

ARTIGOS

Aplicabilidade Teórico-Prática da Terapia Cognitivo Comportamental na Psicologia Hospitalar

Theoretical Practice Applicability of Cognitive Behavior Therapy in Hospital Psychology

Fernanda Martins Pereira ¹; Maria Amélia Penido ²

1-Doutoranda em Psicologia pela UFRJ, Mestre em Ciências pela Fiocruz e Especialista em Psicologia Hospitalar pelo CFP

2-Doutora e Mestre em Psicologia pela UFRJ e Professora da Universidade Veiga de Almeida

Correspondência

Avenida Rio Branco 277 sala 1603 Centro Rio de Janeiro- RJ CEP: 20040-009 Tel: (21) 2210-2899 fmartinspereira@gmail.com ou map@psicoclinicacognitiva.com.br

RESUMO

Um dos objetivos da Psicologia da Saúde é conhecer e compreender os fatores que influenciam os comportamentos das pessoas em relação à saúde e a enfermidade para, a partir daí, desenvolver estratégias adequadas de intervenção. Com tal propósito, a terapia cognitivo-comportamental utiliza uma variedade de estratégias. Um número cada vez maior de estudos tem investigado a aplicação de conhecimentos psicológicos a problemas relacionados à saúde dos indivíduos. A teoria cognitivo-comportamental vem mostrando sua aplicabilidade nesse campo, através de pesquisas que analisam a influência dos processos cognitivos nos comportamentos de saúde e doença dos sujeitos. Algumas técnicas cognitivo-comportamentais que são utilizadas no consultório podem ser aplicadas para a compreensão e manejo de problemas de saúde, como o exercício de formulação de casos, dessensibilização sistemática, relaxamento muscular, respiração diafragmática, distração cognitiva e treinamento em habilidades sociais. O objetivo desse artigo é apresentar e discutir a aplicabilidade da teoria cognitivo-comportamental na compreensão do processo saúde-doença, especialmente no contexto hospitalar. Para isto, serão apresentadas algumas técnicas e pesquisas descritas na literatura científica, assim como casos clínicos para ilustrar possíveis aplicações práticas. É importante que o psicólogo tenha um amplo domínio dos aspectos teóricos da terapia cognitivo-comportamental para que consiga entender quando e como aplicar as técnicas, tornando esse tema relevante para a prática dos psicólogos.

Palavras-chave: terapia cognitivo comportamental, psicologia da saúde, psicologia hospitalar

Abstract:

Health psychology has as one of its objectives the knowledge and understanding of variables that influence people's health and illness behavior to, from this point, develop appropriate interventions. Cognitive behavior therapy, with that same interest, uses a range of strategies. A number of growing studies are investigating the applicability of psychological knowledge to health problems. Cognitive behavior theory is showing improved applicability to this field through researches that investigate cognitive processing in health and illness. Some clinical cognitive behavior interventions can be used for coping and understanding health problems, as case formulation, systematic desensitization, progressive muscular relaxation, diaphragmatic breathing, cognitive distraction and social skills training. The objective of this article is to present and

discuss cognitive behavior therapy applicability to the understanding of the health and illness process, especially in the hospital context. With this purpose some techniques and studies found in the current scientific literature and clinical cases are presented to illustrate practice applicability. It is important that psychologists have knowledge of the cognitive behavior theory for proper understanding and use of the techniques.

Keywords: cognitive behavior therapy, health psychology, hospital psychology

INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde é uma área que utiliza conhecimentos da ciência psicológica para obter uma melhor compreensão do processo saúde-doença e aumentar a eficácia das ações de saúde (Straub, 2005). Os psicólogos da saúde estão preocupados com a investigação de ações que objetivam desde a promoção e prevenção da saúde até o tratamento e reabilitação de doenças. O comportamento de saúde / doença deve ser visto como algo complexo e dinâmico. Diferentes variáveis (biológicas, psicológicas, culturais, sociais e econômicas) estão em constante interação, podendo influenciar todo o processo de saúde do indivíduo, desde sua tomada de decisão em relação à adesão a determinado tipo de tratamento até a real eficácia deste.

Embora o termo *Psicologia da Saúde* seja utilizado internacionalmente, Castro & Bornholdt (2004) ressaltam que no Brasil é muito comum o uso do termo *Psicologia Hospitalar*. Na verdade, trata-se de dois campos complementares: o primeiro refere-se à aplicação da psicologia no nível primário, secundário e terciário e o segundo envolve prioritariamente intervenções secundárias e terciárias¹.

A atuação dos psicólogos nos hospitais gerais brasileiros é um fato historicamente recente. Há registros de que os primeiros psicólogos ingressaram nos hospitais de forma lenta e gradual, a partir da década de 50 (Lamosa, 1987). Eram

contratados, inicialmente, para a aplicação de testes psicológicos para a realização de psicodiagnósticos ou ainda para a área de recrutamento e seleção. Progressivamente, os psicólogos foram se aproximando da área clínica, sendo chamados para trabalhar com o que veio a ser um dos objetivos principais desse campo de conhecimento: o suporte aos pacientes, suas famílias e às equipes de saúde.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2007), Psicologia Hospitalar é uma especialidade que, dentre outras funções, oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento.

Sua principal tarefa (é) a avaliação e o acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente e do paciente, paciente/família e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. (Conselho Federal de Psicologia, 2007, p. 21)

A definição do Conselho Federal de Psicologia não exclui ações de promoção à saúde. No entanto, o que ocorre na prática é que os psicólogos hospitalares no Brasil estão envolvidos basicamente em ações secundárias, ou seja, oferecendo suporte aos familiares, pacientes ou equipes de saúde. Isso acontece porque as ações dos hospitais concentram-se basicamente nas intervenções curativas, o que pode ser explicado pela história da saúde pública do país. No Brasil, as políticas de saúde estão centradas no modelo clínico/assistencialista desde a década de 40, priorizando ações curativas e deixando, em segundo plano, ações ligadas à saúde coletiva. Dentro desse modelo, o hospital assumiu fundamental importância, pois passou a ser o símbolo das ações de saúde (Sebastiani, 1999).

Ainda que o número de psicólogos que trabalham nos hospitais brasileiros venha crescendo a cada ano, parece que nem sempre estes profissionais estão aptos a trabalhar nesse campo (Pereira, 2003). Muitos destes, motivados mais pelo emprego do que pelo campo de conhecimento, ingressam no hospital sem saber ao certo quais são suas verdadeiras funções. De acordo com Chiattonne (2000), a mera transposição do método de atendimento no consultório para o âmbito hospitalar pode ser desastrosa, uma vez que a especificidade de cada um desses contextos delimita objetivos e metodologias diferentes de atuação do psicólogo.

