimento Pós-Traumático em Mulheres Sobreviventes de Câncer de Mama	350
	<i>Tânia Rudnicki</i>	
17	A Prática Psicológica com Transgênero no Contexto Hospitalar.....	363
	<i>Dhiordan Cardoso da Silva</i>	

Prefácio à 2ª edição

Foi uma satisfação receber o convite das organizadoras deste livro para realizar o prefácio desta segunda edição, que com entusiasmo e dedicação Tânia Rudnicki e Marisa Marantes Sanchez organizam. O livro é fruto de uma colaboração de docentes, pesquisadores e psicólogos clínicos de diferentes regiões brasileiras. Especialistas com ampla experiência prática no âmbito hospitalar.

A publicação desta segunda edição é oportuna e contribui para complementar a informação e a literatura disponível no Brasil sobre a Psicologia Clínica da Saúde, e especificamente sobre a prática de Terapia Cognitivo-Comportamental em hospital geral.

A Psicologia Clínica da Saúde (*Clinical Health Psychology*) tenta implementar serviços clínicos em diversas populações e ambientes de saúde e hospitalar para prevenir, tratar e gerenciar doenças e distúrbios de saúde. Sempre com o referencial da psicologia científica, poderíamos considerar de certa forma o braço aplicado da Psicologia da Saúde, diretamente em contato com o paciente (e/ou familiares, cuidadores). A Psicologia Clínica da Saúde, portanto, vê a saúde como a confluência de fatores psicológicos, sociais, culturais e biológicos e aplica essa compreensão às atividades profissionais.

O presente livro se constrói a partir de dois eixos temáticos: “Princípios da intervenção em saúde” e “Especialidades em saúde”. O primeiro eixo aborda conteúdos básicos e essenciais para a prática psicológica no âmbito da saúde e hospitalar; e o segundo descreve diferentes práticas psicológicas nos va-

riados contextos de saúde e hospitalar possíveis, todos sob a ótica do modelo cognitivo-comportamental.

Esta segunda edição, completamente atualizada, com capítulos adicionais, traz inovações importantes que vêm consolidando-se no contexto de saúde, como, por exemplo, o *mindfulness* e a entrevista motivacional. Ferramentas essenciais para a prática psicológica nestes contextos e que tanto suporte empírico tem recebido como estratégias terapêuticas coadjuvantes, incrementando as possibilidades de uma prática eficiente.

Para destacar alguns elementos notáveis ao longo do livro, o leitor encontrará informação sobre, por exemplo, intervenção no parto e cuidado com o recém-nascido, intervenção na ansiedade relacionada ao processo pré e pós-cirúrgico, intervenção com mulheres usuárias de *crack*, intervenção psicológica para cuidadores de idosos, intervenção aplicada a distúrbios gastrointestinais, cardiologia, doença renal crônica e câncer de mama, intervenção psicológica em queimados e a prática psicológica no processo transexualizador.

A contribuição dos autores nos traz presente o quanto a psicologia necessita de modelos de atuação e aperfeiçoamento que estejam cientificamente embasados. De modo que o conhecimento aqui descrito pode ser especialmente útil para ampliar o debate sobre a necessidade de práticas empiricamente sustentadas (*evidence-based practice*) e ajudar a pensar a formação de políticas educativas que considerem o treinamento profissional sob esta ótica, uma abordagem mais moderna desta problemática tão cara ao nosso país.

O conhecimento teórico descrito aqui resultará familiar ao leitor especializado e novo ao leitor que se inicia neste campo profissional. Pois este livro tem o mérito de ter facilitado a compilação de elementos essenciais, na visão dos autores, a partir da literatura especializada existente.

Portanto, acredito que tanto estudantes como os profissionais da área podem se beneficiar destes textos como meio para enriquecer e dar seguimento a sua formação. Este material permite, ainda, trabalhar esta temática com alunos de graduação como pós-graduação.

