

MANUAL DE **PSICOLOGIA DA SAÚDE**

Coordenação:

**ISABEL LEAL
JOSÉ PAIS RIBEIRO**

PACTOR

EDIÇÃO

PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação
Av. Praia da Vitória, 14 A – 1000-247 LISBOA
Tel: +351 213 511 448
pactor@pactor.pt

DISTRIBUIÇÃO

Lidel – Edições Técnicas, Lda.
R. D. Estefânia, 183, R/C Dto. – 1049-057 LISBOA
Tel: +351 213 511 448
lidel@lidel.pt
www.lidel.pt

LIVRARIA

Av. Praia da Vitória, 14 A – 1000-247 LISBOA
Tel: +351 213 511 448 • Fax: +351 213 522 684
livraria@lidel.pt

Copyright © 2021, PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação
® Marca registada da FCA – Editora de Informática, Lda.
ISBN edição impressa: 978-989-693-105-6
1.ª edição impressa: março 2021

Paginação: Carlos Mendes
Impressão e acabamento: Tipografia Lousanense, Lda. – Lousã
Depósito Legal n.º 481143/21
Capa: José Manuel Reis

Todos os nossos livros passam por um rigoroso controlo de qualidade, no entanto, aconselhamos a consulta periódica do nosso *site* (www.pactor.pt) para fazer o *download* de eventuais correções.

Não nos responsabilizamos por desatualizações das hiperligações presentes nesta obra, que foram verificadas à data de publicação da mesma.

Os nomes comerciais referenciados neste livro têm patente registada.



Reservados todos os direitos. Esta publicação não pode ser reproduzida, nem transmitida, no todo ou em parte, por qualquer processo eletrónico, mecânico, fotocópia, digitalização, gravação, sistema de armazenamento e disponibilização de informação, sítio *Web*, blogue ou outros, sem prévia autorização escrita da Editora, exceto o permitido pelo CDADC, em termos de cópia privada pela AGECOP – Associação para a Gestão da Cópia Privada, através do pagamento das respetivas taxas.

ÍNDICE

Os Autores.....	XXI
-----------------	-----

Introdução.....	XXXI
-----------------	------

PARTE I

1

História e Contexto

Introdução.....	3
-----------------	---

Capítulo 1

5

Emergência e Desenvolvimento da Psicologia da Saúde

José Pais Ribeiro e Isabel Leal

1.1 Introdução	5
1.2 Psicologia, saúde e doenças.....	5
1.2.1 A psicologia clínica.....	5
1.2.2 Campo da saúde	6
1.2.3 Estilo de vida	7
1.2.4 A psicologia da saúde	8
1.2.5 Psicologia clínica da saúde	8
1.3 Psicologia da saúde em Portugal.....	10
1.3.1 Intervenção em psicologia da saúde.....	10
1.4 Considerações finais	10
Referências bibliográficas	11

Capítulo 2

13

Psicologia, Saúde e Doenças

José Pais Ribeiro e Isabel Leal

2.1 Introdução	13
2.2 Pseudodoença	15
2.3 Prevenção de doenças.....	16
2.4 Promoção da saúde	17
2.4.1 Estilo de vida	17
2.4.2 Completar o conceito “saúde”	17
2.5 Considerações finais	18
Referências bibliográficas	19

Capítulo 3

21

Psicologia da Saúde: Perspetivas de Futuro

Isabel Leal e José Pais Ribeiro

3.1	Introdução	21
3.2	As alterações demográficas	21
3.3	As alterações de morbilidade e mortalidade	22
3.4	O empoderamento da população	22
3.5	A revolução tecnológica	23
3.6	As alterações climáticas	24
3.7	A psicologia: perspetivas de futuro	25
3.8	Considerações finais	27
	Referências bibliográficas	27

PARTE II

29

Teorias e Modelos ou Como Mudar o Comportamento?

Introdução	31
------------------	----

Capítulo 4

33

Modelo de Crenças da Saúde: *Health Belief Model* (HBM)

Joana Água e Isabel Leal

4.1	Introdução	33
4.2	Desenvolvimento do modelo	33
4.2.1	Suscetibilidade percebida	33
4.2.2	Gravidade percebida	34
4.2.3	Barreiras e benefícios percebidos para o comportamento prevenido	34
4.2.4	Pistas para ação	34
4.3	Desenvolvimentos no modelo de crenças da saúde	35
4.4	Críticas ao modelo de crenças da saúde	36
4.5	Contributos do modelo de crenças da saúde para a psicologia da saúde	36
4.6	Considerações finais	37
	Referências bibliográficas	37

Capítulo 5

39

Teoria de Ação Planeada

Patrícia Costa Pinto

5.1	Introdução	39
5.2	Desenvolvimento da Teoria de Ação Planeada	39
5.3	Críticas à Teoria de Ação Planeada	41
5.4	Contributos da Teoria de Ação Planeada na psicologia da saúde	42
5.5	Considerações finais	43
	Referências bibliográficas	43

Capítulo 6

45

Modelo Sociocognitivo

Hugo Assunção

6.1	Introdução	45
-----	------------------	----

6.2 Descrição do Modelo Sociocognitivo	45
6.3 Desenvolvimentos do Modelo Sociocognitivo	47
6.4 Contributos e críticas	47
6.5 Considerações finais	48
Referências bibliográficas	48

Capítulo 7

51

Modelo do Senso Comum da Autorregulação

Maria Rita Albergaria e Marta Gonçalves Porto

7.1 Introdução	51
7.2 Aplicação do Modelo de Senso Comum da Autorregulação para compreensão dos comportamentos de saúde	52
7.3 Considerações finais	55
Referências bibliográficas	55

Capítulo 8

57

Autorregulação, Saúde e Doença

Maria João Figueiras

8.1 Introdução	57
8.2 Autorregulação, saúde e doença.....	57
8.3 Planos de ação e modelos de senso comum	59
8.4 Perceção de doença e resultados clínicos: evidência empírica.....	60
8.5 Considerações finais	62
Referências bibliográficas	62

Capítulo 9

65

Modelo Transacional-Sistémico

Inês Queiroz Garcia

9.1 Introdução	65
9.2 <i>Coping</i> diádico	66
9.2.1 Formas de <i>coping</i> diádico.....	68
9.3 <i>Coping</i> diádico, <i>we-stress</i> e <i>we-disease</i>	69
9.4 Considerações finais	70
Referências bibliográficas	70

Capítulo 10

73

Modelo Transteórico

José Alberto Ribeiro-Gonçalves e Isabel Leal

10.1 Introdução: descrição e abordagem do Modelo Transteórico	73
10.2 Desenvolvimentos no Modelo Transteórico	76
10.3 Críticas ao Modelo Transteórico.....	77
10.4 Considerações finais: contributos do Modelo Transteórico na psicologia da saúde	77
Referências bibliográficas	77

Capítulo 11 79

Abordagem de Processos de Ação em Saúde

Raquel Rosas

11.1 Introdução 79

11.2 Modelo *Health Action Process Approach*: considerar fases e determinantes psicológicos na mudança comportamental 79

11.3 Autores e desenvolvimentos 82

11.4 Mudança com o *Health Action Process Approach*: críticas e contributos..... 83

11.5 Considerações finais 83

Referências bibliográficas 84

Capítulo 12 85

Teoria de Autodeterminação

Marta Moreira Marques, Jorge Encantado e Marlene Nunes Silva

12.1 Introdução 85

12.2 Pressupostos teóricos..... 85

12.3 Teoria de Autodeterminação e mudança comportamental em saúde: evidência científica 88

12.4 Considerações finais 89

Referências bibliográficas 89

Capítulo 13 91

Expetativas e Placebo

Cláudia Ferreira de Carvalho

13.1 Introdução 91

13.2 Placebo, resposta placebo e efeito placebo 91

13.3 Efeito placebo e expetativas de resposta 92

13.4 Mecanismos explicativos do efeito placebo 93

13.5 Implicações clínicas 95

13.6 Considerações finais 95

Referências bibliográficas 95

PARTE III 97

A Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças

Introdução 99

Capítulo 14 101

Comportamento e Saúde

Margarida Gaspar de Matos

14.1 Introdução: uma abordagem pluridisciplinar da saúde 101

14.2 Da prevenção da doença à promoção da saúde 102

14.3 Considerações finais	106
Referências bibliográficas	106

Capítulo 15

109

Comportamento Alimentar

Filipa Pimenta, Inês Queiroz Garcia e Raquel Rosas

15.1 Introdução	109
15.2 Comportamento alimentar: aspetos desenvolvimentais, sociocognitivos e psicofisiológicos	109
15.3 Alimentação saudável e não saudável	110
15.4 Perturbações do comportamento alimentar	111
15.5 Avaliação	112
15.6 Considerações finais	113
Referências bibliográficas	113

Capítulo 16

117

Exercício Físico e Saúde Mental

José Vasconcelos-Raposo, Bárbara Pinto da Cunha e Carla Aguiar Teixeira

16.1 Introdução	117
16.2 Depressão	119
16.3 Ansiedade.....	120
16.4 Stress.....	122
16.5 Considerações finais	123
Referências bibliográficas	123

Capítulo 17

125

Sexualidade

Marta Reis, Lúcia Ramiro e Margarida Gaspar de Matos

17.1 Introdução	125
17.2 Promoção da saúde sexual e bem-estar.....	125
17.3 Considerações finais	127
Referências bibliográficas	128

Capítulo 18

131

A Resposta Preventiva nas Adições

Raúl Melo

18.1 Introdução	131
18.2 O conceito de adição e a sua aplicação	131
18.3 Modelo de resposta.....	131
18.4 Objetivos da prevenção.....	132
18.5 Estratégias em função do modelo explicativo	133
18.6 Atitudes para uma prevenção eficaz	135
18.7 Considerações finais	135

Referências bibliográficas 136

Capítulo 19 137

O Stress e as Suas Consequências na Saúde e no Bem-estar

Anabela Sousa Pereira e Cristina Queirós

19.1 Introdução 137

19.2 Stress..... 137

 19.2.1 Stress e biologia 138

 19.2.2 Stress, patologia e sistema imunológico..... 139

19.3 Stress ocupacional e fatores psicossociais de risco..... 140

19.4 A perturbação do stress pós-traumático..... 140

19.5 Stress crónico e *burnout* 141

19.6 Considerações finais 142

Referências bibliográficas 143

Capítulo 20 147

Bem-estar

Iolanda Costa Galinha

20.1 Introdução 147

20.2 A medição do bem-estar subjetivo 147

20.3 Estrutura do conceito de bem-estar subjetivo 148

20.4 Fatores intrapessoais associados ao bem-estar subjetivo 149

20.5 Fatores interpessoais associados ao bem-estar..... 149

20.6 Fatores contextuais associados ao bem-estar subjetivo..... 150

20.7 Fatores culturais associados ao bem-estar subjetivo..... 151

20.8 Considerações finais 152

Referências bibliográficas 152

Capítulo 21 157

Qualidade de Vida

José Pais Ribeiro

21.1 Introdução 157

21.2 Qualidade de vida..... 157

21.3 Organização do constructo 158

21.4 A qualidade de vida nas doenças 159

21.5 A avaliação da qualidade de vida..... 160

21.6 A psicologia e a qualidade de vida..... 160

21.7 Considerações finais 161

Referências bibliográficas 161

Capítulo 22 163

Espiritualidade, Religião e Religiosidade em Psicologia da Saúde

Alexandra Ferreira-Valente e Anabela Sousa Pereira

22.1 Introdução	163
22.2 Espiritualidade, religião, religiosidade e saúde	164
22.3 A que se devem os efeitos da espiritualidade/religião na saúde?	166
22.4 Implicações para a intervenção clínica	167
22.5 Considerações finais	168
Referências bibliográficas	168

PARTE IV

171

Saúde e Desenvolvimento Humano

Introdução	173
------------------	-----

Capítulo 23

175

Psicologia da Gravidez e da Parentalidade

Bárbara Figueiredo

23.1 Introdução	175
23.2 Gravidez	175
23.3 Gestação	176
23.4 Transição para a parentalidade	177
23.5 Parentalidade	179
23.6 Considerações finais	181
Referências bibliográficas	182

Capítulo 24

185

Infância e Saúde

Teresa Santos, Raquel Costa, Diana Frasquilho e Maria do Céu Machado

24.1 Introdução: perspectiva histórica da saúde infantil	185
24.2 A evolução em Portugal	185
24.3 Diretrizes nacionais e internacionais para a saúde infantil	186
24.4 O papel da psicologia: área da psicologia pediátrica	187
24.5 A importância da intervenção na infância e principais aspetos do desenvolvimento psicológico	188
24.5.1 Fatores de risco, fatores protetores e intervenções	189
24.6 Considerações finais: três ideias, três desafios presentes e futuros	190
Referências bibliográficas	192

Capítulo 25

195

Adolescência

Tânia Gaspar, Fábio Botelho Guedes, Ana Cerqueira e Margarida Gaspar de Matos

25.1 Introdução	195
25.2 Adolescência: o conceito	195
25.3 A saúde do adolescente	196
25.4 Promoção do desenvolvimento positivo	198
25.4 Considerações finais	198

