

Capítulo 5

A Consulta de psicologia da saúde no Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho

Maria da Graça Pereira¹

Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho

Vera Araújo-Soares

Assistente do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho

Resumo: A Consulta de Psicologia da Saúde na Universidade do Minho fornece apoio psicológico aos doentes, cuidadores e familiares na adaptação à doença e no domínio da promoção da saúde bem como consultoria aos profissionais de saúde. O presente artigo descreve os modelos de Leventhal, o Ciclo de Saúde e Doença e o modelo de Jacobs como orientadores da intervenção na área da saúde e doença na Consulta de Saúde. Ao nível da caracterização da consulta, são apresentadas a tipologia de casos, as principais actividades de formação e investigação bem como os projectos futuros. Neste sentido, abordamos as questões relacionadas com a formação da própria equipa e o alargamento da consulta a âmbitos mais específicos na área da promoção da saúde como é o caso da cessação tabagista ou a uma determinada população como é o caso da população idosa.

Abstract: *The Health Services Unit at the University of Minho provides psychological support to patients, caregivers and family professionals. This article describes Leventhal model, the Cycle of Health and Illness and Jacobs' model as guiding tools in intervention in health and illness at the Health Services Unit. In terms of characterization of the Health Services Unit, we present cases' typology, principal training and research activities and also future projects. In this regard, the issues regarding training of the staff and the broadening of the unit to more specific contexts in health promotion like tabagic cessation or to a specific population like older people are also addressed.*

¹ A correspondência relativa a este artigo deve ser enviada para: Maria da Graça Pereira. Departamento de Psicologia, Universidade do Minho. Campus de Guatár. 4710-057 Braga; ou para o endereço electrónico: gracep@iep.uminho.pt

Introdução

A Consulta de Psicologia da Saúde da Universidade do Minho representa uma área inovadora em Portugal, sendo assegurada por profissionais de Psicologia com formação específica neste domínio de intervenção. Em termos genéricos, pretende-se fornecer apoio psicológico a doentes, cuidadores e familiares no sentido da adaptação à doença, mas também, no domínio da promoção da saúde, em todas as faixas etárias. Além disso, e porque a Psicologia da Saúde se debruça também sobre as questões relacionadas com o sistema de saúde ou política de saúde, os aspectos relacionados com a relação profissional de saúde – utente ou com a qualidade dos serviços prestados ao utente, são também um objectivo da consulta de psicologia da saúde, ao nível da consultoria aos próprios profissionais.

Modelos Teóricos Orientadores da Prática

Vários modelos teóricos orientam a prática da Consulta de Psicologia da Saúde. Entre eles salientamos o modelo de Leventhal (1984), o modelo do Ciclo de Saúde e Doença (Doherty & McCubbin, 1985) e o modelo de Jacobs (1992).

Modelo de Leventhal

Actualmente sabe-se que os seres humanos lidam com a doença através do processamento de três principais fontes de informação (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984): (1) a informação geral acerca da doença disponível na cultura (ex. linguagem utilizada para etiquetar e descrever doenças e tratamentos específicos, estigma associado a determinadas doenças, organização dos cuidados de saúde, política de saúde); (2) a comunicação com o meio envolvente (ex. partilha de informação com familiares, amigos, professores, meios de comunicação de massa), e (3) a experiência pessoal com a doença (ex. ter um segundo enfarte do miocárdio).