Em conjunto, com o presente livro, o leitor tem à disposição um excelente material para conhecer mais sobre a prática de Terapia Cognitivo-Comportamental em hospital geral, utilizá-lo como recurso para discussão

teórica e atividade docente e como subsídio na aplicação dos conhecimentos aqui apresentados no seu contexto de atuação, seja ele estudantil, de voluntariado, profissional ou acadêmico.

Em resumo, encontramos-nos com uma obra interessante, atualizada, oportuna e necessária. Portanto, é com satisfação que animo vivamente aos interessados sua leitura e desfrute.

Prof. Dr. Eduardo Remor

Doutor em Psicologia da Saúde pela Universidad Autónoma de Madrid, Espanha. Pós-Doutorado no Department of Psychology & Behavioral Medicine Research Center, University of Miami, Florida, USA. Coordenador do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde (GPPS). Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D

Prefácio da 1ª edição

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 diáde 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 calçada 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.

Carmem Beatriz Neufeld

Livre-Docente em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora Associada e Professora orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP).

Bolsista Produtividade do CNPq. Vice-Presidente da Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Cognitivas y Conductuales (ALAPCCO).

Apresentação à 2ª edição

Seis anos se passaram desde o lançamento da primeira edição deste livro, chegando a hora de uma atualização. Assim, apresentamos a segunda edição revisada e atualizada desta obra. A escassa publicação em Psicologia da Saúde, na abordagem cognitivo-comportamental, com ênfase em hospital geral, tornou este livro de significativa relevância na área, sendo referência em provas de residência, disciplinas na graduação e pós-graduação, além de concursos na área da saúde.

Esta crescente área ampliou o campo de trabalho do psicólogo. Os hospitais vêm abrindo mais espaços, reconhecendo a importância da intervenção junto à família, à equipe, à própria instituição e ao paciente, o qual apresenta visível mudança de comportamento, tornando-se mais ativo e colaborativo com o tratamento, no processo saúde-doença.

Os capítulos estão divididos em três partes: 1. Princípios da intervenção em saúde; 2. Especialidades em saúde – Ciclo vital e saúde; 3. Tópicos especiais em saúde. Cuidadosas na organização dos capítulos, apresentamos novos títulos baseados em práticas atuais. Alguns capítulos, revisados por seus autores, se repetem.

Informalmente, colegas professores e profissionais da saúde indicam a ampliação do interesse pela abordagem cognitivo-comportamental e o reconhecimento de sua eficácia no tratamento e adesão do paciente. Saber que esta obra tem sido utilizada em sala de aula de cursos de graduação e pós-graduação, assim como em seminários das equipes da saúde, nos encheu de entusiasmo e, ainda, de maior responsabilidade na revisão deste livro.

Para a produção dos novos capítulos, contamos com colegas pesquisadores, doutores, mestres, docentes na área, referências na abordagem cognitivo-comportamental com ênfase em saúde, trazendo evidências atuais sobre a teoria e as técnicas frente a doenças específicas.

A concretização desta segunda edição representa o esforço de um trabalho coletivo, além de espelhar a dedicação de décadas das organizadoras à Psicologia da Saúde, aplicada ao contexto hospitalar. Nossa parceria, baseada na mútua empatia e confiança, vem permitindo, cada vez mais, o exercício prazeroso da produção na área, quer no ensino ou na assistência.

Nossos agradecimentos aos alunos e aos colegas ao longo dos anos por seus comentários e *feedback*. A todos, gratidão pelo reconhecimento de nosso empenho.

Boa leitura e aproveitamento!

Tânia Rudnicki
Marisa Marantes Sanchez

Apresentação da 1ª edição

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-Lozano, 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



PARTE I

Princípios da Intervenção em Saúde

1

Psicologia da Saúde: Aspectos Históricos e Direcionamentos Futuros

Tânia Rudnicki

A Psicologia da Saúde, como disciplina da Psicologia, informa como os fatores biológicos, sociais e comportamentais influenciam os processos de saúde-doença. Ela aplica princípios e pesquisas psicológicas para a melhoria, tratamento e prevenção de doenças, bem como para promoção de saúde. Desta forma, não se restringe à noção de saúde como um estado de ausência de doença. Ao contrário, está apoiada na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde de 1948.

