

CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA PARA AS PROFISSÕES DA SAÚDE

Ana Monteiro Grilo^{*1}, & Helga Pedro²

¹Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Portugal

²Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo, Lisboa, Portugal

RESUMO: Neste artigo as autoras pretendem aprofundar alguns dos contributos das diversas áreas da Psicologia para as profissões de saúde. Neste sentido, são indicados contributos em quatro grandes áreas, a saber, promoção da saúde, reacção à doença, pediatria e a relação do profissional de saúde com o utente.

Palavras chave: Pediatria, Profissionais de saúde, Promoção da saúde, Psicologia, Reacção à doença.

CONTRIBUTES FROM PSYCHOLOGY FOR THE HEALTHCARE PROFESSIONS

ABSTRACT: In the present article, the authors intend to review thoroughly some of the contributes from different areas of Psychology for the healthcare professions. In this sense, the contributes are mentioned in four major areas, which are, health promotion, reaction towards the disease, pediatrics and the relationship between healthcare professional and patient.

Key words: Health promotion, Healthcare professional, Pediatrics psychology, Reaction toward the disease.

A explicação dos comportamentos de saúde e das reacções à doença, não faz hoje sentido sem o contributo das variáveis psicológicas. É a convicção absoluta, alimentada diariamente no nosso quotidiano profissional, pelo contributo que prestamos, enquanto docentes de Psicologia, na formação de estudantes do ensino superior, que se pretendem preparados para desempenhar uma ocupação tão abrangente e exigente nos cuidados prestados aos utentes, como são todas as profissões de saúde.

Corroborando esta necessidade, foi criada na Associação Americana de Psicologia, em 1978, a divisão de Psicologia da Saúde, abrindo o caminho para uma nova disciplina com a mesma designação, definida como o domínio da Psicologia que recorre aos conhecimentos das áreas educacionais, científicas e profissionais da Psicologia com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento da doença, bem como das disfunções com elas relacionadas, e à análise e melhoria dos sistemas de cuidados de saúde e da formação política de saúde (Matarazzo, 1984).

* Contactar para E-mail: ana.grilo@estesl.pt

Se é verdade que, há alguns anos, era difícil encontrar referências bibliográficas em língua portuguesa, acerca da utilidade dos conhecimentos da Psicologia na compreensão e na intervenção das particularidades subjacentes aos cuidados de saúde, hoje, no nosso país, o aumento significativo de publicações de livros, por parte de algumas editoras, constitui uma prova inequívoca e notória do interesse de alguns desses contributos que a Psicologia pode facultar às profissões da saúde. É precisamente sobre esses contributos que pretendemos reflectir ao longo do presente artigo.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

O avanço nas técnicas e nos conhecimentos da medicina se, por um lado, permite aos Profissionais de Saúde uma maior capacidade de resposta para assegurar a sobrevivência dos indivíduos doentes, por outro, despoleta uma outra realidade: a natureza *crónica* adquirida pela doença (Taylor, 1999). Prognóstico com implicações bastante exigentes não só para os utentes, que ficam sujeitos a recorrentes sintomas, repetidos exames e tratamentos, como para os Profissionais de Saúde, a quem é exigido um conhecimento cada vez mais minucioso dos efeitos secundários/cumulativos dos tratamentos e uma capacidade para motivar constantemente os utentes no confronto com a doença duradoura, como ainda para a capacidade de resposta económica do próprio estado, que tem a responsabilidade de formar e disponibilizar Profissionais de Saúde, assegurar as infra-estruturas, equipamentos e medicamentos necessários para os utentes.

Com efeito, não temos dúvidas que a solução ideal, para todas as partes, passaria pela *proeza* de não deixar as pessoas adoecerem, sobretudo, se considerarmos que uma grande percentagem de doenças, sobretudo as crónicas, resultam de comportamentos desadequados para a saúde (Bennett, 2002; Doll & Peto, 1981; Ogden, 1999), que as pessoas desempenham, em certa medida voluntariamente, ao longo da sua vida.

Neste sentido, a Promoção da Saúde, do ponto de vista da Psicologia, envolve o desenvolvimento de intervenções que ajudam as pessoas a adquirir e a manter comportamentos saudáveis, assim como a mudar hábitos prejudiciais para a sua saúde (Taylor, 1999).

Barreiras à adopção de comportamentos de saúde

Sabemos que a saúde constitui um dos valores mais importantes, se não o mais valioso, para as pessoas no geral (Taylor, 1999). Não obstante, e surpreendentemente, os indivíduos, para além de não adoptarem comportamentos benéficos para a sua saúde, como realizar exercício físico, ainda colocam em prática hábitos que lhes são profundamente prejudiciais, como fumar ou ter um regime alimentar rico em gorduras (Ogden, 1999).

A Psicologia tem investigado, exaustivamente, os factores subjacentes a este fenómeno de não adesão aos comportamentos de saúde, desvendando uma panóplia de barreiras que lhes estão subjacentes, entre as quais, destacamos: (a) o papel dos modelos parentais, uma vez que por volta dos onze anos, as crianças já adquiriram, por observação dos pais (Bennet & Murphy, 1999), uma base estável de crenças e de comportamentos de saúde, os quais tendem a converter-se em hábitos, ou seja, a automatizar-se no dia a dia, aliás, os dados revelam que pais fumadores têm uma maior probabilidade de ter filhos que fumam (Leventhal & Cleary, cit. Taylor, 1999) ou pais obesos que têm, com maior frequência, crianças obesas (Stunkard, cit. Taylor, 1999); (b) a reduzida motivação para praticar bons hábitos de saúde, uma vez que na idade precoce em que os comportamentos de saúde são adquiridos os indivíduos são geralmente saudáveis pelo que, ao adoptá-los, não sentem um efeito imediato e notório sobre o bem-estar, podendo através deles apenas diminuir, mas não eliminar, o risco de doença (Taylor, 1999), por exemplo, uma alimentação saudável pode reduzir, mas não suprimir, a probabilidade de um indivíduo vir a desenvolver cancro do intestino; por outro lado, as crianças/jovens com comportamentos prejudiciais, como fumar, beber, sedentarismo, não sentem, imediatamente, os respectivos efeitos negativos sobre o seu bem-estar físico, verificando-se os mesmos, devido à sua acção cumulativa, bastante mais tarde (Bennet & Murphy, 1999; Taylor, 1999) e, por fim, (c) o optimismo irrealista (Weinstein, 1983) dos indivíduos quando estimam a probabilidade de vir a adoecer de uma doença grave, oriundo de um conjunto de crenças que lhes dão a noção exagerada da capacidade para controlarem a sua saúde, negligenciando, por isso, a ameaça que os seus comportamentos prejudiciais podem ter sobre a mesma (Taylor, 1999).

O conhecimento destes factores, por parte dos Profissionais de Saúde, facultados pelos estudos na área da Psicologia, ajuda não só a compreender os comportamentos prejudiciais adoptados pelos utentes como, também, origina sugestões de intervenção úteis no sentido da respectiva alteração (Bennet & Murphy, 1999).

Avaliação das atitudes subjacentes aos comportamentos de saúde

Uma vez que cada comportamento prejudicial para a saúde se encontra sustentado por um conjunto variado de crenças e sentimentos, susceptíveis de transformação por via da informação ou da experiência (Lima, cit. Vala & Monteiro, 1993), é importante que o profissional de saúde consiga identificá-los para, posteriormente, persuadir o respectivo utente a alterá-los e, em última instância, vir a adquirir um comportamento mais positivo e saudável.

