

Filipa Antunes Mateus

DETERMINAÇÃO DE NECESSIDADES: ENSAIO SOBRE A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA  
NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA  
DO HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2009

*“Devemos ao doente o melhor tratamento e a melhor ajuda possível. Sozinho, nenhum profissional está equipado para lidar com a gama completa da complexidade dos problemas que os doentes nos trazem. Colaboração é não só eticamente correcta como necessária.”*

(Pereira, 1996, p. 361)

Filipa Antunes Mateus

DETERMINAÇÃO DE NECESSIDADES: ENSAIO SOBRE A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA  
NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA  
DO HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2009

Filipa Antunes Mateus

DETERMINAÇÃO DE NECESSIDADES: ENSAIO SOBRE A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA  
NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA  
DO HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO

---

*(Filipa Antunes Mateus)*

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do 2º Ciclo de Estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Mestre Sónia Alves.

## Resumo

A investigação tem vindo a mostrar a importância de não negligenciar os factores psicológicos no adoecer corporal. Tem também vindo a confirmar que o internamento hospitalar pode, não só não ser terapêutico, como em alguns casos ser patologizante. Importa, então, atender a estas duas dimensões e considerar a pessoa do psicólogo como um elemento útil no período em que o doente se encontra internado. No sentido de intervir eficazmente num contexto de internamento específico, neste estudo procurou-se determinar as reais necessidades de intervenção psicológica na unidade de internamento do serviço de infecciologia do Hospital de Joaquim Urbano (HJU), junto de técnicos e utentes daquela unidade, e perceber de que forma estas necessidades estão ajustadas às especificidades do contexto.

As necessidades foram determinadas através de 18 entrevistas semi-estruturadas, realizadas a técnicos de diferentes especialidades, e a utentes internados na referida unidade. Os conteúdos das entrevistas, tratadas com o recurso à análise de conteúdo (AC), permitem suportar a ideia de que, naquela unidade, a intervenção do psicólogo pode ser útil junto de utentes com diagnóstico recente; na psicoeducação de utentes e seus familiares; na resolução de conflitos emocionais; na intervenção com utentes toxicodependentes; na comunicação técnico-utente e técnico-familiar; em situações de comprometimento emocional, cognitivo e social; na integração do utente numa rede de cuidados e na manutenção da adesão à terapêutica; em quadros de ansiedade associada a procedimentos terapêuticos; e, na reintegração de um utente na sociedade.

As principais limitações desta investigação circunscrevem-se à sua natureza qualitativa e exploratória, especificamente, à dificuldade em tratar a informação recolhida, e à dificuldade em encontrar documentadas na literatura investigações como a que aqui procuramos apresentar, não desconsiderando o risco que foi concretizá-la.

## **Abstract**

Research has shown the importance of not neglecting the psychological factors in the ill body. It has also been confirmed that hospitalization may not only be therapeutic, but in some cases be pathological. Considering these two dimensions, the role of the psychologist should be seen as useful while the patient is hospitalized. In order to intervene effectively in the context of a particular hospital in this study, we tried to determine the real needs of psychological intervention in the hospital unit of service of Hospital Infection of Joaquim Urbano (HJU), with technicians and users of that unit, and figure out how these needs are tailored to the specific context.

The needs were determined through 18 semi-structured interviews to various technical specialties, and patients admitted in the unit. The content of the interviews, with the appeal to content analysis (CA), support the idea that, in that unit, the intervention of the psychologist may be useful to patients with a recent diagnosis in psychoeducation; for patients and families in the resolution of emotional conflict; in the intervention with drug-addicted; in the communication technical-patients and technical-family; in situations of emotional, cognitive and social compromise; in the integration of patients on a network of care and maintenance of compliance; in frames of anxiety associated with therapeutic procedures; and, in reintegration into society.

The main limitations of this research are qualitative and exploratory, specially the difficulty in treating the collected information, and the difficulty in finding reliable investigations as we seek to provide, not disregarding the risk that was putting it.

## Résumé

Les investigations ont démontré l'importance de ne pas négliger les facteurs psychologiques chez le malade. Elles ont également été confirmées que l'hospitalisation peut non seulement ne pas être thérapeutique, mais, dans certains cas, peut être pathologique. Nous devrions alors prendre en compte ces deux aspects, et considérer le psychologue comme un élément utile pendant la période que le patient est hospitalisé. Afin d'intervenir efficacement dans le contexte de l'hospitalisation spécifique de cette étude, nous avons essayé de déterminer les besoins réels de l'intervention psychologique à l'hôpital de l'unité de service des infections à l'hôpital de Joaquim Urbano (HJU), avec les techniciens et les patients de cette unité, et déterminer comment ces besoins sont adaptés au contexte spécifique.

Les besoins ont été déterminés selon les résultats de 18 entretiens semi-structurés, à diverses spécialités techniques, et les patients admis à l'unité. Le résultat des entretiens, avec le recours à l'analyse de contenu (CA), afin de soutenir l'idée que, dans cette unité, l'intervention du psychologue peut être utile aux patients avec un diagnostic récent ; dans la psychoéducation pour les patients et leurs familles; dans la résolution du conflit émotionnel; dans l'intervention avec les consommateurs de drogues; dans la communication entre technique-patients et technique-famille; dans des situations de compromis affective, cognitive et sociale des patients; dans un réseau de soins et de maintien de l'adhésion thérapeutique; dans les cadres de l'anxiété associés à des procédures thérapeutiques; et, dans la réinsertion sociale du patient.