Para Matarazzo (1982), ela se sustenta em uma prática baseada em resultados (*Evidence Based Psychology*). Pode-se dizer que é uma área recente, ainda em desenvolvimento e buscando maior reconhecimento.

A Psicologia da Saúde surgiu por volta de 1969-1978. Em 1973, a American Psychology Organization (APA) criou um grupo de trabalho visando explorar o papel da psicologia no âmbito da medicina. Em 1978, organizou um encontro científico que originou a 38ª Divisão APA, dedicada ao estudo da nova disciplina. Além de lançar o periódico *Health Psychology*, vigente até os dias de hoje. Em 1986, foi criada a European Health Psychology Society (EHPS), a partir da qual foram lançadas diversas revistas especializadas em vários países europeus (Straub, 2005).

Historicamente, em relação ao desenvolvimento da Psicologia da Saúde, pode-se pensar em algumas etapas. Em primeiro lugar, cerca de 15 a 20 anos após a Segunda Guerra Mundial, surgiram e desenvolveram-se

duas disciplinas fundamentais a Psicologia Médica e a Medicina Comportamental (Rudnicki & Schmidt, 2017).

A Psicologia Médica é mais centrada nos problemas da relação médico-doente, na adesão dos doentes aos tratamentos médicos e nos aspectos psicológicos envolvidos nas organizações hospitalares. Já a Medicina Comportamental entra foca na prevenção como campo interdisciplinar da prática clínica e da investigação, dizendo respeito à doença e às disfunções psicológicas a ela relacionadas. Ela estuda, essencialmente, as formas de lidar com a doença e o papel dos acontecimentos de estresse nos seus inícios e evolução, dando ênfase à mudança de comportamentos com o objetivo de controlar as doenças físicas, porém, ainda, sem inclusão da prevenção primária (De Marco, 2003).

São também relevantes as aquisições e desenvolvimentos da Medicina Psicossomática – oriunda de preceitos psicanalíticos. Assim, o indivíduo com doença psicossomática tem expressão física de uma dor emocional, doenças estas, inclusive na infância, caracterizadas por uma desorganização somática – uma desordem física causada por fatores psicológicos (Mello Filho & Burd, 2010).

Em segundo lugar, um pouco mais tarde, desenvolveu-se a Saúde Comportamental, também como um campo interdisciplinar que se ocupou, especificamente, da promoção da saúde, da prevenção da doença e de disfunções em pessoas habitualmente saudáveis, numa perspectiva de prevenção primária. Desta forma, Saúde e Medicina Comportamentais colocaram a Psicologia diretamente em relação com a Saúde Pública e as Medicinas Preventiva e Familiar (no primeiro caso) e com as diversas especialidades médicas e cirúrgicas (no segundo caso). Desta forma, por meio da Saúde e da Medicina Comportamentais, a Psicologia relacionou-se com os clássicos níveis preventivo, curativo e de reabilitação dos cuidados da saúde (Matos, 2004).

Quanto ao processo saúde/doença, a partir de seu desenvolvimento histórico e multideterminado, chega-se a uma atuação integrada em saúde, ao trabalho interdisciplinar. Desta forma, a partir da visão biopsicossocial a saúde recebe influência de uma nova forma de atuação, enfatizando a melhora da qualidade de vida no trabalho e o direito, que todo cida-

dão tem, de receber atenção e cuidados que lhe garantam atendimento global. Assim, a Psicologia tem como campo de atuação a própria realidade contemporânea em que vivemos (De Marco, 2003; Matos, 2004; Rudnicki & Schmidt, 2017).

O modelo biopsicossocial informa como os fatores biológicos, sociais e comportamentais influenciam os processos de saúde-doença. Ele possui foco na prevenção de doenças, promoção de saúde, bem como no tratamento de doenças. Historicamente falando em relação à Psicologia na Saúde, o trabalho de psicólogos em instituições de saúde remonta ao início do século XX.

