

**CANDIDATURA AO TÍTULO DE AGREGADO NO
GRUPO DE PSICOLOGIA**

**RELATÓRIO DA DISCIPLINA
DE
PSICOLOGIA DA SAÚDE**
(Grupo de disciplinas de Psicologia)

Apresentado por José Luis Pais Ribeiro, professor associado de nomeação definitiva, nos termos do art.º 9º ponto 1-a) do Dec.-Lei nº 301/72, de 14 de Agosto, em concurso para o título de agregado do 1º grupo (Psicologia) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, a que foi admitido por despacho reitoral de 29 de Março de 2005.

ÍNDICE

Preâmbulo

Parte I- Introdução

- 3 Características do contexto onde se insere a disciplina
- 4 A importância da psicologia da saúde como organizadora do conhecimento
- 9 O nascimento da Psicologia da Saúde

Parte II- OBJECTIVOS E CONTEÚDOS

- 12
- 12 Objectivos
- 14 Os conteúdos da disciplina
- 15 Cap I- origem, contexto, características do domínio da psicologia da saúde
- 16 Cap.II-pressupostos da intervenção em psicologia da saúde
- 17 Cap III- Intervenção em psicologia da saúde
- 18 Cap IV- sistema de cuidados de saúde
- 19 Cap.V-Os grandes temas em psicologia da saúde

Parte III- Fundamentação e desenvolvimento dos conteúdos programáticos

- 21 Cap I- origem, contexto, características do domínio da psicologia da saúde
- 22 M 1- A pré-história da psicologia da saúde
- 24 M2- A evolução das concepções de saúde e doença ao longo da história
- 26 M3- Emergência da Psicologia da Saúde
- 28 M4- Terminologia
- 30 M5- Variáveis psicológicas, saúde e doenças (psicologia positiva e negativa)
- 33 Aulas práticas do Cap I
- 35 Cap II- pressupostos da intervenção em psicologia da saúde
- 36 M1- Campo da saúde – variedade de contextos
- 38 M2- Tomada de decisão no campo da saúde
- 40 M3- A intervenção e os pressupostos básicos da Psicologia da Saúde
- 42 M4- Desenvolvimento humano e a intervenção em Psicologia da Saúde
- 44 M5- Modelo de resultados e os modelos de intervenção no campo da saúde
- 45 Aulas práticas do Cap II
- 46 Cap. III- Intervenção em psicologia da saúde
- 47 M1- Psicoterapia de apoio

49	M2- Intervenção na promoção e protecção da saúde
51	M3- Intervenção na prevenção das doenças
53	M4- Intervenção com os idosos
55	M5- Intervenção em contexto de fim da vida
56	Aulas práticas do Cap. III
58	Cap. IV- Sistema de cuidados de saúde
59	M1- Comportamento do doente e contextos médicos - sofrimento e dor
61	M2- Doenças de grande impacto (doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, doenças neurológicas)
63	M3- Gravidez, maternidade, e primeiros anos de vida
65	M4- Comportamento alimentar e perturbações da imagem corporal
67	M5- Acidentes
68	Aulas práticas do Cap. IV
69	Cap. V- Os grandes temas em psicologia da saúde
70	M1- Avaliação psicológica em psicologia da saúde
72	M2- Doenças crónicas
74	M3- Stress
76	M4- Coping
78	M5- Dor
80	Aulas práticas do Cap. V

Parte IV- Métodos de ensino

81	Métodos de ensino
82	As novas tecnologias e a aprendizagem
83	Justificação do método
85	Organização da aprendizagem
86	A avaliação

Bibliografia complementar

PREÂMBULO

O ensino formal constitui um objectivo fundamental em todas as sociedades no mundo desenvolvido. A Universidade constitui, por sua vez, um dos instrumentos para alcançar aqueles objectivos. A universidade do Porto explica nos seus estatutos que “é uma instituição de educação, investigação e desenvolvimento, comprometida com a formação integral das pessoas, com o respeito pelos seus direitos e a participação activa no progresso das suas comunidades”.

Esclarecem os estatutos que a Universidade do Porto prossegue diversos objectivos, colocando em primeiro lugar a formação humana, cultural, científica, ética e técnica no quadro de processos diversificados de ensino e aprendizagem, de actividades complementares de desenvolvimento de atitudes e capacidades e de difusão de conhecimentos.

A disciplina que é objecto do presente relatório é uma das parcelas daquele todo que constitui a Universidade do Porto e alcançará um grupo de alunos que escolheu o currículo de psicologia. Para além de outros objectivos da Universidade do Porto, a disciplina de Psicologia da Saúde deverá contribuir, no seio das restantes actividades do currículo da licenciatura em psicologia, para os objectivos da Universidade.

O presente relatório propõe-se apresentar a disciplina de **Psicologia da Saúde** do currículo da licenciatura em psicologia (DR II Série, nº 287, de 13/12/1985). A disciplina é anual e vale 6 créditos. Está distribuída por 26 semanas de aulas das quais metade é constituída por aulas teóricas e metade por aulas práticas

Em conformidade com o ponto a) do nº 1 do artigo 9º do Dec-Lei nº 301/72 de 14 de Agosto, o relatório inclui o programa, os conteúdos e os métodos de ensino teórico e prático das matérias da disciplina de Psicologia da Saúde.

O presente relatório divide-se em cinco partes:

I. Na primeira parte, **Introdução**, descreve-se o contexto em que a disciplina se insere, caracterizam-se os alunos a que se destina, e justificam-se as opções feitas na escolha dos conteúdos das suas unidades programáticas.

II. Na segunda, **Objectivos e Conteúdos**, definem-se os objectivos da disciplina, apresentam-se os módulos que constituem unidades temáticas, agrupados por capítulos.

III. Na terceira parte, **Fundamentação e Desenvolvimento dos Conteúdos Programáticos**, procede-se ao desenvolvimento das unidades temáticas referidas na parte anterior, o qual consistirá, sempre, numa introdução justificativa ao capítulo, num

roteiro pormenorizado dos conteúdos e das referências bibliográficas principais que compõem cada módulo

IV. Na quarta parte, **Metodologias de Ensino**, justificam-se os métodos e estratégias utilizadas, assim como os diferentes processos de avaliação que são adoptados.

V. Finalmente, na última parte, **Bibliografia Adicional**, apresenta-se a lista de referências que serviu de suporte à construção do programa da disciplina, e referências consideradas básicas para os alunos construírem o conhecimento fundamental para compreender todo o enredo do domínio da Psicologia da Saúde.

PARTE I

INTRODUÇÃO

Psicologia da Saúde é uma disciplina afim da especialidade de Psicologia e Saúde. Esta constitui uma especialidade de doutoramento em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (conforme deliberação do Senado Universitário do Porto de 12/11/1991). Esta especialidade abrange cinco disciplinas afins: Psicologia da Saúde, Intervenção Psicológica em Saúde Mental, Psicopatologia Geral e Especial, Psicopatologia da Criança e do Adolescente e Questões Aprofundadas da Avaliação Psicológica.

Para além de especialidade de doutoramento, Psicologia e Saúde constitui, também, uma das seis áreas de opção - áreas do ciclo complementar - do currículo de psicologia desta faculdade. O ciclo complementar constitui a parte final da licenciatura em psicologia, abrangendo os últimos dois anos do curso.

As disciplinas afins da especialidade Psicologia e Saúde constituem disciplinas da área complementar com o mesmo nome, com excepção da Psicopatologia Geral e Especial, pertencente ao terceiro ano do ciclo básico do currículo da licenciatura em Psicologia. A área três - Psicologia e Saúde - inclui, no quarto ano, as disciplinas de Psicopatologia da Criança e do Adolescente, Intervenção Psicológica em Saúde Mental e Questões Aprofundadas de Avaliação Psicológica e, no quinto ano, Psicologia da Saúde e Modelos de Intervenção no Comportamento Desviante (esta, disciplina pertencente a outra área, a dois) e ainda, o Estágio Escolar e o Seminário.

Características do contexto onde se insere a disciplina

A análise feita na parte anterior fornece uma primeira imagem do enquadramento da disciplina de Psicologia da Saúde no currículo do curso de Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Dela salientaremos que:

- a) a disciplina está incluída no ano terminal;
- b) é uma disciplina organizadora no sentido em que aborda a “psicologia da saúde” que é o domínio que dá o título a esta área de conhecimento;
- c) está incluída num bloco de clara orientação psicopatológica.

Pelo facto da disciplina de Psicologia da Saúde decorrer no quinto e último ano do curso, tem um lugar privilegiado na síntese de conhecimentos. Sendo a síntese um processo que sucede à análise (Kramer, 1983), e esta constituir um processo estrutural (não é só uma questão de conteúdos cognitivos mas, também, de operação sobre os conteúdos), os objectivos e as estratégias de organização da disciplina contemplarão, não só, a dimensão "conteúdos" mas também a dimensão estrutural. Estas diferenças são explicadas e discutidas, quer nos modelos taxonómicas de Bloom, Engelhart, Furst, Hill, e Krathwohl (1977), em que a organização da aprendizagem evolui do nível mais simples, a que estes autores chamam conhecimento, até a um nível mais complexo a que chamam síntese, quer por autores estruturalistas que explicam o conhecimento como organização do raciocínio, como Kramer (1983).

A importância da psicologia da saúde como organizadora do conhecimento

O quinto ano da licenciatura constitui-se como um período da formação universitária em que as bases da psicologia já estão dominadas, os modelos de avaliação e intervenção são conhecidos, e uma ideia clara da psicologia se começa a formar.

Num segundo nível de análise assume-se que a área 3, "Psicologia e Saúde" faz a ligação entre a psicologia e os contextos tradicionais de saúde. No último quarto do século passado a psicologia da saúde constituiu-se como uma área organizadora da interface da psicologia com a saúde. Organizadora no sentido em que, simultaneamente, a) acompanhou as grandes alterações que ocorreram no sistema de saúde em geral, e de que são exemplo as ocorridas nos anos 70 com os relatórios Lalonde, Richmond, Reunião de Alma-Ata e a proposta "Saúde para todos no ano 2000" da Organização Mundial de Saúde e, b) se constituiu como contraponto crítico à psicologia clínica tradicional que se tinha estabelecido desde os anos 50.

Finalmente num terceiro nível de análise, verifica-se que o currículo da licenciatura em psicologia, na área da saúde - área três -, parece ter uma perspectiva predominantemente psicopatológica. Com efeito, observando as disciplinas da área verifica-se que a primeira disciplina da área tem, obviamente, por objecto a psicopatologia; a segunda, Intervenção Psicológica em Saúde Mental tem, histórica e tradicionalmente, uma conotação psicopatológica, e por objecto epistemológico a psicopatologia; a terceira, Questões Aprofundadas de Avaliação Psicológica, no contexto da saúde mental, tem a mesma conotação que a disciplina anterior. Com efeito, tradicionalmente, a avaliação psicológica em saúde mental foca predominantemente a psicopatologia. A última disciplina específica

desta área - a Psicologia da Saúde - parece ser um prolongamento da perspectiva dominante no quarto ano, ou seja, parece ter uma orientação patológica que se aplica, agora, às doenças não mentais.

Ora, aqui reside a contradição, dado o domínio da psicologia da saúde ter emergido, exactamente, por oposição à perspectiva patológica (Ribeiro, 1994a): **o objecto epistemológico da Psicologia da Saúde é a Saúde**. Com efeito, a concepção de saúde que se tem desenvolvido nos últimos 30 anos passou de uma orientação biomédica clássica para uma orientação que Engels (1977) e Schwartz (1982) denominaram modelo biopsicossocial, que Noack (1987) denominou paradigma sócio-ecológico, que Krantz, Grunberg e Baum (1985) intitularam de paradigma biocomportamental, que Feurstein, Labbé e Kuczmierczyk, (1986) intitularam perspectiva psicobiológica. Esta mudança de orientação está na base daquilo que Richmond (1979) intitulou de "Segunda Revolução da Saúde". A Psicologia da Saúde surgiu neste contexto de mudança no modo de conceber o sistema de saúde, que se caracterizou por uma alteração do foco da atenção de cientistas, profissionais, políticos e das pessoas em geral, das doenças para a saúde, de uma visão patogénica para uma visão salutogénica.

A visão actual do sistema de saúde tende a centrar-se na definição de saúde da OMS, a saber: saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não a ausência de doença. Parece claro na definição, e a orientação actual segue essa direcção, que quando se fala em saúde, se visa, em simultâneo os aspectos mentais, físicos e sociais, e o bem-estar.

Um dos pressupostos principais do modelo biomédico é bem caracterizado pela teoria do germe (Alcorn, 1991; Berkman & Breslow, 1983) ou teoria da etiologia específica. Segundo esta teoria, um organismo patogénico específico está associado a uma doença específica ou, dito de outro modo, a doença é provocada por uma entidade isolada, com uma causa simples e identificável (o germe) que devia ser neutralizado ou removido para curar a doença. Pressupõe-se, segundo a lógica do pensamento científico do século XIX que há duas variáveis em jogo, uma independente e outra dependente, com uma relação linear entre elas, e com os pressupostos subjacentes de normalidade e de desvio perante a normalidade.

No modelo biomédico, a intervenção e investigação orientam-se por três critérios: a) reduzem os sistemas corporais a pequenas partes para as analisar separadamente; b) as idiosincrasias individuais deixam de ser consideradas e o centro das atenções passa para

as características universais da doença: c) um forte materialismo substituiu a tendência anterior de considerar os aspectos não materiais (morais, sociais, comportamentais).

A maneira pós Segunda Guerra Mundial de entender a saúde está eivada de uma perspectiva mais complexa de relações entre variáveis, onde não se pressupõem relações lineares. Pelo contrário, o pressuposto é o "princípio da equifinalidade" (Miller, 1978) que afirma que o estado final de qualquer sistema vivo pode ser atingido a partir de condições iniciais diferentes e através de diferentes processos, e que a totalidade é mais do que a soma das partes.

A emergência do modelo biomédico e do sistema de pensamento inerente, constituiu um progresso notável no pensamento médico de então, foi fundamental para o combate às principais doenças da época, e esteve na origem do sucesso da medicina científica, principalmente no da vertente aplicada à saúde pública, que ficou conhecida por Primeira Revolução da Saúde.

Desde os anos 50 a psicologia clínica, desenvolveu uma vertente de aplicação aos contextos de doença (essencialmente doença mental) segundo os princípios do modelo biomédico, apesar das dificuldades que advinham da falta de substantividade inerente à ciência psicológica. Este esforço de construção desta componente da ciência psicológica consubstanciou-se no desenvolvimento, por parte dos psicólogos, de construtos profundos, baptizados de "traços" que pretendiam ter uma materialidade semelhante à dos órgãos corporais. "A personalidade humana seria o conjunto de traços, e as pessoas comportavam-se de tal ou tal maneira porque eles tinham tal ou tal traço que as fazia agir assim" (Huber, 1977, p.54). Esta anatomia psicológica satisfazia os pressupostos da teoria do germe (o organismo patogénico seria o traço mal-funcionante), e tornava "científica" a psicologia, de acordo com a concepção que dominava na primeira metade do século XX. Talvez por esta razão o relatório da *APA task force* (APA, 1976) que precedeu a constituição da Divisão de Psicologia da Saúde no seio da APA nos Estados Unidos da América, concluía que os psicólogos não se sentiam atraídos para as áreas das doenças físicas e da saúde. Provavelmente era o próprio modelo de actuação dos psicólogos (modelo biomédico) que era inadequado para intervir nos contextos de doenças físicas.

A segunda metade do séc. XX deparou-se com alterações substanciais do modo de entender o Campo da Saúde. A definição formal de saúde da organização mundial de saúde constituiu a primeira expressão destas mudanças.

A Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde em 1978, a par, portanto, da definição inicial de psicologia da saúde, salientava que o sector de saúde consiste nos

serviços de saúde públicos e privados organizados (incluindo promoção da saúde, prevenção das doenças, diagnóstico, tratamento e cuidados de saúde), as políticas e actividades dos departamentos e ministérios da saúde, organizações não governamentais, grupos comunitários e associações profissionais. Esta definição salientava a ligação em rede de um conjunto alargado de componentes que contribuía para a saúde e para as doenças, e legitimava a visão ampla espelhado na definição clássica de psicologia da saúde de Stone e de Matarazzo.

Os pressupostos subjacentes à Segunda Revolução da Saúde, as críticas ao Modelo Biomédico, e a alteração do enfoque da doença mental para a saúde, permitiu à Psicologia desenvolver modelos e práticas adequadas para intervir no sistema de saúde (considerado este numa perspectiva ampla e não só hospitalar). Por isso, a partir da década de 80 a adesão dos psicólogos à Psicologia da Saúde foi espantosa.

