

COMPORTAMENTOS E CRENÇAS EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA PARA A MEDICINA COMPORTAMENTAL

Janaína Bianca Barletta¹

RESUMO

Este artigo faz uma breve contextualização histórica da mudança de paradigmas dos modelos biomédico e biopsicossocial de atuação com o objetivo de refletir sobre a importância dos comportamentos e crenças em saúde no entendimento do processo saúde-doença para o psicólogo da área. A partir disto, o texto discorre sobre as abordagens que facilitaram o surgimento de outras possibilidades de atuação do psicólogo, focando especialmente nas semelhanças entre medicina comportamental e psicologia da saúde. Por último, são pontuados alguns modelos de cognição social que explicam as variáveis que interferem na emissão de comportamentos promocionais de saúde. Considera-se que o conhecimento desses modelos ajuda o profissional no desenvolvimento de programas de prevenção e de educação para a saúde, de intervenções mais eficazes, de avaliação dos resultados, assim como, favorece a prática da pesquisa.

Palavras-chave: comportamentos de saúde; crenças em saúde; modelos de cognição social; medicina comportamental.

HEALTH BEHAVIORS AND BELIEFS: CONTRIBUTIONS OF PSYCHOLOGY FOR BEHAVIORAL MEDICINE

ABSTRACT

This article is about a brief historical change of paradigms in biomedical and biopsychosocial models of action aiming to reflect on the importance of health behaviors and beliefs in understanding health-disease process for the psychologist. From this, the text discusses the approaches that facilitated the emergence of other possibilities of psychologist practice, focusing especially on similarities between behavioral medicine and health psychology. Finally, some models of social cognition that explain the variables that interfere in issuing promotional health behaviors are mentioned. It's considered that the knowledge of these models helps the professional in the development of prevention programs and health education, in more effective interventions, in the evaluation of the results, as well as promotes the practice of the research.

Key words: health behaviors, health beliefs, models of social cognition, behavioral medicine.

¹ Psicóloga. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFS, Mestre em Psicologia e Especialista em Psicologia Clínica da Saúde pela UnB. Professora dos cursos de Psicologia e de Enfermagem da Universidade Tiradentes – SE.

Introdução

A medicina moderna foi iniciada no século XIX pautada no estudo do homem através da dissecação, nas investigações físicas e exames médicos. A teoria de Darwin e o dualismo cartesiano sustentavam o pensar e as ações, o que estava de acordo com o modelo biomédico da medicina, afirmando uma identidade biológica aos homens. (Barletta, 2008a; Ogden, 2004; Silva-Junior, 1998). Este modelo estava diretamente ligado ao constructo de saúde e à significação de adoecimento.

Nesta época, de acordo com o modelo biomédico, as causas das doenças eram entendidas a partir de mudanças biológicas, advindas de fatores externos como desequilíbrios químicos ou bactérias ou por fatores internos involuntários, como predisposição genética. Isto implica em dizer que o homem não era responsável pelo próprio adoecimento, já que não tinha controle dos fatores que modificam seu organismo. Desta forma, a intervenção estava voltada para a modificação do estado físico do corpo, uma vez que não existia uma continuidade entre os conceitos de saúde e doença. Ou seja, estes conceitos pressupunham dois estados qualitativamente diferentes, assim como a mente e o corpo eram consideradas instâncias funcionais independentes uma da outra, sem interferência entre elas. A mente estaria no rol da abstração, sendo identificada pelos sentimentos e pensamentos enquanto o corpo seria a parte física do organismo. Neste raciocínio a doença poderia trazer consequências psicológicas, mas o contrário não seria verdadeiro (Jönsson, 2010; Ogden, 2004).

Foi essa forma de pensar que sustentou a atuação de profissionais na área da saúde durante muito tempo. Até os dias atuais, este é o principal modelo que norteia o fazer, ainda que o modelo biopsicossocial ou integrado de saúde esteja sendo exaltado entre os profissionais. Uma mudança de paradigma demora bastante tempo até que seja finalizada e apreendida. Foi apenas a partir do século XX, especialmente pela crise dos anos 70, que este modelo começou a ser questionado e novas abordagens facilitaram o surgimento de outras possibilidades de atuação como a medicina psicossomática, a medicina comportamental e a psicologia da saúde (Barletta, 2008ab, Silva-Junior, 1998, Traverso-Yépez, 2001).