Antes do surgimento da Psicologia da Saúde, psicólogos já se encontravam em instituições de saúde, particularmente em hospitais. A Psicologia apresentava-se, então, voltada para a área clínica, vinculada diretamente à doença mental, à psicopatologia, portanto, uma Psicologia Clínica (Rudnicki & Schmidt, 2017).

Na época, não existiam teoria e técnicas específicas para atendimento no ambiente hospitalar, que foi, então, adaptado a partir do modelo clínico de atendimento psicoterápico, com algumas particularidades: ser realizado junto ao leito do paciente hospitalizado ou por meio de atendimentos ambulatoriais, breves e focados na doença, motivo da hospitalização e sentimentos voltados a esses aspectos (Rudnicki & Schmidt, 2015).

Em território nacional, a atuação de psicólogos em instituições hospitalares é, até hoje, denominada Psicologia Hospitalar, refletindo seu contexto de atuação. Sendo esta denominação uma especificidade da realidade brasileira, não existem indicativos de sua ocorrência em outros países, a não ser no Canadá, no início destas mesmas atividades (Marcon, Luna, & Lisboa, 2004; Rudnicki & Schmidt, 2015; 2017).

A Psicologia Hospitalar, especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), desde o ano 2000, pode ser entendida como uma subárea da Psicologia da Saúde, com uma conotação mais clínica. Essa conotação é reforçada na graduação, pela prática de estágio curricular em instituição hospitalar, sendo ali reconhecida como estágio em Psicologia Clínica no hospital geral. O mesmo Conselho definiu, em 2016, uma nova área de especialização, a qual denominou “Psicologia em Saúde” (CFP, 2016).

A intervenção psicológica em hospital geral buscou aportes teóricos para lidar com situações que se apresentam com os dois lados de um mesmo segmento – saúde e doença. A preocupação por ambos foi sempre presente e inerente à natureza humana, vinculada 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 por meio 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 implicações 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 eleita por alguém impede uma atividade insatisfatória, comportando a participação interna da pessoa. A civilização humana foi decisivamente marcada pela sua capacidade de articulação social, polêmica e complexa, supõe também mudanças, condições e estilos de vida, bem-estar, necessidades humanas e de desenvolvimento. Desta forma, a ordenação dos aportes precisa ser feita a partir de uma perspectiva psicossocial, estabelecendo relações entre os distintos níveis implicados, seja individual, grupal e político-institucional (Engels, 1986).

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 sendo que, a partir do paradigma biopsicossocial, várias contribuições ocorreram por 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 que trouxe o 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, de final da década de 1950 e início de 60, 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).

No Brasil, a disciplina Psicologia da Saúde é recente, transparecendo seu dinamismo por meio 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 mostrando relevância, indicando o caminho a seguir no atendimento na área da saúde, incluindo o 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 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, como o de 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).

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 acostumado 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 parte da origem desta questão é 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.

Segundo ele, a Psicologia da Saúde agrega o conhecimento educacional, científico e profissional da disciplina da psicologia, para ser utilizada na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença, na identificação da etiologia e no diagnóstico relacionados à saúde, à doença e às disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema político de saúde. 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.

Para o profissional psicólogo trabalhar na área da saúde, é importante e necessário conhecer o contexto onde irá exercer suas atividades, 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 se trabalha no próprio contexto onde a situação/comportamento ocorre. Assim, conhecimentos 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 na saúde (Casseb, 2011).

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

Para Matarazzo (1980), a Psicologia da Saúde é 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, para a identificação da etiologia e o diagnóstico dos fatores associados à saúde, à doença e outras disfunções associadas, bem como a análise e a ajuda ao sistema de saúde e a formação de políticas de saúde. A Psicologia da Saúde está se introduzindo na formação de diversos profissionais de saúde, 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 suas necessidades na instituição

hospitalar. Neste 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. Este profissional da saúde assume um papel clínico, social, organizacional e educacional, buscando promoção, prevenção, e recuperação do bem-estar do doente, globalmente, implicando que aspectos físicos e sociais sejam considerados interagindo continuamente 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 buscando resgatar o ser humano para além de sua dimensão físico-biológica, situando-o num 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 físicas e emocionais que acarreta, bem como os tratamentos e seus efeitos secundários, exibem grande impacto sobre o indivíduo e 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).