Les principales limitations de cette recherche sont de nature qualitative et exploratoire, surtout en ce qui concerne la difficulté de traiter l'information recueillie, et la difficulté de trouver des recherches documentées que nous cherchons à fournir, sans négliger le risque qui a été pris.

## Dedicatória

*Aos meus pais...  
por serem incansáveis na  
arte de saber Amar!*

## Agradecimentos

A todos aqueles que, durante estes seis anos, não se cansaram de me lembrar que não estava sozinha, que me ouviram e me compreenderam quando eu mesma já não o sabia fazer...

A todos aqueles que não estiveram comigo, que não me ouviram e, que não me compreenderam, porque foram uma fonte rica de aprendizagem...

A todos aqueles que me ajudaram a dar um sentido profissional e pessoal a esta experiência...

E especialmente...

À minha família, por tudo o que abdicaram para que eu chegasse aqui...

À Mestre Sónia Alves, minha Orientadora, pela disponibilidade, pela compreensão, e pela extraordinária capacidade de me ensinar a transformar uma experiência numa aprendizagem para a vida...

Ao Mestre Nelson Lima Santos, pelas sugestões e pela ajuda valiosíssima na concretização desta etapa...

À Elisabete, por me mostrar que, afinal, no fundo do túnel sempre existe uma luz...

À Rita e à Sofia, por terem sido um apoio fundamental nesta última etapa...

À Marlene e à Marisa, por estarem sempre comigo...

Ao Pedro, Simão, Leonel, João e Josepe, amigos que me permitiram partilhar alegrias e frustrações durante esta caminhada...

Aos técnicos e aos utentes do HJU que aceitaram participar neste estudo, agradeço a disponibilidade...

À administração do HJU, à Dra. Joana Freixo e à Gorete, agradeço também a disponibilidade...

A todos os colegas de curso com quem tive o prazer de conviver...

A todos os professores que fizeram parte deste percurso académico, agradeço os saberes transmitidos...

A todos aqueles que não foram mencionados, mas que sem dúvida, foram muito importantes, o meu...

MUITO OBRIGADA!

# Índice geral

Índice de figuras

Índice de quadros

Índice de abreviaturas

**Introdução geral ..... 1**

## **PARTE I. QUANDO A PSICOLOGIA RESOLVE ENTRAR NO HOSPITAL...**

**CAPÍTULO 1. PSICOLOGIA, SAÚDE E DOENÇA ..... 4**

**1.1. Onde termina a saúde e começa a doença ..... 4**

**1.2. A Psicologia no campo da saúde e das doenças..... 6**

**1.3. A actuação da Psicologia no campo da saúde e das doenças: contributos importantes ..... 11**

**CAPÍTULO 2. PSICOLOGIA E O CONTEXTO HOSPITALAR ..... 17**

**2.1. A estrutura hospitalar: um caminho para a humanização dos cuidados ..... 17**

**2.2. Áreas de intervenção psicológica no contexto hospitalar ..... 22**

**2.3. Quando o corpo adocece e o internamento é uma realidade ..... 29**

2.3.1. Implicações psicológicas do internamento..... 31

**2.4. Do serviço à unidade hospitalar de infeciologia ..... 34**

2.4.1. Doenças infecciosas: delimitação de um conceito ..... 34

2.4.1.1. VIH/SIDA ..... 37

2.4.1.2. VIH/SIDA e a tuberculose ..... 39

2.4.1.3. VIH/SIDA e as hepatites ..... 40

2.4.1.4. VIH/SIDA e a toxicoddependência ..... 41

<b>CAPÍTULO 3. PSICOLOGIA E A DETERMINAÇÃO DE NECESSIDADES NO CAMPO DA SAÚDE E DAS DOENÇAS .....</b>	<b>43</b>
<b>3.1. Determinação de necessidades: uma ferramenta útil ao serviço da optimização dos cuidados de saúde.....</b>	<b>43</b>
<b>3.2. Entrevista: um instrumento útil na determinação de necessidades .....</b>	<b>45</b>

## **PARTE II. QUANDO A PSICOLOGIA RESOLVE PENSAR NO HOSPITAL...**

<b>CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO AO TEMA DA INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>1.1. Apresentação do problema .....</b>	<b>49</b>
<b>1.2. Caracterização do contexto .....</b>	<b>50</b>
<b>1.3. Questões de investigação .....</b>	<b>55</b>
<b>1.4. Objectivos .....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO 2. MÉTODO .....</b>	<b>57</b>
<b>2.1. Participantes .....</b>	<b>59</b>
<b>2.2. Instrumentos .....</b>	<b>61</b>
<b>2.3. Procedimentos .....</b>	<b>62</b>
2.3.1. Construção dos instrumentos .....	62
2.3.2. Aprovação da investigação .....	64
2.3.3. Selecção dos participantes .....	64
2.3.4. Realização das entrevistas .....	65
2.3.5. Tratamento dos dados .....	66
<b>CAPÍTULO 3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>