A medicina psicossomática, a partir de uma análise freudiana, foi a primeira a questionar o modelo biomédico, sugerindo que fatores psicológicos poderiam contribuir para o surgimento de doenças físicas, especialmente aquelas sem correlato orgânico. A medicina comportamental surgiu em 1977 com Schwartz e Weiss, tem por base o estudo do comportamento e foca na avaliação, tratamento e prevenção de doenças físicas e disfunções fisiológicas. Este pensamento desafiou fortemente a separação entre mente e corpo entendendo o homem como um todo (Arnal, 1997, Barletta, 2008ab, Guimarães, 1999, Ogden, 2004, Traverso-Yépez, 2001). Segundo esta proposta o comportamento é um conceito dinâmico que enfoca a relação do homem com o ambiente. Comportamento seria qualquer movimento do organismo humano, contendo então a faceta motora (mais comumente denominada como comportamento), a faceta cognitiva, a emocional e a fisiológica (Kerbauy, 2001, 2002). Desta forma, a medicina comportamental tem seu trabalho respaldado no modelo biopsicossocial, enfocando assim todas as variáveis relacionadas ao processo saúde-doença e ao ser humano.

Vale ressaltar que este é um campo interdisciplinar que engloba várias disciplinas além da psicologia e está voltado para a resolução de problemas práticos. Segundo Godoy (1999), essa é uma das características que define a medicina

comportamental, isto é, a compreensão do processo saúde-doença como multideterminado e dinâmico. Nesse sentido o autor cita uma série de variáveis subdivididas em três esferas que podem ser incluídas como mediadoras do processo e pontua que o nível de interferência de cada uma delas será diferente nas diversas situações. A primeira esfera engloba as variáveis biofísicas ou somáticas, ou seja, as variáveis orgânicas, tais como os fatores fisiológicos, anatômicos, imunológicos. A segunda esfera é compreendida pelas variáveis psicológicas ou comportamentais, tais como as habilidades comportamentais, cognitivas e emocionais. Nesse sentido podem ser incluídos aqui os pensamentos, percepções, expectativas, sentimentos, hábitos, crenças e comportamentos de risco. Por último são citadas as variáveis externas ou ambientais, ou seja, aquelas variáveis ligadas às questões sócio-demográficas, isto é, suporte social, sexo, idade, entre outros.

O uso da pesquisa empírica e do método científico também caracteriza a medicina comportamental. Ainda que alguns autores apontem a prática da pesquisa e da prestação de serviço como ações diferenciadas em psicologia, Gorayeb e Guerrelhas (2003) e Barletta (2008a) defendem que a atuação prática em medicina comportamental é sustentada pela pesquisa. Esta forma de ação conjunta facilita a sistematização, possibilita maior grau de certeza na escolha da intervenção, assim como, produz resultados eficazes e comprovados. Um terceiro ponto fundamental é o papel dado ao paciente. Este assume sua participação proativa, informada e corresponsável no processo saúde-doença (Neves Neto, 2004).

A psicologia da saúde foi descrita por Joseph Matarazzo em 1980, um importante psicólogo italiano naturalizado americano, e foi aceita em termos mundiais. Mais uma vez desafiou a cisão mente e corpo e se estabeleceu como uma disciplina própria da psicologia, possibilitando a criação e oficialização desta especialidade em 1997 pela American Psychological Association – APA (APA, 2010; Arnal, 1997; Barletta, 2008ab; Guimarães, 1999; Ogden, 2004; Traverso-Yépez, 2001).