Parte-se da compreensão de que saúde e doença são categorias que trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica, tendo em vista que uma revisão de valores culturais está sendo acompanhada de profundas alterações no contexto e na forma de organização social. No campo da ciência e da saúde, também mudou a percepção de ser humano. Um novo paradigma delineia a atuação profissional, com base em uma abordagem holística. A Psicologia precisa ter como campo de atuação a própria realidade contemporânea em que vivemos (Martins & Rocha Junior, 2001).

No adoecimento potencializam-se angústias, medos, inseguranças e revoltas, tanto para os doentes quanto para os familiares e profissionais de saúde, preparados para a cura, porém, em constante contato com a morte (Dattilio & Freeman, 2004; Bruscato, 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 à mesma.

Quando uma pessoa está hospitalizada, várias formas de manifestações e conduta 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, entre outros, irá oferecer ao profissional psicólogo um contexto de atuação diferente, tendo em vista o tipo de demanda, objetivos e 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, gerando insegurança, antes de tudo, pela própria doença e prognóstico a ela relacionado. O enfermo desconhece como deve se comportar, depende daqueles que o rodeia, 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, sendo seu estado de ânimo 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 mudanças 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 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 (Gusmão & Mion, 2006; Ben, 2011).

Visualizamos mudanças contemporâneas na forma da inserção do psicólogo na área da saúde, com a abertura de novos campos de atuação, exigindo transformações na prática do psicólogo. A psicologia vem recebendo novos desafios, abrem-se novos espaços de trabalho que exigem, cada vez mais, uma especificidade de ação. De outra forma, podemos dizer que as necessidades na saúde implicaram em mudança de paradigma da clínica para a saúde pública, requerendo da psicologia um novo modelo de atenção à saúde. Isso remete à questão da formação do psicólogo. Variados são os desafios encontrados no campo da saúde, desafios estes diferentes de contextos mais tradicionais de atuação, como o campo clínico (Romero & Pereira-Silva, 2011). Nenhuma intervenção simples é eficaz. Importante e necessário é a combinação de várias estratégias: informação adequada, aconselhamento, automonitoramento, lembretes, reforços periódicos, terapia familiar, psicoterapia, acompanhamento na interação e outras formas cabíveis para cada caso.

Sabe-se necessário adaptar práticas, não reduzidas apenas à utilização de um modelo clínico, mas torná-las mais abrangentes e integradas.

Entende-se que a psicologia necessita dar mais atenção ao contexto da saúde, na forma de trabalho do psicólogo e nos referenciais teóricos que podem nortear sua atuação. Esta adaptação caracteriza-se por um processo complexo que ainda está em andamento (Cintra & Bernard, 2017).

O interesse da psicologia da saúde é o sujeito e os seus funcionamentos afetivo, cognitivo, comportamental e social expressos em três palavras: o sujeito, a família e o suporte social. A situação de doença é essencialmente do foro médico. Para a Psicologia da Saúde, o interesse está na forma de como o sujeito vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA PRÁTICA HOSPITALAR

O trabalho em hospitais se diferencia dos demais em que atua o psicólogo: espaço físico agitado, domínio médico; ambiente onde, dificilmente, existe privacidade 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 dias, semanas ou meses, dependendo da gravidade e/ou da cronicidade do caso. Esse pode ainda ser um tempo para recuperação da saúde ou um tempo de 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 pode encontrar, o atendimento psicológico tem como objetivo principal levar o paciente ao autoconhecimento, ao autotreinamento 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 sadio, 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, medo, depressão, insegurança, ansiedade, irritabilidade e agressividade (Kubo & Botomé, 2005). A relação dos pacientes com a hospitalização, 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 possam 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 auxiliar no 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, ati-

vando crenças e estratégias próprias da situação e da natureza da enfermidade. Entre estas, estão a negação, que pode levá-lo 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 acredite que algum tipo de ritual poderá vir a reverter 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 da dependência resultantes da situação de dependência são fatores que aumentam o estresse e o desconforto, experimentados numa situação de internação hospitalar. O paciente, na maioria das vezes, se sente perdido, sem opções, com fantasias e medos 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 respostas 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 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 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 mesmo.