<b>CAPÍTULO 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: QUANDO A PSICOLOGIA RESOLVE AGIR NO</b>	
HOSPITAL .....	93
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>98</b>
ANEXOS .....	113
ANEXO A – PROTOCOLO PARA OS TÉCNICOS A TRABALHAR NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA DO HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO	
ANEXO B – PROTOCOLO PARA OS UTENTES INTERNADOS NA UNIDADE DO SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA DO HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO	
ANEXO C – AUTORIZAÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HJU PARA A REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	
ANEXO D – E-MAIL DA DRA. CRISTINA CASTRO: ESTATÍSTICA INFECCIOLOGIA 2008 - HJU	

## **Índice de figuras**

*Figura 1.* Organograma do Hospital de Joaquim Urbano (Hospital de Joaquim Urbano, 2009)

*Figura 2.* Distribuição do grupo dos técnicos em função do sexo

*Figura 3.* Distribuição do grupo dos utentes em função do sexo

*Figura 4.* Distribuição do grupo dos técnicos em função dos anos de experiência no domínio das doenças infecciosas

*Figura 5.* Distribuição do grupo dos utentes em função do número de internamentos na unidade do serviço de infecciologia do HJU

*Figura 6.* Distribuição do grupo dos utentes em função do número de dias de internamento na unidade do serviço de infecciologia do HJU

*Figura 7.* Distribuição do grupo dos utentes em função do número e tempo médio de internamento na unidade do serviço de infecciologia do HJU

## **Índice de quadros**

- Quadro 1. *Percepção dos Utentes sobre os Serviços Prestados na Unidade de Internamento do Serviço de Infeciologia do HJU*
- Quadro 2. *Percepção de Desafio Profissional por Parte dos Técnicos em Relação ao Domínio das Doenças Infecciosas*
- Quadro 3. *Percepção dos Técnicos sobre a Actuação da Psicologia na Unidade de Internamento do Serviço de Infeciologia do HJU*
- Quadro 4. *Percepção dos Utentes sobre a Actuação da Psicologia na Unidade de Internamento do Serviço de Infeciologia do HJU*
- Quadro 5. *Situações Identificadas pelos Técnicos, onde é Importante a Intervenção da Psicologia na Unidade de Internamento do Serviço de Infeciologia do HJU*
- Quadro 6. *Situações, Identificadas pelos Utentes, onde é Importante a Intervenção da Psicologia na Unidade de Internamento do Serviço de Infeciologia do HJU*
- Quadro 7. *Potenciais Situações/Áreas de Intervenção Psicológica, Determinadas pelos Participantes, a Optimizar na Unidade de Internamento do Serviço de Infeciologia do HJU*

## **Índice de abreviaturas**

**AC** – Análise de Conteúdo

**APA** – American Psychological Association

**APPORT** – Associação dos Psicólogos Portugueses

**BK** – Bacilo de Koch

**CTC** – Centro de Terapêutica Combinada

**DN** – Determinação de Necessidades

**HJU** – Hospital de Joaquim Urbano

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**SIDA** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**SPPS** – Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

**TB** – Tuberculose

**VHB** – Vírus da Hepatite B

**VHC** – Vírus da Hepatite C

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana

**WHO** – World Health Organization

## **Introdução geral**

A presença da Psicologia em contextos relacionados com a saúde e a doença física revela alguma prematuridade, típica dos seus, aproximadamente, 40 anos de existência. Contudo, a ocorrência crescente de múltiplos fenómenos, dificilmente explicados se circunscritos à dimensão biológica do ser humano e, outros, cuja ausência de factores biológicos sugere um dilema para os técnicos de saúde, parece garantir alguma legitimidade à Psicologia para intervir num campo ainda tão médico.

Ainda o tema desta investigação estava numa fase embrionária, tive a oportunidade de, em Janeiro de 2009, assistir a um encontro sobre humanização dos serviços de saúde. Nesse encontro, o Doutor Bagão Félix proferiu uma comunicação onde, a dada altura, arrebatou a atenção de toda a plateia ao dizer, “livrai-nos de tornar a cura mais penosa do que a própria doença”. Dito isto, acredito que poucos terão sido os técnicos de saúde ali presentes a não assumir esta frase como uma bússola. Curiosamente, para mim ouvir esta frase foi a confirmação de que o tema escolhido não poderia ter sido outro!

Após uma ponderação sobre vários aspectos associados ao tema da doença física, nomeadamente, o diagnóstico, a gravidade da doença, as implicações desta no doente e seus significativos e no próprio sistema de cuidados de saúde, pareceu útil levar a cabo um estudo que, tendo em conta todos estes factores, procure atender às necessidades psicológicas reais do utente hospitalizado. Por isso, são contemplados como participantes deste estudo alguns dos principais actores intervenientes neste contexto.

A familiarização *à priori* com o contexto da investigação, a vontade de que o resultado do trabalho desenvolvido na unidade de internamento do serviço de infecciologia do Hospital de Joaquim Urbano (HJU) representasse mais do que uma soma de vivências individuais e profissionais, a dificuldade em concretizar uma intervenção com a esperada eficácia e participação interdisciplinar, a vontade de

compreender a importância dada à vida no hospital (mesmo que esta seja uma vida doente ou, principalmente porque esta é uma vida doente), são alguns dos motivos que nos levaram a escolher este tema.