De acordo com a psicologia da saúde, a doença pode ser causada por uma multiplicidade de fatores, sendo uma combinação de diversas variáveis biológicas (vírus, bactérias, lesões), psicológicas (comportamento, crenças, *coping*, estresse, dor) e sociais (classe, emprego, etnia). Assim, a psicologia da saúde afastou o pensamento linear de causa-efeito e corroborou com o modelo biopsicossocial de saúde, o qual possibilita a integração da psicologia e do meio ambiente ao modelo biomédico tradicional. Nesta perspectiva o indivíduo deixa de ser um agente passivo ao adoecimento e ocupa um lugar de destaque, já que o comportamento de saúde é um fator de extrema importância para o desenvolvimento da doença. Uma vez que o foco deixa de ser a mudança física no organismo e passa a ser a pessoa, a forma de tratamento também difere (Braga & Kerbauy, 1999; Ogden, 2004).

A própria mudança da relação do indivíduo com o ambiente (seja interno ou externo) gera interferências no desenvolvimento do processo saúde-doença. Isto implica em dizer que a mudança no comportamento, nas crenças, nas estratégias de *coping* e adesão podem mudar inclusive o diagnóstico e prognóstico daquele indivíduo. Entende-se que a saúde e a doença fazem parte do mesmo *continuum*. Com isto a responsabilidade pelo tratamento é dividida com todos, desde o médico, a equipe de saúde e o próprio paciente. Nesta perspectiva a psicologia pode contribuir positivamente tanto para as consequências como para a etiologia da doença (Keiralla & Pinto, 1999; Ogden, 2004).

Percebe-se que tanto a medicina comportamental quanto a psicologia da saúde tem características muito similares e fazem um paralelo entre comportamento e saúde, porém esses dois termos são usados de forma discordante na literatura. Enquanto alguns autores apontam a diferença entre essas duas práticas, especialmente no que diz respeito à sistematização e comprovação de resultados, outros autores destacam suas similaridades afirmando que os objetivos são os mesmos, assim como a percepção de totalidade do homem. Esses autores apontam que as diferenças estão apenas no enfoque teórico, sendo que a medicina comportamental se baseia nas ciências do comportamento enquanto a psicologia da saúde em qualquer enfoque psicológico, incluindo as ciências do comportamento (Amaral, 2001; Arnal, 1997; Barletta, 2008a; Kerbauy, 1995; Neves Neto, 2004).

Este artigo tem por objetivo refletir sobre a importância dos comportamentos e crenças em saúde no entendimento do processo saúde e doença, assim como, apontar os principais modelos de cognição social aplicados neste contexto e que explicam as variáveis que interferem na emissão de comportamentos promocionais de saúde.

Comportamento e saúde

A literatura tem apontado que a relação entre comportamento e saúde foi se fortalecendo, especialmente com o aumento da cronicidade das doenças em função das modernas formas de tratamento medicamentoso. Um autor bastante citado é McKeown, que lançou uma tese em 1979 a qual sustentava essa relação após avaliar os feitos da medicina e seu papel na redução de prevalência e incidência de doenças infecciosas do ano de 1850 a 1950. Segundo ele, apesar de todo o avanço da ciência, o declínio das doenças infecciosas era observado antes do desenvolvimento das intervenções médicas relevantes. Argumentou ainda, que as doenças contemporâneas eram causadas pelos comportamentos dos indivíduos e seus hábitos pessoais. Fez uma relação entre mortalidade e comportamento, sugerindo metade da mortalidade estava ligada aos comportamentos dos indivíduos (Campos, 1983; Esperança, 2005; Lima, 2008; Ogedon, 2004).

A partir disto, outra associação feita foi em relação à longevidade e às diferenças culturais. Outro autor citado na literatura é Weg e seu estudo de análise da longevidade dos habitantes da Geórgia, chamados de abkhazes, associado à combinação de fatores biológicos (genética), sociais (papeis, hábitos de trabalho e alto nível de apoio social) e estilo de vida (tipos de alimentação, baixo consumo de álcool e tabaco, baixos níveis de estresses) (Esperança, 2005; Ogden, 2004).