Leventhal e colaboradores (1984) sugerem que as representações individuais da ameaça à saúde, e a selecção e avaliação dos procedimentos de *coping*, reflectem as percepções (representações) individuais das atitudes e crenças, do ambiente cultural, pessoal e individual. Tendo em consideração este quadro conceptual e analisando o ajustamento psicossocial à doença, é de salientar

o papel dos factores psicológicos, nomeadamente das percepções de doença, na adaptação e reabilitação. (Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996; Figueiras, 1999). Ao longo de todo o processo de adaptação à doença, desde a percepção dos primeiros sintomas, até ao encontrar de um novo ponto de equilíbrio, o sujeito procura um significado para o que lhe está a acontecer. Para o fazer, recorre a crenças leigas que têm como objectivo procurar atribuir sentido à doença e perceber os sintomas, permitindo desenvolver e considerar estratégias adequadas de *coping*. Segundo o modelo de auto-regulação o doente procura dar resposta a cinco componentes de representação de doença (dimensões cognitivas das crenças), identificadas por Leventhal e col. (1980): (1) identidade; (2) causa percebida da doença; (3) dimensão temporal; (4) consequências, e; (5) possibilidade de controlo/cura da doença.

Ao dar resposta a estas cinco componentes de representação da doença, o doente desenvolve a sua própria percepção acerca da patologia, através das crenças que constrói com as respostas que obtém para as diferentes questões colocadas quanto a distintas dimensões (Weinman et al., 2000): “O que é isto?” “O que tenho?” (identidade); “Qual a causa?” (causas); “Quanto tempo durará?” (duração); “Qual será o resultado?” (consequências); e “O que poderá melhorar isto?” (cura/controlo).

Estas cinco dimensões ditam o modelo de doença da própria pessoa, o qual vai determinar o modo como a pessoa age, mesmo em termos da adesão terapêutica. Estas representações de doença constituem um esquema para a construção de significados sobre os sintomas, para a avaliação do risco destes para a saúde e, mesmo, para o envolvimento no processo de recuperação da doença (Petrie, Weinman, Sharpe, & Buckley, 1996). Petrie e colaboradores (1996) demonstram que as percepções de doença após o enfarte do miocárdio são determinantes importantes da recuperação após a alta hospitalar. A crença de que a doença podia ser controlada ou curada, estava relacionada com a subsequente frequência ou não de programas de reabilitação cardíaca. Por sua vez, a percepção do doente de que a doença duraria muito tempo, implicando sérias consequências, estava associada a uma maior demora no regresso ao trabalho, e a uma maior demora no processo de recuperação e adaptação à doença.

Ao associar esta abordagem das representações de doença, aos modelos de resolução de problemas, Leventhal e colaboradores (1980; 1984) formularam o *Modelo de auto-regulação de doença*. Este modelo assume que as pessoas são activas no processamento de informação e que, perante uma ameaça à saúde,

elaboram representações de doença e reagem emocionalmente à doença. O processo de auto-regulação ocorre ao longo de três fases: (1) interpretação (do problema); (2) *coping* (como lidar com o problema); (3) e, avaliação (se a estratégia de *coping* foi eficaz).

Um dos aspectos centrais deste modelo de auto-regulação, prende-se com a separação das representações de ameaça à saúde, e dos procedimentos de *coping*, para lidar com essas ameaças. Segundo Leventhal, Leventhal e Schaefer (1991), as ameaças à saúde são processadas em dois níveis: somático e emocional. Atendendo a determinados estímulos internos e/ou externos, as pessoas processam a informação somática experienciada, processando, ainda, os planos e/ou procedimentos de *coping* para lidar com os sintomas. Todo este processo é submetido a uma avaliação. De uma forma similar, é processada a informação emocional (Fig.A).

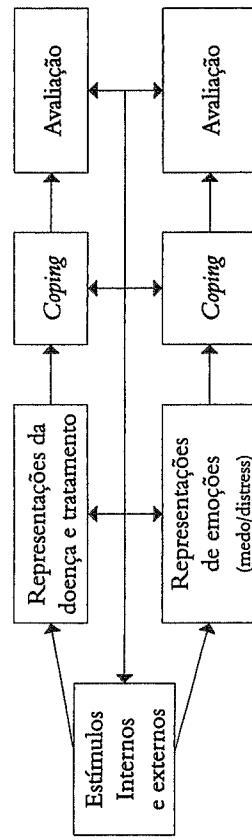


Figura A. Modelo de auto-regulação de Leventhal (adaptado de Leventhal, Leventhal & Schaefer, 1991).