Uma das diferenças é em relação ao *setting* terapêutico. Em geral, os serviços podem estar referenciados a enfermarias, ambulatórios e centros cirúrgicos. Cada um desses espaços oferecerá ao psicólogo um contexto de atuação totalmente diferente em relação ao tipo de demanda, objetivos e forma de trabalhar em equipe.

Outro fator que delimita o atendimento hospitalar é o tempo. Este, no hospital, refere-se ao aqui-agora, ao urgente. É necessário não deixar questões em aberto, não explorar aspectos passados que mobilizem questões que, embora possam ser importantes para o sujeito, dificilmente poderão ser trabalhadas com qualidade suficiente durante um curto período de internação. É necessário privilegiar atendimentos objetivos, que explorem questões relativas ao adoecimento e à hospitalização.

A atuação em hospitais não está vinculada a nenhuma teoria específica da psicologia. Podem atuar nesse espaço profissionais das mais diferentes abordagens, como gestalt-terapeutas, lacanianos, freudianos, comportamentais, entre outros. Nesse sentido, o hospital caracteriza-se como um rico campo de pesquisa e atuação psicológica, independente do referencial teórico utilizado. No entanto, as características que o próprio contexto hospitalar impõe, já anteriormente citadas,

parecem privilegiar ações mais objetivas e diretivas, como as intervenções cognitivo-comportamentais.

Existem vários estudos que investigam a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) individual e em grupo em relação a problemas de saúde. Pesquisas investigam a TCC no tratamento de várias doenças como na síndrome do cólon irritável (Taylor, Read & Hills 2004; Tkachuk, Graff, Martin & Bernstein, 2003); doença obstrutiva pulmonar crônica (Livermore, 2008; Cully, Graham, Stanley & Kunik, 2007); câncer (Antoni et al., 2006); doença de Parkinson (Macht, Pasqualini & Taba, 2007); fadiga crônica (Saxty & Hansen 2005; Wittkowski, 2004) e artrite reumatóide (Sharpe, Sensky, Timberlake, Allard & Brewin, 2001), para citar alguns exemplos.

O objetivo desse artigo é apresentar e discutir a aplicabilidade da teoria cognitivo-comportamental na compreensão do processo saúde-doença, especialmente no contexto hospitalar. Para isto, serão apresentadas algumas técnicas e pesquisas descritas na literatura científica, assim como casos clínicos para ilustrar possíveis aplicações práticas.

O Modelo Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitiva, criada por Aaron Beck na década de 60, consiste em uma abordagem diretiva, objetiva, focada no aqui-agora, de tempo limitado e baseada no método científico (Beck, Rush, Shaw & Gary, 1997). Adota o modelo biopsicossocial e considera a influência de fatores psicológicos, ambientais, biológicos e sociais como fundamentais para o entendimento do comportamento humano. De acordo com a Terapia Cognitiva, os transtornos psicológicos decorrem de um modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos, influenciando o afeto e o comportamento. No entanto, é relevante ressaltar que isso não significa que os pensamentos causam os

problemas emocionais, mas sim que modulam e mantêm as emoções disfuncionais, independente de suas origens (Falcone, 2001). A maneira como um indivíduo interpreta situações específicas (e não as situações em si) influencia seus sentimentos, motivações e ações. Portanto, o foco do modelo cognitivo está na interação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos. O objetivo fundamental desta terapia é a mudança do comportamento do indivíduo através da modificação de seus pensamentos.

Os estudos e pesquisas no campo da psicologia da saúde e da psicologia hospitalar vão ao encontro dessa proposta. A aplicação dessa abordagem na psicologia da saúde é recente e tem crescido nas últimas décadas, principalmente no que se refere ao reconhecimento da importância das crenças dos pacientes em relação ao processo saúde/doença.

A maneira como os indivíduos reagem aos sintomas também é bastante influenciada por suas percepções de saúde e doença, chamadas de representações da doença (ou esquemas). As representações da doença influenciam a saúde de várias maneiras, seja influenciando os comportamentos preventivos das pessoas, seja afetando a maneira como elas reagem ao surgimento de sintomas. (Straub, 2005, p. 430)

Pacientes com problemas médicos muitas vezes se vêem buscando um delicado equilíbrio entre manter e abrir mão do controle de suas vidas, principalmente em situações onde passam a precisar da ajuda dos outros, como nos casos de internação. Na hospitalização ocorre um processo de despersonalização, em que a pessoa perde o controle de muitos aspectos de sua vida. A maneira como um paciente se adapta a uma experiência de hospitalização depende de muitos fatores, como a natureza do problema de saúde, a idade, presença de apoio emocional, estilo cognitivo e estratégias de enfrentamento (*coping*). O psicólogo pode atuar facilitando essa

experiência, e muitos aspectos da terapia cognitiva são favoráveis a esse propósito. Podem ser listadas, pelo menos, cinco vantagens: (1) o fato de ser uma abordagem diretiva, estruturada e focada no aqui-agora, faz com que se torne adequada ao *setting* hospitalar; (2) a atitude empática, adotada como um de seus elementos fundamentais, favorece o suporte emocional ao paciente; (3) a adoção de uma linguagem clara e objetiva e a técnica da psicoeducação auxiliam a diminuir a ansiedade e a melhorar a comunicação entre paciente, equipe e família; (4) o uso de técnicas específicas para manejo da dor, ansiedade e depressão, ajuda a preparação do paciente para o pré e pós-operatório; e (5) a identificação e correção de crenças disfuncionais do indivíduo em relação a sua saúde/doença, que podem prejudicar sua recuperação contribui para uma boa adesão ao tratamento. Enfim, existem vários procedimentos adotados pela TCC que podem contribuir para a diminuição do sofrimento inerente a uma internação hospitalar. Serão vistos, a seguir, a aplicação de alguns desses recursos de forma mais detalhada.

Técnicas Cognitivo-Comportamentais Aplicadas à Psicologia da Saúde

Um dos objetivos da Psicologia da Saúde é conhecer e compreender os fatores que influenciam os comportamentos das pessoas em relação à saúde e a enfermidade para, a partir daí, desenvolver estratégias adequadas de intervenção. Com tal propósito, a TCC utiliza uma variedade de estratégias.

Vale ressaltar que o papel das técnicas em terapia não é reduzir o ser humano a uma concepção de realidade, e sim instrumentar o processo terapêutico. Cabe ao terapeuta selecionar de forma adequada o uso das intervenções, exigindo-se para isso uma postura cautelosa. As escolhas dos procedimentos na abordagem cognitivo-comportamental não são de simples manejo, como aparentam em um primeiro momento. São bem fundamentadas pela abordagem e exigem conhecimento dos princípios da terapia para sua utilização.