Ora pelas razões expostas, a disciplina de Psicologia da Saúde assume características completamente diferentes das disciplinas restantes da área três da área complementar da licenciatura em psicologia. **Não se trata de abordar as doenças físicas como complemento das doenças mentais, mas sim de conceptualizar a Saúde e as doenças numa perspectiva ampla, tal como emerge dos movimentos globalizantes que se operacionalizaram na saúde na década de 70.**

Adoptar uma perspectiva que vai contra o senso comum implícito nos currículos implica, por um lado, legitimar essa opção, fazendo uma abordagem histórica ao papel da psicologia na interface com o campo da saúde, e, por outro, apresentar exemplos de intervenções feitas fora daquela perspectiva tradicional.

É fácil cair-se numa tendência para se interessar por aspectos particulares do campo da saúde, normalmente os mais virados para a patologia e, nestes, para a doença mental, incluindo aqui a área das neurociências.

Quando os alunos escolhem a área da saúde entendem-na na perspectiva que traziam quando escolheram o curso de psicologia, marcada por estereótipos que, embora tendam a diminuir, ainda estão muito arraigados na cultura, ou seja a estreita associação entre doença mental e psicologia. Reconhecemos que este objectivo de mostrar outras perspectivas do campo da saúde não será fácil nem simpático, mas que é essencial.

A carreira de psicologia clínica prevê que a especialização se faça no final da formação profissional. Aqui, no último ano da licenciatura, os alunos deverão ficar sensibilizados não só para a existência de áreas de intervenção mais abrangentes, provavelmente das que mais abertas estão para a prática da psicologia (que vai desde os

centros de saúde e a prevenção das doenças, até contextos fora das áreas de saúde tradicionais como sejam, por exemplo, as cidades saudáveis, as escolas saudáveis, as comunidades saudáveis, cujos programas estão inseridos nas autarquias ou nas escolas).

Quando se utiliza o termo Psicologia da Saúde, o ouvinte, incluindo grande parte dos psicólogos não familiarizados com a área, entende-o como a psicologia que se pratica com as pessoas doentes nos hospitais, principalmente as doenças físicas ou, noutra vertente, como a psicologia que se pratica fora do contexto de doença, com a saúde. Ora, a Psicologia da Saúde não é tal: A Psicologia da Saúde trás uma perspectiva integradora pelo menos de dois modos: a) entende a saúde e a doença como complementares (é possível ter uma doença e ser saudável), e, b) as doenças têm impactos emocionais que exigem ajustamentos psicológicos, quer essas doenças sejam físicas ou mentais.

Por definição a Psicologia da Saúde é "o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à **promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e com disfunções a elas associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde** (Matarazzo, 1982, p.4). Embora a definição aponte tanto para a saúde como para as doenças, o que é verdadeiramente novo, como salienta este último autor, é a ênfase na saúde expressa na definição, ou, como ele refere, "a forte ênfase na exaltação e promoção da saúde e na prevenção das disfunções em crianças e adultos saudáveis"(p.5).

A definição tem algo de imperial no sentido que se propõem abranger praticamente tudo o que se faz na interface da saúde com as doenças. Isto é criticado por outros autores como por exemplo, McDermott (2001), mas, de facto, a definição não faz mais do que adoptar a perspectiva da organização mundial de saúde referida acima, que surge na década de 70 do século passado, e que assume como indissociáveis os diversos constituintes do campo ou sector da saúde.

Esta tem sido uma luta desde os primórdios da Psicologia da Saúde: para além da defesa feita por Matarazzo, Kaplan (1984) defendia que o elemento que faltava na conceptualização da psicologia da saúde era a definição de saúde.

A Psicologia da Saúde inclui a preocupação com as diversas doenças, mas mesmo neste caso a perspectiva de intervenção difere da que era contemplada na psicologia do modelo biomédico.

O objecto epistemológico da área Psicologia e Saúde deve ser a Saúde, concebida esta numa perspectiva alargada, como o resultado último da intervenção na doença, como uma visão positiva da vida de todos os dias, no sentido em que, mesmo que as pessoas tenham uma doença (artrite reumatóide, esclerose múltipla, ansiedade, hipertensão arterial, etc.), elas continuam a viver a vida de todos os dias de tal modo que dificilmente se diferenciam de pessoas que não têm uma doença, ou que, não tendo sintomas, não estão diagnosticados. Como Kaplan refere todos estamos dentes e isso não faz mal.

Defenderemos, principalmente como elemento de contradição, que todos somos portadores de uma doença como está implícito no “Modelo de Resultados” e é explicado por autores em tom provocatório, que se se procurar bem encontraremos qualquer anomalia que pode ser considerada doença. De facto o que estamos a falar não é de doença mas sim de pseudo-doença tipo I ou II. Esta ideia é da última década, decorre das alterações que têm sido designadas por “Terceira Revolução da Saúde”, e chocam, mais uma vez, com o senso comum. Apesar de todos podermos ser portadores de uma doença somos geralmente saudáveis.

O nascimento da Psicologia da Saúde

A partir da década de 70, espalhou-se a consciência de que a saúde não é o que se passa dentro dos hospitais ou dos centros de saúde, mas é o que se passa na vida e todos os dias. O que se passa dentro dos hospitais é apenas o aspecto residual que deriva da existência de uma doença: o hospital é o lugar onde vão cair os que adoecem e que, ou têm que curar ou gerir a doença e atingir patamares de saúde e de qualidade de vida elevados apesar da doença. Outra constatação que se tornou evidente na década de 70 foi que, ao sucesso do modelo biomédico, e ao seu êxito no desenvolvimento de estratégias para combater as principais epidemias (a destruição dos elementos patogénicos), sucedeu **um novo agente patogénico contra o qual as estratégias tradicionais do modelo biomédico eram inadequadas: o comportamento humano** (Engels, 1977; Lalonde, 1974; Richmond, 1979; Schwartz, 1982).

O comportamento humano passou, deste modo, a ser um elemento central para o sistema de saúde tradicional, salientando-se, quer a responsabilidade pessoal quer a colectiva. Mais recentemente acrescentou-se ao comportamento humano um novo elemento fundamental para a saúde, o meio ambiente (Buck, 1985)

Na década de 70 o relatório do Ministro Canadano Marc Lalonde apresentava um modelo de compreensão do universo da saúde intitulado *Health Field Concept*. Este,

suportava-se em quatro pilares -biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados de saúde -. Na primeira página do seu relatório estabelecia a diferença entre os conceitos de campo da saúde e de sistema de cuidados de saúde, para referir que o primeiro incluía o segundo, constituindo este o que é considerado na linguagem popular como sistema de saúde e que, na realidade, não é mais do que o sistema de doenças: a psicologia que se lhe dedica seria, então, uma psicologia da doença (Mcintyre, 1994).

A psicologia da saúde nasceu na década de 70, neste contexto. Uma questão essencial que molda as estratégias de ensino da disciplina e o seu conteúdo é **porque é que a psicologia da saúde só nasce na década de 70** (tal como, aliás, a medicina comportamental) quando, desde o século XIX, é reconhecida a participação dos psicólogos nos contextos hospitalares? O que é novo, como referimos acima, é o reconhecimento formal de que o comportamento das pessoas e a sua relação com o meio ambiente se tornaram elementos centrais para a saúde.

Como os efeitos insidiosos dos maus comportamentos de saúde se instalam lentamente e os seus efeitos se manifestam a longo prazo, a chave do sucesso está na intervenção sobre o comportamento, e as dimensões psicológicas a ele associadas, desde muito cedo, ou seja, está na promoção da saúde. A relação com o meio ambiente e a gestão do meio ambiente constituem um prolongamento da necessidade de gerir o comportamento.

Ora, dado que a concepção do sistema de saúde, do sistema de cuidados de saúde, está em mudança, e que a Psicologia da Saúde é a única susceptível de estabelecer uma ruptura com o modelo tradicional de intervenção do psicólogo, esta disciplina assume à partida objectivos gerais importantes: **desenvolver a consciência das mudanças que estão a ocorrer na concepção de saúde, apontar perspectivas de acção para os futuros psicólogos, moldar as expectativas, e construir a identidade dos futuros psicólogos.**

A formação no contexto da Psicologia da Saúde deve contemplar, ainda, algumas características particulares deste domínio. Uma primeira característica importante é a interdisciplinaridade: como recomendam Olbrisch, Weiss, Stone, e Schwartz (1985), "a Psicologia da Saúde, tem laços interdisciplinares muito fortes" (p.1038), e este aspecto particular deve ser objecto epistémico durante a formação. A par da forte interdisciplinaridade inerente à psicologia da Saúde (e também por isso) não pode ser subestimada a construção da identidade. A proposta de princípios a considerar na formação e treino dos psicólogos da saúde esclarecia num relatório final, que "a Psicologia da Saúde

é uma área genérica da psicologia, com um corpo próprio de teoria e conhecimentos, diferente das outras áreas da psicologia" (Olbrisch, Weiss, Stone, & Schwartz 1985, p.1038).

Finalmente, e não menos importante, é que, enquanto as restantes disciplinas da área três constituem domínios de conhecimento que interessam várias áreas da psicologia e não são domínios de aplicação, a Psicologia da Saúde constitui um domínio de prática profissional, um domínio de aplicação, com história, princípios, práticas, que o diferencia de outras áreas da psicologia e lhe conferem uma identidade própria.

Ora, as características da Psicologia da Saúde, devem ser evidentes, e ser salientadas no currículo de psicologia dado as características desta disciplina contemplarem as grandes mudanças que estão a ocorrer, nos países desenvolvidos, no domínio dos cuidados de saúde. Os psicólogos devem sair do curso de psicologia com uma perspectiva ampla do domínio da saúde, dado a evolução do sistema de saúde apontar para um papel diferente dos psicólogos (Ribeiro, 2005), papel esse que não tem sido suficientemente salientado.

Este relatório está organizado numa estrutura modular, com os módulos agrupados em capítulos. Numa estrutura modular, cada módulo constitui um domínio relativamente independente, e o conjunto dos módulos subordinar-se-ão, por sua vez, a um tema integrador -o capítulo-.

PARTE II

OBJECTIVOS E CONTEÚDOS

OBJECTIVOS

Os objectivos da disciplina de Psicologia da Saúde são definidos em dois níveis: o primeiro nível refere-se à dimensão conteúdos, significando tal o conjunto de conhecimentos que os alunos devem dominar. O segundo nível refere-se a aspectos de formação das dimensões estruturais-cognitivas que são fundamentais para operar com os conteúdos. Birzea (1979) esclarece as diferenças existentes entre estes dois tipos de objectivos, chamando ao primeiro tipo, objectivos definidos em termos de comportamento, de realização, e ao segundo tipo, objectivos definidos em termos de competências que se desenvolvem associados a estádios universais. Referindo-se a este aspecto, Piaget e Gréco (1974) distinguem a aprendizagem em sentido restrito da aprendizagem em sentido lato. Do mesmo modo, para se referir à intervenção psicoterapêutica, Suarez (1988) distingue estes dois aspectos da cognição. Já antes defendêramos a necessidade de, quando se desenha a intervenção educativa, se contemplarem estes dois aspectos distintos da aprendizagem (Ribeiro, 1990). Parece, assim, claro que a organização do ensino deve contemplar estes dois aspectos da cognição.

A investigação tem demonstrado que os indivíduos que funcionam em níveis de desenvolvimento cognitivo mais complexo (mais abstracto, menos concreto) são mais competentes nas profissões que se baseiam em competências interpessoais, tais como psicólogos e professores. Com efeito, os profissionais que funcionam de modo mais complexo, ou abstracto, são mais eficientes, nomeadamente, porque têm mais facilidade em aceitar um ponto de vista diferente do seu, recorrem a maior quantidade de informação numa dada situação, utilizam maior número de regras para tomar decisões complexas (Schroeder, Driver & Streufert, 1967), percebem os problemas de forma mais ampla, podem responder de maneira mais exacta e com mais empatia às necessidades dos outros, são mais tolerantes ao stress (Mckibbin & Joyce, 1981; Walters & Strivers, 1977), são mais flexíveis, possuem sentimentos mais diferenciados, manifestam maior respeito pela individualidade, são mais tolerantes perante o conflito e a ambiguidade, possuem uma

perspectiva social mais ampla (Witherell & Erickson, 1978), são mais assertivos e expressam maior consideração pelas necessidades dos outros (Bruch, Heisler & Conroy, 1981). Ou seja, por muito conhecimento que o indivíduo tenha, se o nível de complexidade cognitiva em que funciona for baixo, esse conhecimento é pouco útil. Por esta razão defendemos que a complexidade cognitiva é sempre um objectivo fundamental na formação dos psicólogos.

Uma limitação que, geralmente, justifica a não formulação de objectivos de tipo estrutural é que, ao contrário do conhecimento, não são conseguidos a curto prazo (Kholberg & Mayer, 1972), pelo que deveriam ser intencionalizados desde o primeiro ano do curso e partilhados por todas as disciplinas: se os alunos chegaram ao último ano do curso com um nível estrutural-cognitivo baixo, este, provavelmente, não se modificará numa disciplina de um ano. Se os indivíduos já possuem um nível cognitivo elevado, é adequado contemplar a possibilidade das pessoas generalizarem as estruturas que já possuem aos novos conteúdos. Com efeito, a perspectiva estruturalista fala de *décalage* para referir o atraso da generalização das estruturas cognitivas existentes, a novos conteúdos (Piaget, 1972).

Os objectivos da disciplina de Psicologia da Saúde são, então, conceptualizados em termos gerais e em termos específicos. Serão, ainda, conceptualizados de modo a considerar, simultaneamente, os conteúdos e as estruturas adequadas para lidar com esses conteúdos.

No presente relatório, os objectivos são apresentados em termos de objectivos que o currículo persegue, e não em termos de comportamentos que os alunos devem realizar no final do curso como recomenda a pedagogia por objectivos. São os seguintes os objectivos gerais da disciplina de Psicologia da Saúde (incluindo os já referidos na introdução).

- A. Desenvolver a consciência das mudanças que estão a ocorrer na concepção de saúde;
- B. Apontar perspectivas de acção para os futuros psicólogos;
- C. Moldar as expectativas dos futuros psicólogos;
- D. Construir a identidade dos futuros psicólogos
- E. Desenvolver conhecimentos e capacidades que permitam aperfeiçoar a compreensão e o interesse pela Psicologia da Saúde;
- F. Desenvolver capacidades para identificar os problemas próprios da Psicologia da Saúde;
- G. Tornar os indivíduos aptos a recorrer a um corpo de conhecimentos que derivam das investigações provenientes da, ou que contribuem para a, Psicologia da Saúde;

- H. Desenvolver capacidades para intervir de acordo com os princípios próprios da Psicologia da Saúde;
- I. Desenvolver capacidades para formular hipóteses e realizar investigação sobre o domínio da Psicologia da Saúde;

CONTEÚDOS DA DISCIPLINA

A disciplina de Psicologia da Saúde organiza-se em cinco capítulos, cada um deles integrando diversos módulos; Apresentam-se de seguida os objectivos específicos de cada capítulo e os módulos incluídos.