Se atendermos à definição de atitude como uma avaliação, ou um juízo de valor, aprendida e relativamente estável, de sinal positivo ou negativo, a respeito de algo ou de alguém (Rodrigues, 2001), que predispõe a reagir,

respectivamente, de modo favorável ou desfavorável, com diferentes níveis de intensidade, em relação ao objecto de atitude, podemos facilmente compreender a importância desta conceptualização da Psicologia Social no contexto profissional da saúde. Com efeito, o objecto de atitude pode representar: coisas, como aparelhos de diagnóstico ou medicamentos; pessoas, nomeadamente, enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica; comportamentos, tais como o tabagismo e o exercício físico; instituições, designadamente, o hospital da zona ou o centro de saúde da área de residência; ou, por último, acontecimentos, relativos à modificação de horários de atendimento no centro de saúde ou alterações no procedimento de marcação de consultas, entre outros.

Por conseguinte, considerando a atitude como um predictor do comportamento, ou seja, uma predisposição para ocorrer um determinado tipo de acção (Lima, cit. Vala & Monteiro, 1993), conhecê-la poderá dar ao profissional de saúde informações importantes para antecipar os comportamentos de saúde dos utentes (e.g., uma pessoa com atitude positiva em relação à prevenção da doença tem maior probabilidade de evidenciar comportamentos tais como manter, a vacinação actualizada ou realizar *check-ups*).

Com o intuito de avaliar as atitudes dos indivíduos relativamente a comportamentos de saúde, ou a outro objecto de atitude associado ao contexto de saúde, a Psicologia tem construído escalas de atitudes (Paul, Martin, & Sequeiros, 2000; Rutter, 2000), ou seja, uma listagem de crenças e emoções possíveis sobre o objecto de atitude, em relação às quais os sujeitos manifestam o seu grau de concordância.

Por conseguinte, as escalas de atitudes permitem conhecer as atitudes favoráveis ou desfavoráveis dos utentes face a assuntos pertinentes para actuação dos técnicos, facilitando, na fase de programação das campanhas de promoção da saúde, a tarefa de seleccionar a informação que seja relevante transmitir à população, no sentido de modificar-lhe os comportamentos de saúde alvo (Bennet & Murphy, 1999).

Mudança de atitudes através da comunicação persuasiva

Quando o profissional de saúde identifica a atitude negativa do utente, ou seja, crenças e emoções negativas predictoras de uma orientação negativa face às recomendações preventivas/curativas que o técnico tenciona propor, é necessário proceder a um esforço para persuadir o indivíduo a mudar de atitude. A título de exemplo, a teoria da dissonância cognitiva (Festinger, 1957) afirma que a mudança de atitude e de comportamento pode ser alcançada fornecendo informação contrária às atitudes actualmente defendidas pelo indivíduo (Bennet & Murphy, 1999).

Nestas situações, a Psicologia Social e Cognitiva oferecem recomendações específicas, relativamente às adaptações necessárias a fazer entre as diferentes características das seguintes componentes envolvidas na comunicação

persuasiva: (a) a mensagem a transmitir – níveis variáveis de complexidade de informação, baixa quantidade e boa qualidade de argumentos, repetição das recomendações principais, sobretudo no início e no final da mensagem (Bennet & Murphy, 1999; Taylor, 1999), opção pela utilização do humor (Maheswaran & Meyers-Levy, 1990) ou do medo (Janis e Fesbach, 1953); (b) seleccionar a fonte de informação mais adequada, ou seja, interpretada pelo utente como sendo perita e fiável c) e recorrer ao canal de informação mais eficaz, optando entre o escrito (Ley, 1988; Wicke e col., 1994), o audiovisual (Kolata, 1987) ou o frente a frente com o utente (Leyens & Yzerbyt, 1999).

Para além disso, todos estes factores devem ser seleccionados em função das características do utente, ou seja, da relevância pessoal do tema abordado (Petty & Cacioppo, cit. Bennett, 2002), assim como da sua capacidade de atenção, compreensão e memorização (Sherif & Hovland, 1961).

O PROCESSO DE ADOECER

A Psicologia Cognitiva tem dado, na nossa opinião, um dos maiores contributos para o estudo do processo de adoecer no adulto, com especial enfoque em três grandes áreas de estudo: as representações da doença, a adaptação à doença e a qualidade de vida.

Representações da doença

A grande variabilidade no modo como as pessoas respondem aos sintomas físicos constitui um dos fenómenos que (mais) faz pensar qualquer profissional de saúde. De facto, há pessoas que ignoram sintomas graves, ou que recorrem ao médico numa fase muito avançada da doença, enquanto outras procuram a ajuda dos Profissionais de Saúde logo que detectam a menor alteração física.

Alguns autores da Psicologia (Bishop, 1991; Leventhal e col., 1984), como resposta ao reducionismo dos modelos unicausais, procuram explicar esta variabilidade individual recorrendo, para tal, ao papel das representações em saúde e/ou doença. Isto é, tendo como base a Psicologia Cognitiva (modelo de auto-regulação de Leventhal e modelo do protótipo das representações da doença de Bishop), assumem que as pessoas leigas em matéria de saúde, possuem representações de doença, bem organizadas e estáveis, com importantes implicações na interpretação que os indivíduos fazem da informação sobre a doença, nas estratégias de *coping* que utilizam para lidar com ela e na avaliação que efectuam a respeito da eficácia do confronto que fizeram com a situação.

Assim, um sintoma não é analisado objectivamente mas integrado em esquemas de doença pré-existentes, conduzindo a representações de doença distintas, de indivíduo para indivíduo (e.g., a representação que um indivíduo pode fazer de uma forte dor de cabeça pode ser muito ansiogénica se um

familiar próximo faleceu recentemente com um tumor cerebral, enquanto que outro sujeito, sem uma experiência semelhante, pode encarar o mesmo sintoma com naturalidade, atribuindo-o ao facto de ter estado a trabalhar no computador durante muitas horas seguidas).

Desta forma, torna-se claro que as pessoas que recorrem aos Profissionais de Saúde não são seres passivos, limitados a responder a estímulos e a assimilar aquilo que o técnico lhes diz; pelo contrário, os utentes são agentes activos na pesquisa e no tratamento da informação referente à (sua) saúde/doença.

Os estudos elaborados, com base nestes modelos, têm vindo a demonstrar que os comportamentos relacionados com a saúde, o recurso ao médico e a consequente adesão aos tratamentos são, em grande parte, determinados pela representação que o indivíduo tem sobre saúde e doença. Neste sentido, torna-se essencial que os Profissionais de Saúde considerem as representações de saúde/doença dos seus utentes (Steele, 1984) e adequem a informação fornecida de acordo com estas representações.

Adaptação à doença

A adaptação ao “estar doente” é um processo complexo, que depende de vários factores. São precisamente os factores que contribuem para a adaptação à doença ou que, pelo contrário, dificultam o re-equilíbrio do indivíduo, que a Psicologia se tem dedicado a estudar.

Neste sentido, destacamos o modelo de Moos e Schafner (1979), uma vez que estes autores defendem que o processo de adaptação à doença depende de factores tão diversos como; os sociais e demográficos (e.g., idade, desenvolvimento cognitivo), os relacionados com a doença (e.g., grau de dor, desfiguração) e os físicos e sócio-económicos (e.g., valorização de aspectos estéticos, tipo de relacionamento com a família).

