Psicologia da saúde: novos horizontes para a pesquisa e prática psicológica*

PAULO M. PÉRISSÉ**

1. Introdução; 2. A psicologia e o cuidado da saúde; 3. Os níveis de atuação na saúde; 4. Um novo horizonte e novos desafios.

A estrutura da morbidade e da mortalidade das sociedades modernas tem sofrido transformações notórias nas últimas décadas. Por volta do início deste século, as doenças contagiosas representavam a causa preponderante de mortalidade. Atualmente, as doenças crônico-degenerativas, os acidentes de trânsito e outros problemas de saúde relacionados com a autodestrutividade dos nossos hábitos e estilos de vida constituem os grandes responsáveis por elevados índices de óbito e incapacitação física permanente. Estas mudanças do quadro nosológico e a reavaliação de vários conceitos médicos fundamentais têm contribuído para um aumento considerável do número de cientistas sociais e comportamentais interessados no estudo das atividades humanas relacionadas com a doença física e a saúde. A psicologia, com seus mais de 100 anos de estudo do comportamento humano, está apta a fazer relevantes contribuições na área de prevenção da doença através da identificação e modificação de comportamentos que afetam patogenicamente a saúde física. O presente artigo tem por objetivo discutir algumas possibilidades deste novo enfoque da psicologia acadêmica científica e profissional, e promover uma participação maior dos psicólogos brasileiros no campo da saúde física.

1. Introdução

Os últimos 10 anos têm testemunhado um aumento considerável do número de cientistas sociais e comportamentais interessados no estudo das atividades huma-

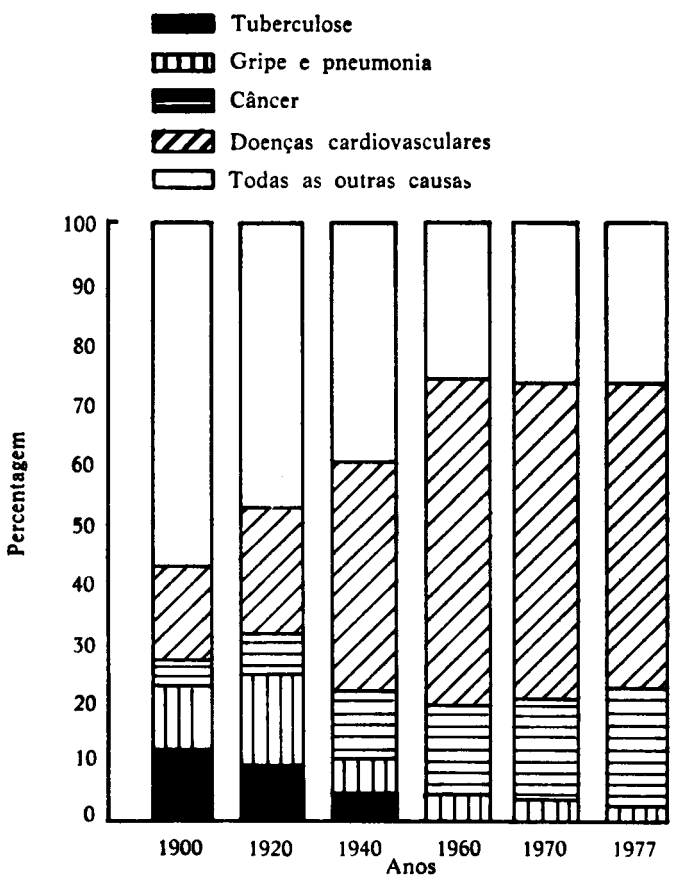
* Parte deste artigo foi apresentada durante a convocação geral de 15 de janeiro de 1983 da Associação Profissional dos Psicólogos do Estado de Goiás. (Artigo apresentado à Redação em 19.7.83.)