Uma terapia é a mistura da ciência e da arte, o terapeuta assume um papel duplo: o de cientista e o de artista. Considera-se então, que as técnicas são possíveis caminhos de transição nessa tarefa dupla do terapeuta. (Jasnów, 1978 citado por Silva, 2004)

As variáveis cognitivas podem agir no sentido de promover a modificação de comportamentos, estimulando a adoção de padrões de enfrentamento mais adaptativos, tanto por parte dos pacientes como dos profissionais envolvidos. Isso significa dizer que a forma como o paciente interpreta sua doença, sintomas, tratamento e prognóstico irá influenciar seus sentimentos e sua reação comportamental. Essas interpretações poderão facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento, tanto na enfermaria como no ambulatório. Portanto, um dos primeiros objetivos do psicólogo cognitivo-comportamental no hospital é identificar as interpretações do paciente acerca de seu processo saúde-doença para iniciar um trabalho de reestruturação de pensamentos disfuncionais, adotando interpretações que tenham base em evidências existentes na realidade ao invés da consideração de premissas irracionais.

1. Conceituação e Formulação de Problemas Médicos em TCC

Uma formulação delinea como um problema, queixa ou sintoma surgiu, como se manifesta e o que o mantém. É o elo entre teoria e prática, onde uma explicação é formada, a partir da integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais que norteiam a intervenção. Essa explicação é sempre considerada como uma hipótese, podendo ser reformulada em função de elementos novos ou mal compreendidos. Toda formulação deve ser devolvida e discutida com o paciente, de forma que ambos, terapeuta e paciente, possam entender o que está acontecendo. A formulação ajuda o paciente a sentir maior controle, aumentando sua auto-eficácia e diminuir sua ansiedade. Além disso, forma uma aliança colaborativa com o terapeuta, que incentiva uma postura

ativa para a resolução ou melhoria do quadro. Através da formulação, também fica mais claro para o paciente a relação entre pensamento - sentimento - comportamento e como esses fatores podem influenciar no problema médico e vice-versa.

De acordo com White (2000) podemos fazer uma diferenciação entre dois níveis de formulação: um nível de formulação de caso e um nível de formulação de problema. No nível da formulação de problemas ocorre a aplicação dos princípios da teoria cognitiva para a compreensão dos fatores que contribuíram para a ocorrência, severidade e natureza de um problema específico, por exemplo, um paciente se queixando de dor lombar crônica pode ter uma conceituação do problema, identificando pensamentos, sentimentos e comportamentos envolvidos nessa queixa específica. A intervenção é delimitada à queixa apresentada naquele momento. Essa intervenção é muito útil em situações ambulatoriais em que a intervenção do psicólogo no hospital precisa ser focal. Algumas perguntas podem ser úteis nesse nível de intervenção, como descritas na figura 1.

O nível de formulação de caso é uma intervenção mais profunda e abrangente que busca integrar todos os aspectos possíveis da vida do paciente, incluindo informações sobre experiências prévias com doença, informações sobre crenças pessoais e acerca do problema médico.

Figura 1. Perguntas úteis para formulação de problemas (White, 2000)

Quais pensamentos, comportamentos ou fatos fazem esse problema piorar ou melhorar?
Qual o ponto central que está influenciando as mudanças na intensidade dos sintomas?
O que precisaria mudar para que os pensamentos, comportamentos e sentimentos causassem menos problema?
O que faz disso um problema para o paciente?

É importante analisar como todas essas variáveis interferem na vida da pessoa naquele momento, como influenciam seus comportamentos e sentimentos. Nesse nível, monta-se uma folha de conceituação cognitiva do caso, essa conceituação resumindo os aspectos mais importantes ativados no problema médico atual, relacionando o modo de funcionar antes e após a doença. Essa conceituação inclui os aspectos do modelo cognitivo descrito por Beck et al. (1997), como situações, sentimentos, pensamentos automáticos, comportamentos recorrentes. Com base no significado desses pensamentos automáticos e os dados relevantes da história de vida chega-se à hipótese de uma crença central, das suposições condicionais usadas para lidar com essa crença (uma positiva e outra negativa) e as estratégias comportamentais que a pessoa utiliza para lidar com a crença sem a doença, no início da doença e atualmente. Algumas perguntas são úteis nesse nível, como mostra a figura 2.

Figura2. Perguntas úteis para a formulação de caso (White, 2000)

Porque esse problema específico aconteceu com essa pessoa nesse momento de sua vida?

Quais componentes estão interligados ao problema?

Quais eventos da vida dessa pessoa são mais importantes para entender o que está acontecendo agora?

Existem momentos ou existiram momentos em que isso não foi um problema para esse paciente? Por quê?

Existem elementos cognitivos, comportamentais ou emocionais que explicam o problema?

Quais os eventos mais importantes que influenciam as crenças dessa pessoa sobre seu problema médico?

Quais são as crenças dessa pessoa quanto a seu problema, o tratamento, os médicos e outros profissionais envolvidos que podem estar influenciando em seu enfrentamento?

Como o passado dessa pessoa pode estar relacionado a maneira como ela está lidando com o problema médico?

Essa pessoa desenvolveu estratégias para lidar com esse problema médico? Quais? São efetivas? E como se relacionam com o curso da doença e com sua história de vida?

Abaixo segue o exemplo de um caso e sua formulação nos dois níveis, formulação ao nível de caso (figura 3) e formulação ao nível de problema (figura 4).

Exemplo de Caso:

J.A, sexo feminino, tem 45 anos, é casada há 20 anos e tem dois filhos (menino de oito e menina de 10). Seu pai é falecido e sua mãe tem mal de Alzheimer, vivendo atualmente em instituição particular para idosos. Possui um irmão de 35 anos que mora fora do Brasil. Relata sentir-se sobrecarregada com os problemas da mãe, a quem visita todos os dias e exige que os filhos e marido a acompanhem no final de semana. Muitas vezes isso é motivo de briga. Relata que sua infância foi comum embora sentisse ciúmes do irmão. Diz que os pais tinham preferência por ele, tecendo inúmeros elogios e considerando-o "brilhante", opinião compartilhada por J.A. Os pais cobravam que tomasse conta dele, dando um "bom exemplo". Considera que na escola apresentava desempenho "médio", ficando sempre por volta da média oito. Nunca repetiu nem ficou de recuperação. Os seus pais sempre acharam que isso era obrigação e não mérito. A família de J.A era bastante exigente, seu pai cobrava sempre comportamentos considerados bons, como notas altas, dedicação a casa, arrumação e organização. Relata que quando criança, ao se machucar, o pai sempre lhe dizia para engolir o choro pois ela era forte e que não precisava chorar. Sua mãe era mais afetuosa porém jamais enfrentava o pai. Costumava dizer que "mulher deve sempre agradar o marido".