A cada dia a fica mais evidente a relação entre comportamentos inadequados, estilos de vida e problemas de saúde, assim como, respostas psicológicas adequadas e aumento de qualidade de vida, como o alívio de sintomas (Barletta, 2003; Kerbauy, 1995; Knight & Camic, 2000; Lutgendorf *et al*, 1995; Neves Neto, 2004; Ogden, 2004; Ribeiro, 2007). O inverso também tem sido apontado, isto é, como aspectos orgânicos podem interferir nas respostas psicológicas e comportamentais (Baum & Posluszny, 1999; Godoy, 1999; Taylor, 2000). Além dessa influencia mútua, o contexto ambiental é outra variável que pode interferir neste processo, de forma dinâmica, intensificando as respostas emocionais que por sua vez afetarão o desenvolvimento da doença (Gorayeb, 2001; Kerbauy, 2001).

De acordo com Odgen (2004) e Baum e Posluszny (1999) os comportamentos em saúde foram definidos de duas formas por Matarazzo em 1984: (a) hábitos

prejudiciais à saúde também chamados de comportamentos patogênicos, como fumar que é um comportamento de risco e (b) comportamentos de proteção à saúde ou comportamentos imunogênicos como fazer um check-up rotineiro. Ainda de acordo com os últimos autores existem outras duas formas de como as respostas psicológicas podem influenciar a saúde. Uma seria de maneira direta, provocando mudanças físicas no organismo como o estresse. Aumentar o repertório de coping, isto é, aumentar habilidades de enfrentar e manejar o estresse poderia ser colocado como comportamentos de proteção à saúde. A segunda forma de influencia está ligada a mediação cognitiva, uma vez que comportamentos e reações frente à possibilidade de adoecimento, assim como, a interpretação dos sintomas vão mediar a tomada de decisão e comportamentos promocionais de saúde como a adesão ao tratamento (Kwee, 1999).

Crenças em saúde

Apesar das inúmeras variáveis psicológicas apontadas como fatores importantes para entendimento do processo saúde-doença, como aspectos relacionados a personalidade do indivíduo até aspectos de suporte social (Barletta, 2003; Ribeiro, 2007), as crenças em saúde tem sido enfatizadas quanto a possibilidade de modulação do comportamento em muitos estudos (Ramos, 2003).

Uma pesquisa feita por Leventhal e cols (1985 citado por Ogden, 2004) apontou seis fatores como preditores da maior possibilidade de emissão dos comportamentos de saúde por parte dos indivíduos: (a) fatores sociais, como aprendizagem, reforço, modelagem e normas sociais; (b) genética; (c) fatores emocionais como ansiedade, estresse, tensão e medo; (d) sintomas percebidos, como dor, fadiga e falta de ar; (e) crenças do doente e (f) crenças dos profissionais de saúde. Neste sentido, variáveis como autoeficácia, locus de controle, otimismo irrealista e fases da mudança do comportamento estão diretamente relacionadas às crenças em saúde.

A autoeficácia é um conceito da aprendizagem social desenvolvido por Bandura, um renomado psicólogo canadense, pesquisador da Universidade de Standford e ex-presidente da APA (APA, 2010). Esta é uma variável cognitiva que tem função motivacional, uma vez que assume que os processos psicológicos criam e fortalecem as expectativas de eficácia pessoal. Assim, o indivíduo acredita que consegue realizar um comportamento com certa presteza que produz um resultado positivo (Ribeiro, 2007). Desta forma, a relação da pessoa com seu ambiente extrapola o saber o que fazer, ela “envolve uma capacidade generativa na qual habilidades comportamentais, sociais e cognitivas devem ser organizadas em cursos de ação integrados para servir a inúmeros propósitos” (Silva, 2004, p. 132).

Isto implica em dizer que este constructo está vinculado ao julgamento pessoal sobre a capacidade em usar uma habilidade nas diferentes situações de forma adequada. Nesse sentido, a autoeficácia percebida é definida por Bandura (1977) como a crença do próprio indivíduo na possibilidade dele executar um comportamento específico ou uma tarefa futura. A literatura tem apontado as pessoas com baixo senso de autoeficácia tendem a apresentar mais dificuldades emocionais como depressão, ansiedade e baixa autoestima. O contrário maximiza o senso de competência, interferindo na motivação, na escolha de tarefas mais desafiadoras, na persistência e, conseqüentemente, no desempenho. No campo da saúde, a autoeficácia facilita a percepção de capacidade de lidar com o estresse, com o medo do adoecimento, com o manejo da dor e aumenta a

probabilidade do comportamento de resiliência (Bandura, 2008; Mendonça, 2005; Stallard, 2007; Silva, 2004).