** Psicólogo na Universidade Católica de Goiás. O autor agradece à Dra. Angela M. M. Duarte, à Dra. Telma B. Souza, à Dra. Maria Paula Curado e ao Cel.-Av. A. C. Périssé por suas sugestões e comentários valiosos durante a preparação deste trabalho. (Endereço do autor: Rua 110, n.º 174 — Setor Sul — Goiânia, GO.)

nas relacionadas com a doença e a saúde (APA, 1976; Stone, Cohen, & Adler, 1979). Este fenômeno tem ocorrido simultaneamente com o que alguns autores denominam "uma segunda revolução da saúde" (Michael, 1982). A primeira revolução refere-se ao esforço realizado durante o final do século XIX e princípio do século XX para combater as doenças infecciosas. Durante os últimos 80 anos, o avanço tecnológico e o progresso das ciências básicas e aplicadas relacionadas com as áreas de epidemiologia e imunologia têm conseguido transformar radicalmente o panorama da saúde nas áreas mais desenvolvidas do mundo. Condições tais como a tuberculose, a pneumonia e o sarampo, outrora altamente majoritárias na responsabilidade por elevados índices de mortalidade, encontram-se hoje em alguns países praticamente sob controle. As figuras 1 e 2 ilustram esta situação nos EUA, segundo dados recentemente publicados por órgãos oficiais (Califano, 1979). Infelizmente, o que está ocorrendo é que estes problemas de saúde estão sendo substituídos por outras causas de morbidade e mortalidade

Figura 1

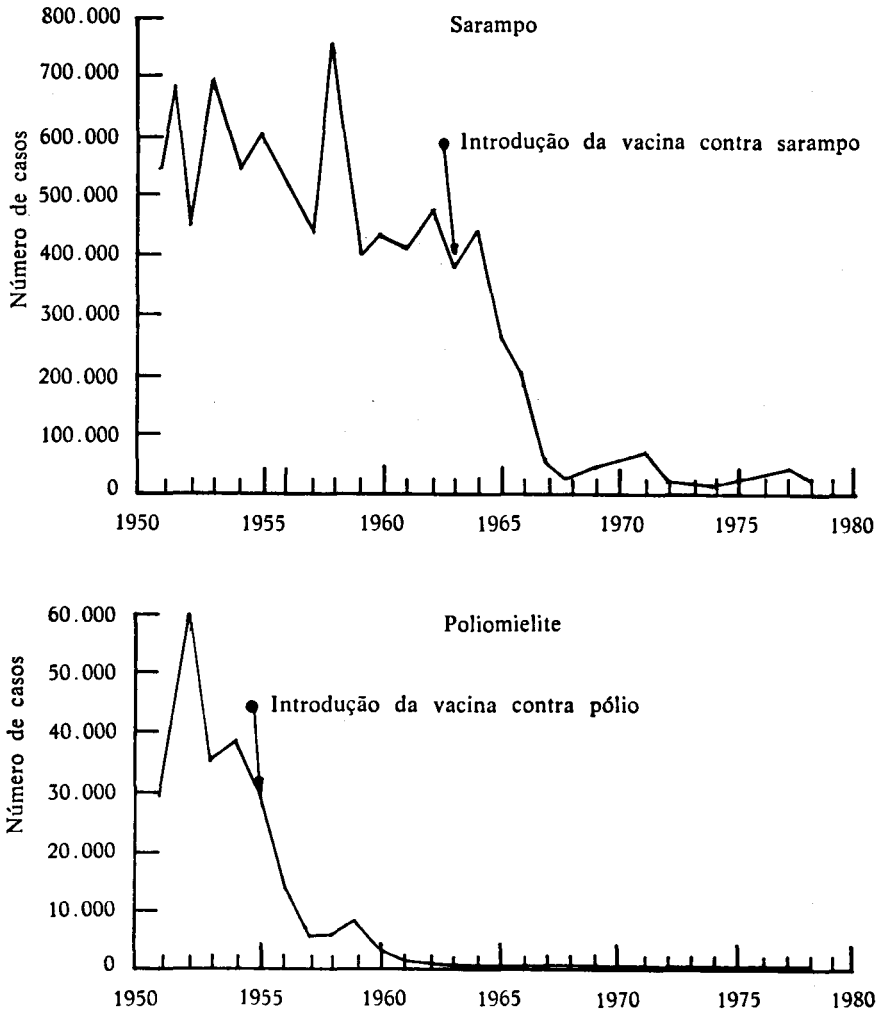
Mortes nos EUA por causas selecionadas expressas em percentagem do obituário total — anos selecionados: 1900 a 1977