A interdependência entre os níveis da representação da doença e o das representações das emoções, constituiu uma outra característica deste modelo. Por exemplo, as emoções podem afectar as representações, ou o *coping* com a doença, gerando ou aumentando as sensações somáticas, aumentando os sentimentos de vulnerabilidade, reforçando ou minimizando percepções quanto à gravidade da doença (Ditto, Jemmott, & Darley, 1988, cit. Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001).

Um aspecto relevante desta teoria envolve as interações entre as características concretas e abstractas das representações, quer da doença, quer da própria pessoa (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001). Outro aspecto importante a ter em consideração, prende-se com a influência das emoções e cognições, no conteúdo e activação dos esquemas de doença (Skelton & Pennebaker, 1982).

Estes autores apontam o papel preponderante das emoções e das cognições, na percepção dos sintomas, sobretudo nos estudos da dor. Enquanto que um estado de humor negativo, está relacionado com um aumento da intensidade dos sintomas (Verbrugge, 1985), ao nível cognitivo, o efeito placebo, pode aumentar as expectativas de recuperação, e reduzir a percepção de sintomas (Skelton & Pennebaker, 1982).

Em suma, pode concluir-se que as representações de doença têm um grande impacto nas imagens criadas acerca da doença e da possibilidade de adaptação e até de recuperação, daí a relevância deste modelo conceptual sempre que se intervém com pacientes que apresentam dificuldades em lidar e em adaptar-se a determinado tipo de patologia. A utilização deste modelo conceptual permite ao terapeuta desmontar um conjunto específico e pessoal de crenças que muitas vezes limitam a adaptação à doença por parte do doente.

Modelo do Ciclo Familiar de Saúde e Doença

O modelo do Ciclo de Saúde e Doença estabelece fases e tarefas de *coping* associadas que permitem guiar o terapeuta ao nível da intervenção. Assim, na fase 1, os membros da família estão saudáveis e a família tem recursos que mantêm o bem-estar dos seus membros. A vulnerabilidade da família ao *stress* é baixa.

A fase 2 é já uma fase de vulnerabilidade e de tomada de consciência dos primeiros sintomas. Nesta fase, as famílias com poucos recursos, aumentam a vulnerabilidade ao *stress* causada pela doença que, por sua vez, pode predispor a família a mais *stress*. A família entra em crise quando as tarefas de *coping* são mal sucedidas, como por exemplo, quando não reconhecem os sintomas e ignoram a situação.

Na terceira fase, a família valida o papel de doente e acomoda-se, adaptando-se aos papéis e tarefas que o doente exige. É nesta fase que habitualmente a família ou o doente nos vem pedir ajuda.

Na fase seguinte, a fase 4, a família aceita o diagnóstico e o tratamento proposto. O diagnóstico é um momento difícil para o doente e família e muitas vezes esta pode entrar em crise quando percebe que não tem recursos.

A fase 5 requer que a família se adapte à doença, seja esta aguda ou crónica. O doente pode sentir-se sem controlo e a família responder, assumindo todo o controlo da situação, ou pode também ela sentir-se impotente (Figley, 1993). As questões da adesão terapêutica tornam-se muito importantes. O doente

que não tem suporte familiar pode não aderir ao tratamento. A família entra em crise quando os papéis anteriores não respondem às novas necessidades e aquela não consegue adaptar-se aos novos papéis que a doença exige. Se for necessário implementar alterações no estilo de vida, ao nível de comportamentos saudáveis, a teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1985, 1988, 1991) e a abordagem do processo da acção para a saúde (HAPA, 1992) são modelos teóricos que nos permitem trabalhar com o doente as intenções bem como objectivos e a manutenção da mudança.