CAPÍTULO I

ORIGEM, CONTEXTO, CARACTERÍSTICAS DO DOMÍNIO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

OBJECTIVOS

- a) Integrar a psicologia da saúde (enquanto perspectiva de intervenção) na visão mais ampla da história da intervenção da psicologia no campo da saúde
- b) Apresentar a história do aparecimento da Psicologia da Saúde
- c) Explicar as razões prováveis que conduziram ao desenvolvimento do domínio
- d) Expor a terminologia inerente ao domínio
- e) Caracterizar a Psicologia da Saúde
- f) Discutir as semelhanças e diferenças com domínios próximos
- g) Apresentar e discutir as evidências que justificaram o aparecimento do domínio
- h) Discutir as contradições entre conceitos e práticas
- i) Apresentar e discutir evidências de que as variáveis psicológicas constituem factor de risco para as doenças e recurso para a saúde

MÓDULOS

M1-A pré-história da psicologia da saúde

M2-Emergência da Psicologia da Saúde

M3- A evolução das concepções de saúde e doença ao longo da história:

M4- Terminologia

M5- Variáveis psicológicas, saúde e doenças (psicologia positiva e negativa)

CAPÍTULO II

PRESSUPOSTOS DA INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

OBJECTIVOS

- a) Caracterizar a intervenção em Psicologia da Saúde
- b) Comparar a intervenção em Psicologia da Saúde com a realizada em domínios próximos
- c) Discutir modelos de intervenção ecológicos
- d) Apresentar os modelos de intervenção mais utilizados neste campo
- e) Salientar a importância da intervenção comunitária em Psicologia da Saúde
- f) Salientar a importância da promoção da saúde
- g) Discutir a importância da interdisciplinaridade em Psicologia da Saúde
- h) Apresentar propostas de intervenção segundo os princípios da Psicologia da Saúde
- i) Discutir os aspectos éticos próprios da intervenção no campo da saúde

MÓDULOS

- M1- Campo da saúde – variedade de contextos (promoção da saúde, protecção da saúde, prevenção primária, secundária)
- M2- Tomada de decisão no campo da saúde
- M3- A intervenção e os pressupostos básicos da Psicologia da Saúde
- M4- Desenvolvimento humano e a intervenção em Psicologia da Saúde
- M5- Modelo de resultados e os modelos de intervenção no campo da saúde (modelo biomédico e modelo bio-psico-social)

CAPÍTULO III

INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

OBJECTIVOS

- a) Explicar o que diferencia e em que se assemelha o apoio em psicologia da saúde da intervenção tradicional em psicologia clínica
- b) Discutir a importância da tomada de decisão no campo da saúde
- c) Discutir a tomada de decisão em função dos grandes contextos de saúde
- d) Discutir programas de intervenção no campo da saúde
- e) Caracterizar as intervenções consoante os contextos, os problemas e os clientes
- f) Discutir as intervenções consoante os objectivos
- g) Explicar as intervenções consoante os clientes (individual, grupo, comunidade, directo versus à distância)
- h) Discutir os aspectos éticos relacionados com a intervenção em saúde e doenças

MÓDULOS

- M1- Psicoterapia de apoio
- M2- Intervenção na promoção e protecção da saúde
- M3- Intervenção na prevenção das doenças
- M4- Intervenção com os idosos
- M5- Intervenção em contexto de fim da vida

CAPÍTULO IV

SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE

OBJECTIVOS

- a) Apreciar o impacto do contexto médico no doente
- b) Discutir os grandes temas de doença em Portugal
- c) Identificar a distribuição da doença consoante as idades
- d) Discutir a reacção dos doentes em função da doença
- e) Identificar os modos de intervenção em função da doença ou condição

MÓDULOS

- M1- Comportamento do doente e contextos médicos - sofrimento e dor
- M2- Doenças de grande impacto (doenças cardiovasculares, cancro, diabetes)
- M3- Gravidez, Maternidade, e primeiros anos de vida
- M4- Comportamento alimentar e perturbações da imagem corporal
- M5- Acidentes

CAPÍTULO V

OS GRANDES TEMAS EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

OBJECTIVOS

- a) Apresentar temas relevantes em psicologia da saúde
- b) Caracterizar e explicar a problemática de cada tema
- c) Analisar cada tema à luz dos princípios da Psicologia da Saúde
- d) Discutir a utilidade de cada aspecto para a psicologia da saúde
- e) Analisar a utilidade de cada tema para a generalidade da intervenção

MÓDULOS

M1- Avaliação psicológica em psicologia da saúde

M2- Doenças crónicas

M3- Stress

M4- Coping

M5- Dor

PARTE III

FUNDAMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

DOS CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

Esta parte apresenta, em detalhe, os conteúdos de cada um dos módulos que são integrados nos capítulos, assim como as referências bibliográficas primárias. Por referências bibliográficas primárias entende-se o material que é disponibilizado aos alunos, e que é considerado como tendo importância histórica na definição da disciplina. Por ser um material mais antigo é fácil não estar disponível nas bases de dados. Outras referências bibliográficas serão disponibilizadas, mas será tomado em consideração que as bases de dados disponíveis na universidade pode em tempo real fornecer nova informação.

Em todas as circunstâncias é esperado que os alunos não se fiquem pelo material dado e que procurem fontes de informação que devem ter duas características, a) aprofundamento e complementaridade da informação dada, e, b) contradição com a informação dada.

As referências fornecidas ilustram a ideologia subjacente à construção do currículo. Pretende-se, assim, que as referências esclareçam o modo como a disciplina está organizada.

As referências apresentadas nos diversos módulos estão articuladas e evitaremos repeti-las

CAPÍTULO I

ORIGEM, CONTEXTO, CARACTERÍSTICAS DO DOMÍNIO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

Os conteúdos abrangidos por este capítulo constituem um aspecto importante da disciplina no sentido em que defendem uma organização e uma compreensão do modo como toda a intervenção que deve ser feita neste campo.

Neste capítulo apresenta-se e discute-se a história, os conceitos, o quadro conceptual que delimita o domínio, assim como define-se o fundo em que se desenrola toda a acção no âmbito da Psicologia da Saúde. É nestes limites que se vão integrar os assuntos abordados nos capítulos seguintes

MÓDULO 1

A PRÉ-HISTÓRIA DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Articular a prática da psicologia em contexto de saúde ao longo dos anos
- b) Explicar como e porque mudou a prática da psicologia no campo da saúde
- c) Discutir as condições associadas à evolução da prática da psicologia no campo da saúde
- d) Discutir a prática da psicologia em contexto de saúde
- e) Explicar as prováveis causas do aparecimento da psicologia da saúde

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. A psicologia no campo da saúde
3. A «psicologia clínica» de Lightner Witmer como primeira versão do conceito
4. O que significava “psicologia clínica”
5. Uma psicologia aplicada, por oposição à psicologia laboratorial
6. Uma psicologia do desvio mental em oposição a uma psicologia de doença mental
7. Fases de desenvolvimento da psicologia em contexto de saúde (1896 - 1937; 1937 – 1976; após 1976)
8. O que fazia o psicólogo clínico
9. A prática da psicologia clínica e o aparecimento da profissão de psicólogo clínico
10. A conferência de Boulder
11. Contexto histórico de uma psicologia psicopatológica
12. A consolidação da psicologia clínica no pós Segunda Guerra Mundial
13. A psicologia clínica como profissão em Portugal
14. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Garfield, S.L. (1992). Comments on «Retrospect: Psychology as a profession» by J McKeen Cattell (1937). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (1), 9-15

Maddux, J. (2002). Stopping the «Madness»: Positive psychology and the deconstruction of the illness ideology and the DSM. In: Snyder & S.Lopez (Edts). *Handbook of Positive Psychology* (pp. 13-25). Oxford: Oxford University Press.

Ogden, J. (2004) *Psicologia da saúde* (2^{da} Edição, versão original de 2000). Lisboa: Climepsi.

Pais Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Pais Ribeiro, J.L. & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise psicológica*, 4(XIV), 67-77.

Routh, D. (2000). The field of clinical psychology: a response to Thorne. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (3), 275-286.

Witmer, L. (1907). Clinical Psychology. *Psychological Clinic*, 1, 1-9

MÓDULO 2

A EVOLUÇÃO DAS CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA AO LONGO DA HISTÓRIA

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever uma perspectiva compreensiva da evolução dos conceitos de saúde e doença ao longo dos tempos
- b) Compreender os concomitantes históricos e epidemiológicos associados às mudanças no modo de entender a saúde e as doenças
- c) Discutir os motivos porque se alteraram os padrões de entendimento da saúde e das doenças
- d) Compreender os impactos das alterações no campo da saúde para o modo de funcionar deste sistema
- e) Explorar as possíveis vias de evolução do campo da saúde

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. A medicina, a humanidade e a cultura
3. Período científico e desenvolvimento do modelo biomédico
 - 3.1- A primeira revolução da saúde
 - 3.1.1- a importância do modelo biomédico enquanto organizador
 - 3.1.2- Crise do modelo biomédico
 - 3.2- Do modelo biomédico aos modelos bio-psico-sociais
 - 3.3.1- Características dos modelos multicausais
4. A Segunda Revolução da Saúde
 - 4.1 Alterações nos padrões de mortalidade e morbidade
5. Características da Segunda Revolução da Saúde
 - 5.1- Causas, e concomitantes, da emergência da Segunda Revolução da Saúde
 - 5.1.1- O Relatório Lalonde
 - 5.1.2- O Relatório Richmond
 - 5.1.3- O programa "Saúde Para Todos no Ano 2000" da OMS
 - 5.1.4- O sistema de saúde segundo o relatório Lalonde: *Health field e health care*
6. Aspectos específicos da Segunda Revolução da Saúde
 - 6.1- Uma perspectiva salutogénica em oposição à patogénica

- 6.2- Expressões que caracterizam a Segunda Revolução da Saúde
 - 6.2.1-Promoção da Saúde- definição e características
 - 6.2.1.1- Os aspectos éticos e as consequências negativas da noção de promoção da saúde- *bad faith* e *victim-blaming*
 - 6.2.2- Estilo de Vida- história, definição e características
 - 6.2.2.1- Do estilo de vida aos *life skills* e *personal skills*
- 7.A terceira revolução da saúde
 - 7.1- Do modelo de elevada natalidade e elevada morbidade para um modelo de baixa natalidade e baixa mortalidade
 - 7.2- A armadilha demográfica
- 8. Impactos populacionais e campo a saúde
- 9. O modelo de resultados
 - 9.1- A qualidade de vida como resultado privilegiado
- 10. O futuro do Sistema de Saúde
 - 10.1- Três perspectivas: tradicional; tecnológica; ecológica
- 11. O futuro do sistema de cuidados de saúde: saúde pública; medicina e hospitalização
- 12. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

- Helman, C. (1997). *Culture, health and illness* (3th Ed.).Oxford: Butterworth-Heinemann
- King, M. (1990). Health is a sustainable state. *The Lancet*, 336, 664-667.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa; Minister of National Health and Welfare.
- McKeown, T., Record, R., & Turner, R. (1975). An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during the twentieth century. *Populations Studies*, 29(3): 391-422.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Richmond, J. (1979). *Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U. S. Department of Health, Education, and Welfare.

MÓDULO 3

EMERGÊNCIA DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apresentar o contexto histórico de emergência da psicologia da saúde
- b) Discutir as razões aparentes do aparecimento da psicologia da saúde
- c) Relacionar a emergência da psicologia da saúde com o programa saúde para todos no ano 2000
- d) Compreender a contribuição da psicologia da saúde para o exercício da psicologia em contexto de saúde
- e) Discutir o papel da psicologia da saúde nas equipas multidisciplinares

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. História da Psicologia da Saúde
3. Definição e significado de Psicologia da Saúde
4. Modelo bio-psico-social e a contribuição da psicologia social
5. Implicações para a intervenção psicológica
6. Domínios próximos da Psicologia da Saúde: psicossomática, psicologia médica; psicologia clínica; medicina comportamental e saúde comportamental
7. Psicologia clínica da saúde e psicologia clínica do desenvolvimento
8. Psicologia da saúde ou psicologia da doença?
 - 8.1- Variante de termos que se propõem ultrapassar a barreira, ou definir fronteiras, entre a psicologia clínica e a psicologia da saúde
9. O futuro da Psicologia da Saúde
 - 9.1- A Psicologia da Saúde em Portugal
10. Psicologia da Saúde e saúde pública
11. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Belar, C. (2000). *Psychological Interventions and Health: Critical Connections.*

Psicologia: Saúde & Doenças, 1(1),19-25

Kaplan, R. (1984). The connection between clinical health promotion and health status. *American Psychology*, 39 (7), 755-765.

Kaplan, R. (1985). Behavioral epidemiology, health promotion, and health services. *Medical Care*, 23 (5), 564-583

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

McDermott, M. (2001). Redefining health psychology: Matarazzo revisited. *Health Psychology Update*, 10, 3-10

Ogden, J. (2004) *Psicologia da saúde* (2^{da} Edição, versão original de 2000). Lisboa: Climepsi.

Pais Ribeiro, J. (1998). Formação académica versus formação profissional. *Revista Universitária de Psicologia*, 1, 3-8.

Pais Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

MÓDULO 4

TERMINOLOGIA

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apresentar os conceitos utilizados no campo da saúde
- b) Diferenciar terminologia consoante o contexto
- c) Relacionar contexto de saúde com terminologia
- d) Compreender porque é que se utiliza terminologia diferente
- e) Discutir semelhanças e diferenças entre conceitos

CONTEÚDOS

1-Introdução

2- Saúde

2.1- Definição da OMS

2.2- Pressupostos subjacentes à definição

3- Bem-estar, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde, *Wellness*

4- Doença (ter uma doença, sentir-se doente, comporta-se como doente)

5- Comportamento de saúde, comportamento de protecção de saúde comportamento de doença

6- Articulação entre a terminologia do modelo biomédico e os da segunda revolução da saúde

6.1- Promoção da saúde, prevenção das doenças, cuidados de saúde

7-Factor de risco

7.1- Factor de risco enquanto terminologia do modelo biomédico

7.2-Factor de risco, grupo de risco e situação de risco

8- Factores de protecção da saúde, recursos de saúde, determinantes de saúde

9- O ICF como modelo integrador das alterações de conceitos

10. Qualidade de vida e bem-estar

11-Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA:

Berkman, L.F. & Breslow, L.(1983).*Health and ways of living: the Alameda County study*. New York: Oxford University Press.

Coie, J., Watt, N., West, S., Hawkins, D., Asarnow, J., Markman, H., Ramey, S., Shure, M., & Long, B. (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10),1013-1022.

Kasl, S.V., & Cobb, S. (Feb. 1966a). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmen and Health*, 12, 246-266.

Kasl, S.V., & Cobb, S. (1966,b). Health behavior, illness behavior and sick role behavior: II sick-role behavior. *Archives of Environmen and Health*, 12, 531-541.

Pais Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Philips, B. (1988). Epidemiological issues in health promotion and cost containment. *Health Values*, 12(5), 32-38.

Kannel, W.B., & Schatzkin, A. (1983). Risk factor analysis. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 24(4).309-332.

Kaplan, R. (1985). Behavioral epidemiology, health promotion, and health services. *Medical Care*, 23 (5), 564-583

Kaplan, R. (2000). Two pathways to prevention. *American Psychologist*, 55 (4), 382-396.

WHO (2001). *International Classification of functioning, Disability and Health*. Geneva. WHO.

WHO. (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, no.2, p. 100 . United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.

MÓDULO 5

VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS, SAÚDE E DOENÇAS (PSICOLOGIA POSITIVA E NEGATIVA)

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apresentar os conceitos básicos
- b) Explicar a história do aparecimento dos conceitos
- c) Apresentar os estudos mais conhecidos
- d) Discutir o conceito de comportamento como factor de risco e de protecção
- e) Apresentar evidências do comportamento como factor de risco e de protecção
- f) Discutir o papel de variáveis psicológicas na saúde e nas doenças
- g) Discutir o conceito de variável positiva
- h) Relacionar as variáveis positivas com o modelo de resultados

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. As grandes epidemias: as principais causas de mortalidade e morbidade
 - 2.1- Evolução das causas de mortalidade nos últimos 100 anos
3. Variáveis psicológicas e sistema imunitário
4. O que diz a investigação epidemiológica sobre a relação entre variáveis psicológicas e doenças
 - 4.1- Os primeiros estudos: o estudo de 1953 de Morris, e al. e o estudo incipiente sobre as variáveis psicológicas
5. Factor de Risco- variações do conceito
5. O comportamento humano as doenças e a saúde: A importância do comportamento como causa de mortalidade e morbidade
 - 5.1- Evidências da investigação sobre as epidemias do século XX
 - 5.1.1- *The Framingham Heart Study*
 - 5.1.2- *The Melbourne Colorectal Cancer Study*
 - 5.1.3.-O estudo sobre os *Harvard male alumni*
 - 5.1.4-
6. O que diz a investigação sobre epidemiologia da saúde
 - 5.1- O estudo Alameda
 - 5.2- O estudo de Ribeiro

7. História da variável comportamento nos contextos tradicionais de saúde
 - 7.1- Definição de comportamento de saúde, de comportamento protector de saúde e de comportamento de doença
8. Evolução da concepção de comportamento e os vários níveis em que a noção de comportamento pode ser equacionada
 - 8.1- Comportamento de risco para a saúde e comportamento de recurso para a saúde
 - 8.2- Os principais comportamentos de risco
 - 8.3- Comportamento de saúde, crenças e contexto de vida
 - 8.4- Os custos sociais dos maus comportamentos de saúde
 - 8.5- Correlações entre comportamentos de risco
9. Recursos de saúde e factores protectores da saúde
10. Psicologia positiva
 - 10.1- A relação da psicologia positiva com a psicologia da saúde
 - 10.2- Variáveis da psicologia positiva – optimismo, esperança, bem-estar, etc
- 11- Variáveis de referência pessoal
 - 11.1- Locus de controlo
 - 11.2- Auto-eficácia
 - 11.3- Auto-conceito
12. Variáveis sócio culturais como factor de risco e factores de protecção da saúde
 - 12.1 Variáveis emocionais
 - 12.1.1- Distress – Ansiedade e depressão, afecto positivo e negativo, stress
 - 12.1.2- Acontecimentos geradores de stress
 - 12.1.3- Preocupações
 - 12.2- Suporte social
 - 12.3- Coping
13. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Hubert, H.B., Feinleib, M., McNamara, P.M., & Castelli, W.P. (1983). Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Study. *Circulation*, 67(5), 968-077.