O enfoque cognitivo sobre a saúde e 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, como HIV/AIDS (Faustino & Seidl, 2010); síndrome do cólon irritável (Neves Neto, 2001; Passos, 2006); doença obstrutiva pulmonar crônica (Padilha, 2010; Von Leupoldt, Fritzsche, Trueba, Meuret, & Ritz, 2012); câncer (Castro et al, 1996; 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 & Rovin, 2008); fibromialgia (Penido, Rangé, & Fortes, 2005); transtorno alimentar (Vaz, Conceição, & Machado, 2009); o 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 compor-

tamentos 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 eram apoiados pelo trabalho em 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), 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 da colaboração e na participação ativa, na orientação para a meta e focalização no problema – sendo o foco inicial centrado no aqui e agora, independentemente do diagnóstico psicológico, e é possui 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, 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 desta 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, sendo que essa influencia o afeto e o comportamento da pessoa. Isso não significa que sejam os pensamentos que causam os 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 raciocínio. Podem ser ativados por eventos externos e internos, aparecem na forma verbal ou imagem mental. É o nível mais superficial da nossa cognição. São 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 utilizados durante o período de internação, 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 deter-

mina 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 de 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 através da intervenção clínica que, entre outras técnicas, utiliza-se do questionamento socrático 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 isso leva às crenças. Diferentes crenças levam a estados de humor diferentes. A Terapia Cognitivo-Comportamental propõe olhar a situação problema 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 você 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 chegar a um acordo mínimo sobre estes pontos, ou não iniciar se o paciente traz um marco de trabalho excessivamente restritivo pela hospitalização, por exemplo, não aceitando o atendimento junto ao leito. 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, podendo ser usada atribuições internas a suas conquistas (Rodríguez-Marín, 2003; Freeman & Power, 2007; Helsop et al., 2009).

Pensamentos Automáticos (PAs) são experiências comuns a todos, não sendo inerente a 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, de hemodiálise: “Este tratamento é muito ruim, um desperdício de tempo” (aborrecido); paciente oncológico em radioterapia: “Tá muito complicado... Sou muito burro, nunca vou entender porque 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 eu 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, pela dificuldade 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 eu 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 fistula arteriovenosa: “Não conseguir fazer esta cirurgia 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 aí...”. 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; descatastrofizar: objetiva neutralizar as expectativas negativas, sendo um procedimento que leva o paciente a identificar seus piores temores perguntando o que de pior poderia lhe acontecer. É útil para casos em que a pessoa prediz importantes consequências negativas para os acontecimentos, atribuindo-se com poucos poderes para enfrentar. 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, 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 diminuição do tempo de ruminação; e avaliação e estímulo às necessidades do paciente de 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 uma patologia/trauma que exija um tempo de hospitalização mais prolongado, caso contrário, são trabalhados os PAs e os comportamento 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 alcançar um maior desenvolvimento pessoal e social (Dryden, Neeman, & Yankura, 1999; Siqueira, 2011).