A fase 6, é já uma fase de recuperação, que pode acontecer depois da fase três e depois da fase cinco. Neste último caso, a família tem que restabelecer os padrões que existiam anteriormente. Surgem problemas quando a família se recusa a fazer esta mudança e prefere manter os novos padrões adquiridos durante a doença (Leventhal et al, 1985). Nos casos em que a família não pode voltar ao seu padrão de funcionamento anterior tem que se organizar e desenvolver uma nova identidade.

Na fase 7, de ajustamento à doença, a família lida com uma doença crónica. É necessário uma adaptação constante, à medida que a doença evolui. Nesta fase, a família tem que lidar com o estigma da doença e pode sentir-se isolada. O papel do suporte social é fundamental, para a família poder cuidar do elemento doente. As características da doença têm um papel importante pois as doenças que evoluem por surtos exigem maior adaptabilidade por parte do doente (Rolland, 1995).

Finalmente, na fase 8, quando o doente morre, a família passa pelas fases do luto familiar estabelecidas por Kubler-Ross (1969). Neste sentido, após a morte do familiar, podem surgir sentimentos de choque e negação, ou raiva e revolta. Depois desta fase, surge a necessidade de enfrentar a realidade, podendo surgir sinais e sintomas de ansiedade e depressão (e.g. choro, incompreensão, isolamento, medo, culpa, desespero). Finda esta fase, o sujeito já é capaz de reorganizar a perda, acomodando-se à nova situação e retomando a sua vida. Finalmente, observa-se um restabelecimento completo do sujeito, surgindo um novo investimento e um sentimento de que a vida na realidade continua. Cada membro familiar passa por este processo de luto segundo o seu ritmo. Quando as tarefas desta fase estão completas, a família volta a entrar na fase 1.

De acordo com o Modelo do Ciclo Familiar de Saúde e Doença, a fase 5 é uma das fases mais exigentes, pois a família tem que se adaptar à doença crónica. Um outro modelo, o modelo de Jacobs (1992), tem por foco a adap-

tação à doença crónica e é, em nosso entender, muito relevante e orientador, não só dum ponto de vista teórico, como ao nível da intervenção.

Modelo de Jacobs

Jacobs (1992) propôs um modelo para avaliar as famílias e formular intervenções familiares que ajudem a família a ter controlo sobre o impacto da doença na sua vida. O modelo baseia-se em três princípios fundamentais:

- (1) *Invasão* - a doença crónica invade as rotinas, prioridades e tradições que organizam a família, dando-lhe um sentido de coerência e continuidade. Quanto maior for a invasão da doença na estrutura familiar, maior é o risco da identidade da família ser afectada e de surgirem, no seu seio, problemas de adaptação;
- (2) *Encaixe* - a experiência da família com doença crónica requer uma combinação entre o tipo, as características da doença e respectivos factores de risco, com os valores, convicções e vulnerabilidades que caracterizam a família. Uma família pode lidar bem com uma doença estigmatizante e outra apresentar dificuldades. Daí a necessidade de ser feita uma avaliação precisa de todos estes factores;
- (3) *Reformulação do significado da doença* - todas as famílias tem um conjunto de crenças, valores e princípios que se exprimem nas suas histórias, rituais e decisões. É sobretudo, em momentos de crise que se torna importante que a família utilize o seu sistema de crenças, de forma a compreender e a incorporar as exigências da doença no seu sistema de valores.

Quando uma família não consegue reconciliar a adversidade da doença com a sua identidade, em termos dos valores que a caracterizam, entra em crise. Os factores que, segundo Jacobs (1992) devem ser avaliados em qualquer família são, o grau de previsibilidade da doença, o grau de incapacidade, o estigma, o grau de supervisão que a família tem que despende, a certeza do prognóstico da doença.