Referências bibliográficas	199
Capítulo 26	201
Menopausa e Andropausa: Definição e Intervenção	
Filipa Pimenta e Pedro Alexandre Costa	
26.1 Introdução	201
26.2 Menopausa	201
26.3 Andropausa	203
26.3 Considerações finais	204
Referências bibliográficas	205
Capítulo 27	207
Envelhecimento	
Sofia von Humboldt	
27.1 Introdução ao envelhecimento: uma abordagem biopsicossocial	207
27.2 Intervenções e políticas associadas ao envelhecimento: direções futuras	209
27.3 Considerações finais	211
Referências bibliográficas	211
Capítulo 28	215
Uma Psicologia do Final da Vida	
José Pais Ribeiro	
28.1 Introdução	215
28.2 Expetativa de vida saudável	216
28.2.1 Conceitos relacionados	216
28.3 Final de vida em Portugal	217
28.3.1 Aceleração da morte	217
28.3.2 A psicologia no final da vida	218
28.4 Considerações finais	220
Referências bibliográficas	220
PARTE V	223
Doenças Crónicas	
Introdução	225
Capítulo 29	227
Cancro	
Catarina Ramos	
29.1 Introdução	227
29.2 Impacto emocional e psicológico da doença oncológica	227
29.3 Terapia Cognitivo-Comportamental em doentes com cancro	229

29.4 Técnicas cognitivo-comportamentais	230
29.4.1 Técnicas cognitivas	230
29.4.2 Técnicas de relaxamento e de redução do <i>stress</i>	231
29.5 Considerações finais	232
Referências bibliográficas	232

Capítulo 30

235

Doença Coronária

Maria João Figueiras

30.1 Introdução	235
30.2 Fatores de risco	235
30.2.1 Fatores de risco psicossociais	236
30.3 Depressão e doença cardiovascular	236
30.4 Crenças sobre a doença	237
30.4.1 Crenças erróneas	238
30.5 Intervenção psicológica no contexto da doença coronária	239
30.6 Considerações finais	240
Referências bibliográficas	241

Capítulo 31

245

Acidentes Vasculares Cerebrais

Sara Silva

31.1 Introdução	245
31.2 As alterações cognitivas	246
31.3 As alterações psicoemocionais	247
31.4 As alterações familiares	248
31.5 Considerações finais	250
Referências bibliográficas	250

Capítulo 32

253

Coping e Diabetes

Isabel Silva

32.1 Introdução	253
32.2 O <i>stress</i> relacionado com a diabetes	254
32.3 <i>Coping</i> e adaptação à diabetes	255
32.4 Considerações finais	257
Referências bibliográficas	257

Capítulo 33

259

Obesidade

Filipa Mucha Vieira

33.1 Introdução	259
33.2 Prevalência e etiologia	260

33.3 Tratamento da obesidade.....	260
33.3.1 Intervenção comportamental	261
33.3.2 Intervenção farmacológica	261
33.3.3 Intervenção cirúrgica	262
33.4 Variáveis psicológicas	262
33.5 Considerações finais	263
Referências bibliográficas	264

Capítulo 34

267

Abuso de Substâncias

Raúl Melo e Domingos Duran

34.1 Introdução	267
34.2 Evolução histórica dos comportamentos aditivos e das dependências	267
34.3 As respostas de tratamento	270
34.4 O psicólogo nos comportamentos aditivos e nas dependências	271
34.4.1 A abordagem integrada.....	274
34.5 Considerações finais	275
Referências bibliográficas	276

Capítulo 35

277

Psicologia, Saúde e VIH/SIDA

Henrique Pereira e Maria Eugénia Saraiva

35.1 Introdução	277
35.2 O VIH e a SIDA	277
35.3 Respostas psicossociais	279
35.4 Lidar com o diagnóstico de VIH e SIDA.....	280
35.5 Tipos de intervenção psicológica.....	281
35.6 Considerações com populações específicas em Portugal: homens que têm sexo com homens, trabalhadores sexuais e imigrantes	283
35.7 Implicações/desafios futuros.....	284
35.8 Considerações finais	285
Referências bibliográficas	286

Capítulo 36

287

Doenças Autoimunes

Catarina Ramos

36.1 Introdução	287
36.2 Doenças autoimunes.....	287
36.2.1 Etiologia das doenças autoimunes	288
36.2.2 Impacto psicossocial das doenças autoimunes	289
36.2.3 Intervenção psicossocial nas doenças autoimunes.....	290
36.3 Considerações finais	291
Referências bibliográficas	291

Capítulo 37 293

Dor: Da Teoria à Prática Clínica em Psicologia da Saúde

Alexandra Ferreira-Valente e M. Elena Mendoza

37.1 Introdução	293
37.2 Do sinal de alarme à experiência multidimensional subjetiva desagradável e crónica	294
37.3 Uma perspetiva histórica sobre a conceção da dor	295
37.3.1 Como estão os fatores psicológicos implicados na experiência da dor? Correlatos para a intervenção	297
37.4 Considerações finais	299
Referências bibliográficas	299

PARTE VI 303

Comunicação em Saúde

Introdução	305
------------------	-----

Capítulo 38 307

Comunicação em Saúde

Natália Ramos

38.1 Introdução	307
38.2 Comunicação em saúde: perspetiva geral	309
38.3 Competências comunicacionais e (inter)culturais em saúde	311
38.4 Considerações finais	314
Referências bibliográficas	315

Capítulo 39 319

Equipas Multidisciplinares em Saúde

Samuel Pombo, Alexandra Fonseca e Teresa Fialho

39.1 Introdução	319
39.2 A psicologia nas Equipas Multidisciplinares em Saúde	322
39.3 Considerações finais	324
Referências bibliográficas	325

Capítulo 40 327

Psicologia da Saúde Ocupacional

Samuel Antunes

40.1 Psicologia da saúde ocupacional	327
40.2 Áreas de intervenção da psicologia da saúde ocupacional	327
40.2.1 <i>Stress</i> laboral	328
40.2.2 <i>Burnout</i>	329
40.2.3 Avaliação e prevenção dos riscos psicossociais	331

40.2.3.1 Exemplos de fatores de risco	331
40.2.3.2 Avaliação dos riscos psicossociais	332
40.2.4 Construção de locais de trabalho saudáveis	333
40.2.5 <i>Coaching</i> de saúde	334
40.3 O papel do psicólogo especialista em psicologia da saúde ocupacional	334
40.4 Considerações finais	336
Referências bibliográficas	336

Capítulo 41	341
-------------	-----

A Família em Cuidados Paliativos

Mayra Delalibera e Alexandra Coelho

41.1 Introdução	341
41.2 Definições, filosofia e princípios dos cuidados paliativos	342
41.3 A família em cuidados paliativos	343
41.4 Consequências do cuidar em fim de vida	344
41.5 Considerações finais	346
Referências bibliográficas	346

Capítulo 42	349
-------------	-----

Adesão

José Pais Ribeiro

42.1 Introdução	349
42.2 História	350
42.3 Avaliar a adesão	351
42.4 Aspectos psicológicos da adesão	351
42.5 Modelos de promoção da adesão.....	352
42.6 Considerações finais	355
Referências bibliográficas	355

Capítulo 43	357
-------------	-----

Suporte Social

José Pais Ribeiro

43.1 Introdução	357
43.2 Avaliação do Suporte Social	359
43.3 Considerações finais	360
Referências bibliográficas	360

Capítulo 44	363
-------------	-----

Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção

Carlos Lopes e Cristina Vaz de Almeida

44.1 Introdução	363
44.2 Porque é importante definir literacia em saúde?.....	363
44.3 Modelos, estratégias e intervenção em literacia em saúde	365

44.4 Literacia em saúde em Portugal: dar prioridade à capacitação.....	367
44.4.1 Formação pós-graduada em literacia em saúde em Portugal.....	369
44.5 Considerações finais	370
Referências bibliográficas	371

PARTE VII

373

Temas e Variáveis

Introdução.....	375
-----------------	-----

Capítulo 45

377

Cultura, Psicologia e Saúde

Natália Ramos

45.1 Introdução	377
45.2 Interculturalidade, alteridade e adaptação	379
45.3 Saúde, doença e migração.....	380
45.4 Considerações finais	382
Referências bibliográficas	383

Capítulo 46

387

Sexo e Género em Psicologia da Saúde

Pedro Alexandre Costa e Isabel Leal

46.1 Introdução	387
46.2 Esperança de vida e mortalidade ao longo do ciclo de vida	388
46.3 O género como determinante da saúde.....	388
46.4 O género como determinante da saúde mental.....	390
46.5 Considerações finais	391
Referências bibliográficas	391

Capítulo 47

395

Personalidade, Psicologia e Saúde

Francis Carneiro e Isabel Leal

47.1 Introdução	395
47.2 Traços de personalidade	396
47.2.1 Extroversão.....	397
47.2.2 Neuroticismo	397
47.2.3 Amabilidade.....	398
47.2.4 Conscienciosidade	398
47.2.5 Abertura à experiência	398
47.3 Tipos de personalidade	399
47.4 Considerações finais	401
Referências bibliográficas	401

Capítulo 48 403

Idade e Saúde

José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Francis Carneiro e Isabel Leal

48.1 Introdução	403
48.2 Infância(s), saúde e psicologia da saúde.....	404
48.3 Adolescência, saúde e psicologia da saúde	405
48.4 Adulícia, saúde e psicologia da saúde	406
48.5 Idade avançada, saúde e psicologia da saúde	407
48.6 Considerações finais	409
Referências bibliográficas	409

Capítulo 49 411

Psicologia, Saúde e Pessoas LGBT+

Pedro Alexandre Costa, Henrique Pereira e José Alberto Ribeiro-Gonçalves

49.1 Introdução	411
49.2 Disparidades nos indicadores de saúde física e mental	412
49.3 Indicadores e necessidades de saúde em diferentes identidades sexuais e de género.....	413
49.4 Acesso aos cuidados de saúde	413
49.5 Intervenção psicológica afirmativa com pessoas LGBT+	414
49.6 Considerações finais	415
Referências bibliográficas	415

Capítulo 50 419

Ambiente e Saúde

Cláudia Campos Andrade e Ana Loureiro

50.1 Introdução	419
50.2 Ambiente residencial	420
50.3 Ambiente de trabalho	422
50.4 Ambiente hospitalar e terapêutico.....	422
50.5 Ambientes naturais.....	423
50.6 Clima.....	425
50.7 Considerações finais	426
Referências bibliográficas	427

Capítulo 51 431

Lazer e Saúde

Rute Meneses

51.1 Introdução	431
51.2 Lazer: da definição à avaliação	431
51.3 Benefícios biopsicossocioespirituais do lazer ao longo do ciclo vital.....	434
51.4 Intervenção no lazer	438
51.5 Considerações finais	440

Referências bibliográficas	440
----------------------------------	-----

PARTE VIII 443

Intervenção em Psicologia da Saúde

Introdução	445
------------------	-----

Capítulo 52 447

Intervenção em Centros de Saúde

Ivone Martins Patrão, Joana Água e Patrícia Costa Pinto

52.1 Introdução	447
52.2 A investigação científica na área da psicologia clínica e da saúde acerca dos cuidados de saúde primários	448
52.3 A consultoria na área da psicologia clínica e da saúde nos cuidados de saúde primários	450
52.4 A intervenção assistencial da área da psicologia clínica e da saúde nos cuidados de saúde primários	451
52.5 A formação e supervisão da área da psicologia clínica e da saúde nos cuidados de saúde primários	453
52.6 Considerações finais	453
Referências bibliográficas	454

Capítulo 53 457

Intervenção Hospitalar

Teresa Fialho, Alexandra Fonseca e Samuel Pombo

53.1 Introdução	457
53.2 Enquadramento histórico	457
53.2.1 Psicologia clínica e psicologia da saúde	457
53.2.2 A psicologia clínica e da saúde em contexto hospitalar	458
54.2.3 Enquadramento legislativo da psicologia nos cuidados hospitalares	460
54.2.4 Funções do psicólogo em contexto hospitalar	460
54.3 Considerações finais	464
Referências bibliográficas	465

Capítulo 54 467

Intervenções Digitais de Mudança Comportamental em Saúde

Cristina Godinho, Sofia Silva Ribeiro, Jorge Encantado e Marta Moreira Marques

54.1 Introdução	467
54.2 Intervenções digitais de mudança comportamental em saúde: <i>eHealth</i> e <i>mHealth</i>	467
54.3 Desenvolvimento de intervenções digitais de mudança comportamental em saúde	469
54.4 Avaliação de intervenções digitais de mudança comportamental em saúde	471

54.5 Desafios e avanços futuros na área das intervenções digitais no contexto da saúde	474
54.6 Considerações finais	475
Referências bibliográficas	476
Índice Remissivo	479

Coordenadores e Autores

Isabel Leal

Psicóloga clínica e da saúde, psicoterapeuta, professora catedrática do ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, onde também é investigadora do *William James Center for Research* (WJCR) e diretora dos mestrados em Psicologia da Saúde e Psicologia Clínica. Doutorada pela Universidade de Lovaina (Bélgica), foi presidente da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde e é editora da revista *Psicologia, Saúde & Doenças*.

José Pais Ribeiro

Doutorado em Psicologia (1994) pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), é membro Integrado do *William James Center for Research* (WJCR) do ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, em Lisboa. Professor do ISPA – Instituto Universitário e professor da FPCEUP. É presidente da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde e editor da revista *Psicologia, Saúde & Doenças*.

Autores

Alexandra Coelho

Psicóloga clínica e da saúde, doutora em Ciências e Tecnologias da Saúde, com especialização em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL). Exerce atividade de psicóloga na Unidade de Medicina Paliativa do Centro Hospitalar Lisboa Norte, onde é responsável pela Consulta de Acompanhamento no Luto e coordenadora da Equipa de Apoio Psicossocial, “Programa Humaniza”. É professora auxiliar convidada na FMUL.