Fonte: adaptado de Califano (1979, p. 4).

Figura 2

Número de casos de sarampo e poliomielite reportados nos EUA durante os anos de 1951 a 1978



Fonte: adaptado de Califano (1979, p. 94).

mais complexas. À medida que a ameaça das doenças infecciosas é reduzida graças à melhoria das condições de saneamento, imunização, nutrição e outras medidas preventivas, perigos diferentes começam a tomar proporções alarmantes.

Nos EUA hoje, 75% das mortes são atribuídos às doenças degenerativas como as doenças do coração, infarto e câncer (Califano, 1979). Outra fonte de crescente preocupação é o número injustificável de mortes e incapacitações físicas permanentes provocadas por acidentes de trânsito, de trabalho, pelo abuso do álcool, drogas e agressões ao equilíbrio do meio ambiente (APA, 1976; Califano, 1979; Michael, 1982).

No Brasil, as fontes de erro na coleta de dados e na codificação da causa básica de morte são muitas. Entretanto, é possível inferir que a situação nacional revela tendências semelhantes à dos EUA (ver quadro 1). O mais recente estudo da estrutura da mortalidade publicado pelo Ministério da Saúde aponta como causa predominante do obituário nacional as doenças do coração, com 25,1%. As três outras causas principais foram representadas por doenças transmissíveis, 10,3%; causas externas (acidentes, acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, etc.), 9,2%; e neoplasmas malignos, 8,1% (Brasil, 1982).

Quadro 1

Mortes no Brasil por rubricas selecionadas expressas em percentagem do obituário total — 1979

	Todas as causas	711.742 (%)
1.	Infecciosas e parasitárias	10,26
2.	Neoplasmas	8,13
7.	Doenças do aparelho circulatório	25,09
8.	Doenças do aparelho respiratório	8,08
17.	Causas externas	9,17
	Acidentes de transporte	3,00
	Trânsito, veículo a motor	2,93
16.	Sintomas, sinais e afecções mal definidas	20,14

Fonte: Brasil (1982).

Essencialmente, o que estes fatos sugerem é que os índices de morbidade e de mortalidade estão-se tornando cada vez mais relacionados com a autodestrutividade dos nossos estilos de vida e portanto com fatores muitos dos quais podem ser prevenidos (Henderson, Hall, & Lipton, 1979: Knowles, 1977). É justamente a estes novos perigos que são dirigidos os esforços dessa segunda revolução da saúde.

Não é possível precisar até que ponto estas transformações notórias ocorridas durante as últimas décadas no quadro nosológico são responsáveis pelo crescente envolvimento das ciências humanas nas áreas de saúde e cuidados médicos. Contudo, é certo afirmar que a reavaliação de vários conceitos médicos fundamentais concorreu para esse processo. Uma análise exaustiva dessas evoluções seria alheia ao objetivo do presente trabalho. Apenas três delas, particularmente importantes, serão abordadas aqui, mesmo assim sem grande profundidade, pelo próprio espírito do trabalho.