Trata-se de um modelo que aplica a Teoria da Crise à situação de doente. Esta teoria propõe que o funcionamento psicológico dos indivíduos visa a manutenção da homeostase, e a ruptura desta homeostasia na identidade pessoal e social leva o indivíduo a activar estratégias de *coping*, para reencontrar o estado de equilíbrio, na medida em que a manutenção dos comportamentos habituais são inadequados para lidar com a nova situação. Assim, perante o diagnóstico de uma doença, a pessoa realiza uma avaliação da situação e a forma como interpreta o seu estado de saúde condiciona as estratégias de *coping* que irá utilizar e, consequentemente, o resultado da crise. O novo equilíbrio pode representar uma adaptação saudável que promove o crescimento pessoal ou, pelo contrário, ser desadaptativo.

Para além de modelos explicativos que abordam a reacção à doença de uma forma geral, a Psicologia tem contribuído com diversos estudos que abordam os factores que contribuem para a adaptação psicológica à doença crónica em geral (Altschuler, 1997; Shontz, 1982; Taylor, 1995) e às doenças

específicas em particular, como o enfarte do miocárdio (Afeck, Tennen, & Croog, 1987; Mayou, 1987; Meland & Havik, 1987; Sykes e col., 2000), a infecção por VIH/SIDA (Crossley, 1999; Grilo, 1999, 2001a; Guerra, 1994, 1997, 1998; Suarez & Reese, 2000), o cancro (Burgess, Morris, & Pettingale, 1988; Holland & Rowland, 1990; Soares e col., 2000; Stanton e col., 2000) e a doença terminal (Grilo, 2001b; Paul & Fonseca, 2001; Taylor, 1995). Como facilmente se compreende, o conhecimento destes factores, revela-se de grande utilidade para os Profissionais de Saúde que trabalham com patologias específicas, como são o caso dos serviços de oncologia ou dos serviços de doenças infecciosas.

Refira-se que, nos últimos tempos, a Psicologia tem procurado ir um pouco mais além dos estudos de caracterização. Neste sentido, têm surgido trabalhos que descrevem programas de intervenção direccionados para a promoção da adaptação a doenças específicas, como do cancro (Andersen, 1999, 2002; Buela-Casal & Moreno, 1999; Burton & Watson, 1998; Matos & Pereira, 2002) e da infecção por VIH/SIDA (Auerbach, Oleson, & Solomon, 1992; Balmer, 1994; Bor et al., 1993; Cólón, 1992; George, 1989; Hoffman, 1991; Milton, 1994; Soares & Pinto, 1990).

Por fim, a adaptação à doença inclui ainda aspectos como o controlo da dor e a reacção aos exames complementares de diagnóstico. Em relação ao controlo da dor, importa mencionar que a Psicologia tem contribuído não apenas com estudos que salientam a importância do carácter subjectivo da dor e, conseqüentemente, a importância da sua avaliação (Melzack & Wall, 1982), mas também com programas que propõem formas de controlo da dor, como o relaxamento e o *biofeedback*.

Mais recentemente, surgiu a preocupação com os exames complementares de diagnóstico. De facto, como já referimos, os avanços na medicina permitem que hoje se possa viver durante bastante tempo com algumas doenças, até há pouco tempo consideradas mortais. Contudo, este progresso tem como reverso a necessidade de recorrer a exames de diagnóstico e tratamentos que, não raras vezes, são muito aversivos para o doente, despoletando reacções emocionais excessivas da parte deste último (Labré, 1999). Neste sentido, alguns estudos apontam para a necessidade de preparar os doentes para os exames e/ou tratamentos que vão realizar, nomeadamente, através do fornecimento adequado de informação, e se necessário, recorrendo ao ensino de estratégias de controlo da ansiedade e da dor (Dahlquist, Gil, & Armstrong, 1988; Labré, 1999).

Qualidade de vida

As investigações sobre qualidade de vida, tendo como referência a situação económica dos indivíduos, tiveram início no final da década de 60 surgindo mais tarde, nos anos 90, o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde, para designar a aplicação da qualidade de vida ao contexto clínico (Ribeiro, 1994).

Não é fácil definir qualidade de vida, contudo, podemos afirmar que se trata de um conceito dinâmico e que varia com o tempo (Rodríguez, Picabia, & Gregório, 2002; Ribeiro, 1994). Para além disso, existem dois elementos que diversos autores consideram como fundamentais na caracterização deste conceito, são eles, a multidimensionalidade e a subjectividade (Henrich & Herschbach, 2000).

A multidimensionalidade refere-se à necessidade da qualidade de vida ultrapassar o bem-estar físico para abarcar outras dimensões (e.g., psicológica, espiritual, social, ambiental, entre outras). Assim, por exemplo, a melhoria dos sintomas físicos (como a atenuação dos efeitos secundários da quimioterapia e a consequente regressão de um tumor) não significa uma melhoria equivalente do estado psicológico (como os sentimentos negativos em relação à doença e à probabilidade de voltar a piorar) nem da satisfação social da pessoa doente (como o grau de apoio recebido por parte dos familiares ao longo do processo de doença).

A subjectividade reflecte o carácter pessoal do conceito de qualidade de vida; a avaliação pessoal do indivíduo relativamente à satisfação com a sua vida, segundo critérios estritamente pessoais. Um exemplo ilustrativo deste grau de subjectividade prende-se com um estudo de Jachuck et al. (1982), no qual este autor identificou que apesar de 100% dos médicos considerarem que todos os seus pacientes tinham melhorado a qualidade de vida depois da medicação, só metade dos pacientes concordaram com esta melhoria e nenhum familiar considerou ter havido um aumento de qualidade na vida do doente.

Partindo desta multidimensionalidade e subjectividade, existem hoje estudos que analisam as implicações do “estar doente” para a qualidade de vida dos indivíduos (Ribeiro, 1997). Para além destes, podemos ainda considerar investigações que abordam a forma como qualidade de vida das pessoas é afectada em situações de doença específica como seja, a infecção por VIH/SIDA (Baer & Roberts, 2000; Fredland, Renwick, & McColl, 1996; Guerra, 1997; Heckman et al., 1998; Heckman, 2003; Préau e col., 2002); a doença oncológica (Barnabé, 1997; Fallowfield, 1990; Graves, 2003; Juczynski & Oginska-Bulik, 2002; Lopes & Ribeiro, 1997; Ribeiro, 2002; Schwartz & col., 2000) ou a artrite reumatóide (Fallowfield, 1990; Santos, Trindade, & Teixeira, 1997; Zaura et al., 1995).

A investigação na área da qualidade de vida relacionada com a saúde permite-nos despertar para algumas situações anteriormente descuradas no acompanhamento dos utentes, como por exemplo, a necessidade dos clínicos avaliarem os tratamentos, tendo em consideração a qualidade de vida da pessoa e não apenas a redução dos sintomas físicos (e.g., entre vários fármacos, susceptíveis de reduzir os sintomas de uma doença, optar por aquele cujos efeitos secundários permitam manter funcionais áreas consideradas, pelo indivíduo, como determinantes na manutenção da sua qualidade de vida).

Por outro lado, os trabalhos que abordam doenças específicas, permitem que os Profissionais de Saúde estejam mais atentos a formas de promover a qualidade de vida naquela enfermidade particular (Andersen, 1999; Lepore et al., 2003). Assim, enquanto que algumas doenças, como a fractura de membros inferiores, afectam sobretudo o domínio do ambiente, na qualidade de vida do indivíduo, exigindo dos Profissionais de Saúde várias recomendações/ /intervenções no âmbito das condições habitacionais do utente, outras doenças, culturalmente mais estigmatizantes como o cancro, podem exigir dos Profissionais de Saúde uma maior actuação na manutenção de um estado psicológico positivo do utente no confronto com a doença.