Alexandra Ferreira-Valente

Psicóloga clínica e investigadora em pós-doutoramento no *William James Center for Research* (WJCR) do ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (Lisboa, Portugal) e no Departamento de Reabilitação da Universidade de Washington (Seattle, WA, EUA). Coordena projetos de investigação no âmbito da psicologia da dor e do impacto psicossocial da COVID-19.

Alexandra Fonseca

Psicóloga clínica e da saúde, é assistente da carreira de técnica superior de saúde e psicologia no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte. Coordenadora da Consulta Externa de Psicoterapia e diretora associada do Espaço de Neurociências, Saúde e Desenvolvimento. Mestre em Educação Especial, pela Universidade Técnica de Lisboa, é doutoranda em Educação para a Saúde, pela mesma instituição. *Coach* profissional pela *International Coach Federation*.

Ana Cerqueira

Psicóloga clínica e da saúde. Mestre em Psicologia Clínica e doutoranda em Educação, com especialidade em Educação para a Saúde. Investigadora da equipa do projeto “Aventura Social” do Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Coordenadora executiva do projeto “Aventura Artemoção em Cascais”.

Ana Loureiro

Professora Auxiliar na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e investigadora no HEI-Lab. Doutorada em Psicologia Social e Ambiental pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, estuda a experiência humana dos ambientes naturais e urbanos e os determinantes sociopsicológicos do comportamento ambiental. Tem colaborado em projetos de intervenção na comunidade, usando diferentes metodologias de avaliação e envolvimento de *stakeholders*.

Anabela Sousa Pereira

Doutorada em Psicologia pela Universidade de Hull (Reino Unido). É docente no Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro e diretora do curso do Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica e do StressLab na mesma instituição. Interessa-se pelas temáticas do *stress*, *coping*, ansiedade e intervenção em saúde mental. Foi a primeira presidente da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) – Delegação Norte.

Bárbara Figueiredo

Professora associada com agregação na Escola de Psicologia da Universidade do Minho, onde é também diretora do Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi) e coordenadora da Consulta de Psicologia Clínica da Primeira Infância. Autora de mais de 30 livros/capítulos e 150 artigos em revistas. É investigadora principal de 12 projetos de investigação na área da saúde mental, família e desenvolvimento humano.

Bárbara Pinto da Cunha

Psicóloga clínica formada pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Tem-se dedicado ao estudo e aplicação prática do exercício físico como complemento terapêutico em saúde mental. Desde 2019 exerce a sua atividade profissional no Instituto Villa Beausite na Suíça. Integra o grupo de pesquisa do *Health and Performance Psychology Lab*.

Carla Aguiar Teixeira

Professora auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), onde é também docente na Escola das Ciências Humanas e Sociais. É doutorada em Psicologia pela UTAD e licenciada em Educação Física e Desporto pela mesma instituição. Bolseira *Fullbright* na Clemson University (EUA) e bolseira do “Programa Praxis XXI” da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT). É investigadora-colaboradora no Massive-Lab. do INESC TEC.

Carlos Lopes

Professor auxiliar no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, onde é diretor da Pós-graduação em Literacia em Saúde na Prática e diretor do Centro de Documentação. Investigador na APPsyCI – *Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion*, tem desenvolvido investigação nas áreas de literacia em saúde, recursos eletrónicos e desenvolvimento de competências digitais.

Catarina Ramos

Psicóloga e doutorada em Psicologia da Saúde pelo ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. É investigadora e docente universitária no Instituto Universitário Egas Moniz e no ISPA – Instituto Universitário. Membro candidato da Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial, é responsável pelos grupos terapêuticos realizados pelo Núcleo Regional do Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Cláudia Campos Andrade

Doutorada em Psicologia pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa (IUL), foi investigadora no Centro de Investigação Social (CIS) do IUL. Interessa-se pelo modo como o ambiente físico (natural ou construído) contribui para a saúde e o bem-estar dos indivíduos e na sua tese de doutoramento analisou o papel do ambiente físico hospitalar na experiência dos doentes. Atualmente, trabalha em Londres, onde tem feito investigação e avaliação de impactos sociais.

Cláudia Ferreira de Carvalho

Doutorada em Psicologia da Saúde pela Universidade Nova de Lisboa / ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (2008), é mestre em Psicopatologia e Psicologia Clínica pelo ISPA – Instituto Universitário (1996). Em 2016, concluiu o pós-doutoramento financiado pela *Foundation of the Therapeutic Encounter* (F-STE), fundação ligada à *Harvard Medical School*. É docente no ISPA – Instituto Universitário e investigadora na Unidade de Investigação APPsyCI – *Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion*.

Cristina Godinho

Doutorada em Psicologia, é investigadora auxiliar na Universidade Católica Portuguesa (Lisboa) e diretora-adjunta do “Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física” da Direção-Geral da Saúde (DGS). Participou em projetos de investigação nacionais e internacionais. No campo da investigação, interessa-se pelas áreas de promoção da mudança de comportamentos com impacto na saúde através do desenvolvimento e avaliação de diferentes tipos de intervenção.

Cristina Queirós

Licenciada e doutorada em Psicologia, é professora associada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), com funções docentes desde 1993. É diretora do Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP, no qual gere a linha de investigação “Stress e Emoções”. Tem investigado e publicado sobre saúde mental no trabalho, sobretudo acerca dos temas de *stress*, *stress* pós-traumático e *burnout* em profissionais de saúde, de emergência, bombeiros, elementos de forças policiais, professores, entre outros.

Cristina Vaz de Almeida

Investigadora, docente e especialista em Literacia em Saúde. Doutorada em Ciências da Comunicação pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa (ISCSP-ULisboa), mestre em Novas Tecnologias Aplicadas à Educação pelas Universidades Autónoma de Barcelona e Carlos III de Madrid. Possui ainda pós-graduações em Marketing pelo Instituto Superior de Gestão e Psicologia Positiva e pelo ISCSP-ULisboa.

Diana Frasquilho

Psicóloga clínica e da saúde pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, é doutorada em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. É também psicoterapeuta pela Associação Portuguesa de Terapias Comportamental, Cognitiva e Integrativa (APTCCI). Atualmente, desempenha funções como investigadora *Postdoctoral* na Fundação Champalimaud, na área da resiliência em cancro de mama.

Domingos Duran

Psicólogo clínico, é chefe da Divisão de Intervenção Terapêutica da Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção do SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências). Desenvolve atividade clínica há mais de 25 anos na área de dependências (tratamento, reinserção, redução de riscos, minimização de danos) e na formação e supervisão de profissionais envolvidos nesta área. Exerceu cargos de direção e supervisão em diversas entidades que intervêm nas dependências.

Fábio Botelho Guedes

Psicólogo clínico e da saúde, é mestre em Psicologia Clínica e doutorando em Educação para a Saúde. Investigador do projeto “Aventura Social”, no qual é coordenador executivo do “Projeto InterAjuda” e do Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. É membro da rede *Health Behaviour in School-Aged Children*/Organização Mundial de Saúde (HBSC/OMS).

Filipa Mucha Vieira

Professora auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) e investigadora do Centro de Psicologia da Universidade do Porto (CPUP). Coordena atualmente a Consulta de Apoio ao Estudante na FPCEUP. A sua área de investigação é a psicologia clínica e da saúde, com foco no estudo da obesidade, imagem corporal positiva e psicoterapia de grupo.

Filipa Pimenta

Psicóloga clínica e da saúde, com mestrado e doutoramento na especialidade de Psicologia da Saúde pelo ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. É investigadora no *William James Center for Research* (WJCR) do ISPA – Instituto Universitário. Possui formação pela Associação Portuguesa de Psicoterapias Comportamental, Cognitiva e Integrativa (APTCCI). Tem numerosas publicações nacionais e internacionais na área da psicologia da saúde.

Francis Carneiro

Mestre em Psicologia Clínica e mestre em Psicologia da Saúde pelo ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. É pós-graduada em Intervenção Psicoterapêutica de Orientação Dinâmica pelo Instituto CRIAP. Bolseira de doutoramento no *William James Center for Research* (WJCR), do ISPA – Instituto Universitário, onde desenvolve a sua investigação sobre trajetórias, resiliência familiar e ajustamento psicossocial infantil em diferentes tipos de famílias.

Henrique Pereira

Psicólogo clínico, é especialista em Psicologia Clínica e da Saúde e em Sexologia pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Professor associado com agregação no

Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior (UBI). É membro dos Centros de Investigação em Ciências Sociais (CICS-UBI) e do Ensino em Ciências do Desporto (CIDESD-UBI), onde desenvolve pesquisa nas áreas da psicologia, saúde e sexualidade.

Hugo Assunção

Docente no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida e assistente de investigação no *William James Center for Research* (WJCR) do ISPA – Instituto Universitário. Possui o mestrado em Psicologia Social e Cognitiva pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Trabalhou na área dos estereótipos e percepções sociais e investigou o *burnout* em estudantes universitários, tendo recebido o prémio científico de “Jovem Investigador de Mérito”, no 13.º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde.

Inês Queiroz Garcia

Com mestrado em Psicologia Clínica pelo Instituto Superior Miguel Torga, em Coimbra, tem colaborado em diversos projetos (inter)nacionais como assistente de investigação no *William James Center for Research* (WJCR) do ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. É bolseira de doutoramento em Psicologia da Saúde, no ISPA – Instituto Universitário, tendo como enfoque a mudança de comportamento de saúde, nomeadamente na obesidade/manutenção de perda de peso.

Iolanda Costa Galinha

Professora associada do Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL). É doutorada em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e pós-doutorada em Psicologia pela *University of Virginia* (EUA) e pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa sobre o tema do bem-estar subjetivo. Coordenadora do “Projeto de Investigação Bem-Estar e Desenvolvimento”, no Centro de Investigação em Psicologia (CIP-UAL) e membro da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

Isabel Silva

Professora associada da Universidade Fernando Pessoa. Possui licenciatura e doutoramento em Psicologia, títulos concedidos pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. É especialista em Psicologia Clínica e da Saúde e em Psicologia Comunitária, reconhecida pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Membro do Conselho Científico do “Programa Nacional para a Diabetes” da Direção-Geral da Saúde.

Ivone Martins Patrão

Psicóloga clínica e da saúde, com mestrado e doutoramento em Psicologia da Saúde no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Terapeuta familiar e de casal reconhecida pela Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (SPTF). Desenvolveu durante 20 anos intervenção clínica no Serviço Nacional de Saúde (SNS). É docente e investigadora (ISPA – Instituto Universitário; *Applied Psychology Research Center Capabilities and Inclusion* – APPsyCI). Coordenadora dos projetos “#GeraçãoCordão” e “Psiquaren10 Online”.

Joana Água

Psicóloga com mestrado em Psicologia da Saúde no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida e pós-graduada em Intervenção na Crise e Emergência na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. É autora de artigos nacionais no âmbito da problemática das dependências online. Psicóloga na Articular-Mente – Centro Clínico.

Jorge Encantado

Professor universitário, especialista em Psicologia da Saúde e Ciência Comportamental. É formador em Psicologia do Exercício e do Desporto. Participou em projetos de investigação, onde adquiriu experiência de investigação em intervenções comportamentais para a promoção da saúde. Especializou-se em intervenções digitais para a mudança comportamental, área do seu doutoramento em Psicologia da Saúde (em conclusão).

José Alberto Ribeiro-Gonçalves

Licenciado em Ciências Psicológicas pela Universidade da Madeira e mestre em Psicologia Clínica pelo ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. É doutorando na especialidade de Psicologia Clínica, no ISPA – Instituto Universitário, e membro do *William James Center for Research* (WJCR), onde desenvolve a sua investigação na área do envelhecimento e sexualidade. É ainda *counsellor* em Sexologia Clínica pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica.

José Vasconcelos-Raposo

Professor catedrático em Psicologia do Desporto, Exercício e Saúde na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, onde se doutorou em Psicologia do Desporto. É mestre pela Universidade de Boston (EUA), com uma tese na área da *Clinical Psychological Anthropology*, e obteve um *double major* em *Psychology* e *Anthropology* na Universidade de Massachusetts (Boston, EUA). É também investigador-coordenador no INESC TEC, Massive-Lab. Saúde.

Lúcia Ramiro

Investigadora pós-doutorada na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa. É também investigadora da equipa do projeto “Aventura Social” e do Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, no âmbito da promoção das competências pessoais e sociais, de comportamentos de saúde e prevenção de comportamentos de risco nos jovens.

M. Elena Mendoza

Philosophiae Doctor, é psicóloga com mais de 20 anos de experiência clínica. Como investigadora trabalhou na Universidade de Indiana (EUA), financiada pelo *Fulbright Scholar Program* e na Universidade de Valência (Espanha). Atualmente, faz investigações em intervenções psicológicas, que incorporam a hipnose clínica e outras técnicas, na área de medicina de reabilitação da Universidade de Washington (EUA).

Margarida Gaspar de Matos

Professora catedrática da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (FMH-ULisboa), é psicóloga clínica e da saúde, bem como psicoterapeuta. Coordenadora do “G2 – *Supportive Environments*” do Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. É também *Board of Promotion and*

Prevention da EFPA (*European Federation of Psychologists' Association*) pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), membro do *Steering Committee* da EUPHA (*European Public Health Association*), "*Child and Adolescents Public Health!*". Coordena diversos projetos de investigação e é autora de vários livros e publicações científicas (nacionais e internacionais).

Maria do Céu Machado

Médica-pediatra, é professora catedrática jubilada de Pediatria da Faculdade de Medicina, na Universidade de Lisboa. Presidente do Conselho Disciplinar da Ordem dos Médicos, vice-presidente da Academia de Medicina e consultora da Direção-Geral da Saúde (DGS) para o Plano Nacional de Saúde (PNS).