J.A se considera dedicada, formou-se em engenharia química e trabalha em empresa do setor público. Gosta de seu trabalho e considera-se exigente, sempre buscando a perfeição. Sua dedicação ao trabalho é grande, ficando na empresa por volta de 12 horas diárias, muitas vezes se alimentando e dormindo mal. Está acima do peso e faz dietas rápidas, como uma semana de sopa, mas sempre volta a engordar. Não tem tempo para atividade física. Quando chega do trabalho cobra dos filhos

estudo (tarefas de casa do colégio) e prepara o jantar. A família tem o hábito de jantar unida. Seu marido trabalha como engenheiro em outra empresa, também o equivalente a ela em horas. Quando sai do trabalho vai sempre a academia, J.A. relata que ele é vaidoso, faz questão de fazer atividade física e alimentar-se bem. Ela o estimula, só fazendo questão de sempre saber onde ele está. Age assim também com os filhos. Considera sua responsabilidade cuidar da casa e da rotina dos filhos. Por ficar preocupada com o futuro deles, acha importante ser exigente para prepará-los melhor para a vida, considerada por ela como "difícil".

Há 1 ano J.A recebeu o diagnóstico de câncer de mama e fez sua 1ª cirurgia. Relata estar há 2 anos sem tempo de ir ao ginecologista, e quando foi diagnosticada o tumor estava avançado, teve de fazer retirada total do seio e atualmente está fazendo quimioterapia.

Em um primeiro momento sua reação foi otimista ("fui forte"), enfrentou a cirurgia, ia ao médico sozinha e resolvia tudo. Porém, após receber a notícia da necessidade de quimioterapia, J.A passou a ficar irritada, agredindo verbalmente marido, filhos e médicos. Procura se isolar, não conversa sobre o problema com a família e sempre que tocam no assunto ela é agressiva. Não dorme mais no mesmo quarto do marido, sentindo-se aleijada, imperfeita e apresentando os seguintes pensamentos: "ele não pode ver isso, é horrível"; "não preciso dele, nem de ninguém, sempre me virei sozinha e posso continuar assim, eu é que sei da minha vida".

Está recebendo acompanhamento de uma terapeuta quando vai a clinica para receber a quimioterapia. Aceitou conversar com ela somente por achar que "não tem nada para fazer mesmo, tanto faz, meu médico faz questão e para ele não me encher eu aceito". Em uma conversa com a terapeuta J.A. disse sentir raiva da doença, sentiu-se culpada por não ter visto antes ("É culpa minha e vou sofrer sozinha, ninguém pode sofrer por minha estupidez e descuido"; "Como pude ser tão burra!"; "Sou um fracasso

total, me descuidei”; “Não tem mais jeito”; “Essa doença é uma punição porque nunca me esforcei o suficiente na vida”; “Agora tenho mais que sofrer”; “Não posso parar de cuidar da casa e dos filhos e não posso parar de visitar minha mãe... mas me sinto cansada e muitas vezes enjoada para fazer as coisas... isso me arrasa”). Atualmente J.A não segue as recomendações médicas de dieta e repouso, muitas vezes fazendo coisas além do limite físico e prejudicando-se com isso.

No nível de formulação de caso, deve ocorrer a identificação de estruturas mais profundas do modelo cognitivo, as crenças centrais, suposições condicionais e estratégias comportamentais. As interpretações que um indivíduo faz do mundo estruturam-se progressivamente, durante seu desenvolvimento, formando crenças, regras ou esquemas. Estes ajudam a orientar, organizar, selecionar suas novas interpretações, bem como ajudam a estabelecer critérios de avaliação de eficácia ou adequação de sua ação no mundo (Rangé, 2001).

Figura 3. Exemplo de formulação de caso

Situação 1	Situação 2	Situação 3
Aproximação do marido para sexo	Pensando na doença	Não conseguindo visitar a mãe
Pensamentos Automáticos “Ele não pode ver isso, é horrível!”	Pensamentos Automáticos “É culpa minha como pude não me cuidar”	Pensamentos Automáticos “É culpa minha, essa doença é um castigo”
Significado Sou imperfeita	Significado Sou um fracasso	Significado Fracassei
Emoção Tristeza; Vergonha	Emoção Tristeza	Emoção Raiva; Desespero
Comportamento Dormir em outro quarto	Comportamento Se isolar	Comportamento Ir mesmo sem forças
Dados relevantes da infância		Dados da vida atual

Ciúmes do irmão, considerado como "brilhante"	Profissional reconhecida
Dar bom exemplo por ser mais velha	Casamento estável há 20 anos
Pai exigente e cobrador	Dois filhos (8 e 10 anos)
Mãe afetuosa mas submissa ao pai	Mãe doente
Criticada ao expressar sentimentos, p.ex.,chorar pois devia ser "forte"	Diagnóstico de câncer de mama
	Retirada do seio
	Quimioterapia

↓

Crença central
Sou um fracasso

↓

Suposições condicionais
+ "Se me esforçar conseguirei vencer e ter sucesso"
- "Se erro é porque não me esforcei o suficiente e sou um fracasso"

↓

Comportamentos

Sem doença	Início da doença	Atualmente, no hospital
Responsável por tudo da casa e filhos / Cobra comportamentos de excelência deles / Visita a mãe todos os dias	Procura dar conta de tudo que sempre fez, com a mesma eficiência	Comportamento agressivo com família e equipe
Trabalho intenso 12 hs/dia	Se esforça no tratamento indo a médicos sempre sozinha; não pede ajuda	Isolamento
Alimentação ruim e corrida		Insiste em fazer tudo como antes mas muitas vezes não consegue. Ultrapassa seu limite prejudicando sua saúde; não segue recomendação de repouso/dieta
Sedentarismo		
Pouco cuidado com a saúde		

↓

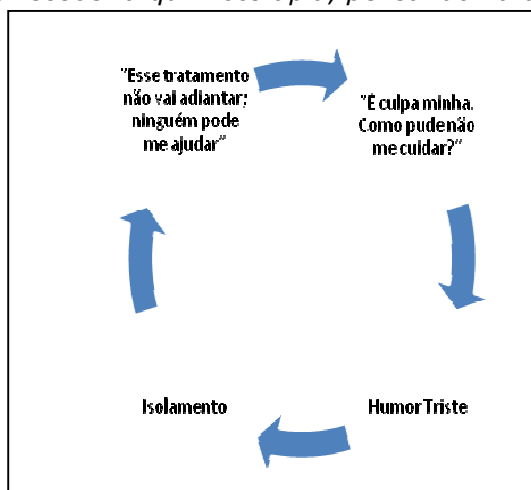
Pensamentos ou regras

Sem doença	Início da doença	Atualmente, no hospital
"Devo trabalhar duro e dar conta de tudo".	"Essa doença não é nada; vou resolver".	"A culpa é minha porque não me esforcei o suficiente".