Paffenbarger, R., & Hale, W. (1975). Work activity and coronary heart mortality. *The New England Journal of Medicine*, 292(11), 545-550.

Paffenbarger, R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L., Hsieh, C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314 (10), 605-613.

Paffenbarger, R.S., Wing, A.L., Hyde, R.T. (1978). Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *American Journal of Epidemiology*, 108(3), 161-175

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1) 5-14.

Shea, S., & Basch, C. (1990a). A review of five major community-based

cardiovascular disease prevention programs. Part I: Rationale, design and theoretical framework. *American Journal of Health Promotion*, 4(3), 203-213.

Shea, S., & Basch, C. (1990b). A review of five major community-based cardiovascular disease prevention programs. Part II. Interventions strategies, evaluation methods, and results. *American Journal of Health Promotion*, 4(4), 279-287.

Shea, S., Cook, E., Kannel, W., Goodman, L., (1985). Treatment of hypertension and its effects on cardiovascular risk factors: Data from the Framingham Heart Study. *Circulation*, 71, 22-30

McAlister, A., Puska, P., Salonen, J., Tuomilehto, J., & Koskela, K. (1982). Theory and action for health promotion: illustration from the North Karelia Project. *American Journal of Public Health*, 72(1), 43-50.

Puska, P., Vartiainen, E., Tuomilehto, J., Salomaa, V., & Nissinen, A. (1998). Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases. *Bulletin of the World Health Organization*, 76(4), 419-425

Pais Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., Baltar, M. (2005). Validation Study of a Portuguese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (submitted)

Pais Ribeiro, J. (2004). Desenvolvimento de uma escala de auto-apreciação pessoal ou auto estima para utilização em contexto de saúde (submitted).

Galinha, I & Pais Ribeiro (in press). Contribuição para o Estudo de uma Versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I - Abordagem Teórica ao Conceito de Afecto. *Análise Psicológica*

Galinha, I & Pais Ribeiro, J. (in press). Contribuição para o estudo de uma Versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II- Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*

Olveira, J. (2004). *Psicologia positiva*. Coimbra: ASA

Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stress em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica*, 23 (4), 597-605;

Pais Ribeiro, J. & Rodrigues A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15

Pais Ribeiro, J, Honrado, A, & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1) 5-14.

Morris, J., Heady, J., Raffle, P., Roberts, C., & Parks, J. (Nov. 21, 1953). Coronary heart-disease and psysical activity of work. *The Lancet*. 1053-1118.

AULAS PRÁTICAS DO CAPÍTULO 1

ACTIVIDADE 1

Ler texto de Witmer

Discutir a legislação (Decreto-Lei 241/94, de 22 Setembro de 1994; Portaria 1109/95, de 9 de Setembro; Port. 171/96, de 22 Maio; Port. 191/97, de 20 Março)

Metodologia

Apresentação sumária dos textos

Proposta de definição de estratégias de procura de informação (Internet, entrevistas, etc)

Discussão em pequeno grupo

Discussão em grande grupo

conclusões

ACTIVIDADE 2

Apresentação por profissionais que exercem a profissão de psicólogo em contextos de saúde variados, e discussão sobre a sua prática

Discussão 1

Discussão em grupo em que um grupo defende que a psicologia em contexto de saúde deve focar unicamente a doença mental e outro que defende que deve focar todas as doenças

Preparação - conhecer a prática da psicologia e os conceitos utilizados em outros países, pelo menos América do Norte, Brasil, Espanha e Reino Unido.

(procurar em sites das sociedades nacionais: APA, SBPH, Colégio de Psicólogos, BPS)

Discussão 2

Discussão em grupo em que um grupo defende que a psicologia em contexto de saúde

deve focar unicamente os cuidados de saúde e outro que defende que deve focar preferencialmente os contextos de promoção de saúde.

Preparação- Ler textos de McDermott, Matarazzo, Moniz e Barros, Belar, Ribeiro

Método para as duas discussões:

Fase 1- Apresentação e discussão orientado pelo docente

Fase 2- Orientação da pesquisa com sugestão de sítios das organizações profissionais referidas acima e com disponibilização dos textos referidos

Fase 3- Conferência por profissionais sobre a sua prática em contexto de saúde com a preocupação que esses contextos expressem a pluralidade de contextos

Fase 4- Em aula, a) distribuição de tarefas (pós e contras), b) em pequeno grupo os grupos prós discutem entre si os argumentos e o mesmo para os grupos contras

Fase 5- Discussão aberta a favor e contra defendidas pelos grupos designados

Fase 6- Redacção da conclusão em grupo e realizado fora a aula

CAPÍTULO II

PRESSUPOSTOS DA INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Os conteúdos abrangidos por este domínio constituem um aspecto central para o programa no sentido em que chama a atenção para a ligação entre os contextos de prática da psicologia da saúde (em oposição a visões segmentares como é tradicionalmente o da psicologia clínica). De facto a psicologia da saúde emerge numa época em que se salienta a importância do conceito de campo da saúde ou de sector da saúde para designar a ligação em rede do campo da saúde e para salientar que a concepção de intervenção sectorial em que se perde de vista o que aconteceu antes e o que acontece em simultâneo (como critica o modelo bio-psico-social) faz perder quer numa perspectiva compreensiva como numa perspectiva de intervenção, aspectos importantes do panorama.

As questões que dizem respeito à saúde, mesmo nos casos de vírus mais virulentos, necessitam da colaboração de hospedeiros mais ou menos complacentes, ou frágeis, e por um meio ambiente suportativo do vírus. Aquela fragilidade é construída desde muito cedo pelo estilo de vida, pelos hábitos, pelas crenças, pelos valores, etc., integrados num processo complexo, e a intervenção deve tomar em consideração este processo complexo.

MODULO 1

CAMPO DA SAÚDE – VARIEDADE DE CONTEXTOS

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender o significado dos diferentes contextos
- b) Compreender os contextos numa perspectiva sistémica
- c) Discutir como os contextos se articulam e interagem
- d) Compreender que os contextos estão interligados e se influenciam
- e) Discutir como os contextos influenciam a intervenção

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. O conceito de campo da saúde
 - 2.1- Componentes do campo da saúde
3. Contextos de promoção da saúde
4. Contextos de protecção da saúde
5. Contextos de prevenção das doenças
 - 5.1- Prevenção primária e secundária,
6. Contexto de cuidados de saúde
 - 6.1 Cuidados primários secundários e terciários, cuidados continuados, cuidados intensivos, cirurgia
7. Género saúde e doenças
8. Idade e doenças
9. Síntese e conclusões

BIBLIOGRADIA

Badura, B., & Kickbusch, I. (Edts.) (1991). *Health promotion research: Towards a new social epidemiology* (WHO regional Publications, European Series, No. 37). Copenhagen: WHO.

Evans, R.I. (1988). Health promotion-science or ideology? *Health Psychology*, 7 (3), 203-219.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Minister

of National Health and Welfare.

Pais Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da Saúde*. Coimbra. Quarteto

Seeman, J. (1989). Toward a model of positive health. *American Psychologist*, 44 (8), 1099-1109.

WHO (1998). Health Promotion: Glossary (Doc. WHO/HPR/HEP/98.1). Geneva: World Health Organization

MODULO 2

TOMADA DE DECISÃO NO CAMPO DA SAÚDE

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a importância da tomada de decisão no campo da saúde
- b) Compreender a diferença entre os tipos de tomada de decisão consoante o contexto
- c) Discutir os processos psicológicos implicados na tomada de decisão
- d) Compreender como os processos psicológicos influenciam a tomada de decisão
- e) Discutir as implicações da tomada de decisão para a doença, para o tratamento e para o sistema

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. Tomada de decisão em saúde
3. Tomada de decisão como processo cognitivo
4. Importância do processo de tomada de decisão
5. Tomada de decisão como elemento essencial em saúde – Carta dos Direitos do Doente
6. Empoderamento
 - 6.1- Definição
 - 6.2- As origens do conceito e contexto político: Paulo Freire
7. Tomada de decisão em diferentes contextos
 - 7.1- Promoção da saúde
 - 7.2- Protecção da saúde
 - 7.3- Prevenção das doenças
 - 7.4- Tratamento
 - 7.5- Suspensão do tratamento em fim de vida
8. Tomada de decisão partilhada
9. Como as pessoas tomam decisões
 - 9.1- Estilo de monitorização perante diagnóstico
 - 9.2- Monitores, displicentes, cognitivo-sociais
 - 9.1. Consequências emocionais da tomada de decisão

- 9.2- O que influencia as reacções emocionais
- 10. Tomada de decisão e factores de risco
- 11. Apoio à tomada de decisão
 - 11.1- Exemplo: o Modelo de Ottawa
- 15. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

- Andrykowski, M., Boerner, L., Salsman, J., & Pavlik, E. (2004). Psychological Response to Test Results in an Ovarian Cancer Screening Program: A Prospective, Longitudinal Study. *Health Psychology, 23*(6), 622–630
- Andrykowski, M. A., Carpenter, J. S., Studts, J. L., Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Beacham, A., et al. (2002). Psychological impact of benign breast biopsy: A longitudinal, comparative study. *Health Psychology, 21*, 485–494.
- Miller, S. M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease: Implications for cancer screening and management. *Cancer, 76*, 167–177.
- Miller, S. M., Rodoletz, M., Schroeder, C. M., Mangan, C. E., & Sedlacek, T. V. (1996). Applications of the monitoring process model to coping with severe long-term medical threats. *Health Psychology, 15*, 216–225.
- Miller, S. M., Shoda, Y., & Hurley, K. (1996). Applying cognitive–social theory to health-protective behavior: Breast self-examination in cancer screening. *Psychological Bulletin, 119*, 70–94.
- O'Connor, A., Drake, E., Fiset, V., Graham, I., Laupacis, A., & Tugwell, P. (1999). The Ottawa Patient Decision Aids. *Effective Clinical Practice, 2*, 163–170.
- Wardle, F. J., Collins, W., Pernet, A. L., Whitehead, M. I., Bourne, T. H., & Campbell, S. (1993). Psychological impact of screening for familial ovarian cancer. *Journal of the National Cancer Institute, 85*, 653–657.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly, 15* (4), 379–394.

MODULO 3

A INTERVENÇÃO E OS PRESSUPOSTOS BÁSICOS DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer os modelos e intervenção mais utilizados no campo da saúde
- b) Identificar a utilidade dos modelos utilizados em relação com os objectivos da intervenção
- c) Compreender as implicações éticas da intervenção
- d) Discutir as formas de ajustamento às situações da vida diária relacionadas com a saúde e a doença
- e) Compreender a influência de outros campos da psicologia na psicologia da saúde

CONTEÚDOS

- 1-Introdução
- 2- Os modelos de intervenção –a influência da psicologia social
 - 2.1-*Health Belief Model*
 - 2.2-Teoria da Aprendizagem Social
 - 2.3-*Fishbein's Theory of Reasoned Action*
 - 2.4-*Triandis' Theory of Social Behavior*
 - 2.5-*Multiattribute Utility Model*
- 3-A importância de uma perspectiva sistémica para a intervenção na Psicologia da Saúde
 - 3.1-Modelos sistémicos
- 4- A orientação da intervenção, para a doença, para os factores de risco e para a saúde
- 5-O mal-estar e a doença como situação de crise
- 6- Ajustamento e confronto
- 7-Os alvos, os objectivos, as estratégias, a organização da intervenção
- 8-Tipos de intervenção em psicologia da saúde
- 9-A educação em Psicologia da Saúde
- 10-A importância da intervenção comunitária em psicologia da saúde.
- 11-As técnicas terapêuticas

12- Aspectos éticos da intervenção

13-Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA:

Bandura, A. (1991). Human agency: the rethoric and the reality. *American Psychologist*, 46 (2), 157-162.

Barton, S. (1994). Chaos, self-organization, and psychology. *American Psychologist*, 49(1), 5-14.

Downie, R.S., Fyfe, C., & Tannahill, A. (1990). *Health promotion models and values*. Oxford; Oxford Press.

Ewart, C. (1991). Social action theory for a public health psychology. *American Psychologist*, 46(9), 931-946.

Katz, S.H., & Wallace, A.F. (1974). An antropological perspective on behavior and disease. *American Journal of Public Health*, 64(11), 1050-1052.

Kelly, R.B., Zyzanski, S.J., & Alemagno, S. A. (1991). Prediction of motivation and behavior change following health promotion: role of health beliefs, social support, and self-efficacy. *Sociological and Science Medicine*, 32(3), 311-320.

Nicholas, D., & Gobble, D. (1990). On the importance of disregulatory processes in models of health. *American Psychologist*, 45(8), 981-982.

Pais-Ribeiro, J., (2002) O Consentimento Informado na Investigação em Psicologia da Saúde é Necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 11-22.

Pais-Ribeiro, JL., & Leal, I. (1998): Os limites da ética. In: V. Cláudio (Edt.). *Psicologia e Ética- Actas do colóquio Europeu de Psicologia e Ética* (pp.117-126). Lisboa: ISPA.

Portnoy, B., Anderson, M., & Eriksen, M. (1989). Application of the diffusion theory to health promotion research. *Family and Community Health*, 12(3), 63-71

Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6-22.

Winett, R., King, A., & Altman, D. (1989). *Health psychology and public health: an integrative approach*. New York: Pergamon Press.

Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Vonkorff M. (1997). Quality of life and social production functions: A framework for understanding health effects. *Social Science and Medicine*, 45, 1051-1063

MODULO 4

DESENVOLVIMENTO HUMANO E INTERVENÇÃO

EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as características do desenvolvimento humano na sua relação com a saúde e com as doenças
- b) Compreender com a doença é conceptualizada no ciclo de vida, quer por força do desenvolvimento cognitivo, quer dos factores emocionais
- c) Discutir de que modo acontecimentos normativos influenciam o bem-estar e a qualidade de vida
- d) Compreender a saúde e doença como componente da vida do dia a dia
- e) Discutir o papel das doenças e da saúde no ajustamento familiar

CONTEÚDOS

- 1-Introdução
- 2-Como a saúde muda no ciclo de vida
- 3-Como a ideia de saúde muda consoante o desenvolvimento cognitivo
- 4- O papel do desenvolvimento humano na susceptibilidade à doença
- 5- Como se pode conceber a intervenção segundo uma perspectiva desenvolvimental: a saúde como um processo homeorético em vez de um processo homeostático.
- 6- O impacto da doença no indivíduo e na família
- 7- Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Ader, R. (1977). The role of developmental factors in susceptibility to disease. In: Z.P. Lipowski, D.R.Lipsitt, & P.C. Whybrow (Edtrs.). *Psychosomatic medicine: current trends and clinical applications*. New York:Oxford University Press.

Bibace, R., & Walsh, M.E. (1979). Developmental stages in children's conceptions of illness. In: G.C.Stone, F. Cohen, & N.E. Adler (Eds.). *Health Psychology-a handbook*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc., Publishers.

Campbell, J.D. (1975). Illness is a point of view: the development of children's concept of illness. *Child Development*, 46, 92-100.

Joyce-Moniz, L., & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e dialéctica de significações de doença e confronto em psicologia da saúde. *Psychologica*, 6, 105-127.

Madux, J.E., Roberts, M.C., Sledden, E.A., & Wright, L. (1986). Developmental issues in child health psychology. *American Psychologist*, 41(1), 25-34.

Millstein, S.G., Adler, N.E., & Irwin, C.E. (1981). Conceptions of illness in young adolescents. *Pediatrics*, 68 (6), 834-839.

Nagy, M. (1948). The child's theories concerning death. *The Journal of Genetic Psychology*, 73, 3-27.

Pais-Ribeiro, JL (1996). Saúde e desenvolvimento. *Análise Psicológica*, XIV (2-3), 177-190

Thompson, Jr., R., & Gustafson, K. (1996). *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington: American Psychological Association .

Tuk, D., & Kerns, R. (Edts.). (1985). *Health, Illness, and families: a life-span perspective*. New ork: John Wiley & Sons.

Ussher, J. (1994). Menstruation na menopause: the making or breaking of woman? In: G.Penny, P.Bennett, & M.Herbert (Edts.) *Health Psychology: A life span perspective* (pp.129-151). Switzerland: Harwood Academic Publishers.

MODULO 5

MODELO DE RESULTADOS E OS MODELOS DE INTERVENÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender a importância dos resultados de saúde
- b) Diferenciar um modelo baseado nos resultados de outros modelos
- c) Identificar o tipo de resultados em saúde
- d) Discutir como medir os resultados de saúde
- e) Explicar o papel da qualidade de vida como resultado de saúde

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. História da importância dos resultados de saúde nos cuidados de saúde
3. Resultados doença e tratamentos
4. A prática baseada na evidência
5. Tipo de resultados de saúde
 - 5.1. Domínios clínicos económicos e humanísticos
 - 5.2. Medidas de processo de estrutura e de resultados
6. Saúde bem-estar e qualidade de vida
7. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Kaplan, R. (2002). Quality of life: An outcomes perspective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83 (Supl.2), s44-s50

Kaplan, R. (2003). The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research*, 12 (Supl. 1), 3-16.