Maria Eugénia Saraiva

Psicóloga clínica e da saúde, especialista em Sexologia e Intervenção Comunitária pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). É licenciada pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, com pós-graduação nas áreas das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), VIH e SIDA. Voluntária da Liga Portuguesa Contra a Sida (LPCS), onde é presidente da Direção. Enquanto gestora de projetos, é diretora técnica do Centro de Atendimento e Apoio Integrado de Lisboa e da Unidade Móvel "Saúde + Perto".

Maria João Figueiras

Psicóloga clínica, é doutorada em Psicologia da Saúde pelo *Kings College (University of London)*. Professora associada com agregação e investigadora, leciona na *Zayed University*, no *Psychology Department* do *College of Natural and Health Sciences*, em Abu Dhabi, nos Emirados Árabes Unidos. Foi presidente da Associação Portuguesa de Ciências da Saúde e do Comportamento e é membro efetivo da *European Health Psychology Society*.

Maria Rita Albergaria

Psicóloga e doutoranda em Psicologia. Desenvolveu a sua atividade profissional no âmbito da psico-oncologia e atualmente intervém junto de população com 65 e mais anos. A sua principal área de interesse é o estudo de variáveis psicológicas e de estilo de vida relativas à experiência de menopausa em mulheres portuguesas.

Marlene Nunes Silva

Com formação de base em Psicologia Clínica e doutorada em Exercício e Saúde, é professora na Faculdade de Educação Física e Desporto da Universidade Lusófona de Lisboa e diretora do Programa Nacional de Promoção para a Atividade Física da Direção-Geral da Saúde (DGS). Investigadora com elevado nível de produção científica, participou em vários projetos europeus e financiados pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), e é membro regular de painéis de especialistas.

Marta Moreira Marques

Doutorada em Psicologia da Saúde pela Universidade de Leiden (Países Baixos), é investigadora associada no *Trinity College Dublin* e na *University College London*, docente convidada no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida e membro da comissão executiva da Sociedade Europeia de Psicologia da Saúde. Participa regularmente em projetos internacionais financiados pela Comissão Europeia (CE) e em comissões internacionais de especialistas.

Marta Gonçalves Porto

Aluna de doutoramento de Psicologia da Saúde no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, com bolsa de doutoramento pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT). Tem mestrado integrado em Psicologia Clínica. Trabalhou como psicóloga clínica, nomeadamente na área de perda de peso, perturbações depressivas, de ansiedade e de utilização de substâncias.

Marta Reis

Psicóloga clínica e da saúde e da educação. É doutorada em Ciências da Educação pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (FMH-ULisboa). Investigadora de pós-doutoramento pela FMH-ULisboa. Membro do projeto “Aventura Social” e do Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Coordenadora do projeto “HBSC/JunP – Comportamentos de Saúde dos Jovens Universitários Portugueses”.

Mayra Delalibera

Psicóloga, é doutora em Psicologia da Saúde pelo ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Mestre em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pós-graduada em Psico-oncologia pela Universidade Estadual de Campinas (Brasil). Professora auxiliar na Universidade Lusíada de Lisboa e investigadora no CLISSIS (Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social). Atua na área da psicologia da saúde.

Natália Ramos

Professora associada da Universidade Aberta (UAb), no Departamento de Ciências Sociais e Gestão, em Lisboa, onde é coordenadora científica do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais/CEMRI/UAb. Investigadora responsável do grupo de investigação “Saúde, Cultura e Desenvolvimento”. É psicóloga, doutorada e pós-doutorada em Psicologia Clínica e Intercultural pela Universidade de Paris V, Instituto de Psicologia (Sorbonne).

Patrícia Costa Pinto

Licenciada em Ciências Psicológicas e mestre em Psicologia da Saúde pelo ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, com especialização avançada em Cuidados Continuados e Cuidados Paliativos. Tem desenvolvido atividade como psicóloga clínica e da saúde e como assistente de investigação (de áreas como a dor, qualidade de vida, mobilidade inclusiva, acessibilidade universal) no *William James Center of Research* (WJCR), do ISPA – Instituto Universitário.

Pedro Alexandre Costa

É psicólogo clínico e membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), especializado em Psicologia do Desenvolvimento e da Família. Investigador no *William James Center Research* (WJCR) do ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. É mestre em Psicologia do Desenvolvimento Infantil pela *University of Central Lancashire* (Inglaterra) e doutorado em Psicologia pela Universidade da Beira Interior (Portugal).

Raquel Costa

Doutorada em Psicologia Clínica pela Universidade do Minho, é investigadora integrada da Unidade de Investigação do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto e membro-colaborador do grupo de investigação “Desenvolvimento e Psicopatologia” da Universidade do Minho. Professora auxiliar na Faculdade de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Europeia, onde desenvolve investigação em projetos nacionais e europeus.

Raquel Rosas

É licenciada em Ciências Psicológicas e mestre em Psicologia da Saúde pelo ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Doutoranda na especialidade de Psicologia da Saúde no *William James Center for Research* (WJCR) do ISPA – Instituto Universitário, centro onde desenvolve a sua investigação (financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia – FCT) na área da literacia alimentar e mudança de comportamento, com o projeto “*FOODLIT-PRO: Food Literacy Project*”.

Raúl Melo

Psicólogo, especialista em Saúde e Educação, é licenciado pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Pertence aos quadros do Ministério da Saúde, integrando o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e onde assume funções enquanto secretário permanente do Fórum Nacional de Álcool e Saúde. Integra a Comissão de Ética e a Assembleia de Representantes da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

Rute Meneses

Professora associada da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. É licenciada e doutorada em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, e especialista em Psicologia Clínica e da Saúde, Neuropsicologia e Psicologia Comunitária (especialidades avançadas) pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Os seus interesses de investigação abrangem a psicologia da saúde e a psicologia positiva.

Samuel Antunes

Doutor em Psicologia pela Universidade de Toulouse LeMirail (França), é *coach* pelo ICG e conselheiro certificado em Prevenção de Riscos Psicossociais. Docente no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida e na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Membro do grupo de trabalho da Direção-Geral de Saúde (DGS) para a elaboração do “Guia Técnico de Saúde Ocupacional relativo à «Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossociais no local de trabalho»”.

Samuel Pombo

Professor auxiliar da Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), é mestre e doutorado por esta instituição. Psicólogo clínico do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Departamento de Neurociências do Hospital de Santa Maria. Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e especialista em Psicologia Clínica e da Saúde.

Sara Silva

Licenciada em Psicologia e mestre em Psicologia Social pela Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, é doutoranda em Ciências da Reabilitação na Universidade de Aveiro. É coordenadora do Serviço de Psicologia e do Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica do Centro de Reabilitação do Norte, unidade do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Sofia Silva Ribeiro

Mestre em Psicologia pela Escola de Psicologia da Universidade do Minho, doutoranda em Psicologia da Saúde e membro do Centro de Investigação e Intervenção Social no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Investiga o ajustamento ao lúpus através de uma intervenção digital, que se propõe melhorar a qualidade de vida de mulheres com esta doença. Recebeu o prémio “Jovem Investigador de Mérito” pela Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

Sofia von Humboldt

Psicóloga clínica e da saúde, doutorada em Psicologia e docente no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. É investigadora em pós-doutoramento no *William James Center for Research* (WJCR), ISPA – Instituto Universitário, e na *University of Alberta* (Canadá). Detém uma longa experiência e lista de publicações em gerontologia, nas áreas de bem-estar sexual, ajustamento ao envelhecimento, *bullying*, psicoterapia e saúde mental.

Tânia Gaspar

Agregada e doutorada em Psicologia, é mestre em Saúde e tem formação pós-graduada em Gestão. Diretora do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação e coordenadora do grupo de investigação do CLISSIS (Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social) da Universidade Lusíada de Lisboa. Membro do Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Investigadora responsável (PI) da equipa portuguesa pelo estudo “*Health Behaviour School Aged-Children*” colaborativo da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Teresa Fialho

Psicóloga clínica e mestre em Psicologia Clínica pelo ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, é psicoterapeuta pela Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves. Exerce ainda atividade como psicóloga clínica no Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria. Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

Teresa Santos

Psicóloga clínica, é doutorada em Psicologia da Saúde pelo ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Psicoterapeuta em Terapias Comportamental, Cognitiva e Integrativa. É coordenadora e professora auxiliar de Psicologia na Universidade Europeia. Colaboradora no Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e no Instituto de Ciências da Saúde (ICS) do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) da Universidade Católica Portuguesa. Trabalha como investigadora em diversos projetos nacionais e internacionais.

O século XXI tem vindo a assistir a um crescimento exponencial do interesse sobre a psicologia em geral e a psicologia da saúde em particular. A psicologia enquanto ciência do comportamento, quer dizer, o conjunto de ações físicas e emocionais de um indivíduo ou de um grupo social, que constituem respostas aos estímulos do dia a dia, sejam internos sejam externos, tem vindo a ocupar o lugar que legitimamente pode reclamar, como um conhecimento central e relevante em praticamente todos os contextos. A psicologia da saúde, que tem tomado como objeto de estudo, investigação e intervenção a saúde, tem sido permanentemente desafiada quer pelas reconcetualizações que têm sido feitas sobre o que é, e deve ser, a saúde nas sociedades contemporâneas, quer pelos eventos que tem ocorrido, de que é exemplo maior e atual o surto pandémico do SARS-CoV-2.

É conveniente ter em conta que as conceções de saúde se apoiam depois em sistemas de saúde, que são os organizadores ideológicos que presidem ao conjunto de diretrizes, princípios e políticas que norteiam a implementação e manutenção de diferentes campos de administração da saúde.

Estes campos da saúde, que se espalham depois por toda a organização social, tanto se encontram nas legislações que normalizam a higiene pública, a segurança nos locais de trabalho, o consumo de alimentos ou produtos, o tráfego rodoviário ou a habitabilidade das casas e das cidades por exemplo, como se estendem a ações formativas e educativas relacionadas com estilos de vida saudáveis dos mais diversos âmbitos.

Correspondem às representações que uma dada cultura tem, naquele momento, sobre o que é saudável e sobre o que não o é, sobre o que é desejável, nesses termos, e não o é.

Se as perspetivas atuais da saúde se foram diferenciando e assimilando sucessivas transformações concetuais, mas também pragmáticas, à medida que foram integrando visões mais holísticas (Lipowski, 1981; Bliss et al., 1985), o facto é que a visão mais tradicional do modelo biomédico não desapareceu completamente. Engel (1977) e Schwartz (1982) propuseram um modelo biopsicossocial que rapidamente se afirmou. Nele, os fatores psicológicos e sociais eram tão relevantes como os físicos, quer na manutenção da saúde, quer nos processos de adoecer. Esta nova e revolucionária forma de conceitualizar a saúde apresentava duas características essenciais: a centralidade na saúde, ao invés da tradicional tónica na doença, e a assunção que no Ocidente o comportamento era a principal causa de mortalidade e morbilidade (Ribeiro, 1998).

Em rigor, a ordem da enunciação deveria ser alterada, já que foi o reconhecimento crescente dos custos astronómicos da saúde (Ellwood, 1988) *“o custo de um valor sem preço”* no dizer de Campos (1983), sobretudo do tratamento das doenças facilitadas por comportamentos despreocupados, que conduziu à necessidade da criação de uma medicina comportamental (Schwartz & Weiss, 1978) e de um conjunto de conceitos defendidos como fundamentais pelos sistemas de saúde, nomeadamente a promoção e proteção da saúde e a prevenção e tratamento de doenças.

As dimensões psicológicas e comportamentais tinham, neste caso, de ser levadas em linha de conta não só para mudar comportamentos e estilos de vida, mas também para tornar os

indivíduos responsáveis pela sua saúde, na circunstância em que se acreditava que, num crescente número de casos, eram eles os responsáveis, mais diretos, das suas doenças.

Controladas as doenças agudas que tinham feito a glória do modelo biomédico, ficava-se agora, no mundo dito desenvolvido, com uma crescente cronicidade das doenças, paralelamente a um fenómeno de estagnação populacional com baixos níveis de natalidade e baixos níveis de mortalidade.

A responsabilização dos indivíduos pela manutenção da sua saúde e pela prevenção das doenças de que poderiam vir a sofrer não criou só a ideologia de “culpar a vítima” (Crawford, 1977; Ribeiro, 2005), criou também uma atitude de preocupação, independentemente das medidas protetoras da saúde adotadas pelo próprio, um empoderamento generalizado e reivindicativo das populações em relação aos sistemas de saúde, que se foram tornando em mais um sistema de consumo genérico, fazendo disparar ainda mais os custos, desta vez com procedimentos de rastreio.

Passou a falar-se de uma terceira revolução da saúde (Leal & Pais-Ribeiro, 2021) para designar um novo devir em que do modelo biomédico se reatualizava a ética dos cuidados de saúde assente no princípio das necessidades, ao invés do princípio do benefício (Reyes, 1993); do modelo biopsicossocial continuava-se a invocar a afirmação da Carta de Ottawa de que a saúde é um recurso para todos os dias (Breslow, 2004); e do economicismo globalizante se acrescentava a preocupação com os custos.

O que é seguro de dizer é que, a partir de meados do século XX, o estudo da contribuição do comportamento humano para a saúde e para as doenças ganhou predominância nas sociedades modernas mais desenvolvidas.