Note-se que, a investigação sobre determinação de necessidades de intervenção psicológica em unidades de internamento direccionadas para o tratamento de doenças infecciosas, não se augura fértil, no entanto, e conhecidos os riscos em percorrer um caminho tão inóspito, a solução só poderia ser arriscar!

Na primeira parte deste estudo, faremos um enquadramento teórico ao tema, onde se procurará integrar a Psicologia no campo da saúde e da doença física, contemplando diversas temáticas associadas ao contexto hospitalar e à figura do psicólogo neste contexto. Daremos também alguma atenção às especificidades do internamento hospitalar no âmbito das doenças infecciosas, uma vez que esta é a especialidade do internamento onde decorreu a investigação. E, por fim, como mote para a introdução à segunda parte do estudo serão caracterizadas teoricamente, quer a determinação de necessidades no âmbito da saúde, quer a técnica da entrevista.

A investigação que desenvolvemos será descrita e concretizada numa segunda parte, onde serão identificados os procedimentos metodológicos que permitiram levar a cabo a investigação, apresentados e discutidos os resultados da mesma. Dedicamos um último capítulo desta segunda parte à consolidação de conteúdos, conclusões, limitações e sugestões para futuras investigações.

Se o propósito deste estudo fosse digno de uma frase apenas, esta seria: inovar na forma como o hospital acolhe, trata e devolve a pessoa à sociedade, utilizando aqueles que para isso muito contribuem diariamente!

**PARTE I. QUANDO A PSICOLOGIA RESOLVE ENTRAR NO HOSPITAL...**

---

## CAPÍTULO 1. PSICOLOGIA, SAÚDE E DOENÇA

### 1.1. Onde termina a saúde e começa a doença

Basta recuar ao fim do século XIX para perceber que a conceptualização de saúde e de doença era muito prática, mas pouco realista, isto porque, atendendo ao modelo biomédico, a saúde era conceptualizada como a ausência de doença, e por sua vez, a doença conceptualizada como a ausência de saúde. No decorrer do século XX o conceito de saúde é aperfeiçoado, passando esta a ser definida como um “...estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença, ou de incapacidade...” (Leal, 2006; WHO, 1948, citada por Ribeiro, 2005, p. 73). Contudo, apesar de esta definição estar orientada para a presença de estados positivos, parece ainda contribuir muito pouco quando vista como instrumento de trabalho (Ribeiro, 2005).

Mais tarde, à definição matriz, foram acrescentados elementos que permitem compreender o conceito de saúde de forma mais alargada:

... a saúde é a extensão em que o indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e, por outro, de modificar ou lidar com o meio envolvente (...) é um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo da vida (WHO, 1986, citada por Ribeiro, 2005, p. 75)

As definições anteriores parecem ver-se complementadas por Teixeira (2007) quando este autor refere que saúde:

... é um estado positivo de bem-estar físico, psicológico, social, económico e espiritual e não somente ausência de doença, surgindo como um construto multifactorial cujos determinantes incluem idade, sexo, factores hereditários, estilo de vida individual, influências sociais e comunitárias, condições de habitação e trabalho, bem como condições socioeconómicas, culturais e ambientais. (p. 17)

A definição de Teixeira (2007) deixa bastante clara a complexidade em abordar o conceito de saúde, ao mesmo tempo que parece caracterizar na perfeição as variáveis a considerar sempre que se avalia e intervém no âmbito da saúde.

De todas as conceptualizações de saúde apresentadas nos parágrafos anteriores e, de outras revistas na literatura, é fundamental destacar a dos autores Leandro, Machado e Gomes (2007). Estes autores para além de apresentarem o conceito de saúde numa dimensão multifactoral, parecem apresentá-lo também, como um sentimento de *empowerment* ou de capacitação para assumir determinadas atitudes e/ou comportamentos:

A saúde passa a fazer cada vez mais apelo aos comportamentos individuais, familiares e sociais, abrangendo todo o ser humano e as suas aspirações, podendo dizer-se que «a noção de saúde não se confina nem no normal, nem no bem-estar ou na oposição à doença, mas sim num sentimento de plena capacidade para se adaptar às necessidades fisiológicas, psíquicas, simbólicas e sociais» (Leandro, Machado, & Gomes, 2007, p. 282)

Deixando o pólo da saúde e procurando definir doença, parece ser evidente a decomposição deste construto em outros como *disease*, *illness* e *sickness*. O termo *disease* significa ter uma doença, isto é, reflecte um acontecimento biológico em que há uma alteração estrutura ou função de alguma parte do corpo. Por sua vez, *illness* representa sentir-se doente, o que significa que deixa de ser um acontecimento biológico, mas um desconforto e desorganização psicossocial, resultante da interacção do indivíduo com o meio. Por fim, o termo *sickness* significa comportar-se como doente, correspondendo a uma identidade social ou um estatuto assumido por determinados indivíduos que foram rotulados como não saudáveis (Ribeiro, 2005).