Em primeiro lugar, existe uma crescente conscientização de que a saúde não é uma exceção à regra de que é mais eficiente colocar-se a tranca na porta antes de esta ser arrombada. A medicina ocidental, de modo geral, tem tradicio-

nalmente seguido uma orientação curativa. Isto é, mais ênfase tem sido dada ao tratamento das doenças e da invalidez após o estabelecimento das mesmas. Conforme observou recentemente Stachnik (1980), "parece realmente absurdo que o sistema de cuidados da saúde deva aguardar que as pessoas se tornem enfermas, cronicamente doentes ou inválidas para só então preocupar-se com o seu estado de saúde". Nós hoje em dia já dispomos de conhecimentos científicos necessários para começarmos a delinear e implantar programas abrangentes, em nível comunitário, de medidas preventivas e de preservação da saúde. O objetivo desses programas seria de melhorar o nível geral da saúde, minimizar a necessidade de tratamento curativo e conseqüentemente reduzir, desta forma, os atuais índices de mortalidade e morbidade.

Excetuando-se algumas poucas tentativas inovadoras, a idéia de prevenção de doenças no Brasil ainda está praticamente limitada aos programas de imunização e à erradicação do mosquito. A prevenção de doenças crônico-degenerativas, por exemplo, tem recebido pouca atenção. No entanto, há um consenso indiscutível de que esta situação é desconcertante em face da nossa economia de país em desenvolvimento. O tratamento das doenças crônicas (isto é, neoplasmas malignos, lesões vasculares do sistema nervoso central, as cronopatias, as complicações cardiovasculares provocadas pela hipertensão, etc.) é, de modo geral, extremamente dispendioso e requer um alto nível de apoio tecnológico. Para uma nação de Terceiro Mundo, cujos sérios problemas de subdesenvolvimento econômico e social não são compatíveis com modelos de medicina altamente sofisticados copiados da Europa Ocidental e dos EUA, a necessidade de criação deste tipo de prevenção é antes de tudo uma urgência.

A segunda importante evolução dentro dos conceitos médicos diz respeito à etiologia da saúde precária. Enquanto outrora acreditava-se que a doença resultava de um processo unifatorial, ou seja, de um único agente patogênico (por exemplo, germe, toxina, neoplasma, desequilíbrio endócrino, deficiência nutricional, etc.), conhecimentos mais modernos indicam claramente que a patogênese é multifatorial. Isto é, a predisposição do indivíduo de sucumbir seletivamente a violações à sua integridade física está relacionada com outros fatores além dos de ordem biológica. A doença resulta, portanto, de uma complexa interação entre a constituição genética do indivíduo e seu ambiente. Por exemplo, experiências de infância, padrões individuais e únicos de interação com o meio, estilos de vida, hábitos nutricionais, *status* econômico e social — estes últimos principalmente refletidos nas condições de trabalho e habitação — desempenham um papel importante na precipitação e agravamento de condições patológicas. O Centro para Controle de Doenças dos EUA estima que apenas 20% da mortalidade daquele país são devidos exclusivamente a fatores biológicos. Dos 80% restantes, 10% são devidos a inadequação dos cuidados de saúde, 20% a fatores ambientais e a impressionante cifra de 50% a fatores comportamentais (CDC; Deleon & Pallak, 1982). Em suma, aproximadamente 70% das mortes naquele país decorrem de situações que poderiam ser prevenidas antes de se tornarem realmente casos médicos.

A terceira importante evolução dos conceitos médicos a ser abordada aqui está relacionada com as duas primeiras e diz respeito ao papel do indivíduo como agente ativo na gestão de sua própria saúde. A comunidade científica de modo geral tem começado a reconhecer que o ser humano é mais que um simples mosaico de órgão passivos em relação tanto às doenças quanto aos tratamentos médicos (Pelletier, 1977, 1979). A nova tendência é de restituir à pessoa saudável