O *locus de controle da saúde* também é um conceito da teoria da aprendizagem social e está associado à percepção ou tendência que cada indivíduo tem para considerar os acontecimentos controláveis por eles ou não. Assim os indivíduos que encaram o seu estado de saúde como controláveis por eles mesmos tem um alto *locus de controle interno*. Esta percepção está associada a receber reforços contingentes ao comportamento de saúde. Quando a percepção de que o reforço ocorre independente do comportamento de saúde emitido pelo indivíduo, considera-se um alto *locus de controle externo*. Neste caso o indivíduo associa os acontecimentos de saúde a eventos não controláveis por ele, como destino e sorte. O *locus de controle* está associado com a maior possibilidade de o indivíduo mudar seu comportamento e com o tipo de comunicação de saúde dos profissionais de saúde (Dela Coleta, 2004a; Ogden, 2004; Ribeiro, 2007).

Algumas pesquisas têm apontado que um dos fatores que contribui para os indivíduos continuarem a emitir comportamentos patogênicos é a percepção distorcida de risco e susceptibilidade, apontando um otimismo irrealista de que ele tem menos probabilidade de ser acometido de um problema de saúde que outros. De acordo com Ogden (2004), em 1987 Weinstein apontou quatro fatores cognitivos que levam ao otimismo irrealista: “1) a falta de experiência pessoal do problema, 2) a crença de que o problema é facilmente prevenido pela ação individual, 3) a crença de que, se o problema ainda não apareceu, não irá aparecer no futuro e, 4) a crença de que o problema é pouco frequente” (p.36). As explicações para esse fenômeno psicológico passam pela atenção seletiva e egocentrismo, como desvalorizar comportamentos promocionais de saúde dos outros.

Modelos de Cognição Social

Os diferentes aspectos supracitados foram integrados em diversos modelos estruturados de crenças e comportamentos de saúde também conhecidos como modelos de cognição social. Este termo passou a ser amplamente aceito no final dos anos 60 e início dos anos 70, mas apenas nos anos 90 os modelos de cognição social passaram a ser utilizados para facilitar o entendimento e a previsão dos comportamentos de saúde. Na literatura existem várias definições para este termo, mas o princípio central dos modelos de cognição social aponta que os comportamentos sociais poderão ser compreendidos em função das crenças, percepções e representações dos comportamentos inseridos em um contexto social (Rutter & Quine, 2002). Segundo Jönsson (2010) e Bandura (2008) programas de educação para a saúde e de intervenção têm melhores resultados se baseados nos modelos de cognição social.

Um dos modelos mais antigos ligado à percepção sobre o processo saúde-doença e comportamentos promocionais é o Modelo de Crenças em Saúde, construído por Rosenstock em 1966. Este modelo tenta explicar a ação preventiva com objetivo de prever a opção das pessoas em emitir ações saudáveis e é composto por quatro dimensões: (a) susceptibilidade percebida, que se refere à percepção de risco de contrair uma doença, (b) severidade percebida, que é a avaliação da gravidade da doença, (c) benefícios percebidos, que se refere à crença na efetividade da ação e suas consequências positivas e (d) barreiras percebidas, avaliação negativa do custo-

benefício em se colocar a ação de saúde em prática (Dela Coleta, 2004b; Nejad, Wertheim & Greenwood, 2005; Ogden, 2004).

Neste modelo as duas primeiras dimensões (a, b) são mediadas por variáveis demográficas (idade, sexo, etc), variáveis psicossociais (personalidade, classe social, etc) e variáveis estruturais (contato anterior e conhecimento sobre a doença) e estímulos para ação (campanhas educativas, recomendações médicas e sociais, etc). A relação dessas variáveis com o potencial da ação (dimensões a e b) vai resultar na ameaça percebida na doença. Somada a percepção de benefícios ou barreira na ação, vai mediar o processo de tomada de decisão, aumentando ou diminuindo a probabilidade de praticar uma ação (Dela Coleta, 2004b; Ogden, 2004). Neste sentido, este modelo propõe dois principais tipos de crenças: as que estão relacionadas com a prontidão para agir e as que estão relacionadas à alteração de fatores que inibem ou facilitem a ação (Nejad, Wertheim & Greenwood, 2005).