A existência de diferentes compreensões de doença, a par com as sucessivas reformulações da compreensão de saúde, parece resultar numa mais complexa intervenção no campo da saúde e das doenças. No entanto, talvez numa tentativa de melhor compreender para melhor actuar, alguns autores propuseram relacionar os

conceitos de saúde e de doença. Assim, autores como Hettler (1982), O'Donnel (1986) e Terris (1975, citados por Ribeiro, 2005) propuseram um modelo em que a saúde e a doença se apresentavam num contínuo, onde uma das extremidades representava o bem-estar completo, e a outra a doença grave ou a morte. Mais tarde, este modelo é reformulado e apresentada uma alternativa baseada num sistema de eixos definido por 4 quadrantes, em que o quadrante 1 correspondia ao indivíduo sem qualquer doença e com bem-estar elevado, o 2, significava que o indivíduo teria uma doença grave e um nível correspondente de mal-estar, o 3, o indivíduo não teria nenhuma doença, mas por qualquer razão teria uma sensação de mal-estar e por fim, o quadrante 4, o indivíduo teria uma doença grave e apresentaria um nível correspondente de mal-estar (Ribeiro, 2005).

Não desconsiderando em momento algum as concepções apresentadas nos parágrafos anteriores, parece fundamental ir reestruturando significações de saúde e de doença, sempre que possível, cruzando teorias explícitas e teorias implícitas associadas a esta temática. Só deste modo, se parecem aproximar saberes e otimizar intervenções em ambos os campos.

## **1.2. A Psicologia no campo da saúde e das doenças**

No caminho para uma melhor compreensão dos conceitos de saúde e de doença, cruzam-se, em termos históricos três importantes momentos, a Primeira, Segunda e Terceira Revolução da Saúde. A primeira situa-se no século XVIII com a Revolução Industrial e traduz-se em alterações significativas ao nível da sociedade e do equilíbrio ambiental. Estas alterações são de tal forma nocivas que resultam no aparecimento de epidemias (p.e., tuberculose, pneumonia, sarampo, gripe, escarlatina, difteria, varíola). No entanto, o modelo biomédico, através da implementação de medidas de saúde pública (p.e., medidas preventivas como a vacinação e a eficácia dos antibióticos)

mostrou-se eficaz no combate a estas doenças (Duque, 2004; Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005).

Mais tarde, a ineficácia de algumas medidas, a par com o declínio da economia nos países desenvolvidos e o aumento dos custos com os sistemas de saúde, foram a combinação necessária para aquilo a que se chamou a Segunda Revolução da Saúde<sup>1</sup>. Assim, o século XX, particularmente, a década de 70 trouxe importantes mudanças na forma de pensar a saúde e a doença. O modelo biomédico começa a ser posto em causa ao mesmo tempo que se desenvolvem novas abordagens como: o modelo biopsicossocial de Engel (1977) e Schwartz (1982, citados por Leal, 2006); a perspectiva psicobiológica de Feurstein, Labbé e Baum (1985, citado por Leal, 2006); a noção saúde comportamental de Mattarazzo (1980, citado por Leal, 2006); o modelo holístico de Lipowski (1981, citado por Leal, 2006); medicina comportamental de Schwartz e Weiss (1978, citado por Leal, 2006); entre outros (Duque, 2004; Ogden, 1999; Ribeiro, 1998). Deste modo, pareciam estar reunidas as condições para integrar no campo compreensivo da saúde uma outra nova abordagem, a da Psicologia da Saúde (Duque, 2004; Ogden, 1999; Ribeiro, 1998).

As significativas alterações ao nível dos sistemas de saúde parecem ter contribuído para o aparecimento da Psicologia da Saúde. Começa por assistir-se a uma crescente cronicização das doenças a par com um maior controlo das doenças agudas, tendo para isso muito contribuído o aparecimento de medicamentos no combate às doenças infecciosas, tornando grande parte delas curáveis. Ao mesmo tempo, assiste-se a “... um fenómeno de estagnação populacional com baixos níveis de natalidade e baixos níveis

---

<sup>1</sup> Segunda Revolução da Saúde é um conceito proposto por Julius Richmond em 1979, e que representa uma série de mudanças no campo da saúde. Mudanças concretizadas por meio de várias ações, como: um estudo desenvolvido desde 1959 denominado “Alameda”, cujos resultados começaram a verificar-se no início da década de 70 (apontando para relações significativas entre o estilo de vida das pessoas e saúde e o estilo de vida e a morbilidade e mortalidade); a publicação em 1974 do relatório “A New Perspective on the Health of Canadians”; um estudo publicado em 1979 com o título de “Health People: the surgeon General’s Report on Health Promotion and Disease Prevention”; em 1978 a adopção pela Organização Mundial de Saúde da “Declaração de Alma-Ata” (onde eram identificadas estratégias para a saúde da população do planeta) (Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005).

de mortalidade” (Leal, 2006, p. 18), e também, ao surgimento de uma nova causa de mortalidade e morbidade, tendo esta deixado de ser a presença de “organismos patogénicos que, introduzidos no organismo hospedeiro provocavam doenças” para passar a “ser o comportamento humano” (Ribeiro, 1998, p. 48; Ribeiro, 2005). Deste modo, a intervenção no campo da saúde e da doença pedia mudanças significativas, estratégias empreendedoras, diferentes abordagens, maior complexidade de intervenção, novas respostas para novos desafios...