Segundo Jacobs, ainda, vários atributos influenciam a capacidade da família em se adaptar à doença, servindo de base para avaliação e intervenção na doença crónica. De entre esses atributos, a *identidade da família* é, sem dúvida, muito importante. A identidade familiar é composta por todo um conjunto de crenças, valores e princípios que dão sentido e significado às suas experiências

de vida. Esta visão subjectiva de como a família se vê a si própria é um recurso muito importante sobretudo, quando a mesma tem que lidar com uma crise, em termos de *coping* (Cohen & Lazarus, 1979).

O trabalho com *fronteiras* é também um aspecto fundamental, neste modelo. Muitas vezes, nos casos em que a doença envolve estigma, as fronteiras da família tornam-se mais rígidas e é necessário que o terapeuta intervenha, para “permitir” que a família se descentre da doença e para conseguir que os outros membros prossigam no seu ciclo de vida. Além disso, verifica-se que algumas famílias podem ter mais dificuldade em se adaptar aos seus novos *papéis* bem como em se envolver na *resolução de problemas*, definindo estratégias que permitam ultrapassar as situações adversas que a doença crónica implica. Do mesmo modo, devido à ansiedade que a doença crónica acarreta, ao nível da *comunicação*, existe habitualmente uma restrição gradual do afecto, por parte da família, no sentido de proteger o elemento doente, sobretudo de emoções negativas, receando que isso possa prejudicar a condição médica do doente (Koocher & O'Malley, 1981). O significado que a família dá à doença tem a ver com o encaixe entre as características da doença e as características de uma família particular. A forma como a família lida com a doença tem a ver com os mecanismos de *coping* e com a sua capacidade de resolução de problemas.

Em termos de intervenção, Jacobs (1992) sugere três passos: (1) determinar a forma como a família experienciou a doença; (2) avaliar o nível de adaptação à doença, o que implica que o doente e a família analisem o quanto a doença desafia a sua identidade, em termos das mudanças que gerou; (3) e, finalmente, ajudar a família a mobilizar os seus recursos no sentido de criar um novo significado da doença aceitando as mudanças que a doença implicou.

O Processo da Intervenção na Consulta de Psicologia da Saúde

Tendo por base todos os modelos teóricos referidos, podemos definir a Consulta de Psicologia da Saúde fundamentalmente como uma modalidade privilegiada de apoio ao doente e família nos vários estádios de doença, mas também, ao nível da promoção da saúde, no sentido de diminuir a vulnerabilidade do doente, estabelecendo comportamentos saudáveis, em particular, em termos de estilo de vida, uma tarefa fundamental na manutenção da saúde. Ao nível da consultoria, a Consulta de Psicologia da Saúde é, também, um espaço onde questões relacionadas com o contexto específico do doente ou do *setting* onde recebe cuidados, podem ser debatidas, o mesmo acontecendo,

no que respeita os temas e processos da própria formação dos profissionais de saúde.

Neste contexto, nos cinco anos de existência na Universidade do Minho, a Consulta de Psicologia da Saúde tem intervenido em casos com necessidades de adaptação à doença crónica, de gestão de *stress*, de avaliação e reabilitação neuropsicológica, de modificação de representações de saúde/doença, de promoção da saúde, mas também, em casos de doença oncológica, cardiovascular, dor crónica, doença neurológica, doença psicofisiológica, disfunção sexual, *stress* traumático (pós-cirúrgico), luto e tabagismo.

Em termos de modalidades de intervenção, a Consulta de Psicologia da Saúde da Universidade do Minho tem providenciado sobretudo consulta psicológica individual, familiar, bem como consultoria formativa e de investigação. Ao nível da consulta psicológica individual são atendidos sobretudo os doentes mas, cada vez mais, também, sobretudo nos casos de doença crónica, os respectivos cuidadores e família.