Kaplan, R. (1994). The Ziggy Theorem: Toward an outcomes-focused health

psychology. *Health Psychology*, 13 (6), 451-460

Pais-Ribeiro J. (2004). Quality of Life is a Primary End-Point in Clinical Settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-130.

Porter, G, & Skibber, J. (2000). Outcomes research in surgical oncology. *Annals of Surgical Oncology*, 7 (5), 367-375.

Showstack J, Katz P, Weber E (1999). Evaluating the impact of hospitalists. *Annals of Internal Medicine*, 130, 376-81.

AULAS PRÁTICAS

As aulas práticas deste capítulo pedem que se identifique as concepções de saúde e os resultados de saúde

Os alunos devem, em grupo, preparar um trabalho em que identifiquem e descrevam resultados pertinentes em contexto de saúde.

Os resultados identificados devem provir de fontes diversas, nomeadamente:

1. Entrevista com pessoas sem doença (podem ser familiares) em que de uma lista de adjectivos deverão a) escolher aqueles que descrevem “saúde”, b) ordenar de “1” a “5” os descritores de saúde que considera mais adequados
2. Entrevista com pessoas sem doença para que identifiquem o que entendem por resultados de saúde
3. Entrevista aberta com profissionais de saúde descrevam o que entendem por resultados de saúde e os mais adequados
4. Entrevista com doentes hospitalizados pedindo que descrevam o que entendem por resultados de saúde e quais os mais adequados
5. Entrevista com doentes de centros de saúde pedindo que descrevam o que entendem por resultados de saúde e os mais adequados

O trabalho deve ser entregue em forma de relatório com os resultados das entrevistas comentados criticamente.

CAPÍTULO III

INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

O presente capítulo visa fornecer um quadro conceptual que enquadre a variedade de formas de intervenção no campo da saúde, desde as intervenções educativas que se fazem com crianças pequenas na escola, às intervenções à distância visando a promoção da saúde, ou as utilizadas em grandes programas de prevenção como o Programa North Karélia, ou ainda programas visando a adesão aos tratamentos, o ajustamento à doença, o ajustamento familiar a situações de doença particulares, ou o ajustamento individual.

Os alunos devem identificar o que é comum a todos os programas e que é susceptível de levar as pessoas a mudar as suas práticas visando a melhoria do estado de saúde ou a redução da condição de doença. Deverão identificar, e relacionar os componentes dos diversos programas.

MODULO 1

PSICOTERAPIA DE APOIO

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Aplicar as técnicas próprias da psicoterapia de apoio
- b) Identificar os processos psicológicos subjacentes às técnicas de apoio terapêutico
- c) Compreender os componentes dos programas de psicoterapia de apoio em contexto de saúde
- d) Discutir o que é terapêutico na psicoterapia
- e) Identificar as limitações impostas pelos contextos

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. A psicoterapia em contexto de doença
 - 2.1. O papel da psicoterapia em contexto tradicional de doença
3. Características dos contextos de doenças
4. A entrevista clínica
 - 4.1. técnicas de entrevista
5. A intervenção directa versus mediada
 - a. Na prevenção de doenças
 - b. Na promoção da saúde
 - c. No tratamento (adesão, grupos de ajuda)
6. As características dos grandes programas como o *Stanford Heart Disease Project* ou o *North Karélia*
7. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Benson, H. (1984). The relaxation response and stress. In: Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, J., Miller, N., & Weiss, S. (Edts.). *Behavioral Health: A handbook of health and disease prevention* (pp. 326-336). USA: John Wiley & Sons

Bracht, N. (1991). citizen participation in community health: principles for effective partnerships. In: B.Badura, & I.Kickbusch, (Edts.). *Health promotion research: Towards*

a new social epidemiology (pp.477-495)(WHO regional Publications, European Series, No. 37).Copenhagen: WHO.

Cunningham, A. (1995). Adjunctive psychological therapy for cancer: What we know and what we need to know. *Chronic Diseases in Canada*, 16(1), 134-142

Eisler, R. (1984). Promoting health through interpersonal skills. In: Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, J., Miller, N., & Weiss, S. (Edts.). *Behavioral Health: A handbook of health and disease prevention* (pp. 351-362).USA: John Wiley & Sons

Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: ISPA

Morgensten, H., Gellert, G., Walter, S., Ostgeld, A., Siegel, B (1984), the impact of a psychological support program on survival with breast cancer: the importance of selection bias in program evaluation. *Journal of Chronic Diseases*, 37, 273-282

Wadden, T., & Brownell, K. (1984). The developing and modification of dietary practices in individuals, groups, and large populations. In: Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, J., Miller, N., & Weiss, S. (Edts.). *Behavioral Health: A handbook of health and disease prevention* (pp. 608-631).USA: John Wiley & Sons

Winett, R., King, A., & Altman, D. (1989). *Health psychology and public health: an integrative approach*. New York: Pergamon Press.

MODULO 2

INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Discutir programas de intervenção em promoção e protecção da saúde
- b) Explicar os componentes psicológicos dos programas de intervenção
- c) Identificar os componentes psicossociais mais importantes dos programas
- d) Comparar os programas de persuasão com os legais
- e) Discutir a importância dos programas

CONTEÚDOS

- 1- Introdução
2. Diferenças entre a promoção e protecção da saúde e prevenção das doenças
3. Educação para a saúde e promoção da saúde
4. Programas de promoção da saúde
 - 4.1-Programa “Know Your Body” e os programas de promoção da saúde através da redução de riscos
 - 4.2-O programa Brabantia
 - 4.3- O programa Johnson & Johnson’s live for life
5. As famílias saudáveis, comunidades saudáveis, cidades saudáveis, hospitais saudáveis,
6. Protecção da saúde
7. Controlo dos acidentes
8. Medidas passivas versus activas
 - 8.1- Persuasão, imposições legais, mudanças estruturais
 - 8.2. Exemplos (do cinto de segurança, proibição de fumar, segurança no trabalho, normas para brinquedos, electrodomésticos e medicamentos)
9. Eficácia e aspectos éticos
10. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Badura, B., & Kickbusch, I. (Edts.) (1991). *Health promotion research: Towards a*

new social epidemiology (WHO regional Publications, European Series, No. 37). Copenhagen: WHO.

Feldman, R. (1984). Evaluating health promotion in the workplace. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp.1087-1093). New York: John Wiley & Sons.

Green, L., Kleuler, M., Deeds, S., & Partridge, K. (1980). *Health education planning: a diagnostic approach*. Palo Alto: Mayfield.

Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In: M.M.Faber & A.M.Reinhardt (Eds.)*Promoting health through risk reduction*(207-238).New York; Collier MacMillan Publishers.

Hettler, W. (1984). Wellness- the lifetime goal of a university experience. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp.1117-1124). New York: John Wiley & Sons.

Kaplun, A., (Edt.) (1993). *Health promotion and chronic illness*. (WHO regional Publications, European series,No.44). Copenhagen: WHO

Nathan, P. (1984). Johnson & Johnson's live for life: A comprehensive positive lifestyle change. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp.1064-1070). New York: John Wiley & Sons.

Simonds, S. (1984). Health education. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp.1223-1229). New York: John Wiley & Sons.

Stroebe, W., & Stroebe, M. (1995). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press.

Williams, C.L. (1982). Risk reduction in the schools: the "Know your body" program. In: M.M.Faber & A.M.Reinhardt (Eds.)*Promoting health through risk reduction*(pp189-206)..New York; Collier MacMillan Publishers.

MODULO 3

INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender a importância da prevenção das doenças
- b) Compreender o conceito de factor de risco
- c) Distinguir prevenção primária de prevenção secundária
- d) Identificar os limites da prevenção secundária
- e) Discutir as vantagens do rastreio precoce

CONTEÚDOS

- 1- Introdução
- 2- A prevenção primária
- 3- A prevenção secundária
- 4- Factores de risco
 - 4.1- Diferentes significados do conceito de factor de risco
- 5- História natural da doença
- 6- Rastreio
 - 6.1- Perigos do rastreio
 - 6.2- O conceito de reservatório de doença
 - 6.3- Rastreio e pseudo-doença tipo I e II
- 7- Quando e como se deve fazer rastreio
- 8- Tomada de decisão perante o rastreio
- 9- Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Black, W., & Welch, H. (1993). Advances in diagnostic imaging and overstimulation of disease prevalence and the benefits of therapy. *The New England Journal of Medicine*, 328 (17), 1237-1243.

Black, W., & Welch, H. (1997). Screening for disease. *American Journal of*

Roentgenology, 168, 3-11

Black, W., Haggstrom, D., & Welch, H. (2002). All cause of mortality in randomised trials of cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 94 (3), 167-173

Herman, C., Gill, H., Eng, J., & Fajardo, L. (2002). Screening for preclinical disease: tests and disease characteristics. *American Journal of Roentgenology*, 179, 825-831.

Kaplan, R. (2002). Quality of life: An outcomes perspective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83 (Supl.2), s44-s50

Kaplan, R. (2004). *Shared Decision Making for Cancer Screening*. Apresentação no 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa, 30 de Junho

NCI (2005). *Cancer screening*. Retrieved from web 10-1-05. <http://www.Cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/overview/healthprofessional>.

Nutbeam, D., & booth, M. (1994). Health behaviour in adolescence: risks and reasons. Johnson, S. (1994). Chronic illness in children. In: G.Penny, P.Bennett, & M.Herbert (Edts.) *Health Psychology: A life span perspective* (pp.53-66). Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Obuchowski, N., Graham, R., Baker, M., & Powell, K. (2001). Ten criteria for effective screening: their application to multislice CT screening for pulmonary and colorectal cancers. *American Journal of Roentgenology*, 176, 1357-1362.

Osborn, M. (2003). The disease reservoir Hypothesis: effects of changes in diagnostic thresholds. *In the news*, 16 (4), 5-6

Strong, J., Malcom, G., McMahan, C., Tracy, T., Newman, W., Herderick, E., & Cornhill, J. (1999). Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults: implications for prevention from the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth Study. *The Journal of The American Medical Association*, 281 (8), 727-735.

Welch, H. (1996). Questions about the value of early interventions. *The New England Journal of Medicine*, 334 (22), 1472-1473

MODULO 4

INTERVENÇÃO COM OS IDOSOS

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender a especificidade e amplitude deste novo grupo populacional
- b) Identificar a natureza das doenças deste grupo
- c) Compreender as diferenças das doenças em função do género
- d) Discutir o conceito de idosismo
- e) Discutir programas de intervenção

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. Expectativa de vida e expectativa de saúde
3. Processo de envelhecimento - definição
4. Aspectos demográficos
5. Idosos (*elderly*) e grandes idosos (*Oldest-old*)
6. Envelhecimento e género
7. As doenças dos mais velhos
8. Factores de risco e protectores (o estudo Alameda)
9. A saúde dos mais velhos
10. Determinantes do envelhecimento
 - 10.1-Hereditários
 - 10.2-Sócio económicos
 - 10.3-Estilo de vida e comportamento
 - 10.4-Culturais
 - 10.5-Políticos
 - 10.6-Espirituais e religiosos
11. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Birren, J., Schaie, K., Abeles, R., Gatz, M., & Salthouse, T. (1995). *The psychology*

of aging (4th Ed.). San Diego: Academic Press

Finucane, M., Mertz, C., Slovic, P., & Schmidt, E. (2005). Task complexity and older adults' decision-making competence. *Psychology and Aging*, 20(1), 71-84

Hart, S., (1994) the costs of caring for elderly people. In:G.Penny, P.Bennett, & M.Herbert (Edts.) *Health Psychology: A life span perspective* (pp171-189). Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Levy, B.R., Slade, M., Kunkel, S., & Kasl, S. (2002). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (2), 261-270

Lewis, M., Rook, S.& Schwarzer,R.(1994). Soial support, social control, an health among the elderly. In:G.Penny, P.Bennett, & M.Herbert (Edts.) *Health Psychology: A life span perspective* (pp191-211). Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Pais-Ribeiro, JL., Ferraz, F., & Felgueiras, S., (1995) A concepção de saúde de um grupo de idosos institucionalizados. In: L.Almeida, M. Araújo, M. Vila-Chã & M. Oliveira (Orgs.). *Áreas de intervenção e compromissos sociais dos psicólogos*. (pp.74-78). Lisboa: Actas da Convenção Anual da APPORT/95

Schaie, K., Blazer, D., House, J. (Edts.). (1992). *Ageing, health behaviours, and health outcomes*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Vingilis, E., & Sarkella, J. (1997). Determinants and indicators of health and well-being: tools for educating society. *Social Indicators Research* 40, 159-178.

WHO (2002). *Active ageing: a policy framework* (Doc.WHO.NMH.NPH.02.8). Geneve: World Health Organization

WHO (2000). *The implications for training of embracing. A Life Course Approach to Health* (WHO/NMH/HPS/00.2). Geneva: World Health Organization

WHO (2001). *Men Ageing And Health: Achieving health across the life span* (01WHO/NMH/ NPH 01.2). Geneva: World Health Organization

WHO (1998). *Women, Ageing and Health: Achieving health across the life span*. (WHO/HPR/AHE/HPD/96.1). Geneva: World Health Organization

Woods, A., & Barren, J. (1982). Late adulthood and aging. in: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp.91-100). New York: John Wiley & Sons.

MODULO 5

INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE FIM DA VIDA

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apresentar conceitos básicos
- b) Explicar os desenvolvimentos históricos da morte assistida e conceitos similares
- c) Discutir as razões do rápido desenvolvimento a prática
- d) Explicar o papel da psicologia na equipa de apoio
- e) Discutir relação entre a cultura e esta prática

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. Conceito de doença terminal
3. Apoio a doentes terminais
4. Cuidados paliativos
5. Conceitos ligados à morte assistida
6. Variações culturais
7. Terminologia tal com é proposta pela APA
8. O papel da psicologia e dos psicólogos em contexto de fim de vida
9. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Barrère, I., & Lalou, É. (1962). *Le dossier confidentiel de l'euthanasie*. Paris: Éditions Stock,

Breitbart, W., et al. (2000). Depression, Hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *The Journal of the American Medical Association*, 284(22), 2907-2911

DiPasquale, T., & Gluck, J. (2001). Psychologists, psychiatrists, and physician-assisted suicide: The relationship between underlying beliefs and professional behaviour. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(5), 501-506

Farberman, R., (1997). Terminal illness and hastened death requests: The important

role of the mental health professional. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(6), 544-547

Fen, D., & Ganzini, L. (1999). Attitudes of Oregon Psychologists towards physician-assisted suicide and Oregon Death With Dignity Act. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(3), 235-244

Galbraith, R., & Dobson, K., (2000). The role of the psychologist in determining competence for assisted suicide/euthanasia in terminally ill. *Canadian Psychology*, 41 (3), 174-183.

Kaasa, S., & Loge, J.H. (2003). Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliative Medicine*, 17, 11 /20

Levy, S. (1990). Humanizing death: psychotherapy with terminally ill patients. In P. Costa, Jr & G. VandenBos (Edts). *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care*. (pp.185-213). Washington: American Psychological Association.

MS (1997). *A saúde dos portugueses*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde.

Olarte, J., Guillén, D. (2001). Cultural issues and Ethical dilemmas in palliative and end-of-life care in Spain. *Cancer Control*, 8 (1), 46-54

Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora

Stedeford, A. (1979). Psychotherapy of dying patiente. *British Journal of Psychiatry*, 135, 7-14.

Stollerman, G. (1997). Os cuidados de saúde e o índice de sofrimento. *Hospital Practice*, 1 (8), 2;6;48.

Werth jr., J., Benjamin, G., & Farrenkopf, T. (2000). Request for physician-assisted death: guidelines for assessing mental capacity and impaired judgement. *Psychology, Public Policy and Law*, 6(2), 348-372

Werth jr., J. (2002). Incorporating end-of-life issues into psychology courses. *Teaching psychology*, 29(2), 106-111

AULAS PRÁTICAS DO CAPÍTULO

As actividades apresentadas a seguir são para ser escolhidas em alternativa

Actividade 1

A partir de programas que são realizados na comunidade de auto ajuda (p.ex. AA, vencer e viver), de educação (programas de educação sexual nas escolas, consumo de tabaco, etc.) ou de intervenção comunitária (p.ex. cidades saudáveis, vacinação),

descrever os componentes do programa escolhido e justificar esses componentes do ponto de vista da psicologia).