PEDIATRIA

A pediatria foi, provavelmente, uma das especialidades médicas que mais cedo despertou para a necessidade de colaboração com os psicólogos. De facto, é interessante verificar que a Academia Americana de Pediatria sempre se interessou pelos aspectos psicossociais do desenvolvimento da saúde da criança (Wright, 1985).

As contribuições da Psicologia para a Pediatria deram origem, em 1967, à designação de Psicologia Pediátrica (Wright, 1967), que é hoje considerada como um subdomínio da Psicologia da Saúde (Barros, 1999).

Em nossa opinião, podemos destacar quatro grandes áreas de colaboração da Psicologia com a Pediatria: adaptação à doença, procedimentos médicos invasivos e hospitalização, promoção da saúde e o trabalho com os pais.

Adaptação da criança à doença

Já em 1973 Duff, Rowe, e Anderson (citados por Roberts et al., 1982) demonstravam que na prática da pediatria apenas 12% dos problemas eram considerados puramente de ordem física. De facto, o processo de adoecer numa criança ou adolescente não se confina aos aspectos biológicos uma vez que é amplamente influenciado, tal como se evidencia em diversos estudos na área da Psicologia, por factores psicossociais e do desenvolvimento implicados na adaptação da criança à doença crónica em geral (Harbeck-Weber & McKee, 1995; Swanwick, 1991; Thompson & Gustafson, 1995), e a doenças específicas como sejam, a doença oncológica (Brokstein et al., 2002; Chesler & Barbarin, 1987; Sanger, Copeland, & Davidson, 1990; Sorgen & Manne, 2002; Spinetta, 1982), a insuficiência renal crónica (Bizarro, 2001) e a asma (Chen et al., 2003; Morgado, Pires, & Pinto, 2000). O conhecimento destes factores, por parte dos Profissionais de Saúde, possibilita que estes actuem de forma mais adequada com cada criança, permitindo que, apesar da doença, o processo de desenvolvimento desta decorra da forma mais equilibrada possível.

Procedimentos médicos invasivos e hospitalização

A Psicologia do Desenvolvimento tem fornecido grandes contributos na preparação das crianças para os procedimentos médicos invasivos e para a própria hospitalização, a promoção do confronto adaptativo com reacções emocionais que lhes estão subjacentes, e as repercussões desta experiência no processo de desenvolvimento das crianças.

Os autores desenvolvimentistas concluíram que as crianças desenvolvem crenças sobre o que é a saúde (Barrio, 1990), a doença (Barrio, 1990; Bilbace & Walsh, 1980; Eiser, 1985), a dor (Barros, 1999), os tratamentos, a prevenção da doença (Barrio, 1990), e a própria morte (Chiattonne, 1996; Lafuente, 1996; Proença, 1998; Reynolds e col., 1995; Vianello & Lucamante, 2001) de uma forma bastante uniforme e previsível, ao longo do seu processo de desenvolvimento cognitivo. Ou seja, os conhecimentos sobre saúde/doença obedecem aos mesmos determinantes que os conhecimentos sobre fenómenos do mundo físico (noção de quantidade, velocidade e tempo) e do mundo social (crenças morais, normativas, metafísicas) anteriormente estudados pela Psicologia do Desenvolvimento.

A leitura desenvolvimentista permite a utilização, por parte dos Técnicos de Saúde, de formas de comunicação mais adequadas ao nível de compreensão da criança. Concretizando, a explicação que é fornecida a uma criança de 5 anos sobre uma tomografia computadorizada, não pode ser igual àquela que é dada a uma criança de 9 anos. No primeiro caso, o Técnico terá de utilizar uma explicação muito simples e essencialmente demonstrativa recorrendo, se necessário, a bonecos para explicar o que vai ser feito, assim como as técnicas distractivas a utilizar. Com a criança de 9 anos, o Técnico de Radiologia já poderá explicar o exame de diagnóstico, ainda que centrado nos seus aspectos mais concretos e, se possível, recorrer a comparações com aspectos da vida da criança (e.g., comparar com o tirar uma fotografia).

A Psicologia do Desenvolvimento contribui igualmente para a escolha de metodologias mais adequadas de confronto com a ansiedade e com a dor (Barros, 1999), particularmente úteis em situações como a preparação para exames invasivos (Fowler-Kerry & Lander, 1987), para o internamento (Harbeck-Weber & McKee, 1995; Nelson & Allen, 1999) e para a cirurgia programada (Lourenço, 1990). Neste sentido, são de salientar os benefícios da modelagem com crianças, em idade escolar, e a utilização do jogo com bonecos através do qual a criança pode desempenhar o papel de Técnico de Saúde, na faixa etária do pré-escolar (Barros, 1998).

Refira-se ainda que a Psicologia tem também contribuído para avaliar o impacto psicológico que os procedimentos médicos aversivos, como uma “simples” injeção ou uma tomografia computadorizada, podem ter na criança e no adolescente (Bachanas & Roberts, 1995; Fowler-Kerry & Lander, 1987; Jacobsen et al., 1990; Jay, 1998; Manne et al., 1992; Tyc et al., 1995).

Finalmente, importa salientar os estudos que abordam as consequências da hospitalização para o desenvolvimento da criança e do adolescente (Barros,

1998; Bolig & Weddle, 1988; Teyber & Littlehales, 1981). Estes trabalhos contribuem para o fornecimento de indicações precisas no que concerne aos programas de preparação para a hospitalização, com repercussões importantes no que concerne à diminuição da ansiedade da criança e do adolescente (Barros, 1998, 1999).

Promoção de comportamentos de saúde na criança e no adolescente

Neste ponto destacamos, mais uma vez, o contributo da Psicologia do Desenvolvimento, nomeadamente, através dos estudos sobre os conceitos de saúde e prevenção da doença (Barrio, 1991) para a promoção da saúde e de comportamentos de saúde em crianças e adolescentes. Com efeito, para que os programas de educação nesta área sejam bem sucedidos, é necessário não só partir do nível de conhecimento prévio que as crianças e os adolescentes possuem, mas também das características da sua estrutura cognitiva (García-Fernández & Peralbo-Uzquiano, 1999). Desta forma, ao considerarmos a promoção de comportamentos de saúde, como sejam a higiene oral ou a alimentação saudável, em crianças pré-escolares, temos de ter bem presente que, nesta idade, a não aquisição do conceito de reversibilidade torna inócuos os argumentos dos Profissionais de Saúde que se relacionem com a prevenção da doença (e.g., “*Deves lavar os dentes para não virem a doer quando fores crescido*”) pelo que a promoção destes comportamentos terá que ser centrada no presente e em aspectos lúdicos do dia a dia da criança (e.g., “*Sente o fresquinho que a pasta de dentes deixa na boca*”).

Trabalho a desenvolver com os Pais

Ao falar de pediatria não podemos deixar de referir a contribuição da Psicologia para a valorização do papel dos pais, como parte integrante da equipa de saúde.

É hoje comumente aceite que a presença dos pais nos serviços de pediatria constitui uma mais valia para a criança e para os próprios Técnicos de Saúde (Lemos, 1996; Reis & Santos, 1996). Por outro lado, sabe-se que os pais mais satisfeitos com a informação que lhes é fornecida pelos Técnicos de Saúde se envolvem mais na doença da criança, facilitando desta forma a adaptação desta última à doença (Pfefferbaum, 1990; Rowland, 1990).

Diversos estudos têm ainda abordado a reacção emocional dos pais à doença crónica (Davis, 1993; Teyber & Littlehales, 2003) e de mau prognóstico (Dahlquist, Czyzewski, & Jones, 1996; Silva et al., 2002; Rodrigues et al., 2000; Wyckoff & Erickson, 1987) salientando as implicações destas reacções para os Profissionais de Saúde (Teyber & Littlehales, 2003).