Inúmera investigação foi publicada demonstrando a relação entre comportamento e as principais causas de mortalidade e de morbilidade. A passagem do século XX para o XXI trouxe inúmeras mudanças na cultura, na economia, na sociedade, com repercussões na saúde e nas doenças. Acrescentou-se ou acentuou-se o papel do comportamento em interação com a comunidade e do ambiente.

O papel do comportamento na saúde e nas doenças deixou de ser contestado, ainda que a psicologia da saúde tarde no reconhecimento pelos poderes como sendo uma das mais especializadas neste domínio do conhecimento (Johnston & Dixon, 2008). A consequência é que muita da intervenção e planificação na área da relação da saúde e das doenças com o comportamento humano são feitas com base no senso comum. Ou seja, apesar de ser reconhecido e incontestável o papel do comportamento na saúde e nos cuidados de saúde, *“investigation of these issues frequently occurs without input from psychology”* dizem Johnston e Dixon (2008, p. 510).

Kelly e Barker (2016) discutem porque é que parece difícil implementar programas de mudança de comportamento, apesar do reconhecimento geral da importância destes nas principais causas de mortalidade e morbilidade, e em situações de prevenção de doenças endémicas ou epidémicas como seja a COVID-19. A resposta, dizem estes autores, é que a dificuldade se deve a que os políticos o tornam difícil. Estes procuram respostas genéricas não científicas para problemas complexos, cometendo habitualmente um determinado número de erros de que estes autores listam seis: quando começam a mudar o comportamento relacionado com

a saúde, assumem que o “senso comum” é suficiente ou a ideia que a compreensão do comportamento humano é tão óbvia que não é necessário pensar nisso aprofundadamente porque o que é preciso fazer é do senso comum. Outro erro é assumir que para “*mudar o comportamento basta mandar as mensagens de forma correta*”, acreditando que se a mensagem for clara e as pessoas a compreenderem elas mudam o comportamento. Outro erro comum dos seis que estes autores referem é que se for “*uma autoridade a dizer o que fazer, então as pessoas fazem*”. É baseado no modelo biomédico tradicional, ou seja, se a autoridade diagnostica a situação e faz uma prescrição, então só se tem que a seguir. Este modelo parece funcionar bem se o doente tiver uma doença aguda, mas menos bem sobre as doenças crónicas, e menos bem, ainda, na mudança de comportamento em situações de prevenção de doenças. Não chega dizer que fumar faz mal ou que engordar é fator de risco. É hoje claro que dar informação não leva à mudança de comportamento, venha a informação do governo ou do médico. O erro seguinte é um prolongamento do anterior assumindo que “*as pessoas agem racionalmente*”, ou seja, se se diz às pessoas o que será bom para elas, seguirão a informação, do género, “*se fumar provoca cancro do pulmão, então elas deixam de fumar*”. Outro erro é o oposto, ou seja, “*as pessoas agem irracionalmente*”; quando um doente asmático recusa deixar de fumar, isso parece idiota ou um vício, ou ambos. Mas elas, provavelmente, têm uma lógica que tem de ser compreendida para mudar o comportamento. Dizem Kelly e Barker (2016) que é arrogância assumir que as pessoas fumam ou comem gorduras porque são irracionais ou porque, simplesmente, se comportam de maneira irrefletida ou estúpida. Elas têm alguma lógica que precisa de ser compreendida e abordada nos programas de mudança de comportamento. Finalmente, o sexto erro é assumir que é possível fazer “*uma previsão precisa*” do que acontecerá depois de se implementar a estratégia para mudar o comportamento. Prever como ocorrerá a mudança após enviar uma determinada mensagem ou um determinado estímulo é possível com padrões de estímulo-resposta simples, tipo o “cão de Pavlov”. De facto, é necessário considerar as relações, os mecanismos, os processos, que operam entre ações individuais e sociais, padrões tão delicados e frágeis que permitem pouco em que se basear para desenhar intervenções. Concluem Kelly e Barker (2016) que prever o comportamento e apoiar a sua mudança não é uma coisa óbvia nem de bom senso. Antes requer tomar em consideração a investigação de forma cuidadosa, que permita um entendimento profundo da natureza do que motiva as pessoas e das pressões sociais e económicas a que estão submetidas.

Michie, Johnston, Francis, Hardeman e Eccles (2008) defendem que a mudança de comportamento deverá estar baseada em teorias e modelos fortes e sólidos. Estes autores desenvolvem uma taxonomia de técnicas de mudança de comportamento que abrange os seus determinantes (Michie et al., 2013). Ou seja, é possível a psicologia desenvolver teorias, modelos, programas de intervenção para mudar o comportamento, credíveis e que funcionam.

Assume-se que a mudança de comportamento é um processo complexo que ocorre num mundo cada vez mais complexo. Para desenhar modos de intervenção adequados é necessário não só teorias e modelos bem fundamentados, como a identificação de técnicas ajustadas às pessoas, à cultura e aos contextos da sua vida.

É exatamente para possibilitar este objetivo a uma nova geração de estudantes e profissionais de psicologia e de outras áreas da saúde que surge este livro.

O manual que se apresenta é sobre a psicologia da saúde. Nele aborda-se, de forma ampla, aspetos da psicologia da saúde importantes e que deveriam constituir um currículo para

PARTE I

HISTÓRIA E CONTEXTO

Introdução

- 1. Emergência e Desenvolvimento da Psicologia da Saúde**
- 2. Psicologia, Saúde e Doenças**
- 3. Psicologia da Saúde: Perspetivas de Futuro**

1

Emergência e Desenvolvimento da Psicologia da Saúde

José Pais Ribeiro e Isabel Leal

1.1 Introdução

A psicologia é, por definição, o estudo da mente e do comportamento, defende a American Psychological Association (2019a): defende ainda que a psicologia abrange todos os aspetos da experiência humana, das funções cerebrais à ação das nações, do desenvolvimento infantil ao cuidado com os idosos, visando a compreensão do comportamento. Ao longo dos anos, a psicologia especializou-se em variados campos, acompanhando as mudanças que vão ocorrendo na sociedade, nomeadamente, no campo da saúde e das doenças.

1.2 Psicologia, saúde e doenças

A participação da psicologia no campo das doenças e da saúde é antiga. Se recuarmos 3500 anos, o Papiro de Ebers, um dos documentos mais antigos que expressa aspetos médicos, faz menção a condições psicológicas, como sejam a demência e a depressão. Segundo Millon (1982), desde os primórdios da psicologia, havia exemplos de colaboração entre a medicina e a psicologia, como é o caso, no final do século XIX, da colaboração de Wundt com Kraepelin, nos Estados Unidos da América, e de Heymans com Wiersma, na Europa, focando as psicopatologias. Já no decorrer do século XX, esboçaram-se relações institucionais entre a psicologia e a medicina: p. ex., em 1911, na reunião anual da American Psychological Association (APA), há encontros formais entre psicólogos e médicos com o intuito de discutir a participação dos profissionais de psicologia nos contextos tradicionais da doença.

1.2.1 A psicologia clínica

A psicologia clínica é a primeira a aproximar-se dos contextos médicos. O termo “psicologia clínica” é atribuído a Lightner Witmer que, em 1896, apresenta, na reunião anual da APA, um novo método de investigação e instrução que intitulou “The Clinical Method in Psychology and the Diagnostic Method of Teaching” (Garfield, 1965). O termo clínico sublinha, em oposição ao laboratório, a função prática do psicólogo e o seu empenhamento numa função social útil. A expressão “psicologia clínica” é, também, utilizada por S. Freud, numa carta escrita a Fliess em 1899. O primeiro comité de certificação em psicologia clínica foi estabelecido na APA, em 1920. Shakow, presidente do Committee on Training in Clinical Psychology da APA, que em 1947 recomenda o primeiro programa significativo de formação nesta área (Garfield, 1968), define-a como “área de conhecimento e perícias (*skills*), visando ajudar pessoas com desajustamentos comportamentais ou perturbações mentais a alcançarem

modos mais satisfatórios de ajustamento pessoal ou de autoexpressão” (Shakow, 1975, p. 2376). Nesta fase, a psicologia clínica estava muito associada ao sucesso dos testes psicológicos, contribuindo para o entendimento de que a psicologia clínica se baseava na sua aplicação (Fox, 1982; Garfield, 1965; Shakow, 1975; Zazzo, 1968). A Divisão de Psicologia Clínica da APA corresponde à divisão 12 das 56 existentes na APA. O sucesso da psicologia clínica, em meados do século XX, deveu-se à necessidade de apoio aos militares, após a Segunda Guerra Mundial. Porém, estava focada nas perturbações mentais. Mais tarde, p. ex., em 1969, Schofield publicava um relatório, no âmbito da APA, “The Role of Psychology in the Delivery of Health Services”, onde era discutido o papel da psicologia nos cuidados de saúde em geral.

1.2.2 Campo da saúde

Entretanto, ocorriam mudanças substanciais no campo da saúde. Os antibióticos ajudaram a tratar e curar a principal causa de morte, até ao final da década de 40 do século XX, a tuberculose, conhecida como peste branca, assim como outras doenças infecciosas. O estabelecimento e a divulgação da vacinação consolidaram esta evolução. Contudo, este sucesso é ensombrado pela emergência de outras doenças associadas ao estilo de vida, como era o caso das doenças cardiovasculares e oncológicas que se tornaram nas principais causas de morte nos países desenvolvidos (Pais-Ribeiro, 1994). A década de 70 do século passado é prolixa em documentos nesta área, expressando uma mudança na maneira de conceitualizar o sistema de saúde em geral e do sistema de cuidados de saúde em particular, que respondeu às críticas ao modelo biomédico (Engel, 1977) e deu origem ao que ficou conhecido como “segunda revolução da saúde” (Michael, 1982; Pais-Ribeiro, 1994). Marcos históricos, formais, desta perspetiva são o “Relatório Lalonde” (Lalonde, 1974), o programa “Saúde para Todos no Ano 2000”, definido em 1977 na Declaration of Alma-Ata (OMS, 1986) e o “Relatório Richmond” (Richmond, 1979). Nestes programas, salienta-se a necessidade de orientar a intervenção para antes das pessoas adoecerem, na promoção da saúde e na prevenção das doenças.

Um dos contributos mais importantes foi o de Mark Lalonde, que publicou enquanto ministro da Saúde e dos Assuntos Sociais do Canadá, um documento formal sobre a saúde dos canadianos, onde criticava a perspetiva tradicional que se tem sobre a saúde. Dizia ele que se acreditava que toda a evolução na área das doenças e da saúde tinham como origem a ciência ou a arte médica exercida pelos médicos e enfermeiros no sistema hospitalar. Na mente de muitas pessoas, o campo da saúde e o pessoal técnico que presta serviço no sistema de cuidados de saúde são sinónimos. Esta ideia, afirma Lalonde, é devida ao impacto projetado pela medicina no controlo de muitas doenças e em intervenções espetaculares. Tal é reforçado pela propaganda dos medicamentos, pelas séries televisivas e pela crença na magia da medicina que é exercida por múltiplos profissionais de várias formações (Lalonde, 1974).

Porém, a chave para aquele sucesso, segundo ele, estaria no conceito “campo da saúde”. Este é um conceito cunhado por Lalonde (1974) que introduziu uma distinção que, sendo óbvia, não era utilizada na linguagem da saúde e da doença até à época. Distinguiu as expressões “cuidados de saúde” (*health care*) de “campo da saúde” (*health field*), para salientar que a primeira se referia, essencialmente, ao que se fazia nos hospitais e noutros contextos de saúde/doenças tradicionais mais relacionados com o tratamento, enquanto a

PARTE II

TEORIAS E MODELOS OU COMO MUDAR O COMPORTAMENTO?

Introdução

4. Modelo de Crenças da Saúde: *Health Belief Model* (HBM)
5. Teoria de Ação Planeada
6. Modelo Sociocognitivo
7. Modelo do Senso Comum da Autorregulação
8. Autorregulação, Saúde e Doença
9. Modelo Transacional-Sistêmico
10. Modelo Transteórico
11. Abordagem de Processos de Ação em Saúde
12. Teoria de Autodeterminação
13. Expetativas e Placebo

4

Modelo de Crenças da Saúde: *Health Belief Model (HBM)*

Joana Água e Isabel Leal

4.1 Introdução

Desde os anos 50, o Modelo de Crenças da Saúde ou *Health Belief Model (HBM)* tem sido dos modelos mais utilizados para o estudo do comportamento. O HBM tem sido usado para explicar, prever e, ainda, para estruturar e orientar intervenções comportamentais. Estas intervenções têm como principal objetivo a promoção de comportamentos promotores de saúde.

4.2 Desenvolvimento do modelo

Irwin Rosenstock (1974a), durante os anos 50 do século XX, percebeu que as pessoas não estavam dispostas a aceitar as medidas preventivas (e. g., exames médicos) para a deteção precoce de doenças assintomáticas, mesmo quando eram apresentadas de forma gratuita ou com baixos custos. Assim, o autor pretendeu desenvolver uma teoria que explicasse o comportamento das pessoas que, no momento atual, não sofrem de nenhuma doença, e ainda que explicasse os seus comportamentos de forma a prevenirem o aparecimento de doenças (Rosenstock, 1974a; 1974b). Rosenstock procurava também que fosse possível prever estes comportamentos e a resposta comportamental ao tratamento de doentes agudos e crónicos (Ogden, 2004), tendo proposto o Modelo de Crenças da Saúde.

O HBM foi desenvolvido por Rosenstock, em 1966, e, mais tarde, por Becker e os seus colaboradores (Ogden, 2004). Este modelo foi originalmente formulado para explicar os comportamentos de saúde preventivos (Rosenstock, 1974a; 1974b). Contudo, ao longo dos anos, o HBM tem sido utilizado para antecipar diversos comportamentos ligados à saúde (Ogden, 2004; Rosenstock, 1974a).