a responsabilidade primária por sua própria saúde e de restituir ao paciente o papel preponderante no seu próprio tratamento (Achterber & Lawlis; Henderson, Hall, & Lipton, 1979; Pelletier, 1979). Para que isso ocorra, deve-se compreender o ser humano em sua totalidade biopsicossocial. A disjunção do ser humano para fins didáticos faz um desfavor ao entendimento de sua realidade global. A gestão da saúde e o cuidado da doença só podem ser eficazes, portanto, na medida em que for respeitada esta unidade funcional do indivíduo. Neste contexto, a abordagem do problema da saúde, e principalmente da prevenção da doença, não pode mais recair somente sob a competência exclusiva da medicina, mas passa a constituir uma preocupação multidisciplinar. Tais modelos de participação cooperativa entre pessoal médico e cientistas sociais e comportamentais já estão sendo implantados em nível laboratorial em algumas nações em desenvolvimento. A Costa Rica é um dos países que têm procurado dentro destes moldes contornar o problema da falta de recursos econômicos e humanos a fim de atender ao sentido mais amplo da saúde de sua população (Ruphuy, 1977).

2. A psicologia e o cuidado da saúde

Psicólogos têm colaborado na área de saúde desde longa data (Singer & Krantz, 1982) e há mais tempo do que quaisquer cientistas da área humana (Stone, Cohen, & Adler, 1979). Entretanto, recentes apreciações dessas contribuições têm ressaltado uma certa negligência em relação a quase todos os tópicos, exceto o da saúde mental (por exemplo, APA, 1976). A predominância histórica da doença mental (psicopatologia) como foco da psicologia aplicada tem obscurecido outros esforços da pesquisa psicológica no campo da saúde. Isto tem contribuído, inclusive, para estabelecer perante a opinião pública uma visão inexata de que a psicologia como disciplina trata unicamente do comportamento dito "anormal" e dos distúrbios emocionais. Felizmente, essas tendências indesejáveis começam a desaparecer. Nos últimos anos, um número crescente de psicólogos tem voltado seu interesse para a área do cuidado da saúde física, intensificando as atividades neste campo praticamente virgem da psicologia. Nos EUA por exemplo, este movimento encontra-se já bastante adiantado. Em 1978, a Associação Psicológica Americana reconheceu a criação de uma organização filiada, a Divisão 38 de Psicologia da Saúde, destinada a promover conhecimentos básicos e aplicados da psicologia na área da saúde física. Um ano mais tarde, foi publicado o primeiro manual de psicologia da saúde (Stone, Cohen & Adler, 1979). Artigos relacionados com este novo campo têm aparecido em grande número em jornais especializados (APA, 1976; Armstrong, 1981; Deleon & Pallak, 1982; Iscoe, 1982; Miller, Fowler & Bridges, 1982; Matarazzo, 1980, 1982; McNett, 1981; Pomerleau, 1979; Singer & Krantz, 1982; Stachinik, 1980; Tanabe, 1982; Wright, 1979) e já algumas universidades oferecem doutorado com especialização em psicologia da saúde e medicina comportamental.

O despertar de todo este interesse é justificado. A psicologia científica, com seus mais de 100 anos de estudo do comportamento humano, é a disciplina mais qualificada para investigar os mecanismos que relacionam variáveis comportamentais com a saúde e a doença (APA, 1976; Krantz, Glass, Contrada & Miller, 1981; Singer & Krantz, 1982). Em nível aplicado, a psicologia, com seus avanços na tecnologia educacional e de mudança de comportamento, também está preparada para fazer valiosas contribuições delineando e implantando

programas de intervenção na saúde pública. É verdade que nem todos os desafios dentro da área de saúde pública podem ser resolvidos pela psicologia, ou por nenhuma outra disciplina atuando sozinha. Entretanto, certos problemas requerem um corpo de conhecimentos e métodos específicos que constituem justamente o âmago da psicologia como ciência.