O modelo explicitado acima tem uma semelhança significativa como o Modelo de Promoção de Saúde, sendo que ambos buscam explicar comportamentos de proteção da saúde. Ainda assim, a primeira grande diferença é que um está voltado para o comportamento preventivo e o segundo para o comportamento promocional. A segunda grande diferença é que o primeiro modelo enfoca a ameaça percebida como aspecto fundamental para a mudança enquanto o segundo aponta a interação entre conhecimento, sentimento, ação e eventos ambientais como determinantes (Ogden, 2004; Paine & Dorea, 2004; Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Outro modelo muito enfatizado na literatura é o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento foi descrito por Prochaska e DiClemente em 1982 e propõe cinco fases para mudança de comportamento, sendo estas: (a) o da precontemplação, na qual não existe a pretensão de fazer qualquer mudança, pelo contrário, há uma resistência na mudança, (b) a fase da contemplação, na qual a pessoa começa a considerar a possibilidade de mudança, mesmo que ainda haja alguma resistência para tanto, (c) a preparação, fase em que a decisão para a mudança já foi tomada, porém ainda não se tem estratégias para colocá-la em prática, (d) a ação, fase na qual as estratégias para mudança estão sendo colocadas em prática e, por último (e) a manutenção, período na qual a mudança já foi efetivada e cabe a pessoa sustentar essas modificações ao longo do tempo (Mendonça, 2005; Ogden, 2004; Stallard, 2007; Szupszynski & Oliveira, 2008; Toral & Slater, 2007).

Como a mudança de comportamentos é dinâmica, essas fases não são lineares, podendo se mesclar ao longo do processo. Em alguns momentos o indivíduo pode se encontrar na terceira fase e voltar para a segunda antes de seguir para a quarta fase. Ou mesmo quando já está na fase da manutenção e tem uma recaída para a segunda fase ao longo do tempo. As dificuldades emocionais e situacionais podem dificultar a mudança de comportamento e o balanço decisório. Por balanço decisório entende-se a avaliação de vantagens e desvantagens que a pessoa faz para si mesma durante todo o processo para continuar a mudança. A depender do senso de autoeficácia da pessoa, isto é, caso a pessoa perceba que não é capaz de lidar com as resultantes da mudança ou mesmo perpassar as barreiras para chegar a mudança, a probabilidade de alcançar a quinta fase é pequena (Mendonça, 2005; Stallard, 2007).

Considerações finais

Após a concretização da mediação de variáveis psicológicas no processo saúde-doença, seja facilitando ou prejudicando o desenvolvimento da saúde, a psicologia se efetivou como uma disciplina necessária neste contexto.

Uma tendência atual na psicologia da saúde é o uso de modelos e variáveis cognitivas que possibilitem a explicação da emissão ou não de comportamentos de saúde. Essa forma de pensar aproxima ainda mais os conceitos de psicologia da saúde e medicina comportamental, uma vez que ambos utilizam acabam utilizando o mesmo referencial teórico. Além disto, ambos os termos compartilham outras características comuns, como o enfoque biopsicossocial, a relação entre saúde e comportamento, e a importância do trabalho interdisciplinar na atuação do psicólogo no ambiente médico.

Outra configuração importante que é ressaltada com os modelos de comportamentos e crenças em saúde é a possibilidade de sustentar a ação psicológica com a sistematização do conhecimento científico. Uma vez que a pesquisa e intervenção andam de mãos dadas na prática do psicólogo no ambiente da saúde, o conhecimento de variáveis cognitivas e comportamentais assim como dos modelos explicativos do comportamento promocional aumentam a gama de atuação eficiente e a possibilidade da pesquisa empírica.

Referências Bibliográficas

Amaral, V. L. R. (2001). Análise contingencial como modelo de intervenção breve em psicologia da saúde. In: Marinho, M. L. & Caballo, V. E. (orgs.) *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: ed. UEL; Granada; APICSA, 279-293.