O trabalho é realizado em grupo e deverá ser apresentado num relatório de, até, cinco páginas

Actividade 2

Discutir os modelos de apoio a fim de vida a partir dos seguintes documentos básicos:

O Oregon Dignity Act

O Modelo Holandês

O caso Ramon San Pedro

Léxico da APA

Textos de Farberman, (1997); Fen, & Ganzini, (1999); Galbraith, & Dobson, (2000); Werth jr., Benjamin, & Farrenkopf, (2000).

Método

Procura de informação

Discussão em grupo (assumir papel de pró ou de contra)

Discussão com grupos de opinião (convidar um sacerdote, um especialista em direito, políticos, grupos pró-vida)

O trabalho é realizado em grupo e deverá ser apresentado num relatório de, até, cinco páginas)

CAPÍTULO IV

SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE

O presente capítulo discute o sistema de cuidados de saúde centrando-se em doenças e contextos de maior incidência. Serão abordadas as doenças que causam maior mortalidade e morbilidade e outros contextos específicos como sejam a maternidade e os aspectos relacionados com esta, apesar de, de facto, não se tratar de uma doença. São abordadas as alterações da imagem corporal e a alimentação considerando nesta, principalmente, a obesidade como uma alteração da imagem, e os acidentes em geral que constituem uma problemática especial para as idades jovens.

Iniciamos o capítulo abordando o doente em contextos médicos, considerando este, não como sinónimo de contexto de doença, mas de contexto onde as pessoas recebem tratamento, um pouco à imagem da terminologia inglesa (medical enquanto o médico é physician).



MODULO 1

COMPORTAMENTO DO DOENTE E CONTEXTOS MÉDICOS - SOFRIMENTO E DOR

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender o contexto de doença como um contexto agressivo onde as pessoas são submetidas a procedimentos fora do comum
- b) Identificar as variáveis da trilogia de reacção emocional ao contexto de doença
- c) Compreender a reacção do doente perante o diagnóstico (ou hipotético diagnóstico) e o contexto
- d) Identificar as hipóteses de ajuda ao doente
- e) Reconhecer os elementos básicos dos direitos do doente

CONTEÚDOS

- 1. Introdução
- 2. O contexto de doença como contexto despersonalizante em vez de desumanizante
- 3. Sofrimento
- 4. A trilogia, ansiedade, depressão e perda de auto-estima
- 5. A comunicação técnico de saúde- doente
- 6. Percepção de sintomas
- 7. Representação da doença
- 8. O modelo de auto regulação de Leventhal
- 9. Adesão ao tratamento
- 10. A cirurgia
- 11. A ética
 - 11.1-Declaração dos direitos do doente
 - 11.2-Declaração de Helsínquia
- 12. A psicologia da saúde e a ética de intervenção em contexto de sofrimento
- 13. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Kristeller, J.L., & Rodin, J. (1984). A three-stage model of treatment continuity: compliance, adherence, and maintenance. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Edtrs.) *Handbook of psychology and health*. (Vol. IV). (pp.85-112). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers

Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. (1992). Illness cognition: Using *common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions*. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 143-163.

Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto

Pitt, M., & Phillips, K. (1995). *The psychology of health: an introduction*. London: Routledge

Radley, A. (1994). *Making sense of illness*. London: SAGE Publications

Stone, G. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, 35 (1), 34-59

Turk, D., & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self-care regimens: the patient's perspective. In: J. Sweet, R. Rozensky, & S. Tavian (Edts.) *Handbook of clinical psychology in medical settings*. (pp 249-266). New York. Plenum Press.

WHO (1994). *A declaration on the promotion of patients' rights in Europe* (Doc. EUR/ICP/HLE 121). Copenhagen: World Health Organization Regional Office to Europe

MODULO 2

DOENÇAS DE GRANDE IMPACTO (DOENÇAS CARDIOVASCULARES, CANCRO, DIABETES, DOENÇAS NEUROLÓGICAS)

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as doenças de maior mortalidade e morbidade
- b) Descrever a distribuição populacional das grandes doenças
- c) Discutir o impacto das grandes doenças no indivíduo e família
- d) Compreender processos de ajustamento às grandes doenças
- e) Compreender como apoiar o ajustamento dos indivíduos e famílias doentes

CONTEÚDOS

- 1. Introdução
- 2. Aspectos epidemiológicos das doenças cardiovasculares (AVC e DCC)
- 3. Aspectos psicológicos da hipertensão
- 4. Relação entre emoções e doenças cardiovasculares
- 5. Factores de risco comportamentais na doença coronária
- 6. Epidemiologia do cancro
- 7. Relação entre emoções e cancro
- 8. Ajustamento ao diagnóstico e tratamento do cancro
- 9. Aspectos epidemiológicos da diabetes
- 10. Ajustamento à diabetes
- 11. Epidemiologia do HIV/SIDA
- 12. Psicoimunologia e HIV/SIDA
- 13. Aspectos particulares da doença
- 14. As doenças neurológicas: epilepsia, esclerose múltipla, alzheimer
- 15. As doenças graves como doenças da família
- 16. O impacto das doenças nos cuidadores informais
- 17. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

- Carrol, D. (1992). *Health Psychology: Stress, Behaviour and disease*. London: The Falmer Press
- Cohen, S., & Herbert, T. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Cunningham, A.J. (1989). *Helping Yourself: a workbook for people living with cancer*. Toronto: Canadian Cancer Society.
- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11-19
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45 (8), 1207-1221.
- Hermann, B., & Whitman, S. (1984). Behavioural and personality correlates of epilepsy: A review, methodological critique, and conceptual framework. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 451-497.
- Ingham, R. (1994). Sexuality and health in young people. In: G.Penny, P.Bennett, & M.Herbert (Edts.) *Health Psychology: A life span perspective* (pp.67-86). Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Krantz, D.S., Grunberg, N.E., & Baum, A. (1985). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 36: 349-383.
- Mittan, R., & Locke, G. (1982). Fear of seizures: epilepsy's forgotten problem. *Urban Health. January/February*, 40-41.
- Parker, L., & Baer, G. (1986). Neurological and neuromuscular disorders. In: K.Holroyd & T.Creer /edts.). *Self-management of chronic disorders: Handbook of clinical interventions and research* (pp.415-440). Toronto: Academic Press.INC.
- Rogers, J., & Britton, P. (1993). AIDS and rational suicide: a counseling psychology perspective or a slide on the slippery slope. *The Counseling Psychologist*, 22 (1), 171-178.
- Seabra, A. & Gomes, I.B. (1992). Intervenção psicológica na prevenção do S.I.D.A.. *Análise Psicológica*, 2(10), 191-198.
- Shillitoe, R. (1994). *Counselling people with diabetes*. Leicester: BPS Books
- Turk, D.C., & Salovey, P. (1985). Toward an understanding of life with cancer: personal meanings, psychosocial problems, and coping resources. *Hospice Journal*, 1, 73-84.

MODULO 3

INTERVENÇÃO NA GRAVIDEZ, MATERNIDADE, E PRIMEIROS ANOS DE VIDA

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as características do contexto de gravidez e maternidade como um contexto complexo do sistema de saúde
- b) Compreender os tipos de apoios a disponibilizar em contexto de gravidez assistida
- c) Compreender as características das doenças das crianças
- d) Discutir os tipos de apoio a fornecer aos contextos de vida das crianças
- e) Identificar como as especificidades de como as doenças podem afectar as crianças

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. Gravidez e sistema de saúde
3. Gravidez assistida
4. Maternidade e saúde
5. O nascimento
6. A saúde do recém-nascido
7. A relação mãe filho
8. As doenças das crianças
9. As doenças agudas e as doenças crónicas das crianças
10. As crianças com doenças crónicas
11. Os pais
12. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA:

Areias, M.D., & Botelho, T. (1992) Estudo comparativo: prematuridade e ansiedade. *Análise Psicológica*, X (2), 235- 240

Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica - perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.

Bibace, R., schmidt, L., & walsh, M. (1994). Children's perceptions of illness. In:G.Penny, P.Bennett, & M.Herbert (Edts.) *Health Psychology: A life span perspective* (pp. 13-30). Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Davies,, H. (1993). *Counselling parents of children with chronic illness or disability*. Leicester: BPS Books

Edelman, R., & Connolly,K. (1994). Reproductive failure and the reproductive technologies: a psychological perspective. In:G.Penny, P.Bennett, & M.Herbert (Edts.) *Health Psychology: A life span perspective* (pp.89-107). Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Figueiredo, B. (1994). Saúde da mãe e do bebé durante o puerpério. In: T.McIntire (Edt.) *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp.73-108). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Leal, I.P. (1992). Psicologia da maternidade: alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 2(X),229-234.

Roberts, Maddux, Wurtele e Wright, 1982;

Viana, V., & Almeida, J.P. (1987). Psicologia pediátrica: intervenção psicológica em pediatria. *Jornal de Psicologia*, 6(2), 10-13.

MODULO 4

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E PERTURBAÇÕES DA IMAGEM CORPORAL

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Distinguir comportamento alimentar normal
- b) Discutir relação da alimentação com imagem corporal
- c) Identificar situações de deformidade
- d) Discutir o impacto psicológico das situações de deformidade
- e) Discutir apoio a situações de deformidade

CONTEÚDOS

- 1-Introdução
- 2-Comportamento alimentar anormal
 - 2.1- As doenças da alimentação
- 3-Aspectos bio-psico-sociais da alimentação
- 4- Nos acidentes e nas doenças
 - 4.1-os tratamentos, a cirurgia, outros
- 5-As perturbações da imagem corporal
 - 5.1- Nos acidentes
 - 5.2- Nas doenças
 - 5.3- Queimaduras, amputações, cicatrizes, doenças de pele
- 6- Cirurgia reconstrutiva e cirurgia plástica
- 7-Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

- Bradbury, E. (1996). *Counselling people with disfigurement*. Leicester: BPS Books
- Davies, K., & Wardle, J. (1994). Body image and dieting in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(8), 787-799
- Brouwers, M. (1990). Treatment of body image dissatisfaction among women with

bulimia nervosa. *Journal of Counseling & Development*, 69, 144-147.

Brownell, K.D. (1982). Obesity: understanding and treating a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 820-840.

Wilson, T. (1984). Weight control treatment. In: Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, J., Miller, N., & Weiss, S. (Edts.). *Behavioral Health: A handbook of health and disease prevention* (pp. 657-670). USA: John Wiley & Sons

MÓDULO 5

ACIDENTES

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a magnitude do problema
- b) Discutir aspectos de causalidade
- c) Identificar as causas dos acidentes
- d) Discutir modos de reduzir os acidentes
- e) Identificar programas de protecção da saúde

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. Aspectos epidemiológicos dos acidentes
3. Principal causa de morte entre jovens e QALY'S
4. Impactos psicos-sociais dos acidentes
5. Tipos de acidentes (motorizados, trabalho, lazer)
6. O conceito de "culpar a vítima" funciona?
7. Medidas passivas e activas para redução dos acidentes
8. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Winett, R., King, A., & Altman, D. (1989). *Health psychology and public health: an integrative approach*. New York: Pergamon Press.

Robertson, L. (1984). Behavior and injury prevention: Whose behavior? In: Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, J., Miller, N., & Weiss, S. (Edts.). *Behavioral Health: A handbook of health and disease prevention* (pp. 980-989). USA: John Wiley & Sons

Rivara, F. (1984). Epidemiology of childhood injuries. . In: Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, J., Miller, N., & Weiss, S. (Edts.). *Behavioral Health: A handbook of health and disease prevention* (pp. 990-1001). USA: John Wiley & Sons

AULAS PRÁTICAS

Aulas práticas deste capítulo incluem uma das seguintes actividades à escolha

ACTIVIDADE 1

Em casa, visionar o filme “The Doctor”. Se não tem possibilidades de ver o filme em casa ver excertos na biblioteca. Ler a carta dos direitos do doente WHO (1994).

Discussão sobre a) o papel do doente em contextos médicos, b) a relação entre profissionais e doentes em contexto médico, c) discutir a “Carta dos direitos do doente na Europa”

PROCEDIMENTO:

Leitura e visionamento só ou em grupo

Discussão em pequeno grupo

Apresentação das conclusões do grupo em grande grupo

Discussão das conclusões em grande grupo

Em grupo, realizar um relatório final de cinco páginas

ACTIVIDADE 2

Analisar e discutir o programa “Helping Yourself” (Cunningham, 1989)

Identificar os componentes do programa

Discutir a apropriabilidade do programa

PROCEDIMENTO:

Análise do programa em grupo

Discussão em pequeno grupo

Realizar um programa inspirado no programa referido para diferentes doenças

Em grupo, realizar um relatório final de cinco páginas

CAPÍTULO V

OS GRANDES TEMAS EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Os grandes temas de psicologia da saúde constituem domínios do conhecimento que interessam todas as áreas que foram abordadas até aqui. De facto stress, coping, dor e avaliação psicológicas constituem domínios da experiência de todos aos dias. A doença crónica, pelos menos para as populações na segunda metade do ciclo de vida, afecta a generalidade da população. Por exemplo o *Medical Outcomes Study*, um estudo de grande amplitude que se propunha investigar o modo como as pessoas se relacionavam com o sistema de saúde, verificaram que uma grande percentagem da população era portadora de, pelo menos, uma doença crónica: ou seja, com o avançar dos anos, por razões várias, nomeadamente devido ao envelhecimento, ao estilo de vida, ao meio ambiente e à biologia, acompanhado de melhores capacidades de diagnóstico por via das novas tecnologias, as pessoas vão sendo diagnosticadas, tratadas e apoiadas em algum tipo de doença crónica que pode ir da hipertensão, à artrite reumatóide, passando pela diabetes, esclerose múltipla, ou cancro, de entre uma multitude numerosa de doenças vulgares entre os mais velhos, doenças que as vão acompanhar ao longo da vida mas das quais, provavelmente, eles não vão morrer.

MÓDULO 1

AValiação Psicológica em Psicologia da Saúde

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar as técnicas de avaliação segundo os princípios da Psicologia da Saúde
- b) Identificar as diferenças com as técnicas de avaliação das técnicas tradicionais
- c) Relacionar as técnicas de avaliação em Psicologia com as de avaliação em Saúde
- d) Relacionar a técnicas de avaliação com contextos de saúde
- e) Proporcionar experiência no uso de técnicas de avaliação em contexto de saúde e de cuidados de saúde.

CONTEÚDOS

1-Introdução

2-A avaliação em Psicologia da Saúde

2.1- Alvos, fontes, objetivos

2.2- Os métodos próprios da epidemiologia

2.2.1- Diferenças com os métodos tradicionais de avaliação psicológica. Os exemplos do estudo Alameda

2.2.2- As medidas de saúde com base na percepção pessoal

2.2.2- As diferenças entre a avaliação segundo o modelo biomédico e o modelo emergente da Segunda Revolução da Saúde: implicações para a psicologia

3-Os métodos tradicionais de avaliação psicológica, a saúde e a doença

4-Os problemas modernos de avaliação na saúde

4.1- Os diferentes métodos de recolha de dados

5- Avaliação da saúde mental e da saúde: as semelhanças, as diferenças, e as relações

6- A avaliação comunitária

7-Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Bowling, A. (1994). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Milton Keynes: Open University Press.

Bowling, A. (1995). *Measuring disease*. Buckingham: Open University Press.

Karoly, P. (Edt.) (1985). *Measurement strategies in health psychology*. New York: John Wiley & Sons.

Pais Ribeiro, J.L., & Leal, I. (1997). Avaliação e psicodiagnóstico em psicologia da saúde. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 (2), 357-370.

Pais Ribeiro, J.L. (In Press). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck

Pais Ribeiro, JL (1999) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.

Pais-Ribeiro, JL., & Tânia Pombeiro. (2003). Spirituality, morale, and quality of life in the aged. *Quality of Life Research*, 12 (7), 851.

Pais-Ribeiro, JL & C. Santos (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 491-502

MODULO 2

DOENÇAS CRÓNICAS

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Reconhecer a prevalência das doenças crónicas
- b) Explicar que as doenças crónicas são vulgares principalmente na segunda metade da vida
- c) Reconhecer que as doenças crónicas podem coexistir com a saúde e qualidade de vida
- d) Diferenciar as doenças crónicas das doenças agudas
- e) Discutir modos de ajustamento às doenças crónicas

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. O primado das doenças crónicas
3. Como se diferenciam as doenças crónicas das doenças agudas
4. Distribuição das doenças crónicas pelo ciclo de vida
5. Variabilidade das doenças crónicas
6. Estereótipos e comportamento humano nas doenças crónicas
7. Variáveis psicológicas e ajustamento às doenças crónicas segundo Folkman
8. Ajustamento em situações agudas: o caso da cirurgia
9. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Altschuler, J. (1997). *Working with chronic illness*. London: Macmillan Press, Ltd.

Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11-19

Johnson, S. (1994). Chronic illness in children. In: G. Penny, P. Bennett, & M. Herbert (Edts.) *Health Psychology: A life span perspective* (pp.31-52). Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Kaplun, A., (Edt.) (1993). *Health promotion and chronic illness*. (WHO regional Publications, European series, No.44). Copenhagen: WHO

Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. In a. Kaplun (Edt.). *Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp. 11-29). Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.