<p>"Preciso exigir dos meus filhos para que eles sejam fortes e tenham sucesso na vida".</p>	<p>"Demorei para descobrir e agravou. Agora é problema meu e devo resolver sozinha".</p> <p>"Não preciso de ajuda".</p>	<p>"Não tem mais jeito: essa doença é uma punição por não ter me cuidado".</p> <p>"Preciso continuar dando conta de tudo".</p>
--	---	--

Figura 4. Exemplo de formulação de problema

Ao receber a quimioterapia, pensando na doença:



Entre os esquemas de um indivíduo, um ou alguns deles tendem a se estruturar como mais centrais, funcionando como condensador (es) das experiências recorrentes e/ou marcantes da relação com as pessoas significativas de sua formação. Uma crença central funciona como uma matriz das interpretações momentâneas das relações de um indivíduo com o mundo e dispara pensamentos automáticos que vão influenciar sentimentos e comportamentos. As suposições condicionais ajudam o indivíduo a funcionar cognitivamente em resposta à crença central, sendo uma suposição mais positiva e outra mais negativa, modulando sua ação e interpretação dos

acontecimentos. As estratégias comportamentais se referem ao “como”, ou seja, quais comportamentos o indivíduo desenvolve em resposta à crença central. A identificação e modificação dessas estruturas mais complexas é fundamental para uma resposta terapêutica duradoura em terapia cognitiva. Já a abordagem ao nível do problema é focal, objetivando a solução de problemas imediatos.

2. Distorções Cognitivas

Um dos objetivos da terapia cognitivo-comportamental é identificar e modificar distorções do pensamento que possam estar trazendo sofrimento ao indivíduo. As distorções cognitivas, como são chamadas, representam formas de interpretação que, em geral, privilegiam somente parte das informações disponíveis no meio em que a pessoa está inserida. Como não correspondem a uma forma de pensar baseada na análise completa das evidências, podem fazer com que o indivíduo chegue a conclusões falhas, limitando a percepção da situação e disparando sentimentos, reações físicas e comportamentos disfuncionais.

Embora todos os indivíduos possam apresentar distorções cognitivas, elas se apresentam com mais frequência nos transtornos psicológicos. De acordo com Beck et al. (1997) cada transtorno emocional teria uma temática específica. Nos quadros depressivos, o conteúdo dos pensamentos giraria em torno da desvalorização e perda; nos ansiosos estariam presentes interpretações de perigo e ameaça e nas fobias, as preocupações sobre perigos situacionais.

Figura 5. Tipos de distorções cognitivas

Tipo de distorção cognitiva	Definição	Exemplo
Catastrofização	Pensar que irá acontecer a pior possibilidade no futuro, excluindo outros possíveis desfechos.	"Vou ter que amputar minha perna" (após receber o diagnóstico de diabetes)
Pensamento tudo ou nada	Interpretar a situação de forma polarizada, em dois extremos ao invés de um <i>continuum</i> . É como se a pessoa enxergasse "o preto ou o branco", sem considerar escalas de cinza.	"Ou fico bom com esse tratamento ou não terei mais jeito". "Pra que adianta controlar a doença? Ou ela tem cura ou não tem!". "Não adiantou nada eu tentar prevenir, foi uma total perda de tempo".
Adivinhação	Achar que sabe o que irá acontecer no futuro, antecipando situações que talvez não cheguem a ocorrer.	"A cirurgia não dará certo".
Leitura Mental	Tentar adivinhar, e tomar como verdade, o pensamento de outras pessoas sem evidências suficientes.	"Ele não gostou dos meus exames". "O médico me olhou estranho....ele está me escondendo algo sério". "A enfermeira ainda não veio aqui no meu leito. Ela não deve agüentar mais minhas reclamações de dor".
Hipergeneralização	Criar um padrão a partir de um dado específico.	"O resultado do meu exame atrasou. Sempre acontece algum tipo de problema comigo". "Já acordei com dor. Ela nunca vai terminar, vai arruinar toda minha semana". "Tudo o que é doença ruim aparece em mim".
Desqualificação do Positivo	Tendência a não considerar as evidências positivas de uma situação, priorizando, ao invés disso, as negativas.	O médico estou reagindo bem ao tratamento mas tenho certeza de que ele só está falando isso pra não me deixar preocupada. Na verdade, minha situação deve ser mesmo muito grave".
Rotulação	Criar um rótulo inflexível e absoluto ao invés de avaliar a especificidade da situação.	"Estou sempre doente. Sou uma pessoa inútil, as pessoas não podem contar comigo". "Câncer não tem jeito: é sinal de dias contados".
Questionalização ("e se?")	Pensar em atitudes que poderiam ter sido tomadas no passado e culpar-se por isto, como se pudesse ter controle total sobre o futuro.	"Se eu tivesse consultado outro médico talvez tivesse diagnosticado a doença mais cedo"; "Se eu tivesse feito o exame talvez não estivesse tão doente agora"; "Como fui burro! Se eu tivesse ido para um hospital particular eu não teria pego essa infecção".

Existem vários tipos de distorções. Apresentaremos, a seguir, exemplos de pensamentos comuns presentes nos pacientes hospitalares (Figura 5).

3. Treinamento de Habilidades Sociais

O treinamento em habilidades sociais (THS) não pode ser considerado uma técnica e sim um campo de estudo abrangente, porém está colocado aqui de forma resumida por usar diversas técnicas cognitivas e por ter uma contribuição rica na psicologia da saúde.

O campo de estudo das habilidades sociais é um campo recente que vem recebendo cada vez mais atenção, principalmente pela relação existente entre o repertório de habilidades sociais e a saúde, a satisfação pessoal, a realização profissional e a qualidade de vida (Del Prette e Del Prette, 2001).

Um exemplo de aplicação do THS na psicologia da saúde é sua utilização com pacientes com dor crônica. Na literatura científica, muitos estudos têm incluído o treino assertivo e de habilidades de comunicação no tratamento de pacientes com dor crônica (Cowan e Lovasike, 1991; Corbin, Hanson, Hopp e Whitley, 1988; Philips, 1998; Caudill 1998; Winterowd, Beck e Gruener, 2003 e Penido, Rangé e Fortes, 2005).

Os resultados de um estudo sobre habilidades sociais em pacientes com fibromialgia e artrite reumatóide indicaram que, em comparação com um grupo controle sem dor crônica, os grupos com dor apresentaram um repertório de habilidades sociais mais comprometido, e, especificamente o grupo com fibromialgia, apresentou maior dificuldade nas habilidades assertivas dizer não e pedir mudança de comportamento (Penido, 2004).