Na conexão dos pensamentos às situações e 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 e o terapeuta pode utilizar várias alternativas. Existem muitos formulários de registros de pensamentos que podem ser utilizados com este 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 de 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 perspectivas, 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 hospitalização 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 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 presente, 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 do sentimento de culpa e castigo, e também da consideração da cura como um prêmio. Esses são aspectos observados com a internação, quando o paciente, está sob ansiedade e preocupação com o diagnóstico e/ou com a cirurgia e suas consequências, suas possíveis e prováveis sequelas, que resultam em sentimento de perda, de solidão e de medo, sendo importante também observar seu estado emocional, que poderá atrapalhar. 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, apontava: “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 complicado, 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 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, comportamento e 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 se fazer perguntas buscando esclarecimentos, leva o paciente a pensar e/ou 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, é 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 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 com 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 é baseada 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 enquanto 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 tornar as decisões tomadas 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 (editors). *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. & Rovin, A. B. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de las cefaleas. In V. E. Caballo (org.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación* (2. ed., v. 2, pp. 381-411). España: Siglo XXI.
- Baptista, M. N. & Dias, R. R. (Orgs.). (2003). *Psicologia hospitalar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 176 p.
- 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) Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. (2013). *Terapia cognitiva: Teoria e prática* (2ª 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 (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Recuperado de: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/71445>
- Bishop, S. R. & Warr, D. (2003). Coping, catastrophizing and chronic pain in breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 265-281. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12845938>
- Bruscatto, W. L. (2004). A psicologia no Hospital da Misericórdia: Um modelo de atuação. In W. L. Bruscatto, C. Benedetti, & S. R. A. Lopes (org.). *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: Formulación Clínica, medicina conductual y trastornos de relación* (v. 2, 2. Ed.). España: Siglo XXI.
- 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 (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, L. B. C., Coin-Carvalho, J. E., Prado, L. B. F., & Clausen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15(6), 434-437.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2016). Resolução nº 3, de 5 de fevereiro de 2016. p. 50. *Diário Oficial da União*, Seção 1, n. 30. Recuperado de: <http://www.crprs.org.br/upload/others/file/f2f58dab77edf0fd7d60fe21c0d0a7a4.pdf>

- Chiattonne, H. B. C. (2003). Prática hospitalar. In: Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, 08, 2003, São Paulo. *Anais...* (pp. 20-32). São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Hospitalar. Recuperado de: <http://www.redepsi.com.br/2011/11/10/a-atua-o-do-psic-logo-no-contexto-hospitalar/>.
- Cintra, M. S. & Bernard, M. H. (2017). Atuação do psicólogo na atenção básica do SUS e a psicologia social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(4), 883-896. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000832017>
- 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. Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7701>
- Dattilio, F. M. & Freeman, A. (org.). (2004). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise* (Cap. 1). Porto Alegre: Artmed.
- De Marco, M. A. (2003). Psicologia da saúde. In M. A. De Marco. *A face humana da medicina: Do modelo biomédico ao modelo biopsicosocial* (pp. 71-76). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dewulf, N. L. S., Monteiro, R. A., Passos, A. D. C., Vieira, E. M., & Troncon, L. E. A. (2006). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Ciência e Farmácia* [online]. 42(4), 575-584.
- Dimenstein, M. A. (2000). Cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 5-121. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n1/a06v05n1>
- Dixon, K. E., Keefe, F. J., Scipio, C. D., Perri, L. M., & Abernethy, A. P. (2007). Psychological interventions for arthritis pain management in adults: A metanalysis. *Health Psychology*, 26, 241-250.
- Dryden, W., Neenan, M., & Yankura, J. (1999). *Counseling individuals a rational emotive behavioural handbook* (3. Ed.). United Kingdom: Whurr Publishers.
- EHPS – European Health Psychology Society. Página oficial da Associação, 2003. <http://www.ehps.net/1024/index.html>
- 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). Intervenção cognitivo-comportamental e adesão 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*. Chichester: 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. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000100010-&lng=pt&tlng=pt.
- 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. espe-

cial), 115-122. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a10v26ns.pdf>

Gusmão, J. L., & Mion, J. D. (2006). Adesão ao tratamento: Conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 23-25. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>

Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk J., & Clarck, D. M. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos*: Um guia prático. São Paulo: Martins Fontes.

Kerbaux, R. R. (2002). Comportamento e saúde: Doenças e desafios. *Psicologia USP*, 13, 11-28. Disponível em: www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/108164

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. Recuperado de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000091&pid=S1413...Ing...

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. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000200006&lng=pt&tlng=pt

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.