American Psychological Association, APA (2010). www.apa.org/about/index.aspx

Arnal, R.B. (1997). *Introducción a la psicología de la salud: aspectos conceptuales*. Valencia: Promolibro.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. Acessado em: 18 de outubro de 2010. Disponível em: <http://www.des.emory.edu/mfp/BanduraPubs.html>

Bandura, A. (2008). An agentic perspective on positive psychology. In: Lopez, S. J. (Org.). *Positive psychology: Exploring the best in people*, vol. 1, pp. 167-196. Westport, CT: Greenwood Publishing Company. Acessado em: 18 de outubro de 2010. Disponível em: <http://www.des.emory.edu/mfp/BanduraPubs.html>

Barletta, J. B. (2003). *Treinando respostas de adesão ao tratamento em portadores de AIDS hospitalizados: um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasil.

Barletta, J. B. (2008a). Psicologia da Saúde e Medicina Comportamental: foco na atuação profissional. *Cadernos de Psicologia da UFS*, X(5), 19-37.

Barletta, J. B. (2008b). O psicólogo e questões éticas no contexto hospitalar. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde [on line]*, 4(7), 5-13,

- 2008b. Disponível em: <http://br.geocities.com/revistavirtualpsicopio/> Acessado em 15 de fevereiro de 2009.
- Baum & Posluszny (1999). Health Psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163. Disponível em: <http://www.bellhowell.infolearning.com/pqdauto> Acessado em: 28 de fevereiro de 2002.
- Braga, T. M. S. & Kerbauy, R. R. (1999). Maneiras de estudar comportamento e saúde em pesquisa e aplicação. In: Kerbauy, R. R. (Org.), *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. Santo André, SP: ARBytes, 135-148.
- Campos, O. (1983). Resumo de livros. *Revista de Saúde Pública*, 17, 57-62. Acessado em 21 de outubro de 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v17n1/09.pdf
- Dela Coleta, M. F. (2004a) Locus de Controle e Saúde. In: Dela Coleta, M. F (org.) *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde: teorias, estudos, instrumentos*. Taubaté, SP: Cabral Editora, 199-238.
- Dela Coleta, M. F. (2004b). Modelo de Crenças em Saúde. In: Dela Coleta, M. F.(org.) *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde: teorias, estudos, instrumentos*. Taubaté, SP: Cabral Editora, 27-62.
- Esperança J. L. S. (2005). *Atividade física, comportamentos de saúde e satisfação com a vida*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Portugal.
- Godoy, J. F. (1999). Medicina comportamental. In: Caballo, V. E. (Org.) *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Santos Livraria Editora, 765-782.
- Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. In: Marinho, M. L. & Caballo, V. E. (Orgs.), *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: ed. UEL; Granada: APICSA, 263-278.
- Gorayeb, R. & Guerrelhas, F. (2003) Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5 (1), 11-19.
- Guimarães, S. S. (1999). Psicologia da saúde e doenças crônicas. Em: Kerbauy, R. R. (Org.), *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. Santo André, SP: ARBytes, 22-45.
- Jönsson, B. (2010). *Behavioural Medicine perspectives for change and prediction of oral hygiene behaviour: development and evaluation of an individually tailored oral health education program*. Doctoral Dissertation, Faculty of Medicine, Uppsala University, Swiss.
- Keiralla, D. M. B. & Pinto, E. A. L. C. (1999). Medicina comportamental para crianças