3. Os níveis de atuação na saúde

Califano (1979) sugeriu três níveis de atuação relacionados com a saúde. O primeiro diz respeito ao tratamento da doença. Este é o nível de competência da medicina por excelência e das disciplinas de apoio, como a enfermagem e a farmacologia. O cuidado médico começa com o estabelecimento da doença e visa manter o paciente vivo, eliminar os sintomas e desconfortos provocados pela doença ou minimizar a incapacitação dela decorrente. A participação da psicologia neste nível pode ser, no entanto, de disciplina complementar. Os dois outros níveis são o da prevenção da doença e o da promoção da saúde. Em ambos, o papel da psicologia é essencial. A prevenção da doença se inicia com qualquer ameaça à saúde e procura proteger o maior número de pessoas das conseqüências prejudiciais daquele perigo. Este processo envolve pelo menos duas etapas. A primeira consiste na identificação dos riscos, isto é, das influências comportamentais e ambientais capazes de provocar a condição patológica, independente ou não da predisposição do indivíduo. A segunda etapa tem por objetivo a manipulação destes fatores de risco junto à população ameaçada para evitar que a doença se estabeleça. O último nível, o da promoção da saúde, começa com a população basicamente saudável e visa o cultivo de medidas individuais e comunitárias que perpetuem o bem-estar da população, evitando que os fatores de risco se instalem e se desenvolvam.

4. Um novo horizonte e novos desafios

Krantz, Glass, Contrada e Miller (1981) sugeriram três categorias de processos comportamentais relacionados com a doença e a saúde dentro das quais a psicologia pode fazer contribuições relevantes:

1. *Hábitos e estilos de vida nocivos à saúde.* Muitos dos comportamentos de nosso dia a dia são não só incompatíveis com uma boa saúde como até mesmo autodestrutivos. Por exemplo, o uso do fumo está comprovadamente implicado como fator de risco de três das causas de mortalidade mais comuns: a doença coronária, o infarto e o câncer. Mesmo na ausência de outros importantes fatores de risco associados com a doença do coração, como a hipertensão e o colesterol elevado, o fumo praticamente dobra a probabilidade de ataques do coração para homens (Califano, 1979). O uso excessivo do álcool, a alimentação rica em gordura saturada e açúcar, a falta de exercício físico regular e a imprudência no trânsito são outros exemplos de comportamentos desta classificação. O controle de comportamentos autodestrutivos é particularmente difícil porque eles fogem ao alcance da medicina tradicional. A medicina de per si é o "diagnóstico e tratamento da doença" (Pelletier, 1979). O estudo do comportamento humano geralmente não faz parte dos currículos acadêmicos das faculdades de medicina. Portanto, mesmo que o(a) médico(a) tome conhecimento da existência de um

hábito ou comportamento autodestrutivo, o máximo que ele(a) pode fazer é aconselhar a mudança do comportamento. Infelizmente, o problema não é tão simples. Como Henderson, Hall & Lipton (1979) observaram, não é suficiente que o indivíduo entenda que o seu comportamento é uma ameaça à sua integridade física para que a mudança no seu procedimento ocorra automaticamente. Anos de pesquisa psicológica têm consistentemente demonstrado que comportamentos emitidos em um momento são freqüentemente pouco influenciáveis pelas conseqüências a longo prazo, por mais indesejáveis que estas possam ser. A psicologia está altamente familiarizada com este tipo de incongruência e dispõe de uma variedade de técnicas para efetuar mudanças de comportamentos que podem prevenir problemas debilitantes prematuros na saúde.