O HBM postula que o comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais que têm vindo a ser redefinidas ao longo dos anos. Estas crenças centrais devem ser utilizadas para prever a probabilidade de um determinado comportamento ser adotado (Ogden, 2004). Segundo o HBM, para que uma pessoa adote um comportamento preventivo em relação a uma doença, ou seja, um comportamento de saúde, têm de estar reunidas algumas condições.

4.2.1 Suscetibilidade percebida

A suscetibilidade percebida varia de indivíduo para indivíduo e refere-se ao risco subjetivo que um indivíduo acha que tem de contrair uma doença. Esta suscetibilidade poderá variar

entre: um indivíduo que nega qualquer possibilidade de contrair uma doença, um indivíduo que pensa que existe a probabilidade de desenvolver a doença e um indivíduo que sente o perigo de desenvolver uma doença (Rosenstock, 1974a; 1974b).

4.2.2 Gravidade percebida

Esta dimensão também varia de indivíduo para indivíduo e pode ser influenciada pela experiência emocional, criada pelo pensamento da doença e pelas dificuldades que o indivíduo acredita que a doença lhe iria criar, ao nível emocional, funcional, social, entre outros aspetos (Robins, 1962; Rosenstock, 1974a; 1974b).

4.2.3 Barreiras e benefícios percebidos para o comportamento prevenido

A perceção da suscetibilidade de uma doença, por parte de um indivíduo, poderá ser um incentivo a que este tenha comportamentos preventivos em relação à doença. No entanto, este aspeto, por si só, não define qual será a ação do indivíduo (Rosenstock, 1974a). A sua ação é também influenciada pelas suas crenças sobre a eficácia das medidas preventivas que reduzem a ameaça da doença (Rosenstock, 1974a). Por isso, o comportamento preventivo dependerá também do facto de o indivíduo acreditar que esses comportamentos serão benéficos para si. Porém, um indivíduo pode acreditar que um comportamento poderá ser eficaz a reduzir a ameaça de uma doença, mas, mesmo assim, poderá perceber que esse comportamento tem elevados custos financeiros, é desagradável, doloroso e emocionalmente negativo. Os aspetos negativos de determinado comportamento preventivo poderão ser barreiras à ação do indivíduo e fazer com que os evite (Rosenstock, 1974a). Assim, para que um indivíduo ponha em ação os comportamentos preventivos, são, por vezes, necessárias pistas (Rosenstock, 1974a).

4.2.4 Pistas para ação

As pistas para a ação podem ser internas (e. g., perceção de estados do corpo – dores) ou externas (e. g., programas de educação para a saúde). A intensidade necessária das pistas, para o indivíduo entrar em ação, variam consoante as perceções de gravidade e suscetibilidade. Desta forma, se o indivíduo tiver perceções de gravidade e suscetibilidade baixas a pista terá de ser mais intensa para despertar a ação do indivíduo. Por outro lado, quando há elevados níveis de perceção de gravidade e suscetibilidade, a pista poderá ser menos intensa (Rosenstock, 1974a).

Posto isto, para que um indivíduo tenha comportamentos preventivos, tem de acreditar que é suscetível a uma determinada doença (e. g., *“Há várias pessoas na minha família com cancro da mama, por isso, existe uma maior probabilidade de vir a ter esta doença e/ou que essa doença possa ser grave”* (e. g., *“Ter cancro da mama é grave.”*), caso a desenvolvesse (Ogden, 2004; Rosenstock, 1974a). Deste modo, o indivíduo irá adotar comportamentos preventivos, sem se deparar com tantas barreiras (e. g., custos, conveniência, dor, vergonha), para a prossecução desse comportamento. Consequentemente, um indivíduo que tenha a crença de que é suscetível a uma determinada doença e que

PARTE III

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Introdução

- 14. Comportamento e Saúde**
- 15. Comportamento Alimentar**
- 16. Exercício Físico e Saúde Mental**
- 17. Sexualidade**
- 18. A Resposta Preventiva nas Adições**
- 19. O *Stress* e as Suas Consequências na Saúde e no Bem-estar**
- 20. Bem-estar**
- 21. Qualidade de Vida**
- 22. Espiritualidade, Religião e Religiosidade em Psicologia da Saúde**

14

Comportamento e Saúde

Margarida Gaspar de Matos

14.1 Introdução: uma abordagem pluridisciplinar da saúde

A Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) alertou os profissionais de saúde e os políticos para a necessidade de uma abordagem pluridisciplinar na saúde.

Em *Reduzindo Riscos e Promovendo uma Vida Saudável* (OMS, 2002) sublinha-se a identificação e prevenção de fatores de risco e a relevância da promoção dos comportamentos ligados à saúde. Quase todos os comportamentos ou atividades humanas têm impacto no estado de saúde/bem-estar. Conhecemos comportamentos prejudiciais à saúde como o tabagismo, uma alimentação rica em gorduras, a ingestão de grandes quantidades de álcool, o consumo de substâncias psicotrópicas sem prescrição médica, um excesso de tempo de ecrã, o sedentarismo. Também conhecemos comportamentos de proteção da saúde, como a lavagem dos dentes, o uso de cinto de segurança, a prática de atividade física, a procura de informação relacionada com a saúde, a realização de um *check-up* regular de saúde, o adequado número de horas de sono por noite, uma alimentação equilibrada, o equilíbrio entre tempo de trabalho e lazer, a prática equilibrada de uma atividade física, apenas para dar alguns exemplos.

O estudo dos comportamentos dos indivíduos ligados à saúde e o estudo dos fatores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas de educação para a saúde, para a promoção da saúde, nomeadamente através do desenho e implementação de programas de intervenção e ainda para o conhecimento das necessidades de formação dos profissionais do setor.

Vários estudos, ao longo das últimas duas décadas, aumentaram a compreensão da interação de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e ambientais, associados à doença e à saúde (Matos et al., 2019). É alargado o contributo da psicologia à prevenção da doença e à promoção e proteção da saúde (Ribeiro, 1998), visando exatamente comportamentos como o consumo de substâncias (o álcool, o tabaco e as drogas), o sedentarismo e a alimentação, bem como ao impacto na saúde de alguns comportamentos interpessoais (por exemplo, a violência, a sexualidade, o *stress* laboral e escolar, o estabelecimento de redes de apoio interpessoal, os laços de afeto e o lazer).

14.2 Da prevenção da doença à promoção da saúde

O conceito de promoção da saúde inclui a ideia de que a saúde se desenvolve ao longo do ciclo da vida, sendo um processo (e não um estado) resultante da interação dos organismos com os seus ambientes físico e social.

O desenvolvimento psicossocial é um processo de otimização das capacidades de decisão e de realização, que podem ajudar na adoção e manutenção de um estilo de vida mais saudável e na perceção subjetiva de qualidade de vida, competência pessoal e participação ativa na comunidade (Matos & Simões, 2016; Matos & Ramiro, 2018).

Coie et al. (1993) defendem que a intervenção da psicologia na área da saúde deve centrar-se nos determinantes, nos mediadores e nas consequências dos comportamentos dos indivíduos, tendo sempre em consideração a idade da população e adicionando à perspetiva ecológica (através dos diferentes contextos) uma orientação desenvolvimental (ao longo do ciclo da vida). Referem ainda estes autores que os fatores de risco têm, por um lado, um efeito cumulativo e, por outro, podem dar origem a vários problemas, podendo ser neutralizados por fatores de proteção. Defendem portanto uma intervenção preferencial sobre os fatores de proteção e promoção (autorregulação, resiliência, competências pessoais) e a conjugação de intervenções universais com intervenções mais seletivas (Spence & Matos, 2000).

Já em 1979 se reconhecia que a maior parte das doenças e da mortalidade prematura têm a ver com os hábitos tabágicos, como o consumo de álcool e drogas, e com os riscos de acidentes, nomeadamente motorizados (Richmond, 1979), referindo-se aqui que 50% das mortes prematuras têm a ver com doenças do aparelho circulatório e 20% com o cancro, ambos associados àqueles comportamentos. Richmond apontou então que, das 10 principais causas de morte prematura nos Estados Unidos da América, 50% eram devidas a comportamentos e a estilos de vida lesivos da saúde.

A OMS (WHO, 2001) defende programas preventivos e promocionais que aumentem as capacidades das pessoas e que atuem antes que os problemas ou os sintomas se instalem. No relatório “Nova compreensão, nova esperança” sugerem-se intervenções que prestem uma especial atenção à questão desenvolvimental e intervenções que envolvam os contextos sociais e que promovam a participação e a competência das populações-alvo.

Na mesma linha, já anteriormente McGinnis (1991) tinha apresentado as metas para a Saúde 2000 nas seguintes áreas de interface saúde/comportamento/cuidados de saúde: (1) a atividade física, (2) a nutrição, (3) os consumos de tabaco, álcool e drogas, (4) o planeamento familiar, (5) a saúde mental, (6) a violência, (7) o abuso físico e sexual, (8) os programas comunitários, (9) as lesões, (10) a segurança ocupacional, (11) a saúde ambiental, (12) a segurança na comida e nas drogas/medicamentos, (13) a saúde oral, (14) a saúde materno-infantil, (15) as doenças da circulação, (16) o cancro, (17) a diabetes e outras doenças crónicas, (18) o HIV/SIDA, (19) outras IST, (20) a vacinação e (21) as doenças infecciosas. Estes temas foram retomados no grupo de trabalho que estudou e implementou a educação para a saúde em Portugal (GTES, 2005; 2007), no PAPES – Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (DGE, 2019) no PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015) e em vários relatórios de estudos nacionais (Matos et al., 2000; 2018).

PARTE IV

SAÚDE E DESENVOLVIMENTO HUMANO

Introdução

- 23. Psicologia da Gravidez e da Parentalidade**
- 24. Infância e Saúde**
- 25. Adolescência**
- 26. Menopausa e Andropausa: Definição e Intervenção**
- 27. Envelhecimento**
- 28. Uma Psicologia do Final da Vida**

23

Psicologia da Gravidez e da Parentalidade

Bárbara Figueiredo

23.1 Introdução

Este capítulo tem por objetivo apresentar os conhecimentos essenciais à compreensão da psicologia da gravidez e da parentalidade. Para atingir esse objetivo, o capítulo reporta-se a conhecimentos nas áreas da gravidez, da gestação, da transição para a parentalidade e da parentalidade, relativos à mãe, pai e bebê, no quadro de um modelo biopsicossocial, sistêmico e desenvolvimental. Reporta-se também aos contributos conceituais mais relevantes na literatura em cada uma destas áreas, bem como às evidências científicas que suportam esses contributos.

23.2 Gravidez

A gravidez corresponde ao período em que a mulher está grávida, ou seja, é o período entre a fecundação e o parto, em que ocorre a gestação do embrião/feto (ACOG, 2019).

A gravidez é também o período em que a mulher e o homem se iniciam enquanto mãe e pai, ao exercerem a parentalidade. Ao providenciar as condições necessárias ao crescimento e desenvolvimento do embrião/feto, ambos começam a exercer a sua função enquanto pais, isto é, a parentalidade (Figueiredo, 2011; 2005; 2013). Um conjunto de mudanças psicológicas, acionadas pela mulher e pelo homem, possibilitam o desenvolvimento e exercício da parentalidade. Estas mudanças inscrevem-se num processo desenvolvimental, designado como transição para a parentalidade, que se inicia na gravidez e progride no pós-parto (Cowan & Cowan, 2000; Figueiredo & Lamela, 2014).

Não obstante a importância das referidas mudanças psicológicas, outras tantas mudanças biológicas ocorrem não só na mulher, como também no homem (Storey, Walsh, Quinton, & Wynne-Edwards, 2000). Estas alterações biológicas, tal como acontece com as psicológicas, destinam-se a garantir a parentalidade e, por inferência, ambas asseguram as condições necessárias ao bom crescimento e desenvolvimento do embrião/feto (Barrett & Fleming, 2011; Carter, 2005; Conde & Figueiredo, 2014; Fleming, Ruble, Krieger, & Wong, 1997; Gonzalez, Atkinson, & Fleming, 2009).

Assim sendo, durante a gravidez, decorrem mudanças biológicas e psicológicas que estimulam e preparam a mulher e o homem para a parentalidade, isto é, assegurando as condições necessárias ao crescimento e desenvolvimento do feto e, por conseguinte, à sobrevivência da criança (Figueiredo, 2013). Estas mudanças biológicas e psicológicas que preparam

ambos os pais para a parentalidade são particularmente ativadas pela presença do feto. A título de exemplo, o aumento do envolvimento emocional da mãe e do pai com o bebê é ativado na presença dos movimentos fetais e do visionamento ecográfico do feto e outras práticas e normas socioculturais (Kleinveld, Timmermans, van den Berg, van Eijk, & Ten Kate, 2007; Samorinha, Figueiredo, & Cruz, 2009) acerca do efeito do feto nas mudanças biológicas da mãe. Sendo ainda que tanto as mudanças biológicas (e. g., DiPietro, Irizarry, Costigan, & Gurewitsch, 2004) quanto as psicológicas ativadas pela presença do feto, se relacionam e potenciam entre si de forma sinérgica (Coming, 1998).