Por fim, o trabalho com pais de crianças doentes, nomeadamente, com doença oncológica, permite-nos hoje conhecer aquilo que os pais esperam dos Profissionais de Saúde que acompanham os seus filhos (Able-Boone, Doeckel,

& Smith, 1989; Chesler & Barbarin, 1987; Diogo, 2000), em aspectos como o fornecimento de informação e no que respeita à participação dos pais no acompanhamento da sua criança. Ao tomarem contacto com estes estudos, os Técnicos de Saúde poderão, mais facilmente, corresponder às expectativas dos pais e, desta forma, contribuirão para o aumento da satisfação dos mesmos com os serviços de saúde.

PROFISSIONAIS DE SAUDE

Relacionamento com o utente

Mcintyre (1994) refere, “*O doente vem à consulta médica ou está num serviço de saúde porque a sua saúde e bem-estar estão ameaçados, trazendo consigo sentimentos de insegurança, medo e ansiedade, e a expectativa do doente é de que o profissional de saúde o conforte, compreenda o seu sofrimento e o alivie de alguma forma.*” (p. 195). Esta realidade exige que os Profissionais de Saúde sejam treinados para adquirir competências que lhes permitam lidar, de forma positiva, com as exigências emocionais dos utentes.

Não obstante, os Profissionais de Saúde cometem, com frequência, diversas falhas comunicacionais (Teixeira & Trindade, 2000): não se apresentam convenientemente nem explicam qual a sua área de actuação, mostram-se desatentos e distantes face aos sentimentos e percepção da doença dos utentes, adoptam um estilo de comunicação autoritário com predomínio de perguntas fechadas, disponibilizam tempo insuficiente e informação escassa, ambígua, ou excessivamente técnica, para explicar o exame de diagnóstico ou o tratamento, proporcionam poucas oportunidades para o utente falar e colocar questões, dirigem-lhe poucas perguntas direccionadas para a recolha de dados pessoais, familiares ou profissionais associados ao pedido de ajuda e clarificam pouco as informações imprecisas proferidas pelos utentes.

As consequências negativas, inerentes a este contexto comunicacional, fazem sentir-se tanto nos Profissionais de Saúde como nos utentes: erros de avaliação de diagnóstico, baixo grau de adesão, dificuldades acrescidas na adaptação psicológica à doença, devido ao stress emocional, e elevados níveis de insatisfação face à qualidade dos serviços de saúde prestados, que contribuem para a procura de outras entidades prestadoras de ajuda (Teixeira & Trindade, 2000).

Pelo referido, é hoje inquestionável a importância da relação Técnico de Saúde-utente, sendo essencial que os futuros Profissionais de Saúde adquiram competências específicas de comunicação no que ao estabelecimento da relação de ajuda diz respeito.

O conceito de relação de ajuda, introduzido nos Cuidados de Saúde por autores como Chalifour e Lazure, surgiu no seio da Psicologia Humanista,

sendo Carl Rogers o autor que mais se destacou nesta área. Para este autor, o Homem é um ser bom e digno de confiança e que possui qualidades e capacidades superiores que permitem o crescimento saudável e equilibrado. Rogers (1974, 1977, 1999) considerava que o mais importante era a experiência subjectiva da pessoa e não o acontecimento em si. Ou seja, o mesmo acontecimento pode ser experienciado de formas distintas por pessoas diferentes. O essencial é compreender a forma como a pessoa vivenciou a situação.

Segundo Phaneuf (cit. Lazure, 1994) a relação de ajuda *aplicada aos cuidados de saúde conserva o seu carácter de respeito e de confiança no Homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa.*

O papel do Técnico de Saúde é assim o de ajudar o utente a satisfazer as suas necessidades fundamentais (Lazure, 1994), acreditando que o utente possui os recursos que lhe são necessários para lidar com determinada situação, e não a substituí-lo na resolução dos seus problemas (Rogers & Wallen, 2000). Trata-se de criar um ambiente positivo (Queirós, 1999) de forma a ajudar o doente a encarar o problema actual de uma forma mais adaptada, que permita o seu crescimento pessoal (Oliveira et al., 1995). Assim, o estabelecimento de uma relação empática centrada no utente, permitirá que o utente mais facilmente verbalize as suas crenças mais negativas e expresse as suas emoções. Desta forma, o Técnico de Saúde poderá ajudar o paciente na elaboração de crenças alternativas e no desenvolvimento de emoções mais adaptativas.

Stress nos Profissionais de Saúde

Estudos (Smith, 1978) indicam que os centros de saúde e os hospitais constituem ambientes de trabalho muito stressantes para os que neles trabalham, em particular, por terem pessoas à sua responsabilidade (Mcintyre, 1994), nomeadamente doentes e respectivos familiares (Gray-Toft & Anderson, 1981, Serra, 1999).

Diversas investigações, algumas das quais realizadas em Portugal (Felicio & Pereira, 1994; Nogueira, 1988, cit. McIntyre, 1994) enumeram diferentes factores que, estando directamente relacionados com as características organizacionais das instituições de saúde, constituem os principais stressores no desempenho da actividade profissional na área da saúde: diferentes níveis de autoridade, especialização profissional, profissionais de diferentes áreas com funções interdependentes, geradoras de ambiguidade de papeis (Garcia, 1997), sobrecarga de trabalho (Calhoun, 1980; Gray-Toft & Anderson, 1981; Vaz Serra, 1999; Vives, 1994), com tarefas inesperadas e urgentes ou, por oposição, monótonas e rotineiras (Leppanen & Olkinuora, cit. McIntyre, 1994); lidar com questões eticamente discutíveis entre todos os envolvidos, tais como, o aborto (Vaz Serra, 1999), a SIDA ou ainda decisões de prolongar a vida em unidades de cuidados intensivos, recursos inadequados, rápidas mudanças tecnológicas e

exposição continuada à morte (Firth-Cozens & Morrison, cit. Bennett, 2004; Garcia, 1997; McIntyre, 1994).

Todos estes factores, por aumentarem significativamente os níveis de stresse experienciado, contribuem para prejudicar a saúde física e mental daqueles que se ocupam a cuidar dos indivíduos doentes. Consequentemente, podemos encontrar nos Profissionais de Saúde, particularmente em 10-20% desta população (Leppanen & Olkinuora, cit. McIntyre, 1994), sintomas psicológicos, como a ansiedade, nervosismo, tensão, depressão (Vives, 1994; Garcia, 1997), ou suicídio, cuja incidência em médicos é duas a três vezes superior à população em geral, sobretudo na área da psiquiatria (Serra, 1999). Também é comum o surgimento de sintomas psicossomáticos como, por exemplo, taquicardia, dor torácica, náuseas (Ferreira, 1998) dores de cabeça ou fadiga (Garcia, 1997; McIntyre, 1994).

Estes sintomas, surtem consequências ao nível da diminuição da produtividade, do aumento do absentismo, acréscimo de acidentes de trabalho e de falhas no desempenho profissional, invalidez, abandono da profissão (Garcia, 1997) morte prematura e problemas familiares, estes últimos devido ao distanciamento e diminuição da disponibilidade dos Profissionais de Saúde (Ferreira, 1998; McIntyre, 1994).