Muitos países desenvolvidos começaram a empreender esforços no caminho para uma nova concepção de saúde. A principal mudança trazida pela Segunda Revolução da Saúde traduziu-se numa nova concepção de saúde, deixando a doença de ser a maior preocupação da medicina científica, e passando a saúde a ter um papel central no plano dos sistemas de saúde. Começaram a introduzir-se conceitos hoje tão importantes como cuidados de saúde, campo da saúde, promoção da saúde e estilo de vida. Do mesmo modo, passou a contemplar-se o comportamento humano como um novo agente, em muitos casos nocivo, a combater no campo da saúde (Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005).

É no empreendimento de inúmeras estratégias de mudança no campo da saúde que surge formalmente a Psicologia enquanto corpo teórico, com a criação, primeiro, da Task Force on Health Research, em 1973, e depois, da Divisão de Psicologia da Saúde da American Psychological Association (APA) (Divisão 38) em 1978. Ambas com o propósito de perceber e estudar as relações entre a Psicologia e os contextos tradicionais de saúde e doença física (Ribeiro, 2005).

Em plena prematuridade de existência, a Psicologia da Saúde viu-se a braços com um outro momento crítico, a que Relman (1988, citado por Ribeiro, 1998) denominou de Terceira Revolução da Saúde. Assim, no final do século XX, a par com a evolução económica, política e social, assiste-se a uma aceleração dos custos ao nível dos cuidados de saúde (Ribeiro, 2005). A este aumento de custos, a Terceira Revolução da Saúde respondeu com a monitorização frequente dos resultados das intervenções,

comparando os resultados obtidos com os resultados esperados (Ellwood, 1988, citado por Ribeiro, 1998).

Note-se, que a Terceira Revolução constituiu para a recém-chegada Psicologia da Saúde uma oportunidade de mostrar o quanto esta pode ser útil na gestão de recursos e serviços no âmbito dos cuidados de saúde.

Numa tentativa de definir Psicologia da Saúde, parece importante atender à concepção adoptada pela Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS) ao assumir a conceptualização teorizada por Matarazzo (1982, citado por Leal, 2006) como um princípio orientador de toda a prática da Psicologia no âmbito da saúde. O autor refere-se à Psicologia da Saúde como:

... o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e com disfunções a elas associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde (p. 16)

Por sua vez, Teixeira (2004b, p. 441) de forma mais sucinta refere que Psicologia da Saúde é "... a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde...". Nesta concepção, a Psicologia é considerada quer como ciência, quer como profissão nos domínios da saúde e da doença, bem como no domínio da prestação de cuidados de saúde (Teixeira, 2007).

Segundo Crossley (2000, citado por Teixeira, 2004b; Teixeira 2007), a Psicologia da Saúde pode assumir duas perspectivas, a tradicional e a crítica. A perspectiva tradicional é norteadada pelo modelo biopsicossocial e assenta em metodologias quantitativas cujo objectivo é investigar comportamentos saudáveis, comportamentos de risco e determinantes psicológicos associados. Já a perspectiva crítica está assente no modelo fenomenológico-discursivo e em metodologias qualitativas de análise do discurso. Esta

perspectiva procura perceber as significações e experiências subjectivas de saúde e de doença, procurando relacionar essas experiências com o contexto social e cultural onde ocorrem.

As autoras Joyce-Moniz e Barros (2005) procuram diferenciar Psicologia da Saúde de Psicologia da Doença mencionando que "... a disciplina da Psicologia da Saúde inclui a Psicologia da Doença" (p. 14). Na perspectiva das autoras a Psicologia da Saúde está direccionada para a prevenção da doença e associada a uma medicina preventiva, ao passo que, a Psicologia da Doença tem como propósito a adaptação ao processo de doença e, portanto, está associada a uma medicina curativa ou paliativa. Especificamente, a Psicologia da Doença é definida pelas autoras como um "... conjunto de teorizações e estudos sobre representações, crenças ou significações das pessoas, sem formação médica ou paramédica, acerca da doença (física, orgânica) e dos processos de doença, pode atribuir-se a designação de Psicologia da Doença." (Joyce-Moniz & Barros, 2005, p. 16).

Atendendo ao facto de que o dialecto das teorias explícitas pode ser, por vezes, difícil de concretizar sem incorrer no risco de desvirtuar os conteúdos dos autores, poder-se-á concluir que, quer a perspectiva de Teixeira (2004b), quer a perspectiva de Joyce-Moniz e Barros (2005) identificam domínios e objectivos de actuação muito concretos da Psicologia da Saúde, ou numa análise mais alargada, da Psicologia.

Assim, e partindo do princípio que o que se pretende na Parte II deste estudo é, entre outras situações, compreender a vivência da pessoa doente, importa considerar a perspectiva de Psicologia da Doença sugerida pelas autoras Joyce-Moniz e Barros (2005) na medida em que, esta perspectiva pretende actuar num campo da Psicologia totalmente direccionado à pessoa já doente e aos seus familiares, procurando compreender os processos de adaptação à realidade da doença, tendo como objectivo último otimizar a vivência deste processo. No presente estudo apenas se atenderá às

vivências e necessidades psicológicas do doente enquanto utente internado numa unidade hospitalar.

### **1.3. A actuação da Psicologia no campo da saúde e das doenças: contributos importantes**

É importante considerar que a visão holística da saúde trazida pela Segunda Revolução da Saúde, trouxe também outras implicações, nomeadamente, a necessidade de abordar a problemática da saúde de forma pluridisciplinar (Matos, 2007), considerando assim diferentes olhares e diferentes saberes nessa abordagem como sinónimo de maior qualidade de actuação. Deste modo, de entre as diferentes ciências da saúde, vai ser dada especial atenção à actuação da Psicologia em contextos de saúde e de doença física.