2. *Efeitos psicofisiológicos diretos.* Nesta classificação, estão incluídas as alterações neuroendócrinas e fisiológicas dos tecidos em resposta a estímulos psicossociais. Trata-se aqui de mudanças biológicas sem atuação de agentes químicos externos (isto é, fumo, ingestão de substâncias tóxicas, dieta precária), embora estes agentes possam produzir efeito interativo. O estresse, por exemplo, é um conceito central destes processos. A psicologia dispõe de um volume considerável de indagações científicas relacionando eventos estressantes à etiologia, precipitação e agravamento de condições patológicas.[1] Um outro exemplo de processo comportamental dentro desta classificação é o discutido comportamento tipo A (um envolvimento agitado contínuo com o meio ambiente) associado principalmente com as doenças cardiovasculares. Segundo Friedman e Rosenman, este padrão de comportamento mal adaptado crônico provoca a secreção excessiva de catecolaminas e outros hormônios, produzindo os seguintes resultados: aumento do nível de colesterol e outros lipídios no sangue devido ao tipo de alimentação; aumento da tendência de os elementos coagulantes do sangue se precipitarem provocando o acúmulo de placas nas paredes das artérias e estreitando, assim, a passagem da via sanguínea. Quanto mais estreitos se tornam os vasos sanguíneos, maior é a probabilidade de estes coágulos obstruírem a artéria coronária, provocando angina do peito ou o infarto do miocárdio. Além desses fatores de risco psicossociais, existem ainda outros, tais como variáveis demográficas, *status* sócio-econômico, sexo, idade, determinantes históricos e epidemiológicos que podem ser equacionados e manipulados para fins preventivos.

3. *Reações do indivíduo à doença e ao papel do paciente.* Dentro desta última categoria de processos comportamentais sugerida por Krantz, Glass, Contrada & Miller (1981), enquadra-se uma série de indagações possíveis de investigação e intervenção psicológicas. Por exemplo, como e por que indivíduos reagem diferentemente em face da doença? Qual o impacto das doenças crônicas e dos procedimentos médicos estressantes no paciente e como estes afetam o processo de recuperação? Como podem ser seus possíveis efeitos deletérios minimizados? Por que certos indivíduos racionalizam o significado dos sintomas e diagnósticos, protelando a busca de cuidados médicos? Por que alguns indivíduos deixam de cumprir as prescrições e tratamentos médicos ou deixam de aderir a regimes de reabilitação? Como podem ser alterados esses comportamentos? Como é possível melhorar a comunicação entre pessoal médico e paciente?

[1] Para revisão desta literatura, ver: Stone, Cohen & Adler (1979); Lipowiski (1977); Pelletier (1977); Weiner (1977).

O comportamento está intimamente ligado a problemas de saúde dos mais variados. A psicologia científica e profissional é ampla e abrange a totalidade dos comportamentos humanos. Com esta diversidade de conhecimentos teóricos e empíricos, a psicologia pode atuar nos processos comportamentais que afetam a saúde, promovendo na população o sentido de responsabilidade primária por sua própria saúde, identificando fatores de risco e promovendo o cultivo de medidas individuais e comunitárias a fim de evitar que tais fatores de risco se instalem. Portanto, a participação cooperativa multidisciplinar entre médicos, psicólogos e outros cientistas sociais parece ser o melhor meio de mobilizar recursos para a maximização do estado geral da saúde.[2]

Novos horizontes vêm sempre acompanhados de novos desafios. Espera-se que o papel do psicólogo possa ser redefinido para melhor integrá-lo dentro do esforço para reduzir o ônus da perda prematura de vidas humanas e possibilitar uma população brasileira mais sadia.

Abstract

Morbidity and mortality patterns in modern societies have undergone remarkable changes over the past decades. Around the turn of the century, accute, infectious diseases were the most prevalent cause of death. Today, non-communicable or chronic diseases, automobile accidents and other health problems related to our self-destructive behaviors and life-styles constitute the major causes of death and permanent disability. This basic shift in morbidity and mortality rates, and the reevaluation of several fundamental medical concepts have contributed to foster a growing interest among social and behavioral scientists in human activities as they relate to physical health and illness. Psychology, with its more than 100 years of study of human behavior, is prepared to make relevant contributions in the area of disease prevention and health promotion through the identification and change of behaviors which have an impact on the etiology, course and treatment of disease, and health maintenance. The present article discusses some possibilities regarding this new focus of academic, scientific and professional psychology, and intends to promote greater participation of Brazilian psychologists in the area of physical health.