Em termos de plano de formação dos seus elementos, a Consulta de Psicologia da Saúde serve de *setting* privilegiado à aprendizagem dos alunos do Mestrado de Psicologia, na área de especialização em Psicologia da Saúde, proporcionando a avaliação de doentes com diferentes patologias. Existe ainda um investimento deliberado na formação da própria equipa, através da oferta de supervisão clínica semanal aos psicólogos em formação profissionalizante que fazem parte desta unidade. Além disso, sempre que possível, são realizados *workshops* com a participação de especialistas e técnicos convidados, além do envolvimento de vários elementos da equipa na Comissão de Coordenação do Congresso Nacional de Família, Saúde e Doença que se realiza na Universidade do Minho. Num futuro próximo, a Consulta de Psicologia da Saúde constituir-se-á também como um dos locais de estágio escolar dos alunos da licenciatura em Psicologia da Universidade do Minho.

Ao nível da investigação, uma componente valorizada nos seis desta unidade, são de referir, a recepção e acompanhamento, em 2004, de um estudante estagiário do Doutoramento Europeu de Psicologia que desenvolveu um projecto de investigação sobre a prática da medicina biopsicossocial em alguns centros de Saúde do Norte e Centro do País e o envolvimento da unidade num projecto sobre a Diabetes que se encontra neste momento a decorrer. Os resultados do primeiro estudo já foram submetidos para publicação (Pereira & Fachada, 2006), evidenciando a dificuldade que os profissionais de saúde envolvidos (médicos de família e psicólogos) sentem na implementação

Figueiras, M.J., (1999). *Illness representations and recovery from myocardial infarction in Portugal*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Londres.

Jacobs J. (1992). Understanding family factors that shape the impact of chronic illness. In T.J. Akamatsu, M. Stephens, S. Hobfoll & J. Crowther (Eds.), *Family Health Psychology* (111-127). Hemisphere Publishing Corporation.

Koocher, G., & O'Malley, J. (1981). *The Damocles Syndrome: Psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. New York: McGraw-Hill.

Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Mcmillan.

Leventhal, H., Leventhal, E.A. & Van Nguyen, T. (1985). Reactions of families to illness: Theoretical models and perspectives. In D.C. Turk & R. D. Kerns (Eds.), *Health, illness, and families* (pp. 108-145). New York: John Wiley & Sons.

Leventhal, H., Leventhal, A., & Cameron, L., (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T.A. Revenson & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*, 19-48; Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D., (1980). The common-sense representations of illness danger. In Rachman, S., (Ed.). *Medical Psychology*, 2, 7-30. New York: Guilford Press.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D., (1980). The common-sense representations of illness danger. In Rachman, S., (Ed.). *Medical Psychology*, 2, 7-30. New York: Guilford Press.

Leventhal, H., Nerenz, D.R., & Steele, D.J., (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*, Vol. 4, 219-252. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Leventhal, H., Leventhal, E.A., & Schaefer, P., (1991). Vigilant coping and health behavior: A life span problem. In M. Ory & R. Abeles (Eds.), *Aging, health, and behavior*, 109-140. Baltimore: Johns Hopkins.

Lopes, C. & Pereira, M.G. (2006). *Cabinete de Apoio ao doente oncológico e seus familiares: Proposta de criação. Consulta de Saúde*. Serviço de Consulta e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho.

Pereira, M.G. & Fachada, A. (2006). *Practice of biopsychosocial medicine in Portugal: Perspectives of Professionals involved*. Artigo submetido para publicação.

Pereira, M.G., Pedras, S. & Santos, J. (2006). *Sexuality in diabetic patients: A couple's study*. European Health Psychology Society, Warsaw, Poland.

Petrie, K.; Weinman, J.; Sharpe, N.; Buckley, (1996). Role of patients? View of their illness in predicting to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, Vol. 312, 1191-1194.

Rolland, J. S. (1994). *Families, illness, & Disability: An integrative treatment model*. Basic Books. Schwarzer, R., (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere, 217-242.

desta "nova" abordagem na sua prática diária de colaboração. Em relação ao segundo estudo, em fase de desenvolvimento, conta-se poder apresentar os resultados preliminares principais no próximo Congresso Europeu de Psicologia da Saúde, em Agosto de 2006 (Pereira, Pedras, & Santos, 2006).