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. Recuperado de <http://www.rbtc.org.br/imprimir.asp?id=117>

Martins, D. G. & Rocha Junior, A. (2001). Psicologia da saúde e o novo paradigma: Novo paradigma? *Revista Psicologia - Teoria e Prática*. 8p. Disponível em: <http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/view/1098/810>.

Marcon, C., Luna, I. J., & Lisbôa, M. L. (2004). O psicólogo nas instituições hospitalares: Características e desafios. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(1), 28-35. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a04>

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.

Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1-14.

Matos, M. G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 449-462. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a03.pdf>

Mello Filho, J. & Burd, M. (2010) *Psicossomática hoje* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed. 599p.

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. *Fronteras 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 Psicología*, 25, 36-

43. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/40220070_Changes_in_control_beliefs_emotional_status_and_psychosocial_adaptation_among_women_with_breast_cancer

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.

Ogden, J. (2007). *An introduction to health psychology*. In J. Ogden. *Health Psychology: A textbook* (4.ed., pp. 01-12). New York: Open University Press.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (1946). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Recuperado de: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>.

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. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-21592010000400010&lng=pt&tlng=pt.

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. 319p.

Pinto, A. A. G. (2012). *Terapia cognitivo-comportamental em sobreviventes de cancro da mama*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde), Universidade de Aveiro.

Prado, G. F. (2013). Terapia cognitivo-comportamental para pacientes portadores da síndrome das pernas inquietas. *Revista de Neurociências*, 21(1), 136-140. Disponível em: www.revista-neurociencias.com.br/edicoes/.../Pages%20from%20RN%2012%2001-2.ppt.

Rangé, B. (2001). Programa de treinamento à 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, & Ulla, S. (org.). *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario* (pp. 831-863). Bilbao: Desclee de Brouwer Biblioteca de Psicología.

Romero, N. S., & Pereira-Silva, N. L. (2011). O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 332-339.

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. Disponível em: <https://www.ipan.med.br/artigos-producao-cientifical/>

traducao-e-adaptacao-da-escala-de-influencias-medicamentosas-romi-um-instrumento-para-avaliar-a-aderencia-ao-tratamento/

Rudnicki, T. & Schmidt, B. (2015). Psicologia da saúde e psicologia hospitalar: Aspectos conceituais e práticos. In V. A. Elias, G. H. Perez, M. L. T. Moretto, & L.S.F. Barbosa. *Horizontes da psicologia: Saberes e fazeres*. São Paulo: Atheneu.

Rudnicki, T. & Schmidt, B. (2017). Psicologia da saúde no contexto hospitalar no Rio Grande do Sul: Perspectiva histórica e panorama atual (p. 23-32). In M. B. L. M. Sanchez, C. V. Quiroga, B. Schmidt, & P. C. M. Macedo (Orgs.) (2017). *Psicologia hospitalar: Como eu faço?* Curitiba: Juruá.

Santandrea, S., Boschi, M., & Vanti, C. (2011). Efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel dolore spinale: Una revisione sistematica. *Scienza Riabilitativa*, 13(2), 5-23z. Disponível em: [http://tesi.supsi.ch/327/1/Nao ka%20Frei_Mal%20di%20schiena.pdf](http://tesi.supsi.ch/327/1/Nao%20Frei_Mal%20di%20schiena.pdf)

Saxty, M. & Hansen, Z. (2005). Group cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: A pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), 311-318. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11265953>

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* (pp. 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, pp. 1-5). São Paulo: Editora Arbytes.

Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 200p.

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 eficácia. *Psychology, Community & Health*, 1(3), 300-312. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.12/2009>.

Tanaka, O. Y. (2011). Avaliação da atenção básica em saúde: Uma nova proposta. *Saúde e Sociedade São Paulo*, 20(4), 927-934. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sau-soc/v20n4/10.pdf>

Vaz, A. R., Conceição, E. M., & Machado, P. P. (2009). A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise Psicológica* [online] 27(2), 189-197. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312009000200006

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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721998000200012&script=sci_abstract&tlng=es

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 behavior therapy group for patients with chronic fatigue syndrome: A preliminary investigation. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 32, 107-112.