Quando se integra a Psicologia no campo da saúde e das doenças, é importante defini-la na sua vertente prática. Deste modo, enquanto profissional o psicólogo que desempenha a sua função neste contexto:

... ocupa-se especificamente da promoção da saúde, prevenção das doenças, disfunções psicológicas em pessoas habitualmente saudáveis, formas de lidar com a doença, papel dos acontecimentos de vida no seu início e evolução e, ainda, com a mudança de atitudes, crenças e comportamentos que é necessária ao controlo da doença e à reabilitação da pessoa doente (Teixeira, 1993, p. 13)

De forma mais abrangente, vários autores confirmam que a Psicologia enquanto profissão no campo da saúde, pode ser praticável em contextos ou organizações privadas, públicas ou do sector social como hospitais, clínicas, centros de saúde, associações regionais de saúde, ministério da saúde e mesmo em contexto não médicos como empresas, autarquias locais, organizações comunitárias e instituições académicas

(McIntyre, 1994; Ribeiro, 2005; Teixeira, 2007; Teixeira & Correia, 2001; Teixeira & Correia, 2002).

É curioso verificar que, em Portugal, a Psicologia da Saúde enquanto profissão começou por desenvolver-se em maternidades e hospitais, no entanto, é ainda mais curioso, senão preocupante, observar que mesmo com um número significativo de psicólogos nestes contextos, o desenvolvimento de serviços de Psicologia no sector da saúde é, nos dias de hoje, uma possibilidade pouco explorada (Teixeira, 2007).

É de realçar que, em qualquer um dos contextos identificados, o trabalho do psicólogo numa óptica de saúde é desenvolvido em equipa, ou seja, com outros técnicos como médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, entre outros (Teixeira, 2007).

Note-se ainda que, seja qual for o contexto em que a Psicologia da Saúde actue, esta tem como objecto o funcionamento psicológico e a forma como este se relaciona com a saúde e a doença (Ribeiro, 2005; Teixeira, 1993; Teixeira 2007), e como objectivo, o de “... compreender como é que é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades.” (Teixeira, 2004b, p. 441).

A literatura parece mostrar-se consensual no que respeita à prática do psicólogo da saúde e, especificamente, às situações onde pode e deve intervir. De forma global verifica-se que este técnico pode participar na prestação de cuidados de saúde (p.e., cuidados de saúde primários, unidades de internamento hospitalar, serviços de saúde mental, unidades de dor, oncologia, serviços de saúde pública, serviços de saúde ocupacional, consultas de cessação tabágica, unidades de alcoologia, unidades de reabilitação) onde assume uma função assistencial (Belar, 2000; Ribeiro, 2005; Teixeira, 2007).

O psicólogo tem um papel igualmente importante ao nível da prevenção da doença, da promoção e protecção da saúde, participando na construção, implementação e avaliação de programas (Belar, 2000; Bennett, 2000/2002; Grilo & Pedro, 2005; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Leal, 2006; McIntyre, 1994; Ribeiro, 2005; Teixeira, 2002; Teixeira & Correia, 2002; Trindade, 2000).

O conceito de prevenção refere-se de forma abrangente a todas aquelas actividades que visam evitar o seu aparecimento de doenças (Joyce-Moniz & Barros, 2005; Ribeiro, 2005). Mais especificamente, são diferenciados três níveis de actuação preventiva na doença, a prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária tem como objectivo a implementação de actividades que visem "... evitar o aparecimento de doenças, por exemplo através da vacinação, a supressão de factores de risco, [e] a melhoria das condições de vida...", por sua vez, a prevenção secundária remete para a detecção de doenças antes que estas se manifestem, procurando "... evitar o seu desenvolvimento e o seu agravamento." e, por fim, a prevenção terciária "... tem como objectivo fundamental evitar as sequelas, as consequências sociais e as recaídas da doença. Consiste essencialmente readaptação." (Leandro, Machado, & Gomes, 2007, p. 271). É particularmente sobre algumas especificidades da prevenção terciária que a presente dissertação pretende reflectir na sua Parte II.

As actividades ou os projectos de prevenção reflectem maioritariamente a sua actuação ao nível das doenças crónicas como: a doença isquémica do coração, a doença cerebrovascular, as doenças osteoarticulares, o cancro, a diabetes, a infecção pelo VIH, a asma, a obesidade, a hipertensão arterial, a hepatite B entre outras (Grilo & Pedro, 2005; McIntyre, 1994; Ribeiro, 2005; Teixeira, 2002; Trindade, 2000). Verifica-se também uma actuação preventivamente em problemáticas como: tabagismo; alcoolismo; toxicoddependência; acidentes domésticos, violência doméstica e maus-tratos em crianças, idosos e mulheres; acidentes de trabalho e/ou rodoviários; entre outras. A actuação do psicólogo foca-se, essencialmente, nos factores

comportamentais associados às doenças e às problemáticas identificadas (Teixeira, 2002; Trindade, 2000).