Neste contexto, é fundamental conhecer esta realidade para se poder prevenir consequências negativas, físicas e psicológicas, quer para quem trata, quer sobre quem é tratado. Assim, no campo da Psicologia da Saúde, têm sido propostas diversas estratégias, a implementar na instituição de saúde e com cada profissional: a disponibilização de espaços privados para os Profissionais de Saúde se retirarem, o treino de técnicas de relaxamento para redução do stresse, a criação de grupos de discussão entre colegas para a partilha de assuntos mais delicados (Garcia, 1997), assuntos esses como o confronto com a morte do doente, a formação dos Profissionais de Saúde relativamente aos aspectos psicológicos e comportamentais do doente, a promoção de competências de comunicação com o utente e respectiva família, a identificação e o confronto com sinais e sintomas disfuncionais de stresse, o desenvolvimento de competências necessárias para o trabalho em equipa (Ferreira, 1998; McIntyre, 1994) e a promoção de apoio social e feedback (Elkin & Rosch, cit. Bennett, 2004).

CONCLUSÃO

Ao longo deste artigo evidenciámos diversos contributos da Psicologia para o desempenho profissional dos Técnicos de Saúde, particularizando três grandes áreas de actuação:

- 1) Ao nível da compreensão que o utente tem do sistema de saúde, quer na área da promoção da saúde, quer no processo de confronto com a

doença. Assim, a Psicologia Social tem, por um lado, identificado as barreiras à adesão de comportamentos de promoção da saúde, avaliado as crenças e emoções dos utentes, através de escalas de atitudes, enquanto a Psicologia da Doença e do Desenvolvimento tem conceptualizado modelos que dão a conhecer as representações que os adultos, crianças e familiares têm da doença bem como a respectiva influência sobre a reacção emocional, os comportamentos de confronto adoptados e o processo de adaptação à situação aguda, crónica e/ou terminal. Sobre outra perspectiva, também têm sido desenvolvidas investigações que abordam a forma como a qualidade de vida das pessoas é afectada em situações de doença, exigindo aos Profissionais de Saúde uma intervenção específica e adaptada a cada utente.

- 2) A Psicologia tem também fornecido ferramentas fundamentais para lidar com o utente (adulto ou criança) no dia a dia, em particular, a Psicologia Social e Cognitiva explicam como modificar atitudes negativas dos utentes, conjugando diversos factores envolvidos na comunicação persuasiva; a Psicologia do Desenvolvimento propõe o tipo de informação que deve ser transmitida em função do nível cognitivo da criança; a Psicologia da Saúde destaca a importância dos Técnicos não se centrarem exclusivamente na redução dos sintomas e na administração dos tratamentos em função das diferentes necessidades despoletadas por cada doença em particular e do grau de funcionalidade dos utentes, nos domínios que mais valorizam na sua vida; a Psicologia Humanista faculta orientações úteis para os Profissionais de Saúde desenvolverem competências comunicacionais e ajudarem os utentes a compreender e a ultrapassar a situação de doença, incorporando-a, desejavelmente, no seu processo de crescimento pessoal; por fim, a Psicologia Comportamental e Cognitiva disponibiliza estratégias de controlo da ansiedade e da dor para a preparação de exames e/ou tratamentos invasivos.
- 3) Por último, a Psicologia tem um papel fundamental na promoção da saúde dos próprios Técnicos, essencialmente, identificando os principais stressores nos serviços de saúde e propondo estratégias para a eficaz gestão do stress nestes contextos.

REFERENCIAS

- Able-Boone, H., Dokecki, P., & Smith, M. (1989). Parental and health care provider communication and decision making in the intensive care nursery. *Children's Health Care*, 18(3), 133-141.
- Affleck, G., Tennen, H., & Croog, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: an 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 29-35.

- Altschuler, J. (1997). *Working with chronic illness*. London: Macmillan Press LTD.
- Andersen, B. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 590-610.
- Auerbach, J., Oleson, T., & Solomon, G. (1992). A behavioral medicine intervention as an adjunctive treatment for HIV-related illness. *Psychology and Health, 6*, 325-334.
- Bachanas, P., & Roberts, M. (1995). Factors affecting children attitudes toward health care and responses to stressful medical procedures. *Journal of Pediatric Psychology, 20*(1), 261-275.
- Baer, M., & Roberts, J. (2000). Complex HIV Treatment regimens and patient quality of life. *Canadian Psychology, 43*(2), 115-121.
- Balmer, D. (1994). The efficacy of a scientific and ethnographic research design for evaluating AIDS group counselling. *Counselling Psychology Quarterly, 7*(4), 429-440.
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise Psicológica, XVI*(1), 11-28.
- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Barnabé, R. (1997). Qualidade de vida, relação conjugal, satisfação sexual em mulheres mastectomizadas e mulheres tumorectomizadas – Um estudo comparativo. In Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 215-230). Lisboa: ISPA.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bennett, P. (2002). Promoção da Saúde. *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bennett, P. (2004). Stress e o Sistema Hospitalar. *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Bilbace, R., & Walsh, M. (1980). Development of children's concepts of illness. *Pediatrics, 66*(6), 912-917.
- Bishop, G. (1991). Understanding the understanding of illness: lay disease representations. In A. Skolton & R.T. Croyle (Eds.), *Mental Representation in Health and Illness* (pp. 32-60). New York: Springer-Verlog.
- Bizarro, L. (2001). O bem-estar psicológico de adolescentes com insuficiência renal crónica. *Psicologia, Saúde & Doença, 2*(2), 55-67.
- Bolig, R., & Weddle, K. (1988). Resiliency and hospitalization of children. *Children's Health Care, 16*(4), 255-260.
- Bor, R., Miller, R., Goldman, E., & Scher, I. (1993). Systemic theory in counselling people with HIV disease. *International Journal for the Advancement of Counselling, 16*, 37-46.
- Brokstein, R., Cohen, S., & Walco, G. (2002). STARBRIGHT World and psychological adjustment in children with cancer: A clinical series. *Children's Health Care 31*(1), 29-45.
- Buela-Casal, G., & Moreno, S. (1999). Intervención Psicológica en câncer. In A.M. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Burges, C., Keith, T., & Pettingale, K. (1988). Psychological response to cancer diagnosis – Evidence for coping styles. *Journal of Psychosomatic Research, 32*(3), 263-272.
- Burton, M., & Watson, M. (1998), *Counselling people with cancer*. New York: Jonh Wiley & Sons.
- Calhoun, G. (1998). Hospitals are high-stress employers. *Hospitals, 54*(12), 171-176.
- Chen, E., Fisher, E., Bloomberg, G., & Strunk, R. (2003). Predictors of repeat hospitalizations in children with asthma: The role of psychosocial and socioenvironmental factors. *Health Psychology, 22*(19), 12-18.
- Chesler, M., & Barbarin, O. (1987). *Childhood cancer and the family*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Chiattonne, H. (1996). A criança e a morte. In V. Angerami-Camon (Ed.), *E a Psicologia entrou no Hospital*. Brasil: Pioneira.