Um exemplo do Treinamento de Habilidades Sociais com dor crônica é em relação ao tópico responsabilidade, uma forma de lidar com os problemas é

responsabilizar os outros, normalmente isso aparece em frases iniciadas por "você". Em geral, esse tipo de comunicação gera uma resposta defensiva no outro, uma vez que o foco da comunicação está no outro. Afirmativas do tipo: "Você não liga para o meu problema!"; "A culpa é sua, está sempre me pressionando!" são exemplos disto. Os pacientes podem aprender a identificar quando estão usando frases que começam por "você" e tentar modificar para frases que começam com "eu".

Outra forma de responsabilizar os outros é iniciar frases perguntando "por que". Geralmente o objetivo de iniciar uma frase com *por que* é entender os motivos do outro para ter agido de uma determinada forma, porém tende a colocar o outro na defensiva com a sensação de ter de se explicar. Esse tipo de pergunta tende a ter um efeito negativo. Exemplos: "Por que você não me ajuda mais?"; "Por que você é sempre tão impaciente comigo?"; "Por que você grita comigo?"; "Por que você não liga para minha dor?". Em terapia, os pacientes podem aprender a transformar essa comunicação em um modo mais positivo, uma vez que eles já aprenderam a compreender a si mesmo e ao outros, identificando pensamentos, sentimentos e objetivos (Figura 6).

Programas para desenvolvimento de habilidades sociais são amplamente usados para melhorar a comunicação, sendo aplicado em trabalhos com enfermeiros, médicos e pacientes.

4. Relaxamento

O relaxamento pode ser definido com um esforço geral para se diminuir a excitabilidade do organismo. Podem ser usadas diferentes técnicas com esse objetivo, como a respiração diafragmática, imagem mental relaxante e relaxamento muscular progressivo, descritas a seguir.

Uma forma de relaxar é através da respiração. Um exemplo de respiração profunda é a diafragmática, cujo procedimento é o de encher o pulmão todo de ar, inclusive a parte inferior do pulmão, geralmente não utilizada na respiração pois a musculatura diafragmática comprime essa região, fazendo com que essa pequena área não seja aproveitada. Ao movimentarmos o diafragma para baixo, ou seja, "enchendo a barriga", promovemos a inspiração. O vácuo existente entre o diafragma e os pulmões faz com que esses se encham de ar, resultando em uma boa oxigenação. Movimentando-se o diafragma para cima, ou seja, "encolhendo a barriga", promovemos o total esvaziamento dos pulmões, com ausência de resíduos de CO₂. Esse tipo de respiração é calmante.

Figura 6. Exemplos de comunicação assertiva

Não eficaz	Eficaz
"Por que você não me ajuda mais?"	"Eu gostaria muito que você me ajudasse mais nas tarefas domésticas. Tenho me sentido sobrecarregada. Entendo que deve ser difícil também para você, será que poderíamos tentar entrar em acordo? Isso me faria muito bem".
"Por que você é sempre tão impaciente comigo?"	"Ultimamente eu tenho percebido que você anda um pouco irritado e impaciente comigo. Eu estava pensando se poderíamos conversar sobre isso".
"Por que você grita comigo?".	"Eu gostaria que você me ajudasse a entender o que está acontecendo com você, fico magoada quando você grita comigo".
"Por que você não liga para minha dor?"	"Às vezes eu fico pensando que o meu problema da dor está também te fazendo sofrer... gostaria muito de entender como você se sente em relação a isso. Podemos sentar para conversar?"

Pode-se aliar a respiração diafragmática a uma imagem mental relaxante. Neste caso, pede-se ao paciente para deixar vir à mente uma imagem bem tranqüila,

ocorrida em algum momento de sua vida. Após identificar a cena, o terapeuta explora os detalhes mais relaxantes e as sensações. A descrição da cena deve incluir os elementos emocionais (sinais visuais, sons, sensações de movimento, temperatura) que induzem a uma sensação de tranquilidade. Posteriormente, o paciente deve utilizar a cena como recurso de relaxamento

Um tipo de relaxamento muito utilizado, principalmente no manejo da dor crônica e ansiedade, é o muscular progressivo. Esse relaxamento, proposto por Jacobson, ajuda o paciente a identificar diferentes níveis de tensão do organismo e livrar os músculos de tensão (Rangé, 2001). Nesta técnica é utilizada a contração muscular seguida de relaxamento, de diversos grupos musculares, iniciando pelos membros, depois o tronco e a cabeça. Através desse treino, a pessoa aprende a identificar e diferenciar níveis de tensão muscular podendo relaxar a musculatura quando ainda está se iniciando a tensão.

Alguns estudos apontam a eficácia do uso de técnicas de relaxamento em problemas médicos. Um estudo realizado por Aivazyán, Zaitsev, Salenko, Yurenev & Patrusheva (1988), investigando o uso do relaxamento em pacientes hipertensos, concluiu que o uso de técnicas de relaxamento produziu uma diminuição da pressão arterial em comparação a um grupo controle. Burish e Jenkins (1992) pesquisaram o uso de técnicas de relaxamento na diminuição dos efeitos colaterais de pacientes submetidos à quimioterapia. Este estudo, envolvendo 81 sujeitos, concluiu a eficácia da técnica. McCain et al. (2008) realizaram um estudo randomizado com 252 indivíduos HIV positivo, avaliando o uso de técnicas de relaxamento no aumento da resposta imunológica desses pacientes. Também nessa pesquisa foi encontrada uma resposta positiva da técnica em comparação a um grupo controle. Dessa forma, o uso de técnicas de relaxamento no *setting* hospitalar pode ser considerado uma forma de intervenção muito útil e variada.

5. Dessensibilização Sistemática

A dessensibilização sistemática, criada por Wolpe na década de 40, é das principais técnicas utilizadas no tratamento de fobias (Choy, Fyer & Lipsitz, 2007). Ela consiste em treinar o indivíduo para que permaneça relaxado ao se expor às situações que lhe causem ansiedade. Para isto, primeiramente o paciente é submetido ao ensino e treino de técnicas de relaxamento. Depois uma escala crescente de ansiedade é construída, junto com o terapeuta, onde todas as situações temidas são listadas e organizadas hierarquicamente de acordo com o grau de medo que provoca no indivíduo. Pode-se utilizar uma escala de 0 a 100, onde 0 são as situações de nenhuma ansiedade e 100 as que provocam maior ansiedade.

Após a construção da hierarquia, o paciente é exposto a cada uma dessas situações, começando pela que dispare menor nível de ansiedade. Ao perceber que está ficando ansioso, é estimulado a utilizar a técnica de relaxamento até que se acalme e possa prosseguir com outra situação temida. Assim é feito progressivamente, até alcançar a de grau mais forte. Partindo do pressuposto de que relaxamento e ansiedade sejam respostas incompatíveis, onde uma não pode ocorrer junto com a outra, o objetivo é condicionar a sensação de relaxamento às situações fóbicas.