Observa-se, por conseguinte, uma forte associação entre as mudanças biológicas relacionadas com a gravidez e o parto e as mudanças psicológicas necessárias ao exercício da parentalidade (Figueiredo, 2013). Mudanças hormonais decorrentes do processo de gravidez, parto e amamentação, como, por exemplo, o aumento de produção de oxitocina (Jonas et al., 2013), estão associadas ao envolvimento emocional e à sensibilidade da mãe, necessárias ao melhor exercício da parentalidade, ou seja, à prestação dos cuidados para a sobrevivência do bebê (Carter & Porges, 2013; Mileva-Seitz et al., 2011).

23.3 Gestação

A gestação, por sua vez, corresponde ao período de desenvolvimento do embrião (que se designa por feto a partir das 8 semanas), ou seja, é o período desde a formação do embrião até ao nascimento do bebê, então denominado recém-nascido, cerca de 38 semanas após a fecundação (ACOG, 2019).

Durante a gestação, o feto prepara-se para a vida autónoma. Ao longo deste período, são as competências sensoriais e comportamentais, necessárias à sobrevivência do bebê à nascença, sem ser na total dependência da mãe são adquiridas (Figueiredo, 2006). No decorrer deste período de desenvolvimento, o feto é desde já sujeito à influência do ambiente, tal como mostram, entre muitos outros, os estudos que reportam o seu efeito de diversas substâncias do ambiente como as decorrentes do consumo de determinadas substâncias por parte da mãe, na gestação e no estado do bebê à nascença (Bruin, Gerstein, & Holloway, 2010; Jaddoe et al., 2010; Pereira, Miguez, Pinto, & Figueiredo, em revisão). Porém, o feto, por sua vez, também influencia a mãe, tal como demonstram outros estudos que aludem ao seu efeito na iniciação do parto (Almli, Ball & Wheeler, 2001; Romero et al., 2007) e no estado psicológico da progenitora (DiPietro, Irizarry, Costigan, & Gurewitsch, 2004).

Podemos, portanto, afirmar que a mãe, o pai e o bebê estão em interação permanente, ao nível biológico e psicológico, desde o início da gravidez/gestação. No que em particular se refere ao impacto do ambiente uterino no crescimento e desenvolvimento do feto, esta interação tem sido explicada e demonstrada, por, pelo menos, dois processos desenvolvimentais.

A teoria da programação fetal – em inglês, *fetal programming theory* (Barker, 2004) – aplicada à psicologia, na recente teoria da programação desenvolvimental (Ellis & Giudice, 2019), estabelece que as características do ambiente uterino modelam o desenvolvimento de certas características específicas do feto, que facilitarão uma melhor resposta às particularidades do ambiente que encontrará depois do nascimento. Estas características antecipam e tornam

PARTE V

DOENÇAS CRÓNICAS

Introdução

- 29. Cancro
- 30. Doença Coronária
- 31. Acidentes Vasculares Cerebrais
- 32. *Coping* e Diabetes
- 33. Obesidade
- 34. Abuso de Substâncias
- 35. Psicologia, Saúde e VIH/SIDA
- 36. Doenças Autoimunes
- 37. Dor: Da Teoria à Prática Clínica em Psicologia da Saúde

29.1 Introdução

A prática do psicólogo da saúde, no contexto de uma doença oncológica, centra-se no acompanhamento psicológico do paciente e da sua família para potenciar uma gestão adequada dos sintomas físicos e psicológicos inerentes ao diagnóstico e aos tratamentos; em promover uma comunicação interpessoal mais adequada; em potenciar um melhor ajustamento psicossocial à doença e um maior bem-estar e qualidade de vida durante todas as fases da doença (Holland & Weiss, 2010).

Diversos modelos psicoterapêuticos podem ser utilizados no acompanhamento psicológico de pacientes com cancro (p. ex., a terapia sistémica, a terapia de aceitação e o compromisso). Devido às suas características práticas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) continua a ser a mais utilizada no contexto da doença oncológica, demonstrando eficácia comprovada na diminuição de sintomas psicopatológicos (p. ex., ansiedade ou depressão) e na melhoria do bem-estar e da qualidade de vida (Moorey, 2010; Osborn, Demoncada, & Feuerstein, 2006).

Primeiramente, neste capítulo, será abordado o impacto psicossocial do cancro. Segue-se a exploração da TCC aplicada ao cancro, assim como uma síntese das suas estratégias cognitivas e comportamentais adaptadas às diferentes fases da doença.

29.2 Impacto emocional e psicológico da doença oncológica

O diagnóstico de cancro pode ser devastador para o paciente e para a sua família. Após o diagnóstico, o doente inicia um processo terapêutico que acarreta, primeiramente, um conjunto de novidades e adaptações. Deste modo, o paciente pode sentir-se sobrecarregado com: a receção do diagnóstico; as tomadas de decisão; a aprendizagem de novos conceitos relacionados com a doença; a comunicação com o pessoal hospitalar; o modo de lidar com os efeitos secundários dos tratamentos; a resolução de eventuais problemas financeiros; e a gestão da dinâmica e dos novos papéis familiares (Brothers, Thornton, & Andersen, 2010).

Estes aspetos ocorrem durante a trajetória da doença (ou ciclo psico-oncológico), nas suas diferentes fases – diagnóstico, tratamentos, sobrevivência e fase paliativa (Ramos & Patrão, 2015) e podem ser vivenciados com ansiedade, humor deprimido, medo, culpa,

raiva, descrença, etc. Na maioria dos casos, a reação de *stress* é mais intensa após o diagnóstico e vai diminuindo de intensidade à medida que o paciente aprende a lidar com a sua doença (Moorey & Greer, 2012).

Moorey (2010) reitera que as emoções experimentadas pelo doente são variáveis, consoante a fase de tratamento, a severidade do diagnóstico, as características pessoais, o suporte social, etc. Estes estados emocionais manifestam-se num largo espectro emocional, o qual, na maioria das vezes, é adaptativo e reativo aos estímulos externos. Porém, uma minoria significativa dos pacientes desenvolve, no decorrer da trajetória de doença, perturbações psiquiátricas, tais como a depressão major ou a perturbação da ansiedade (Moorey & Greer, 2012).

Um estudo de Greer e colaboradores (1992), desenvolvido em 1260 pacientes com cancro, evidenciou que 8% dos participantes apresentava um quadro clinicamente significativo de depressão e 15% de ansiedade. Numa perspetiva conservadora, 25% a 30% dos pacientes desenvolvem uma perturbação psiquiátrica relacionada com o cancro (Moorey & Greer, 2012), com uma maior evidência de perturbação psiquiátrica após o diagnóstico (33%) ou após a recorrência da doença (45%), segundo um estudo feito a mulheres com cancro da mama (Burgess et al., 2005).

Numa fase inicial, é o tratamento e os efeitos secundários que causam maior *stress* percebido. A cirurgia é, com frequência, mais fácil de gerir, uma vez que é considerada um mal necessário; a quimioterapia e a radioterapia são tratamentos mais difíceis de aceitar, principalmente quando são usados com objetivos profiláticos. Em particular, a quimioterapia está associada a elevados níveis de ansiedade e de depressão em 40% dos pacientes, de acordo com um estudo baseado numa amostra de pacientes com cancro da mama, ovário e pulmão (Middelboe, Ovesen, Mortensen, & Bech, 1995).

Para além dos quadros psicopatológicos de ansiedade e depressão, os pacientes com cancro têm reportado, de acordo com a investigação em psico-oncologia outros problemas em diversas áreas das suas vidas, entre os quais: mitos ou crenças erróneas sobre o cancro; culpa por atrasar o diagnóstico; culpa por comportamentos que podem ter desencadeado o cancro; problemas conjugais e/ou relacionais; problemas sexuais; medo do agravamento ou da recidiva da doença; dor e fadiga; mudanças no aspeto físico, limitações ou incapacidades físicas e diminuição da qualidade de vida; mudança de identidade após o cancro, dos planos de vida, etc. (Jacobsen & Jim, 2008; Ngoma & Msemo, 2010).

Diversos estudos em psico-oncologia têm comprovado a eficácia da TCC na diminuição de sintomas psicopatológicos, nomeadamente, da ansiedade e da depressão, quando comparada com outras psicoterapias ou com o tratamento médico sem acompanhamento psicológico complementar (Jacobsen & Jim, 2008). Uma meta-análise de Osborn e colaboradores (2006) evidencia que permanecem ainda algumas inconsistências quanto à eficácia desta terapia na melhoria da qualidade de vida, a longo prazo. Esta terapia revela-se mais eficaz na redução dos sintomas quando é utilizada individualmente, em comparação com a sua utilização em grupo, e quando é aplicada a pacientes com elevado grau de *distress* relacionado com o cancro (Moorey, 2010).

PARTE VI

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Introdução

- 38. Comunicação em Saúde**
- 39. Equipas Multidisciplinares em Saúde**
- 40. Psicologia da Saúde Ocupacional**
- 41. A Família em Cuidados Paliativos**
- 42. Adesão**
- 43. Suporte Social**
- 44. Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção**

38

Comunicação em Saúde

Natália Ramos

38.1 Introdução

A saúde, bem como o acesso a ela, constitui um direito básico ao exercício dos outros direitos humanos, sendo fundamental para a equidade em saúde e para o bem-estar e saúde geral dos indivíduos e das populações. Apesar de a legislação portuguesa e da União Europeia reconhecer a universalidade do direito de acesso aos cuidados de saúde de todos os cidadãos, contudo, esta legislação e o reconhecimento deste direito, ainda que importantes, não são suficientes para o seu efetivo acesso e para a qualidade e equidade na saúde.

A saúde tem de ser entendida numa perspetiva global e integrativa não só biológica, mas também psicossocial, cultural, socioeconómica, ambiental e política, compreendendo o bem-estar emocional, social, cultural, físico e mental, e os determinantes sociais de saúde, ou seja, os contextos e as condições de vida em que os indivíduos nascem, vivem e trabalham, incluindo o sistema de saúde, os quais condicionam a saúde e o bem-estar geral dos indivíduos e das populações.

Muitos dos desafios enfrentados pela saúde estão relacionados com questões de comunicação. Consta-se que muitas das dificuldades das populações nacionais, migrantes e minorias étnicas se prendem, sobretudo, com problemas comunicacionais, ao nível interpessoal e organizacional e com a falta de informação, tanto da parte destes grupos como dos próprios profissionais e dos serviços de saúde, relativamente à legislação e aos direitos e deveres das populações e dos profissionais. São, igualmente, cada vez mais, os profissionais de saúde, particularmente os que trabalham em contextos multi/interculturais, que se queixam de dificuldades provenientes de problemas de comunicação em saúde.

Diversos autores têm vindo a identificar um conjunto diversificado de métodos e estratégias de comunicação para combater as desigualdades em saúde e promover a literacia, através de abordagens holísticas que procuram agir sobre a relação entre os profissionais e os utentes, na mudança de comportamentos e nas decisões individuais e coletivas, na relação e proximidade com as populações, na relação com os *media* e ao nível dos decisores e das políticas públicas (Freimuth & Quinn, 2004; Berry, 2007; Kreps & Maiback, 2008; Cameron, 2013).

© PACTOR A área da comunicação em saúde é da maior importância na formação, investigação e intervenção no domínio da saúde, inscrevendo-se numa perspetiva sistémica, multidimensional e multi/interdisciplinar e vindo a responder a novas questões e desafios da sociedade

contemporânea, em particular, no setor da saúde, nomeadamente, em relação às novas configurações no âmbito da saúde, comunicação e interculturalidade.

A relevância da comunicação em saúde para o desenvolvimento de competências e instrumentos, com vista à criação de contextos e à implementação de políticas e práticas de prevenção e de inovação, promotoras da saúde, é sublinhada, nomeadamente, pela Organização Mundial de Saúde, pela Agência Europeia para o Desenvolvimento das Políticas e Práticas de Saúde Públicas na Europa e pelo Gabinete de Estratégia de Prevenção Nacional do Ministério da Saúde nos Estados Unidos da América (NPC, 2011). Com efeito, a comunicação em saúde é uma dimensão básica dos cuidados de saúde: da informação, educação e promoção da saúde; da mudança comportamental; da competência intercultural; da organização, da gestão e das políticas de saúde; e da avaliação da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde (Ramos, 2004; Thomas, 2006; Schiavo, 2007; WHO, 2012).

A articulação e a gestão dos domínios da saúde e da comunicação colocam novos paradigmas e desafios no campo da prevenção, informação e literacia em saúde, revelando-se fundamentais para melhorar a adesão e a qualidade das práticas clínicas e a compreensão dos determinantes e comportamentos de saúde, para promover competências comunicacionais e interculturais, bem como o bom funcionamento das organizações de saúde e a definição de políticas de saúde.

Muitos estudos evidenciam que parte dos problemas, dos disfuncionamentos e da insatisfação ao nível relacional, clínico, organizacional e da gestão no âmbito da saúde, está relacionada com problemas administrativos, relacionais e comunicacionais, nomeadamente ao nível da informação e dos desempenhos comunicacionais dos decisores, gestores e profissionais, nos diversos setores da saúde, em contextos autóctones, mas, sobretudo, multi-/interculturais. Estes estudos destacam ainda que têm vindo a aumentar em todo o mundo as queixas e reclamações dos utentes relativamente a estes aspetos (Ramos, 2004, 2007, 2008a/b, 2012a/b, 2017; Kurtz et al., 2005; Flores, 2006; Sheppers, 2006; Schouten et al., 2006, 2009; Thomas, 2006; Berry, 2007; Cameron, 2013). Com efeito, muitas das reclamações nos serviços de saúde, ao nível internacional e nacional, por exemplo, nos hospitais e centros de saúde em Portugal, estão relacionados com questões administrativas, de comunicação e informação, tal como revelam os últimos dados da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), tendo estas reclamações aumentado nos últimos anos (ERS, 2017).