- Colón, R. (1992). Grupos de apoio para homens gay HIV seropositivos: Un estudio de caso en Puerto Rico. *Revista Latinoamericana*, 24(1-2), 189-200.
- Crossley, M. (1999). Making sense of HIV infection: discourse and adaptation do life with a long-term HIV positive diagnosis. *Health*, 3(1), 95-119.
- Dahlquist, L., Czyzewski, D., & Jones, C. (1996). Parents of children with cancer: A longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(4), 541-554.
- Dahlquist, L., Gil, K., Armstrong, D., (1988). Preparing children for medical examinations. In Melamed e col. (Eds.), *Health Psychology*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Davis, H. (1993). *Counselling Parents of children with chronic illness or disability*. Baltimore: British Psychological Society.
- Davis, H., & Falloowfield, L. (1996). *Counselling and Communication in Health Care*. Chivester: John Wiley & Sons
- Diogo, P. (2000). Necessidades de Apoio dos familiares que acompanham a criança com doença oncológica no internamento. *Pensar Enfermagem*, 4(1), 12-24
- Doll, R., & Peto, R. (1981). *The causes of Cancer*. New York: Oxford University Press.
- Eiser, C. (1985). Changes in understanding of illness as the child grows. *Archives of Disease in Childhood*, 60, 489-492.
- Ferreira, C. (1998). O Stress em Enfermagem. *Sinais Vitais*, 21, 19-21.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Standford, CA: Standford University Press.
- Friedland, J., Renwick, R., & McColl, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of lif in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 8(1), 15-31.
- Fowler-Kerry, S., & Lander, J. (1987). Management of injection pain in children. *Pain*, 30, 169-175.
- Garcia, L. (1997). O Stress no Enfermeiro, nos primeiros anos de vida profissional. *Sinais Vitais*. 14, 37-39.
- Garcia-Fernández, M., & Peralbo-Uzquiano, M. (1999). Desarrollo cognitivo y concepciones sobre la salud. In M.A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 115-132). Madrid: Biblioteca Nueva.
- George, H. (1989). Couselling people with AIDS, their lovers, friends and relations. In J. Green & A. McCreaner (Eds.), *Counselling in HIV infection and AIDS* (pp. 69-87). London: Blackwell Scientific Publications.
- Graves, K. (2003). Social cognitive theory and cancer patient's quality of life: A meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychology*, 22(2), 210-219.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. (1981). Stress among Hospital Nursing Staff: its causes and effects. *Social Sciences Medicine*, 15 A, 639-647.
- Guerra, M.P. (1994). Avaliação da Adaptação do Ser Humano à Seropositividade ao Vírus HIV. *Análise Psicológica*, XII(2-3), 381-388.
- Guerra, M.P. (1998). *SIDA – Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Guerra, M.P. (1997). Resultados da aplicação de um modelo de adaptação psicológica numa população seropositiva: Reflexões decorrentes sobre a qualidade de vida. J. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 357-369). Lisboa: ISPA
- Grilo, A.M. (1999). Estudo desenvolvimentista das significações dos seropositivos para VIH/SIDA. *Dissertação de Mestrado*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Grilo, A.M. (2001a). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2), 101-118.
- Grilo, A.M. (2001b). Reacção psicológica à doença terminal. *Acontece Enfermagem*, 1(1), 8-11.

Harbeck-Weber, C., & McKee, D. (1995). Prevention of emotional and behavioral distress in children experiencing hospitalization and chronic illness. In M. Roberts (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (pp. 167-184). New York: Guilford Press.

Heckman, T., Somlai, A., Otto-Salaj, L., & Davantes, B. (1998). Health-related quality of life among people living with HIV disease in small communities and rural areas. *Psychology and Health, 13*, 859-871.

Heckman, T. (2003). The chronic illness quality of life model: Explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology, 22*(2), 140-147.

Henrich, G., & Herschbach, P. (2000). Questions on life satisfaction – A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment, 16*(3), 150-159.

Hoffman, M.A. (1991). Counselling the HIV-Infected Client: A Psychosocial Model for Assessment and Intervention. *The Counseling Psychologist, 19* (4), 467-542.

Janis, I.L., & Feshback, S. (1953). Effects of fear-arousing communications. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 48*, 78-92.

Jay, S. (1988). Invasive medical procedures: Psychological intervention and assessment. In R., Donald (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (pp. 401-425). New York: The Guilford Press.

Jacobsen, P., Manne, S., Rapkin, ?., & Redd, W. (1990). Analysis of child and parent behavior during painful medical procedures. *Health Psychology, 9*(5), 559-576.

Juczynski, Z., & Oginska-Bulik, N. (2002). Personal and social resources determining cancer patient's quality of life. In I. Leal, T. Botelho, & J.L. Ribeiro (Eds.), *Proceedings The 16th Conference of the European Health Psychology Society* (pp. 293-300). Lisboa: ISPA.

King, J., & Zoegler, S. (1981). The effects of hospitalization of children's behavior: a review of the literature. *Children's Health Care, 10*(1), 20-28.

Kolata, G. (1987). Erotic Films in Aids cur risk behavior. *New York Times, 3 Nov.*, 7.

Labré, E. (1999). Preparación psicológica ante procedimientos de resonancia magnética nuclear. In M. Simon (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 435-448). Madrid: Biblioteca Nueva.

Lafuente, M.J. (1996). Familia e muerte. In M. Millán (Ed.), *Psicología de la familia. Un enfoque evolutivo e sistémico*. Valencia: Promolibro.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Lemos, L. (1996). Aspectos de humanização nos hospitais de adultos. Aprendam com a experiência da pediatria! *Acta Médica Portuguesa, 9*, 383-385.

Lepore, S., Helgeson, V., Eton, D., & Schulz, R. (2003). Improving quality of life in men with prostate cancer: a randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychology, 22*(5), 443-452.

Ley, P. (1988). *Communicating with patients*. London: Croom Helm.

Leyens, J.P., & Yzerbyt, V. (1999). Atitudes e Persuasão. *Psicologia Social*. Lisboa: Edições 70.

Leventhal, H., Nerenz, D.R., & Steele, D. (1984). Illness representation and coping with health threats. In Baum & Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 219-252). New York: Erlbaum

Lopes, H., & Ribeiro, J. (1997). Qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia ou ovariectomia para tratamentos de cancro do útero ou ovários. In J. Ribeiro (Edt.) *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (pp.291-305). Lisboa: ISPA

Lourenço, A. (1990). Preparação pré-operatória da criança e família. *Nursing, 3*(31), 9-11.

Maheswaran, D., & Meyers-Levy, J. (1990). The influence of message framing and issue involvement. *Journal of Marketing Resources, 27*,361-7.

Mcintyre, T. (1994). Stress e os Profissionais de Saúde: Os que Tratam também Sofrem. *Análise Psicológica, XII, 2-3*, 193-200.

Manne, S., Jacobsen, P., Gorfinkle, K., Bernstein, D., & Redd, W. (1992). Adult-child interaction during invasive medical procedures. *Health Psychology, 11*(4), 241-249.

Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for health services professions. In J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral health* (pp. 3-40). New York: John Wiley & Sons.

Matos, P., & Pereira, M.G. (2002). Psicoterapia com doentes oncológicos e seus familiares: pertinência e objetivos gerais. In M.G. Pereira & C. Lopes (Eds.), *O doente oncológico e a sua família* (pp. 27-56). Lisboa: Climepsi.

Mayou, R. (1985). The psychiatric and social consequences of coronary artery surgery. *Journal of Psychosomatic Research, 30*(3), 255-271.

Meland, J., & Havik, O. (1987). Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research, 31*(4), 471-481.

Melzack R., & Wall, P. (1982). *O Desafio da Dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Milton, M. (1994). The case for existential therapy in HIV-related psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly, 7*(4), 367-374.

Morgado, M., Pires, A., & Pinto, J. (2000). Auto-eficácia na criança asmática. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1*(1), 121-128.

Moos, R.H. (1979). Coping with acute health crises. In G. Stone & A. Cohen (Eds.), *Health Psychology: A handbook* (pp. 129-151). San Francisco: Jossey-Bass

Nelson, C., & Allen, J. (1999). Reduction for healthy children's fears related to hospitalization and medical procedures: The Effectiveness of multimedia computer instruction in pediatric psychology. *Children's Health Care, 28*(1), 1-13.