Projectos Futuros em Desenvolvimento

No presente, os projectos da Consulta de Psicologia da Saúde colocam maior ênfase na promoção para a Saúde em todas as faixas etárias, em especial na infância e na adolescência. Neste sentido, a criação de programas de intervenção psicológica em grupo ao nível da promoção da saúde, para crianças em idade pré-escolar e adolescentes, são uma das prioridades a desenvolver num futuro próximo. Além disso, a criação de uma consulta de grupo para doentes crónicos bem como a criação de uma consulta específica de cessação tabágica e de uma consulta de gerontopsicologia são objectivos que a equipa está igualmente, neste momento, a desenvolver.

Finalmente, e em termos de políticas de saúde, gostaríamos de realçar que a Consulta de Psicologia da Saúde é parceira na criação do Gabinete de Apoio ao Doente Oncológico e seus familiares do Hospital de S. Marcos, em Braga (Lopes & Pereira, 2006), a qual pretende ser um recurso fundamental para apoiar doentes e familiares oncológicos em particular os que não podem deslocar-se à Universidade do Minho.

Bibliografia

- Ajzen, I. (1985). *From intention to action: A theory of planned behaviour*. In J. Kuhl and J. Beckman (Eds). Action Control: From cognition to behaviors. New York: Springer, 11-39.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality and Behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Cohen & Lazarus, (1979). Coping with the stresses of illness. In G.C. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler (Eds), *Health Psychology - A handbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Doherty W. & McCubbin, H. I. (1985). Families and Health Care: An emerging arena of theory, research, and clinical intervention. In W Doherty & H.I. McCubbin (Eds.), *Family Relations* (pp. 5-10). Minneapolis, National council of Family Relations.
- Figley, C. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. In C. Figley & H.I. McCubbin (Eds), *Stress and the family: Coping with catastrophe* (vol. 2, pp 3-20). New York: Brunner/Mazel.

Skelton, J.A., & Pennebaker, J.W., (1982). The psychology of physical symptoms and sensations. In: G.S. Sanders & J. Suls (Eds.). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Verbrugge, L.M., (1985). Triggers of symptoms and health care. *Social science and Medicine*, 20, 855-876.

Weinman, J., Petrie, K., Sharpe, N., & Walker, S., (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 263-274.

Capítulo 6

Consultadoria e Apoio Psicológico no Desporto e no Exercício Físico: O exemplo da Unidade de Psicologia do Desporto e da Actividade Física do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho

Rui Gomes, Jorge Silvério e José Cruz¹

Resumo: Este trabalho apresenta um modelo integrado de intervenção do psicólogo do desporto no contexto do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho. Assim, são apresentados os aspectos conceptuais e técnicos subjacentes à organização do serviço, definindo-se os objectivos a atingir, os agentes desportivos alvo da intervenção e as diferentes áreas de acção do serviço, realçando-se os vários papéis e tarefas a exercer pelos profissionais de psicologia desta área.

Palavras-chave: Psicologia do Desporto, Consultadoria em Psicologia do Desporto

Abstract: This article presents an integrated model to characterize the intervention of a sports psychologist in the Sports Psychological Unit of the Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano from Minho University. We present the theoretical and conceptual models that preside to the Unit organization as well as the purposes, targets of intervention and the different areas of action. We finish this article underline the several tasks of a sports psychologist working in this Unit.

Keywords: Sports Psychology, Consultancy in Sports Psychology

Introdução

Tendo como objectivo a apresentação da Unidade de Psicologia do Desporto e da Actividade Física, efectuamos neste texto uma apresentação dos aspectos conceptuais e práticos que justificam a necessidade de uma unidade dirigida para a intervenção em contextos desportivos bem como a forma como esta se encontra estruturada no âmbito do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano.

¹ Contacto: rgomes@iep.uminho.pt