Para ilustrar a aplicação dessa técnica no ambiente hospitalar, podem ser citados estudos que investigam a eficácia da dessensibilização sistemática em pacientes com câncer que estejam sendo submetidos à quimioterapia (Carey & Burish, 1988; Redd & Andrykowski, 1982). Vários pacientes associam os sintomas da quimioterapia (estímulos incondicionados) a cheiros, sons e ao ambiente do procedimento (estímulos condicionados), disparando sintomas de náusea e vômito antes mesmo das sessões de quimioterapia. Esse processo torna o tratamento ainda mais estressante, fazendo com que alguns pacientes desistam de prosseguir-lo.

A aplicação da técnica de dessensibilização sistemática a esses casos consiste em 1) treino em relaxamento; 2) construção de uma hierarquia de medos (ver figura 7); 3) visualização pelo paciente de cada uma das situações, sendo que ao sentir que está ficando ansioso, a imagem mental é paralisada e o relaxamento é iniciado até que o indivíduo volte a ficar calmo o suficiente para passar para a próxima situação da hierarquia.

Uma variação dessa técnica pode ser aplicada em casos pediátricos. No cotidiano hospitalar, é comum que crianças fiquem muito ansiosas em relação aos instrumentos e procedimentos médicos. Agulhas, injeções, sangue e até mesmo o próprio *setting* hospitalar muitas vezes são tidos como ameaçadores. Isto pode desencadear comportamentos contraproducentes ao tratamento infantil, como recusa em tomar medicações, colaborar com exames, etc. Com o objetivo de diminuir essa ansiedade, os psicólogos podem organizar atividades lúdicas com as crianças cujo tema seja o próprio hospital. Podem ser utilizadas, por exemplo, seringas de plástico e fantasias de médico nas brincadeiras, para que se sintam mais relaxadas quando expostas a essa realidade.

6. Distração Cognitiva

A distração consiste na mudança do foco de atenção para outras situações que podem ser agradáveis e muitas vezes encontram-se disponíveis no próprio ambiente. Um exemplo é o uso dessa técnica em pacientes com dor crônica. A influência da atenção na amplificação da dor é um processo bastante estudado. Diversos autores concordam que a atenção dirigida para dor aumenta a intensidade da experiência dolorosa e que distrair a atenção da dor diminui a intensidade da experiência dolorosa (Barsky, 1979,1992; Turk e Gatchel, 1996; McCracken, 1997; Keefe, Dunsmore & Burnett, 1992; Angelotti,1999; Pincus e Morley, 2001).

Figura 7. Exemplo de uma hierarquia de medos para pacientes com náusea e vômitos antecipatórios em decorrência da quimioterapia

Situação	Grau de ansiedade (0 a 100)
Um dia antes da sessão de quimioterapia, em casa.	20
No dia, vestindo-se para ir ao hospital	40
Entrando no hospital e vendo outros pacientes com câncer	70
Entrando na sala e cumprimentando a equipe de enfermagem	90
Sentado na cadeira, iniciando a quimioterapia	100

Com base na idéia de que a atenção influencia a percepção de dor, surgiu uma área recente de pesquisa que investiga o uso de programas de realidade virtual no tratamento de pacientes que sofreram queimaduras graves. De acordo com Hoffman, Patterson, Carrougher e Furness (2000), pacientes que sofreram queimaduras graves ao estarem em repouso reportam pouca ou nenhuma dor. No entanto, ao receberem cuidados médicos, como asseio das queimaduras e troca de bandagem, relatam níveis muito altos de dor. Esse dado se torna ainda mais relevante ao se pensar nas crianças vítimas de queimaduras graves. Uma alternativa para ajudar a diminuir o sofrimento desses pacientes tem sido o uso de programas de realidade virtual no tratamento. A idéia básica é usar esses programas para criar uma realidade virtual que prenda a atenção do paciente, distraíndo-o da sensação dolorosa. O estudo supracitado de Hoffman e colaboradores teve como objetivo comparar o efeito do uso de um programa de realidade virtual ao uso de vídeo-game na intensidade da dor relatada por dois pacientes que sofreram queimaduras graves ao trocarem as bandagens. Os dois pacientes relataram níveis menores de dor na troca das bandagens quando em uso do programa de realidade virtual em comparação a mesma situação jogando vídeo-game.

Um outro estudo piloto, realizado na Austrália, investigou o uso de programas de realidade virtual no tratamento de pacientes que sofreram queimaduras graves. Foram comparados dois grupos: o primeiro recebeu apenas medicação para aliviar a dor no momento da troca das bandagens e o segundo recebeu medicação e utilizou o programa de realidade virtual. O segundo grupo apresentou níveis menores de dor e ansiedade (Dunn, 2004).

Como foi visto, uma variedade de técnicas pode ser aplicada para potencializar o tratamento dos pacientes com problemas médicos. Foi objetivo dessa sessão discorrer sobre algumas técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas na prática hospitalar. A apresentação dos resultados de pesquisas recentes teve o intuito de mostrar a importância e aplicabilidade crescente da TCC na psicologia da saúde.

CONCLUSÃO

Um número cada vez maior de estudos tem investigado a aplicação de conhecimentos psicológicos a problemas relacionados à saúde dos indivíduos. A teoria cognitivo-comportamental vem mostrando sua aplicabilidade nesse campo, através de pesquisas que analisam a influência dos processos cognitivos nos comportamentos de saúde e doença dos sujeitos.

O contexto hospitalar exige que o psicólogo realize um trabalho objetivo, diretivo, com ênfase no aqui-agora e pautado na utilização de técnicas cientificamente comprovadas. Algumas técnicas cognitivo-comportamentais que são utilizadas no consultório podem ser aplicadas para a compreensão e manejo de problemas de saúde como o exercício de formulação de casos, dessensibilização sistemática, relaxamento muscular, respiração diafragmática, distração cognitiva e treinamento em habilidades sociais.

É importante, no entanto, que o psicólogo tenha um amplo domínio dos aspectos teóricos da terapia cognitivo-comportamental para que consiga entender quando e como aplicar as técnicas supracitadas. Do contrário, as intervenções podem ser feitas de forma desastrosa, representando um prejuízo tanto para o trabalho do psicólogo como, principalmente, para o bem-estar do paciente hospitalizado.

REFERÊNCIAS

Aivazyan, T.A; Zaitsev, V.P; Salenko, B.B; Yurenev, A.P & Patrusheva, I.F. (1998). Efficacy of relation technics in hypertensive patients. *Health Psychology, 7*, 193-200

Angelotti, G. (1999). *Fibromialgia: análise dos componentes emocionais, cognitivos e comportamentais*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da PUC Campinas.