Leal, E., Pais Ribeiro, J., Oliveira, M.M., & Roquete, J. (in press). Aspectos psicossociais associados à percepção de dor pós-operatória em indivíduos submetidos a cirurgia coronária. *Revista da Sociedade Portuguesa de Cardiologia*

Leventhal H., & Nerenz, D.R. (1985). The assessment of illness cognition. In: P.Karoly (Edt.). *Measurement strategies in health psychology* (pp. 517-554). New York: John Wiley & Sons

Nichols, K. (1984). *Psychological care in physical illness*. London: Croom Helm.

Pais-Ribeiro, J., Lima, P., Ribeiro, A., & Couto-Soares, M. (1996). Resultados da aplicação do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade a doentes cirúrgicos. In: L. Almeida, S.Araújo, M. Gonçalves, C. Machado e M. Simões (Org.s.). *Avaliação psicológica: formas e contextos, (Vol. IV)* (pp.399-402). Braga: APPORT

Santos, A.M. (1992). Aspectos psicológicos em doentes candidatos a transplante renal. *Análise Psicológica*, 2 (X), 217-227.

Soares, MC, Ribeiro, A, Lima, P., & Pais-Ribeiro J. (1997). O efeito do fornecimento de informação na ansiedade pós-operatória numa população portuguesa de pacientes candidatos a cirurgia cardíaca. In JLP Ribeiro & SPPS (Edts). *Actas do 2º Congresso nacional de Psicologia da saúde*. (pp. 481-92). Lisboa: ISPA

MÓDULO 3

STRESS

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o conceito de stress
- b) Compreender o stress como processo fisiológico e psicológico
- c) Identificar como stress e doença se relacionam
- d) Discutir a relação entre contextos de acção e stress
- e) Identificar modos de ajustamento perante o stress

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. O conceito de stress
3. Aspectos epidemiológicos do Stress
4. Consequências comportamentais e fisiológicas do stress
5. Variáveis stressantes
6. Stress e ambiente
7. O stress nas organizações
 - 7.1-Burnout
8. Stress psicológico e queixas psicossomáticas
9. As variáveis amortecedoras do impacto de stressores
10. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Biondi, M., & Zannino, L. (1997) Psychological stress, neuroimmunomodulation, and susceptibility to infectious diseases in animals and man: a review . *Psychoterapy and Psychosomatics*, 66, 3-26.

Cox, T., Griffiths, A., & Rial González, E. (2000) *Research on work-related stress*.

Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, European Agency for Safety and Health at Work.

Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. In a. Kaplun (Ed.). *Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp. 11-29). Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.

Maes, S. & van Elderen, Th. (1998). Health Psychology and Stress. In: Eysenck, M. (Ed.) *Psychology: an integrated approach*, Addison Wesley, London

Manso, C. (1997). Stress. *Acta Médica Portuguesa*, 4 (10), 307-310.

McEwen, B. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338 (3), 171-179.

Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the disease of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*, 6, 117.

Selye, H. (1974). *Stress sans détress*. Ottawa: La Press.

Selye, H. (1979). Psychosocial implications of the stress concept. In: T.Manschreck (Ed.) *Psychiatric medicine update: Massachusetts General Hospital reviews for physicians* (pp.33-52). New York: Elsevier.

MÓDULO 4

COPING

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o processo de coping
- b) Descrever como evoluiu o conceito de coping desde os mecanismos de defesa
- c) Diferenciar coping de mecanismo de defesa
- d) Explicar como os processos de coping ajudam no ajustamento às doenças
- e) Compreender que os processos de coping variam consoante a doença

CONTEÚDOS

1. Introdução
2. Coping
3. Definição e conceito
4. Coping como processo
5. Coping é diferente de ajustamento
6. História do estudo do coping: de Freud à actualidade
7. Estratégias de coping e estilos de Coping,
8. Mecanismos de defesa
9. Mecanismos de defesa e coping
10. Características diferenciadoras
11. Coping e doenças
12. Coping e saúde
13. Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of

serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11-19

Folkman, S. & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55 (6), 647-654.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45 (8), 1207-1221.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1985) If it changes must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Haan, N. (1977). *Coping and defending: processes of self-environment organization*. New York: Academic Press.

Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S. & Gruen, R. (1985). Stress adaptational outcomes: the problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40 (7), 770-779.

Pais-Ribeiro, JL & C. Santos (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 491-502

Parker, J. & Endler, N. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. *European Journal of Personality*, 6, 321-344.

Suls, J., David, J., & Harvey, J. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64 (4), 711-735

Vaillant, G. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50

MÓDULO 5

DOR

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- a) Explicar o conceito de dor e as suas características
- b) Apresentar a dor como característica da vida de todos os dias
- c) Discutir e identificar os tipos de dor
- d) Relacionar a dor com os estados de doença e com o tratamento
- e) Identificar a relação entre variáveis psicológicas e dor

CONTEÚDOS

- 1-Introdução
- 2- Definição de dor
- 3- Aspectos epidemiológicos
- 4-Relação entre dor e estados psicológicos
- 5-Teorias explicativas da dor
 - 5.1- A Teoria do Portão de Controlo
 - 5.2-Outras
- 6- A dor nas doenças e nos tratamentos
- 7-A dor na vida de todos os dias (como aspecto normativo)
- 8- Variáveis psicológicas amortecedoras da dor
- 9- Variáveis psicológicas a considerar na abordagem da dor
- 10-As técnicas de intervenção mais adequadas
- 11-Síntese e conclusões

BIBLIOGRAFIA

Bonica, J.J. (1979). Cancer pain: importance of the problem. In: J.J. Bonica & V.Ventafriida (Edts.). *Advances in pain research and therapy* (Vol.2,pp.1-12). New

York: Raven Press.

Bonica, J.J. (1984). Management of cancer pain. In: M. Zimmerman, P. Drings & G. Wagner (Edts.). *Recent results in cancer research*, 89, (pp.13-17). Berlin: Springer.

Chapman, C. R., & Bonica, J. J. (1985). *Chronic pain (current concepts)*. Kalamazoo, MI: The Upjohn Co.

Elliott, A., Smith, B., Penny, K., Smith, W., & Chambers, A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *The Lancet*, 354, 1248-1252

IASP (1986). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. In: H.Merskey (edt.). *Pain*, (Suppl. 3), S1-S226.

Leal, E., Pais Ribeiro, J., Oliveira, M.M., & Roquete, J. (in press). Aspectos psicossociais associados à percepção de dor pós-operatória em indivíduos submetidos a cirurgia coronária. *Revista da Sociedade Portuguesa de Cardiologia*

Pais-Ribeiro, J.L. (1996). A intervenção sobre a dor no contexto da psicologia da saúde. *Jornal de Psicologia*, 2(1), 23-45.

Pais-Ribeiro, J.L. (1996). A dor no desporto de alta competição. In J.Cruz (Ed.) *Manual de psicologia do desporto*. (pp.679-90). Braga: S.H.O. Lda.

Horn, S., & Munafó, M. (1997). *Pain: Theory, research and intervention*. Buckingham: Open University Press

Turner, J.A., Deyo, R., Loeser, J., Korff, M., & Fordyce, W. (1994). The importance of placebo effects in pain treatment and research. *The Journal of the American Medical Association*, 271(20), 1609-1614)

Turk, D.C., & Fernandez, E. (1990). On putative uniqueness of cancer pain: do psychological principles apply? *Behaviour Research and Therapy*, 28 (1), 1-13.

Wall, P., & Melzack, R. (Edts.) (1999). *Textbook of Pain* (4th Edt.). New York: Churchill Livingstone

Wulf, H., Schug, S., Allvin, R., & Kehlet, H. (1998). Postoperative patient management-how can we make progress? *Acute Pain*, 1(4), 32-44

AULAS PRÁTICAS

A actividade deste capítulo consistirá numa das actividades à escolha

Actividade 1

Elaborar um programa de controlo de dor

Actividade 2

Elaborar um programa de controlo do stress perante diagnóstico de doença de grande impacto

PROCEDIMENTO:

(para ambas as actividades)

Discutir objectivos e conteúdos do programa em grupo

Realizar um programa para diferentes doenças

Em grupo, realizar um relatório final de cinco páginas

PARTE IV

METODOLOGIAS DE ENSINO

Método de ensino

A psicologia da Saúde é um domínio de aplicação e, tal como é considerada neste relatório, uma disciplina de um plano de estudos. Um dos modelos passíveis de adoptar na planificação da formação nesta disciplina é a de cientista-prático. Tal como foi formulado por Raimy (1950), este modelo recomenda a abordagem integrada de conhecimentos (em vez de isolada) e reconhece a interdependência entre teoria, prática e investigação.

Como o último ano da licenciatura constitui um momento de formação escolar e não de formação profissional ou pós-graduada, o corpo de conhecimentos deve ser o elemento central em vez do treino de práticas (embora se reconheça que teoria e prática são faces da mesma moeda). Esta preocupação está presente quando conceptualizamos os métodos de ensino.

Por método entendemos "um conjunto ordenado de técnicas (operações) utilizadas no processo de interacção docente-aluno, que têm por objectivo o desenvolvimento da personalidade e a aquisição de conhecimentos" (Zverev, 1983,p.12). Tal como Gage (1979) refere, o ensino pode fazer-se através de diferentes métodos e estes são condicionados, entre outras coisas, pelo número de alunos. Temos o método tutorial ou o assistido por computador quando há um único aluno; o método de discussão, o *role plaiyng*, as simulações e jogos quando o número de alunos varia entre os dois e 20; o ensino tradicional em sala de aula quando o número de alunos varia entre 20 e 40; conferência, filmes, quando o número de alunos é superior a 40.

No caso da disciplina de Psicologia da Saúde o número previsto de alunos é de cerca de 30. Nestas condições contemplaremos duas situações diferenciadas com base na divisão entre aulas teóricas e práticas, em que esta última situação privilegia a discussão, a simulação o *role taking* e a primeira privilegia a exposição.

O método de discussão tem sido proposto como adequado para atingir vários tipos de objectivos. Gall e Gall, (1976) explicitam os seguintes métodos de discussão: a) aprendizagem de um tema; b) orientada para um tema; c) resolução de problemas. O primeiro tipo é adequado para o domínio de um conteúdo (tanto ao nível da aprendizagem em sentido restrito com em sentido lato), o segundo para a mudança de atitudes (ideias, crenças, sentimentos, etc.), e o terceiro para encontrar soluções para resolver problemas. Acrescentar a estes, outro tipo de objectivo que resulta da discussão em grupo, e que é particularmente importante para quem tem de trabalhar em grupos multidisciplinares como é o caso da Psicologia da Saúde, é o aumento de capacidade para participar em discussões grupais.

O método expositivo, tradicionalmente privilegiado na universidade, consiste na apresentação de informação, predominantemente verbal, a um grande número de alunos. Nekrasova (1960) propõe oito regras básicas, a considerar no método expositivo, para activar o pensamento reflexivo: a) não devem ser apresentadas conclusões finais, mas sim problemas e regras, ou pistas, para os resolver; b) Deverão ser introduzidos e debatidos assuntos controversos, e exposto o ponto de vista do conferencista; c) os assuntos deverão ser apresentados segundo princípios psicológicos; d) deverá ser estabelecida relação entre teoria e prática; e) deverão ser colocadas questões significativas; f) deverão ser citadas evidências dos pontos de vista apresentados; g) deverão ser apresentados problemas que requeiram pensamento independente. Deve, ainda ser considerado o ciclo de concentração dos ouvintes. Segundo McLeish (1976), num período de 50 minutos, há um período inicial de 5 a 10 minutos em que a eficiência do ouvinte é máxima, seguida de um declínio progressivo até cerca dos 40 minutos, para aumentar até ao nível inicial. Assim, segundo este autor, para a optimização da exposição esta deverá ser dividida em cerca de seis tranches com recapitulação e monitorização da atenção.

As novas tecnologias e a aprendizagem

Nos anos recentes as tecnologias introduziram novos recursos, que constituíram inovações importantes, nomeadamente no acesso à informação e ao conhecimento. De facto nos anos recentes os alunos têm à distância de um “clique” no computador, acesso à última informação publicada. Claro que também há más notícias, que é a quantidade de informação “lixo” a que se acede pelas mesmas vias.

Esta disponibilidade anula totalmente o papel tradicional do professor enquanto “transmissor do conhecimento”. Se durante séculos se assumiu implicitamente, na tradição pré Gutemberg, que o professor era o que tinha acesso aos livros e que dizia aos alunos o que ali estava escrito, passando depois, não já a dizer o que estava escrito, mas a explicar o que estava escrito, agora os alunos facilmente acedem a toda a informação actual, com elevada probabilidade de ser contraditória com a que o professor apresenta. Neste contexto o professor tem que privilegiar três recursos básicos: a) estimular a procura autónoma de informação, b) ajudar a discriminar a informação “boa” da “lixo”, com as inerentes contradições e cautelas que esta própria ideia assume, e b) estimular o contraditório.

O professor assume, nesta via, um papel determinante na motivação dos alunos para a procura de informação e para a discussão actualizada, em tempo real, das dúvidas que eles vão encontrar, e das contradições que se depararão entre os documentos que encontram.

Muita desta discussão pode fazer-se fora do contexto tradicional de sala de aula. Dado que a informação circula, a discussão pode decorrer no gabinete porque o aluno tem uma dúvida imediata, ou via outros media como seja o e-mail em que o aluno questiona o professor quase com carácter de urgência que, embora não existindo, é consequência da velocidade a que corre a informação.

Justificação do método

Qualquer intervenção, quer seja terapêutica, quer educativa, deve contemplar dois domínios da cognição a) os conteúdos ou detalhes de cognições específicas (i.e., ideias, conceitos, crenças, imagens, etc.) e, b) o funcionamento cognitivo que opera com os conteúdos (Suarez, 1988). Com referimos no início deste relatório, uma dimensão refere-se aos conteúdos da aprendizagem e a outra à organização do conhecimento. A adopção deste princípio orienta a programação das actividades curriculares.

A investigação tem proposto práticas que são mais adequadas para o desenvolvimento de um ou outro dos domínios. Wagner e Sternberg (1984) propõem quatro princípios que devem ser respeitados quando o objectivo visa a dimensão estrutural da cognição: a) a descoberta activa é preferível à aprendizagem passiva; b) a motivação do aprendiz (que fornece energia para a acção) é fundamental; c) as situações de aprendizagem devem ser práticas; d) a flexibilidade para estabelecer planos diferentes é essencial.

Blocher (1983), Blocher e Siegal (1981) esclarecem os princípios referidos no parágrafo anterior propondo sete características que devem ser respeitadas na organização da aprendizagem: a) as situações devem ser desafiantes; b) o aprendiz deve investir nas situações de aprendizagem; c) o docente deve fornecer suporte (ser caloroso, empático); d) o docente deve organizar as actividades de modo que a tarefa esteja de acordo com o nível de complexidade cognitiva dos alunos; e) o aluno deve receber *feedback* sobre a sua prática; f) o aluno deve experimentar novos comportamentos; g) os padrões de interacção devem ser claros e estáveis. Sobre o mesmo assunto, Sprinthall e Thies-Sprinthall (1980) e Thies-Sprinthall (1984) esclarecem que são necessárias as seguintes condições para perseguir objectivos do tipo estrutural cognitivo: a) os alunos devem ser colocados em experiências significativas e ser colocados em situações próximas do real, ou de simulação do real; b) as situações de experiência devem ser equilibradas com as de discussão/reflexão; c) devem receber apoio pessoal e ser desafiados; d) as actividades que contribuem para as mudanças estruturais-cognitivas devem ser prolongadas, e não inferiores a seis meses. Se estas condições forem garantidas é susceptível de haver mudança estrutural cognitiva.

Mas a dimensão estrutural-cognitiva, a dimensão organizativa da cognição, não actua sobre o vácuo, são necessários conteúdos sobre os quais operar. O próprio Piaget (1969) recomendava um equilíbrio entre estes dois tipos de aprendizagem, e reconhecia a interdependência entre eles, em que a aprendizagem em sentido restrito era mais adequada quando se tratava de adquirir um saber particular mas inadequada quando se trata de criar, de inventar, de aplicar conhecimentos a situações novas. A aprendizagem dos conteúdos, ou aprendizagem em sentido restrito, pode ser feita de várias maneiras. Por exemplo, Mahoney (1980) apresenta quatro formas básicas de aprendizagem: a) experiência associativa directa; b) aprendizagem vicariante; c) instrução simbólica ; d) lógica simbólica.