Referências bibliográficas

Achterberg, J. & Lawliss, G. F. *Imagery of cancer*. Champaign, Ill., Institute for Personality and Ability Testing, 1978.

APA Task Force on Health Research. Contributions of psychology to health research: patterns, problems, and potentials. *American Psychologist, 31*:263-74, 1976.

Armstrong, B. Health psychology, a growing field as training programs abound. *APA Monitor*. 35:14, Oct. 1981.

Brasil. Ministério da Saúde. *Estatísticas de mortalidade Brasil 1979*. Brasília, 1982.

Califano, J. A. *Healthy people: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington, D.C., US. Government Printing Office, 1979.

[2] Com objetivo de viabilizar este potencial, foi criada, pela Associação Profissional dos Psicólogos do Estado de Goiás, a Divisão de Psicologia da Saúde e Preservação da Vida. Esta organização visa estimular a atuação da psicologia no campo da saúde física em Goiás e promover maior entrosamento entre psicólogos e os demais profissionais da área.

Center for Disease Control. *Ten leading causes of death in the United States, 1975*. Atlanta, Ga., Center for Disease Control, Public Health Service, 1979.
Deleon, P. H. & Pallak, M. S. Public Health and psychology: an important expanding interaction. *American Psychologist*, 37:934-5, 1982.
Henderson, J. B.; Hall, S. M. & Lipton, H. L. Changing self-destructive behaviors. In: Stone, G. C.; Cohen, F. & Adler, N. E., ed. *Health psychology — a handbook*. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
Iscoe, I. Toward a viable community health psychology: caveats from the experiences of the Community Mental Health Movement. *American Psychologist*, 37:961-5, 1982.
Knowles, J. H. The responsability of the individual. In: Knowles, J. H., ed. *Doing better and feeling worse: health in the United States*. New York, Norton, 1977.
Krantz, D. S.; Glass, D. C.; Contrada, R. & Miller, N. E. Behavior and health. In: *The five year outlook on science and technology: 1981*. Washington, D.C., National Science Foundation, U.S. Government Printing Office, 1981. (Source Materials, v. 2.)
Lipowski, A. J. Psychosomatic medicine in the seventies: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 134:233-44, 1977.
Matarazzo, J. D. Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35:807-17, 1980.
———. Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37:1-14, 1982.
McNett, I. Psychologists in medical setting: the academic screen. *APA Monitor*, p. 12-3, 66-8, Aug./Sept. 1981.
Michel, J. M. The second revolution in health: health promotion and its environmental base. *American Psychologist*, 37:936-41, 1982.
Miller, H. L.; Fowler, R. D. & Bridgers, W. F. The public health psychologist: an ounce of prevention is not enough. *American Psychologist*, 37:945-8, 1982.
Pelletier, K. R. *Mind as healer mind as slayer*. New York, Del Publishing, 1977.
———. *Holistic medicine*. New York, Delacorte Press, 1979.
Pomerleau, O. F. Behavioral medicine: the contribution of the experimental analysis of behavior to medical care. *American Psychologist*, 34:654-63, 1979.
Ruphuy, R. S. Psychology and medicine: a new approach for community health development. *American Psychologist*, 32:910-3, 1977.
Singer, J. W. & Krantz, D. S. Perspectives on the interface between psychology and public health. *American Psychologist*, 37:955-60, 1982.
Stachnik, J. Priorities for psychology in medical education and health care delivery. *American Psychologist*, 35:8-15, 1980.
Stone, G. C.; Cohen, F. & Adler, N. E. *Health psychology — a handbook*. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
Tanabe, G. The potential for public health psychology. *American Psychologist*, 37:942-4, 1982.
Weiner, H. *Psychobiology of human disease*. New York, American Elsevier, 1977.
Wright, L. Health care psychology: prospects for the wellbeing of children. *American psychologist*, 34:1.001-6, 1979.