Newman, S., Klinger, L., Venn, G., & Smith, P. (1989). Subjective reports of cognition in relation to assessed cognitive performance following coronary artery bypass surgery. *Journal of Psychosomatic Research, 33*(2), 227-233.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Oliveira, I., Vinha, J., Correia, M., & Morato, M. (1995). O escutar na relação de ajuda. *Enfermagem em Foco, 20*, 29-31.

Paul, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Paul, C., Martin, I., & Sequeiros, J. (2000). Construção de uma escala de atitudes face ao casamento e filhos para estudo da adesão ao teste preditivo de doenças genéticas. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3ª Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.165-170). Lisboa: ISPA.

Pfefferbaum, B. (1990). Common Psychiatric Disorders in Childhood cancer and their management. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology* (pp. 544-561). Oxford University Press.

Préau, M., Morin, M., Duran, S., & Spire, B. (2002). Health related quality of life in patients treated of HIV-infection: Impact of highly antiretroviral therapies. In I. Leal, T. Botelho, & J.P. Ribeiro (Eds.), *Proceedings The 16th Conference of the European Health Psychology Society* (pp. 333-340) Lisboa: ISPA.

Proença, A. (1998). Perspectiva da criança doente sobre a doença e a morte. In R.M. Cardoso (Ed.), *A outra metade da medicina* (pp. 45-56). Lisboa: Climepsi.

Queirós, A.A. (1999). *Empatia e Respeito*. Coimbra: Quarteto.

Raig, A. (2002). Estrés laboral asistencial y calidad de vida personal en la atención oncológica. In R. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 579-603). Lisboa: Climepsi.

Reis, G., & Santos, M. (1996). A importância da presença dos pais na unidade de cuidados intensivos do hospital pediátrico de Coimbra. *Sinais Vitais, 8*, 25-28.

Reynolds, L., Miller, D., Jelalian, E., & Spirito, A. (1995). Anticipatory grief and bereavement. In M. Roberts (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (pp. 142-164). Guilford Press.

Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, XII(2-3), 179-191.

Ribeiro, J. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In J. Ribeiro (Edt.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 253-282). Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In R. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi.

Roberts, M., Maddux, J., Wurtele, S., & Wright, L. (1982). Pediatric Psychology. Health care psychology for children. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 191-226). New York: Plenum Press.

Rodrigues, L. (2001). Psicologia Social: Os Fundamentos Sócio-culturais do Comportamento. *Psicologia*. Lisboa: Plátano Editora.

Rodrigues, M.A., Rosa, J., Moura, M.J., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 61-68.

Rodríguez, A., Picabia, A., & Gregório, A. (2002). Illness behavior, coping, and health-related quality of life. *European Psychologist*, 7(2), 125-133.

Rogers, C. (1974). *Psicoterapia e consulta psicológica*. Lisboa: Moraes Editores.

Rogers, C. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Rogers, C. (1999). A Reformulação de Sentimentos. *A Pessoa Como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 9-12.

Rogers, C., & Wallen, J.L. (2000). *Manual de Counseling*. Fanhões: Encontro.

Rowland, J. (1990). Developmental stage and adaptation: Child and adolescent model. In J. Holland & J. Rowland, *Handbook of Psychooncology* (pp. 22-43). Oxford University Press.

Rutter, D. (2000). Attendance and reattendance for breast cancer screening: A prospective 3-year test of the Theory of Planned Behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 5, 1-13.

Sallfors, C., & Hallberg, L. (2003). A parental perspective on living with a chronically ill child: a qualitative study. *Families, Systems & Health*, 21(2), 193-204.

Santos, A., Trindade, I., & Teixeira, J. (1997). Expectativas de auto-eficácia e qualidade de vida em sujeitos com artrite reumatóide do adulto. In J. Ribeiro (Edt.) *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.135-147). Lisboa: ISPA

Santos, M.I. (2000). A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidades de cuidados intensivos coronárias. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1 51-60.

Sherif, M., & Hovland, C. (1961). *Social Judgement: Assimilation and Contrast Effects in Communication and Attitude Change*. New Haven, CT: Yale University Press.

Schwartz, C., Covino, N., Morgentaler, A., & DeWolf, W. (2000). Quality-of-life after penile prosthesis placed at radical prostatectomy. *Psychology and Health*, 15, 651-661.

Serra, V. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Shontz, F. (1982). Adaptation to chronic illness and disability. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 153-172). New York: Plenum Press.

Silva, S., Pires, A., Gonçalves, M., & Moura, M.J. (2002). Cancro infantil e comportamento parental. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 43-60.

Soares, I.C., & Pinto, A. (1990). Aconselhamento psicossocial em situação de infecção pelo HIV e/ou SIDA. In I. Soares & A. Pinto (Eds.), *A psicologia nos Serviços de Saúde* (pp. 87-91). Lisboa: Coleção temas de Psicologia, APORTE.

Soares, M., Moura, M., Carvalho, M., & Américo Baptista (2000). Ajustamento emocional, afectividade e estratégias de coping na doença do foro oncológico. *Psicóloga, Saúde & Doenças*, 1(1), 19-25.

Sorgen, K., & Manne, S. (2002). Coping in Children with cancer: Examining the goodness-of-fit hypothesis. *Children's Health Care*, 31(3), 191-207.

- Spinetta, J. (1982). Psychosocial issues in childhood cancer. How the professional can help. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics* 3, 51-72.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S., Sworowski, L., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Suarez, T., & Reese, F. (2000). Coping, psychological adjustment, and complementary and alternative medicine use in persons living with HIV and AIDS. *Psychology and Health*, 15, 635-649.
- Sykes, D., Hanley, M., Boyle, D., & Higginson, D. (2000). Work strain and the post-discharge adjustment of patients following a heart attack. *Psychology and Health*, 15, 609-623.
- Swanwick, M. (1991). Desenvolvimento infantil e doença crónica. *Nursing*, 4(41), 7-10.
- Taylor, S. (1995). *Health Psychology*. McGraw-Hill International Editions.
- Taylor, S. (1999). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.
- Teixeira, C., & Trindade, I. (2000). Problemas de comunicação em saúde e suas consequências. *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Teyber, E., Littlehales, D. (1981). Coping with feelings: Seriously ill children, their families, and hospital staff. *Children's Health Care*, 10(2), 58-62.
- Thompson, R., & Gustafson, K. (1995). *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington: American Psychological Association.
- Tyc, V., Fairclough, D., Flletcher, B., Leigh, L., & Mulhern, R. (1995). Children's Distress During Magnetic Resonance Imaging Procedures. *Children's Health Care* 24(1), 5-19.
- Vala, I., & Monteiro, M.B. (1993). Atitudes. *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vianello, R., & Lucamante, M. (2001). Children's understanding of death according to parents and pediatricians. *Journal of Genetic Psychology*, 149(3), 305-316.
- Vives, J. (1994). Respuesta emocional al estrés laboral. *Revista ROL de Enfermería*, 186, 31-39.
- Zautra, A., Burleson, M., Smith, C., Blalock, S., Wallston, K., DeVellis, R., DeVellis, B., & Smith, T. (1995). Arthritis and perceptions of quality of life: An examination of positive and negative affect in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 14(5), 399-408.
- Weinstein, N. (1983). Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychology*, 2, 11-20.
- Wicke, D.M., Lorge, R.E., Coppin, R.J., & Jones, K.P. (1994). The effectiveness of waiting room notice-boards as a vehicle for health education. *Family Practice*, 11, 292-295.
- Wright, L. (1967). The pediatric psychologist: a role model. *American Psychologist*, 22, 323-325.
- Wyckoff, P., & Erickson, M. (1987). Mediating factors of stress on mothers of seriously ill, hospitalized children. *Children's Health Care*, 16(1), 4-12.