O ensino universitário tem, ao longo dos tempos, privilegiado as formas c) e d), sendo a penúltima considerada a nata dos métodos de ensino e valorizada como tal nas normas universitárias. Em coerência com o que temos exposto, não valorizamos estes métodos de ensino, embora ele seja considerado a par de outros.

Resumindo, nas aulas teóricas será privilegiada a aprendizagem em sentido restrito, serão privilegiados e expostos os conceitos e as ideias que deverão ser memorizadas,

enquanto nas práticas será privilegiada a aprendizagem em sentido lato e serão discutidas as ideias e os conceitos e aplicadas às diversas situações, da avaliação à intervenção.

A organização da aprendizagem

A disciplina de Psicologia da Saúde é uma disciplina anual, distribui-se por 26 semanas de aulas, com a carga horária de quatro horas semanais, das quais duas são teóricas e duas práticas. Aulas teóricas e práticas não decorrem em paralelo, embora se tente manter um paralelismo por capítulo, ou seja que se termine o trabalho prático relativo a um capítulo quando se terminam as aulas teóricas.

O total da carga horária anual será de cerca de 104 horas de aulas. Consoante os conteúdos dos módulos, a sua abordagem será mais apropriada no contexto de aulas práticas ou teóricas, ou ambas. O quadro seguinte apresenta uma proposta de distribuição dos conteúdos pelo tempo disponível que reflecte, por um lado a importância que é atribuída a cada bloco de conhecimento, e por outro, se se privilegia a sua apresentação com os métodos de ensino próprios das aulas teóricas ou dos das aulas práticas.

	AULAS PRÁTICAS	AULAS TEÓRICAS	TOTAL
CAPÍTULO I	10	12	22
M1- A pré-história da psicologia da saúde		2	
M2- A evolução das concepções de saúde e doença ao longo da história		2	
M3- Emergência da Psicologia da Saúde		4	
M4- Terminologia		2	
M5- Variáveis psicológicas, saúde e doenças (psicologia positiva e negativa)		2	
CAPÍTULO II	10	10	20
M1- Campo da saúde – variedade de contextos		2	
M2- Tomada de decisão no campo da saúde		2	
M3- A intervenção e os pressupostos básicos da Psicologia da Saúde		2	
M4- Desenvolvimento humano e a intervenção em Psicologia da Saúde		2	
M5- Modelo de resultados e os modelos de intervenção no campo da saúde		2	
CAPÍTULO III	10	10	20
M1- Psicoterapia de apoio		2	
M2- Intervenção na promoção e protecção da saúde		2	
M3- Intervenção na prevenção das doenças		2	
M4- Intervenção com os idosos		2	
M5- Intervenção em contexto de fim da vida		2	

CAPÍTULO IV	10	12	22
M1- Comportamento do doente e contextos médicos - sofrimento e dor		2	
M2- Doenças de grande impacto (doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, doenças neurológicas)		4	
M3- Gravidez, maternidade, e primeiros anos de vida		2	
M4- Comportamento alimentar e perturbações da imagem corporal		2	
M5- Acidentes		2	
CAPÍTULO V	10	10	20
M1- Avaliação psicológica em psicologia da saúde		2	
M2- Doenças crónicas		2	
M3- Stress		2	
M4- Coping		2	
M5- Dor		2	
Total			104

Os capítulos estão mais ou menos distribuídos por igual ao longo do tempo, embora haja uma interpenetração de conteúdos que passam de um módulo para outro e que serão ajustados ao longo do tempo, de modo que, de facto, acaba por se dar mais ênfase a uns temas/módulos do que a outros, e que uns capítulos sejam privilegiados.

As aulas práticas decorrem com o tempo delimitado por grandes blocos de 10 horas de aulas, reconhecendo assim, que os ritmos de realização dos trabalhos práticos podem decorrer a um ritmo diferente do que está programado: ou seja, é possível um grupo já ter acabado o trabalho de um módulo e outro grupo despende mais tempo nesse módulo.

A avaliação

A avaliação será realizada de dois modos distintos. Um através da produção de trabalhos e outro da realização de exame. O regulamento de avaliação do curso de psicologia permite que as notas sejam compostas por 50% provenientes de trabalhos práticos e outros 50% de exame e este será o esquema adoptado. A produção nas aulas práticas consistirá cinco relatórios, um por capítulo conforme se descreveu:

Bibliografia Complementar

Por bibliografia complementar entende-se outra bibliografia que tem sido produzida nos últimos 30 anos sobre a psicologia da saúde ou em áreas que interessam a psicologia da saúde.

Adler, N., & Matthews, K. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.

APA task Force on Health Research (1976). Contributions of psychology to health research: patterns, problems, and potentials. *American psychologist*, 31, 263-274.

Belar, C. (1997). Clinical health psychology: A specialty for the 21st century. *Health Psychology*, 16, 411-416.

Borysenko, J. (1984). Stress, coping, and the immune system. In: J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Eds). *Behavioral health* (pp. 248-260). New York: John Wiley & Sons.

Bowman, M. (1999). Individual differences in posttraumatic distress: problems with the DSM-IV model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 21-33

Brannon, L., & Feist, J. (1992) - *Health psychology: an introduction to behavior and health*. California: Brooks/Cole Publishing Company;

Cannon, W. (1935). Stresses and strains of homeostasis. *American Journal of Medicine and Science*, 189, 1

Cattell, J.M. (1937). Retrospect: Psychology as a profession. *Journal of Consulting Psychology*, 1, 1-3.

Cohen, S., & Herbert, T. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.

Coyne, J., & Holroyd, K. (1982). Stress, coping and illness: a transactional perspective. In: T. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.). *Handbook of clinical health psychology*. (pp. 103-128). New York; Plenum Press

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Enright, M., Resnick, R., DeLeon, P., Sciarra, A., & Tanney, F. (1990). The practice of psychology in hospital settings. *American Psychologist*, 45 (9), 1059-1065.

Enright, M., Welch, B., Newman, R., & Perry, B. (1990). The hospital: Psychology's challenge in the 1990s. *American Psychologist*, 45 (9), 1057-1058.

Epp, J. (1986). *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Canada: Health and Welfare Canada.

Feurstein, M., Labbé, E.E., & Kuczmierczyk, A.R. (1986). *Health Psychology: a psychobiological perspective*. New York: Plenum Press.

Fox, R. (1982). The need for a reorientation of clinical psychology. *American Psychologist*, 37 (9), 1051-1057.

Fox, R. (1994). Training professional psychologists for the twenty-first century. *American Psychologist*, 49 (3), 200-206

Gatchel, R. J., Baum, A., & Krantz, D. S. (1989) *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.

Glass, D. (1989). Psychology and health: obstacles and opportunities. *Journal of Applied Social Psychology*, 19(14), 1145-1163

Guerra, M., & Lima, L. (Coord.). (2005) *Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde*. Lisboa: Climepsi

Iscoe, I. (1982). Toward a viable community health psychology: caveats from the experiences of the community mental health movement. *American Psychologist*, 37(8), 961-965.

Ivancevich, J. M., Matteson, M. T., Freedman, S. M., & Phillips, J. S. (1990). Worksite stress management interventions. *American Psychologist*, 45 (2), 252-261

Joyce Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde - Desenvolvimento e Intervenção*. Porto: ASA

Joyce-Moniz, L., & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e dialéctica de significações de doença e confronto em psicologia da saúde. *Psychologica*, 6, 105-127.

Kaplan, R. (1990). Behavior as the central outcome in health care. *American Psychologist*, 45 (11), 1211-1220

Kaplan, R. (1994). The Ziggy Theorem: Toward an outcomes-focused health psychology. *Health Psychology*, 13 (6), 451-460

Karoly, P. (1985). The logic and character of assessment in health psychology: perspectives and possibilities. In: P.Karoly (Edt.). *Measurement strategies in health psychology*. (pp3-45). New York: John Wiley & Sons

Kasl, S.V. (1974). The Health Belief Model and behavior related to chronic illness. In: Marshall, H. Becker (Edt.). *The health belief model and personal health behavior*. (pp.106-127). New Jersey: Charles B.Black, Inc.

Kasl, S.V., & Cobb, S. (April, 1966,b). Health behavior, illness behavior and sick role behavior: II sick-role behavior. *Archives of Environment and Health*, 12, 531-541.

Kasl, S.V., & Cobb, S. (Feb. 1966,a). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environment and Health*, 12, 246-266.

Kassirer, J. (1993). The quality of care and the quality of measuring it. *The New England Journal of Medicine*, 329 (17), 1263-5.

Katz, S.H., & Wallace, A.F. (1974). An antropological perspective on behavior and disease. *American Journal of Public Health*, 64 (11), 1050-1052.

Krantz, D.S., Grunberg, N.E., & Baum, A. (1985). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 36, 349-383.

Laine, C., & Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine: a professional evolution. *The Journal of the American Medical Association*, 275 (2), 152-156

Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (Edt.). *Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp. 11-29). Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.

Lazarus, R. (1993). From psychological stress to emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.

Lewis, J.A., Sperry, L. & Carlson, J. (1993). *Health Counseling*. Pacif Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Madux, J.E., Roberts, M.C., Sledden, E.A., & Wright, L. (1986). Developmental issues in child health psychology. *American Psychologist*, 41(1),25-34.

Maes, S., Spielberger, C., Defares, P., & Sarason, I. (Edts.)(1988). *Topics in health psychology*. Great Britain: John Wiley & Sons Ltd.

Marks, D. (Edt.)(2002). *The Health Psychology Reader*. London: Sage Publications Ltd.

Maslach, C., & Leiter, M. (2000). Burnout. In: g, Fink (ed.). *Encyclopedia of stress* (Vol.1,pp. 358-362). California: Academic Press,

Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35 (9),807-817.

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: A handbook of health and disease prevention* (pp.3-40). New York: John Wiley & Sons.

Matarazzo, J.D. (1987). There is only one psychology, no specialities, but many applications. *American Psychologist*, 42 (10), 893-903.

Mates, D., & Allison, K. (1992). Sources of stress and coping responses of high school students. *Adolescence*, 27 (106), 461-474.

McDermott, M. (2001). Redifining health psychology: Matarazzo revisited. *Health Psychology Update*,10, 3-10.

Meagher, R.B. (1982). Cognitive behavior therapy in health psychology. In:T.Millon, C. Green & R.Meagher (Edts.). *Handbook of clinical health psychology*. (pp.499-520). New York; Plenum Press.

Millon, T. (1982). On the nature of clinical health psychology. In:T.Millon, C.Green & R.Meagher (Edts.). *Handbook of clinical health psychology*. (pp.1-27). New York; Plenum Press.

Millstein, S.G., & Irwin, C.E. (1987). Concepts of health and illness: different constructs or variations on a theme? *Health Psychology*,6(6),515-524.

Minkler, M. (1989). Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. *Health Education Quarterly*,16 (1),17-30.

Minkler, M. (1990). Improving health through community organization. In: K. Glanz, & B. Rimer (Edts). *Health behavior and health education: theory research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Moos, R.H. (1982). Coping with acute health crises. In: T.Millon, C. Green & R.Meagher (Edts.). *Handbook of clinical health psychology*. (pp.129-152). New York; Plenum Press.

Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1987). Life transitions and crises: a conceptual overview. In: R.H.Moos (Edt.). *Coping with life crises: An integrated approach*. New York: Plenum Press.

Natapoff, J.N. (1978). Children's views of health: a developmental study. *American Journal of Public Health*,68(10), 995-1000

Nathan, P. (1984b).The worksite as a setting for health promotion and positive lifestyle change. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss

(Eds). *Behavioral health: A handbook of health and disease prevention* (pp.1061-1063). New York: John Wiley & Sons.

Olbrisch, M.E., Weiss, S.M., Stone, G.C., & Schwartz, G.E. (1985). Report of the national working conference on education and training in health psychology. *American Psychologist*, 40 (9), 1038-1041.

Pais Ribeiro, J.(1998) - *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.

Pais Ribeiro, J.L. (1994). A psicologia da saúde é uma área epistemológica de eleição para o exercício da psicologia clínica. *Actas do I Seminário «Deontologia Profissional do Psicólogo»*, (pp18-28) Porto: APPORT

Pais-Ribeiro, J (2002). A Qualidade de Vida Tornou-se um Resultado Importante no Sistema de Cuidados de Saúde. *Revista de Gastrenterologia & Cirurgia*, XIX (103), 159-173.

Penny, G., Bennett, P., & Herbert, M. (Edts.)(1994). *Health Psychology: A life span perspective*. Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Peterson, L. (1989). Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 380-387.

Phelps L. (2001). *Health-Related Disorders in Children and Adolescents: A Guidebook for Understanding and Educating*. Washington DC, APA

Pitt, M., & Phillips, K. (1995). *The psychology of health: an introduction*. London: Routledge

Pomerleau, O.F., & Rodin, J. (1986). Behavioral medicine and health psychology. In: Sol L. Garfield e Allen E. Bergin (Edts.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York; John Wiley & Sons.

Radley, A. (1994). *Making sense of illness*. London: SAGE Publications

Ribeiro, JLP (1990). Desenvolvimento intelectual. In: B.Campos (Coord.). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens* (pp.49-91). Lisboa: Universidade Aberta;

Ribeiro, JLP (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, XII (2-3), 179-191.

Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.

Rosch, P. (1997). Is stress inherited? *Stress Medicine*, 13, 139-143.

Ross, R. & Altmaier, E. (1994). *Intervention in occupational stress*. London: Sage Pub.

Rutter, D., Quine, I., & Chesham, D. (1993). *Social psychological approaches to health*. New York: Harvester Wheatsheaf

Sarafino, E. (1990). *Health Psychology: biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons.

Sarason, I.G., Levine, H.M., & Sarason, B.R. (1982). Assessing the impact of life changes. In: T.Millon, C. Green & R.Meagher (Edts.). *Handbook of clinical health psychology*. (pp. 377-400). New York; Plenum Press.

Schmidt, L. (1994). A psychological look at public health: contents and methodology. In: S.Maes, H.Leventhal, & M. Johnston (Edts.). *International Review of Health Psychology* (Vol 3) (pp 3-36). Chichester: John Wiley & Sons.

Schwartz, G.E. (1982). Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 1040-1053.

Selye, H. (1979). Psychosocial implications of the stress concept. In: T.Manschreck (Ed.) *Psychiatric medicine update: Massachusetts General Hospital reviews for physicians* (pp. 33-52). New York: Elsevier.

Shakow, D. (1975). Clinical psychology. In: A.Freedman, H. Kaplan & B. Sadock (Edts.). *Comprehensive textbook of psychiatry/II* (Vol.1, 2th Edition, pp.2376-2386). Baltimore: The Williams & Wilkins Company.

Shapiro, A. (1996). *Hypertension and stress. A unified concept*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers

Sheridan, C., & Radmacher, S. (1992). *Health Psychology: Challenging the biomedical model*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Sklar, L. S., & Anisman, H. (1979). Stress and coping factors influence tumor growth. *Science*, 205 (3), 513-515.

Sklar, S., & Anisman, H. (1981). Stress and cancer. *Psychological Bulletin*, 89, 369-406.

Stone, A., Cox, D., Valdimarsdottir, H., Jandorf, L. & Neale, J. (1987). Evidence that secretory IgA antibody is associated with daily mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (5), 988-993.

Stroebe, W., & Stroebe, M. (1995). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press.

Sweet, J., Rozensky, R., & Tovian, S., (1991) *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York. Plenum Press.

Tanabe, G. (1982). The potential for public health psychology. *American Psychologist*, 37(8), 942-944.

Tanney, F. (1991). Counseling psychology and health psychology: some suggestions for burgeoning area. *The Counseling Psychologist*, 19 (3), 392-395.

Taylor, S., Repetti, R., & Seeman, T. (1997). Health Psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, 48, 411-447

Taylor, S.E. (1984). The developing field of health psychology. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Edtrs.) *Handbook of psychology and health*. (Vol. IV). (pp1-22). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Taylor, S.E. (1990). Health psychology: the science and the field. *American Psychologist*, 45, 40-50.

Walker, C. E.; Roberts, M. C. (Eds.) (1992). *Handbook of clinical child psychology*. New York: John Wiley & Sons.

WHO (1986). *Health promotion: concepts and principles in action, a policy framework*. Geneva: WHO.

WHO (2001). *International Classification of functioning, Disability and Health*. Geneva.WHO.

WHO. (1986). *Young people's health – a challenge for society*. World Health Organization Technical Report Series, 731. Geneve: World Health Organization.

WHO. (1988). *Priority research for health for all*. Copenhagen: World Health Organization.

Wiedenfield, S., O'Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S., & Raska, .K (1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (5), 1082-1094.

Woodworth, R. (1937). The future of clinical psychology. *Journal of Consulting Psychology*, 1, 4-5

Zakowski, S., McAllister, C., .Deal, M., & Baum, A. (1992). Stress, reactivity, and immune function in healthy men. *Health Psychology*, 11 (4), 223-232.