- e adolescentes com constipação intestinal crônica. In: Kerbauy, R. R. (Org.), *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. Santo André, SP: ARBytes, 84- 98, 1999.
- Kerbauy, R. R. (1995). Medicina Comportamental. In: Rangé, B. (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*. Campinas, SP: Editorial Psy, 209-219.
- Kerbauy, R. R. (2001). As emoções na prevenção de doenças e na manutenção do tratamento. In: Marinho, M. L. & Caballo, V. E. (Orgs.), *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: ed. UEL; Granada; APICSA, 327-334.
- Kerbauy, R. R. (2002). Comportamento e Saúde: doenças e desafios. *Psicologia USP*, 13 (1), 11-28.
- Kwee, M. G. (1999). Questões sobre a terapia multimodal. In: Caballo, V.E. (Org.) *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo, SP: Santos Livraria Editora, 629-661.
- Knight, S. J. & Camic, P. M. (2000). Health psychology and medicine: the art and science of healing. In: *Clinical Handbook of Health Psychology*. Kirkland, WA: Hogrefe & Huber Publishers, 3-15.
- Lima, M. A. R. G. (2008). *Representações e comportamentos no domínio da saúde*. Dissertação de mestrado, Universidade Aberta de Lisboa, Portugal.
- Lutgendorf, S.; Antoni, M. H.; Schneiderman, N.; Ironson, G. & Fletcher, M. A. (1995). Psychosocial Interventions and Quality of Life Changes Across the HIV Spectrum. In: Dimsdale & Baum (Orgs.) *Quality of Life in Behavioral Medicine Research*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 205-239.
- Mendonça, L. T. Promoção de saúde, psicologia da saúde e a inserção do psicólogo neste diálogo. In: Ismael, S. M. C. (org.) *Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- Nejad, L. M.; Wertheim, E. H. & Greenwood, K. M. (2005). Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour in the prediction of dieting and fasting behaviour. *E-Journal of Applied Psychology: Social Section*, 1(1), 63-74.
- Neves Neto, A. R.(2004). Medicina Comportamental. In: Brandão, M. Z. S. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: Esetec, v. 14, p. 179-189.
- Ogden, J. (2004) *Psicologia da Saúde*. 2ª edição. Lisboa: CLIMEPSI, 2004.
- Paine, P. & Dorea, J. G. (2004) Modelo de Promoção da Saúde. In: Dela Coleta, M. F. (org.) *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde: teorias, estudos, instrumentos*. Taubaté, SP: Cabral Editora, 169-198.

- Ramos, R. T.(2003). Processos cognitivos básicos relevantes para a psicologia da Saúde. In: Oliveira, V. B. & Yamamoto, K. (orgs.) *Psicologia da Saúde: Temas de reflexão e prática*. São Paulo: UMESP, 89-102.
- Ribeiro, J. L P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. 2ª. edição. Lisboa: Editora Quarteto.
- Rutter, D. & Quine, L. (2002). Social cognition models and changing health behaviours. In: Rutter, D & Quine, L. (orgs.) *Changing health behavior intervention and research with social cognition models*. Great Britain: Biddles Limited, Guildford and King's Lynn. Disponível em: www.openup.co.uk Acessado em: 18 de outubro de 2010.
- Silva, A. M. M. (2004) Teoria da auto-eficácia. In: Dela Coleta, M. F. (org.) *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde: teorias, estudos, instrumentos*. Taubaté, SP: Cabral Editora, 131-168.
- Silva-Junior, A. G. (1998) *Modelos Tecnoassistenciais em saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo, Ed.Hucitec.
- Stallard, P. (2007). *Guia do terapeuta para os bons pensamentos-bons sentimentos: utilizando a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Szupszynski, K. P. D. R. & Oliveira, M. S. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento de dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (1), 162-173.
- Taylor, E. (2000). Mind-body medicine and alternative therapies at Harvard: is this the reintroduction of psychology into general medical practice? *Alternatives Therapies in Health and Medicine*, 6 (6), 32-34. Disponível em: <http://www.bellhowell.infolearning.com/pqdauto>. Acesso em 02 de março de 2002.
- Toral, N. & Slater, B. (2007). Abordagem do Modelo Transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1641-1650.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 49-56.
- Victor, J. F.; Lopes, M. V. O. & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção de saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul de Enfermagem*, 18(3), 235-240. Acessado em: 21 de outubro de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

Endereço para constar na publicação:

Rua Homero de Oliveira, 325 Edf. Porto Fino, 1203.

Treze de Julho. Aracaju/SE. CEP: 49.020-190.
E-mail: jbar@terra.com.br

Recebido em 19/06/2010.
Aceito para publicação em 13/10/2010.