Antoni, M.H., Lechner, S.C., Kazi, A., Wimberly, S.R., Sifre, T., Urcuyo, K.R., Philips, K., Gluck, S. & Carver, C.S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1143-1152.

Barsky, A. J. (1979). Patients who amplify bodily sensations. *Annals of Internal Medicine, 91*(1), 63-70.

Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *The Academy of Psychosomatic Medicine, 33*(1), 28-34.

Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Gary, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.

Burish, T.G & Jekings, R.A. (1992). Effectiveness of biofeedback and relaxation training in reducing the side effects of cancer chemotherapy. *Health Psychology, 11*(1), 17-23

Carey, M.P. & Burish, T.G. (1988). Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: a critical review and discussion. *Psychological Bulletin*, 104 (3), 307-325.

Castro, E. K. de & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde X Psicóloga Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.

Caudill, M.A. (1998). *Controle a dor antes que ela assuma o controle: um programa clinicamente comprovado*. São Paulo: Summus.

Chiatonne, H. B. de C. (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: Angerami-Camon. *Psicologia da Saúde: um novo significado para prática clínica*. (pp. 73-165). São Paulo: Pioneira.

Choy, Y., Fyer, A. J. & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266-286.

Conselho Federal de Psicologia (2007). Resolução CFP n.º 013/2007: institui a consolidação das resoluções relativas ao título profissional de especialista em psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília (DF). Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacao Documentos/resolucao2007_13.pdf>

Corbin, A; Hanson, J; Hopp, D.A e Whitley, B (1998). Attentional functioning in fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and musculoskeletal pain patients. *Arthritis & Rheumatism*, 47(6), 639-644.

Cowan, P. & Lovasik, D. A. (1991). American Chronic Pain Association: strategies for surviving chronic pain. *Orthopaedic Nursing*, 9(4), 47-49.

Cully, J.A., Graham, D.P., Stanley, M.A. & Kunik, M.E. (2007). Depressed and anxious COPD patients: predictors of psychotherapy engagement from a clinical trial. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 160-164.

Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2001). *Inventário de habilidades sociais: manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dobbson, K. (1998). *Handbook of cognitive behavioral therapies*. The Guilford Press.

Dunn, K. (2004). Music and the reduction of post-operative pain. *Nursing Standard* 35(18), 33-39.

Falcone, E. (2001). Psicoterapia cognitiva. In: B. Rangé (org) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

Hoffman, H.G; Doctor, J.N; Patterson, D.R; Carrougher, G.J e Furness, T.A. (2000). Use of virtual reality for adjunctive treatment of adolescent burn pain during wound care: A case report. *Pain*, 85, 305-309

Keefe, F. J., Dunsmore, J. & Burnett, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 528-536.

Lamosa, B. R. (1987). *O psicólogo clínico no hospital: contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

Livermore, N. (2008). Cognitive behaviour therapy for panic disorder in chronic obstructive pulmonary disease: two cases studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 625-630.

Macht, M., Pasqualini, M.S. & Taba, P. (2007). Cognitive-behavioral strategies for parkinson's disease: a report of three cases. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14,165-176.

McCain, N.L; Gray, D.P; Elswick, R.K; Robins, J.W; Tuck, I; Walter, J.M; Rausch, S.M & Ketchum, J.M. (2008). A randomized clinical trial of alternative stress management interventions in person with HIV infection.*Journal of consulting and clinical psychology*, 76(3), 431-441

McCracken, L. M. (1997). "Attention" to pain in persons with chronic pain: a behavioral approach. *Behavior Therapy*, 28, 271-284.

Penido, M.A; Rangé, B & Fortes, S (2005). Um estudo investigando as habilidades sociais de pacientes fibromiálgicas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. vol 1, n.2. SBTC (75-86)

Penido, M.A (2004). A influência das habilidades sociais em pacientes fibromiálgicas. dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de psicologia

Pereira, F.M. (2003). A inserção do psicólogo no hospital geral: a construção de uma nova especialidade. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz.

Philips, H.C. (1998). *the psychological management of chronic pain: a treatment manual* (second edition). New York: Springer Publishers cCompany, inc.

Pincus, T. & Morley, S. (2001). Cognitive-processing bias in chronic pain: a review and integration. *Psychological Bulletin*, 127(5), 599-617.

- Rangé, B. (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Artmed
- Reed W.H. & Andrykowski, M.A. (1982). Behavioral intervention in cancer treatment: controlling aversion reactions to chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50 (6),1018-1029.
- Saxty, M. & Hansen, Z. (2005). Group cognitive behavioural therapy for chronic fatigue syndrome: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 311–318.
- Sebastiani, R.W. (1999). Psicologia hospitalar: da construção à virada do século. In: *VIII Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar*. Curitiba. Conferencia de abertura (vídeo). São Paulo: Biblioteca Nêmeton.
- Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Allard, S. & Brewin, C.R. (2001). The role of cognitive behavioural therapy in facilitating adaptation to illness in rheumatoid arthritis: a case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 303–309.
- Silva, E.A (2004). Flecha Descendente. In: H.J. Guilhardi e C.N. Abreu (Orgs.) *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: ROCA
- Straub, Richard O. (2005) *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: ArtMed.
- Taylor, E., Read, N., Hills, H.N. (2004). Combined group cognitive-behaviour therapy and hypnotherapy in the management of the irritable bowel syndrome: the feasibility of clinical provision. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 99-106.
- Tkachuk, G.A., Graff, L.A., Martin, G.L. & Bernstein, C.N. (2003). Randomized controlled trial of cognitive-behavioral group therapy for irritable bowel syndrome in a medical setting. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol 10 (1), 57-69.

Turk, C.D. & Gatchel, J.R (1996). *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook* New York: The Guilford Press

White, C.A (2000). *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems*. New York: John Wiley e Sons, LTDA

Winterowd, C; Beck, T.A & Gruener, D. (2003). *Cognitive therapy with chronic pain patients*. New York: Springer Publishing Company

Wittkowski, A. (2004). A cognitive behaviour therapy group for patients with chronic fatigue syndrome: a preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 107–112.

NOTA:

Essa distinção refere-se aos níveis de atenção em saúde. As ações no nível primário correspondem prioritariamente a intervenções preventivas em saúde, como ocorrem nas Unidades Básicas de Saúde; as do secundário correspondem prioritariamente às ações curativas, como as desenvolvidas em ambulatórios especializados e hospitais de pequeno porte; e, finalmente, as ações em nível terciário são aquelas de alta complexidade, oferecidas em grandes hospitais gerais e especializados.

I - Todos os nomes utilizados neste trabalho para exemplificar e caracterizar pacientes são fictícios.