O encontro com a diferença cultural nos cuidados de saúde pode conduzir a reações emocionais e a comportamentos de rejeição e abandono ou a atitudes de preconceito, discriminação e violência por parte dos profissionais de saúde, sobretudo, quando não há conhecimento sobre a cultura do utente e formação na área da comunicação e das relações interculturais. Uma comunicação adequada e culturalmente competente em saúde poderá promover as competências dos profissionais e melhorar o funcionamento das organizações de saúde, tendo em vista um melhor acolhimento e a compreensão da cultura e das particularidades comunicacionais e de saúde dos utentes, contribuindo para uma maior adesão a comportamentos saudáveis e aos serviços de saúde, para mudanças comportamentais, para a qualidade dos cuidados prestados, para a gestão das organizações de saúde, e para a melhoria da saúde e do bem-estar geral.

PARTE VII

TEMAS E VARIÁVEIS

Introdução

- 45. Cultura, Psicologia e Saúde**
- 46. Sexo e Género em Psicologia da Saúde**
- 47. Personalidade, Psicologia e Saúde**
- 48. Idade e Saúde**
- 49. Psicologia, Saúde e Pessoas LGBT +**
- 50. Ambiente e Saúde**
- 51. Lazer e Saúde**

45.1 Introdução

A mobilidade humana e a diversidade cultural têm-se intensificado nas últimas décadas, colocando múltiplas questões e novos desafios, nos planos individual, social, cultural e político e ao nível da formação, da investigação e da intervenção, nomeadamente para a psicologia.

Segundo dados da ONU, em 2017, havia aproximadamente 258 milhões de pessoas a viver fora do país em que nasceram. Portugal não foge a este fenómeno da mobilidade, representando os imigrantes legalizados cerca de 4,2% da população residente no país. As e/imigrações e interculturalidades são expressões desta mobilidade e multiculturalidade que vem sendo produzida a partir de diferentes contextos e motivações e que é acompanhada pela intensificação, globalização, diversificação, feminização e complexidade dos fluxos migratórios e das migrações forçadas, representando um dos grandes desafios mundiais e sociais da atualidade, muito em particular ao nível da saúde e do bem-estar das populações e dos sistemas de saúde. A mobilidade populacional é considerada um símbolo da contemporaneidade e da modernidade, bem como um fator essencial do desenvolvimento humano (PNUD, 2004).

Com efeito, a multiculturalidade, no sentido da coexistência numa mesma sociedade de várias culturas e etnias distintas, e o contacto intercultural, ou seja, o encontro de pessoas e de grupos diferentes, do ponto de vista cultural, étnico ou linguístico, são elementos que vêm caracterizando cada vez mais o tecido social e profissional contemporâneo, nomeadamente no âmbito psicológico e da saúde. A diversidade cultural integra, cada vez mais, todos os domínios da esfera pública e deverá ser considerada, tal como destaca a UNESCO (2001) na *Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural*, Artigo 3.º, “uma das fontes do desenvolvimento, entendido não apenas em termos de crescimento económico, mas também como meio para alcançar uma existência intelectual, emocional, moral e espiritual mais satisfatória”.

A gestão da diversidade cultural constitui uma preocupação dos estados e dos organismos nacionais e internacionais, vindo colocar desafios, tanto aos migrantes e à sociedade em geral, como às estratégias e políticas públicas e aos profissionais, especialmente, aos psicólogos, que trabalham nos diferentes setores de atividade, em particular, na saúde. Qualquer que seja o domínio de intervenção, os profissionais são confrontados, cada vez mais, na sua prática com pessoas que nascem e crescem entre culturas diferentes, que vivem em contextos de mobilidade e multi/interculturalidade. Através dos seus processos e das suas especificidades, a cultura influencia a forma de pensar, sentir e agir, pelo que especialistas e

organizações profissionais têm vindo a acentuar a necessidade de os profissionais estarem atentos ao impacto dos seus estereótipos, preconceitos e comportamentos discriminatórios na comunicação e na intervenção, assim como de terem em conta a diversidade individual, social e cultural dos seus utentes nas suas práticas profissionais e de adquirirem formação no âmbito intercultural, designadamente, no desenvolvimento de competências interculturais. É o caso da Associação Americana de Psicologia, que salienta a importância de integrar as questões da multi/interculturalidade na formação, investigação, prática profissional e mudança organizacional, bem como a necessidade de produzir bases teórico-concetuais e investigação empírica relevante neste domínio, tanto em psicologia como em disciplinas relacionadas, que justifiquem e forneçam suporte às orientações e intervenções no domínio (inter)cultural (APA, 2003; Stuart, 2004; Ramos, 2004, 2007a, 2008a, 2011; Wade, 2005; Scheppers, 2006; Paillard, 2011).

Viver em contexto migratório poderá constituir um processo enriquecedor e positivo, uma oportunidade capaz de favorecer o desenvolvimento, o bem-estar, a saúde e a criatividade dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Poderá igualmente provocar inadaptação, conflitos, *stress*, doença, sofrimento, riscos e vulnerabilidades, devido às ruturas e mudanças psicológicas, culturais, linguísticas, laborais, sociais, familiares, ambientais e políticas e ao etnocentrismo, à discriminação e ao racismo. Igualmente, a migração, sobretudo a migração forçada, sendo um acontecimento significativo da vida dos indivíduos e grupos, pode representar uma experiência traumática e dolorosa, capaz de originar traumatismos silenciosos e múltiplos, bem como situações de morbilidade, sofrimento psicológico e *stress*.

O acesso à saúde, constituindo um direito fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos, é considerado essencial para a equidade em saúde e para o bem-estar, adaptação e integração das populações oriundas de outras culturas nos países de acolhimento.

Revela-se, assim, importante ter em conta as múltiplas relações e variáveis, individuais e coletivas, nomeadamente, psicossociais, culturais, comunicacionais, económicas, ambientais e políticas, implicadas nos processos e nas dinâmicas migratórias de integração e saúde; e identificar os fatores associados ao indivíduo, às atitudes dos profissionais e da sociedade recetora, à relação entre os utentes e os profissionais de saúde e aos serviços de saúde, os quais poderão estar na origem de dificuldades, riscos e vulnerabilidades. Estas variáveis podem originar isolamento, exclusão, discriminação, *stress*, ansiedade, depressão, conflito e doença, elementos que poderão afetar não apenas a saúde mental e física, o bem-estar e a qualidade de vida dos migrantes, como dificultar igualmente a sua adaptação e integração, a prevenção e tratamento da doença e proteção da saúde, o acesso aos serviços, a reivindicação dos seus direitos e o exercício de cidadania.

Analisar e discutir a saúde em contexto migratório e intercultural exige ter em conta a complexidade, diversidade e especificidade dos indivíduos e grupos em mobilidade, bem como abordagens sistémicas, multifatoriais, interdisciplinares e interacionais que favoreçam o conhecimento e a compreensão integrada dos múltiplos determinantes e dos processos relacionados com questões de adaptação, aculturação, integração, saúde e doença, com a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde e com a adaptação e as competências dos profissionais e dos serviços de saúde para responder à diversidade cultural existente.

PARTE VIII

INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Introdução

- 52. Intervenção em Centros de Saúde**
- 53. Intervenção Hospitalar**
- 54. Intervenções Digitais de Mudança Comportamental em Saúde**

Ivone Martins Patrão, Joana Águia e Patrícia Costa Pinto

52.1 Introdução

A crescente valorização da intervenção multidisciplinar, na saúde e na gestão da doença, tem reforçado o papel da psicologia no sistema de saúde e trouxe uma mais-valia na avaliação das necessidades, no planeamento dos cuidados e na obtenção de ganhos em saúde.

Em Portugal, nos cuidados de saúde primários (CSP), a intervenção da psicologia tem vindo a ajustar-se à mudança organizativa, de acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008 (Diário da República, 2008), que veio estabelecer um novo funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde.

Os ACES têm diferentes unidades funcionais – unidade de saúde familiar (USF); unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); unidade de cuidados na comunidade (UCC); unidade de saúde pública (USP); unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) – e, em cada centro de saúde, componente de um ACES, funciona, pelo menos, uma USF ou uma UCSP, uma UCC e uma URAP.

A URAP é a unidade onde se integra a área da psicologia clínica e da saúde (PCS) (ACSS, 2017), que pode disponibilizar cuidados assistenciais de saúde, centrados na pessoa, na família e na comunidade, no âmbito da promoção e proteção da saúde, e tratamento da doença.

O modelo de organização da prestação de cuidados na área da PCS no Serviço Nacional de Saúde Português (SNSP) e, em concreto, nos CSP, tem sido debatido e legislado (ACSS, 2017; Diário da República, 1994; Diário da República, 2017), com uma definição clara de quais as funções do psicólogo, com relevância para uma intervenção baseada na evidência científica, a exercer por aqueles que cumpram as exigências legais (Diário da República, 1994), com especialidade em PCS (Diário da República, 2016; GT-URAP, 2017; OPP, 2017a).

As atividades desenvolvidas pela área da PCS nos ACES são sempre em parceria com as outras unidades, em estreita colaboração com outros profissionais, tendo por base as necessidades da população inscrita em cada um dos ACES, os programas nacionais de saúde, o plano de saúde (PS) de cada um dos ACES e uma perspetiva ecológica, que coloca o indivíduo no centro.

A intervenção de um psicólogo num dos ACES pode ter várias dimensões (Biscaia & Neto, 2019; GT-URAP, 2017):

- Assistencial;
- De consultoria (e. g., às unidades do ACES; articulação com serviços hospitalares e/ou sociais);
- De participação e/ou desenvolvimento de projetos de saúde, sociais e comunitários, internos e externos aos ACES, em parceria com entidades locais (cuidados paliativos, equipa de cuidados continuados integrados, equipas locais de intervenção precoce, equipas para a prevenção da violência em adultos, núcleo de apoio a crianças e jovens em risco, rede social, etc.);
- Participação noutros projetos dos ACES (e. g., cessação tabágica, preparação para a parentalidade);
- Intervenção na promoção e proteção da saúde; atividades de saúde na comunidade organizadas pelos ACES ou por organizações parceiras (e. g., escolas, autarquias locais), desde que sejam no âmbito do PLS (plano local de saúde) e do PS de cada um dos ACES;
- Investigação;
- Formação;
- Participação na organização de grupos de trabalho (e. g., grupos de melhoria contínua da qualidade);
- Integração, consultoria e articulação com as unidades coordenadoras funcionais dos ACES (e. g., diabetes, saúde materna, hipertensão arterial – HTA – e saúde infantil);
- Gestão em saúde (e. g., desempenho de funções de coordenação na URAP, no conselho clínico dos ACES).

O objetivo deste capítulo é dar a conhecer o papel da área da PCS integrada nos CSP, em concreto, na URAP dos ACES em Portugal. Para esta caracterização, apresentam-se as dimensões de investigação, consultoria, intervenção assistencial, formação e supervisão.

52.2 A investigação científica na área da psicologia clínica e da saúde acerca dos cuidados de saúde primários

Nos últimos anos, tem vindo a aumentar a investigação acerca dos CSP e, inclusive, do SNSP, através do contributo de vários profissionais de saúde (Teixeira, Fernandes, Azevedo, & Carvalho, 2006) e das próprias entidades reguladoras, ao terem criado núcleos de investigação, de modo a promover esta prática, como é o caso do Núcleo de Apoio à Investigação da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Tejo – ARSLVT (ARSLVT, 2018).

A atividade científica na área da PCS nos ACES tem como objetivo o planeamento e a execução de estudos, com a divulgação de resultados que permitam o desenvolvimento de boas-práticas (GT-URAP, 2017). O desenvolvimento desta área tem contribuído para o progresso da intervenção psicológica em saúde, através da validação de instrumentos de avaliação psicológica, da avaliação de processos e de resultados de intervenções psicoterapêuticas e

MANUAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

A Psicologia da Saúde é uma das áreas de aplicação mais dinâmicas da Psicologia, quer do ponto de vista da intervenção clínica e direta em hospitais, centros de saúde, clínicas e outras estruturas similares, quer do ponto de vista da investigação e do ensino.

A Psicologia da Saúde pode ser definida como a agregação dos contributos educacionais, científicos e profissionais, específicos da disciplina da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde, para a prevenção e tratamento das doenças, para a identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos com a saúde, doença e disfunções associadas, e para a análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e definição da política da saúde.

Escrito por 60 especialistas, e para dar uma visão completa e essencial sobre a Psicologia da Saúde, surge o presente livro que se apresenta como um recurso obrigatório para estudantes e profissionais de Psicologia, bem como para outros profissionais com interesse no tema.

PRINCIPAIS CONTEÚDOS:

- Saúde e Doenças
- Modelos e Teorias
- Comportamento Alimentar
- Exercício Físico e Saúde Mental
- Sexualidade e LGBT
- Adições
- *Stress*
- Bem-estar
- Qualidade de Vida
- Espiritualidade
- Gravidez e Parentalidade
- Infância e Adolescência
- Menopausa e Andropausa
- Envelhecimento
- Dor
- Comunicação
- Psicologia da Saúde Ocupacional
- Cuidados Paliativos
- Suporte Social
- Literacia em Saúde
- Ambiente
- Lazer
- Intervenção Hospitalar e em Centros de Saúde
- Recursos Digitais e Tecnológicos

PACTOR

ISBN 978-989-693-105-6



9 789896 931056



www.pactor.pt