Quando se fala em promoção da saúde, não raramente este conceito surge como sinónimo de educação para a saúde. No entanto, segundo Bennett (2000/2002) esta associação não é correcta uma vez que, educação para a saúde é uma actividade planeada, com o objectivo específico de “... aumentar o conhecimento ou as competências para promover os comportamentos saudáveis...” (p. 155), ao passo que, promoção da saúde:

... é um conceito mais alargado, que inclui o conceito de educação mas incluindo também a criação de ambientes encorajadores da saúde e de comportamentos de promoção da saúde, desenvolvendo políticas de saúde pública adequadas, aumentando os recursos individuais e fortalecendo a acção comunitária (Bennett, 2000/2002, p. 156)

Mais ainda, a promoção da saúde apoia-se na educação para a saúde e procura através de programas de educação para a saúde, promover a mudança de determinadas atitudes e comportamentos. No entanto, é de notar que as intervenções baseadas apenas na educação para a saúde não serão eficazes se não considerarem as determinantes de saúde (p.e., a habitação, a comunicação, a educação, o combate à pobreza, as novas formas de organização socioeconómica, a utilização sustentável dos recursos) (Leandro, Machado, & Gomes, 2007).

Segundo Trindade (2000), a participação do psicólogo em matéria de prevenção e mudança de comportamentos, faz-se num contexto de equipas de saúde e, deve estender-se por todas as fases das actividades ou dos projectos quer seja na avaliação de necessidades, no planeamento das acções a desenvolver, na gestão da(s) actividade(s) e/ou na avaliação dos resultados (Trindade, 2000).

O psicólogo ao actuar no contexto da saúde pode desempenhar ainda um papel muito importante ao nível da adaptação e/ou reacção à doença física (Grilo & Pedro, 2005; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Leal, 2006). De notar que, para intervir ao nível da doença, é fundamental atender à forma como o indivíduo conceptualiza quer a saúde quer a e doença, isto porque, o seu comportamento é orientado pelas representações que este faz representações. Essas representações, por sua vez, estão organizadas na memória sob forma de modelos mentais e, tendem a orientar e a determinar as reacções individuais aos sintomas, aos diagnósticos, à adesão aos tratamentos e a outras informações relacionadas com a doença (Figueiras, 2006).

Nos contextos médicos como são o exemplo dos centros de saúde, a Psicologia pode ter lugar sob a forma de consulta psicológica e intervir, particularmente, ao nível da doença crónica. Neste âmbito, Trindade e Teixeira (1998, citado por Trindade, 2000) e Taylor (1995, citado por Trindade, 2000) mencionam que estes doentes apresentam necessidades específicas, nas quais a intervenção do psicólogo pode representar um contributo útil: mudanças de comportamento e estilo de vida, dificuldades no confronto e adaptação à doença; dificuldades de comunicação com os técnicos de saúde; problemas de adesão a exames de controlo, a tratamentos médicos, a actividades de autocuidados ou a medidas de reabilitação; crise familiar associada à doença de um dos membros; e, melhoria da qualidade de vida na doença (Trindade, 2000).

Enquanto ciência da saúde que se ocupa da doença, a Psicologia tem procurado estudar "... os factores que contribuem para a adaptação à doença ou que, pelo contrário, dificultam o re-equilíbrio do indivíduo..." (Grilo & Pedro, 2005, p. 74). À semelhança dos modelos explicativos que abordam a promoção da saúde, também se destacam modelos de compreensão sobre o processo de adaptação à doença.

Numa tentativa de compreender, explicar e intervir ao nível da saúde e das doenças, são identificados, na literatura, alguns modelos que procuram explicar a relação entre variáveis psicológicas (p.e., crenças, atitudes, expectativas) e comportamentos

individuais de saúde e de doença. Então tomando como exemplo, as referências pesquisadas identificam os seguintes:

- 1) Modelo de crenças da saúde (Bennett, 2000/2002; Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005);
- 2) Teoria da motivação protectora (Bennett, 2000/2002; Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005);
- 3) Teoria da aprendizagem social (Bennett, 2000/2002; Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005);
- 4) Locus de controlo na saúde (Bennett, 2000/2002);
- 5) Teoria da acção racional de Fishbein (Bennett, 2000/2002; Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005);
- 6) A teoria da acção planeada (Bennett, 2000/2002; Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005);
- 7) A teoria do comportamento social de Triandis (Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005);
- 8) A teoria da acção social (Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005);
- 9) Modelo da utilidade de multiatributos (Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005);
- 10) Modelo transteórico (Bennett, 2000/2002; Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005);
- 11) Abordagem do processo de acção para a saúde (Bennett, 2000/2002; Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005);
- 12) Teoria da dissonância cognitiva (Grilo & Pedro, 2005);
- 13) Modelo de auto-regulação de Leventhal (Figueiras, 2006; Ribeiro, 2005);
- 14) Modelo de adaptação à doença em geral de Moos e Schafner (1979, citado por Grilo & Pedro, 2005).

Verifica-se que a eficácia destes modelos é variável consoante a área em que são aplicados, e este parece um bom motivo para continuar a aperfeiçoar estes modelos de modo a que possam satisfazer as necessidades específicas de cada intervenção (Ribeiro, 2005).

## **CAPÍTULO 2. PSICOLOGIA E O CONTEXTO HOSPITALAR**

### **2.1. A estrutura hospitalar: um caminho para a humanização dos cuidados**

Quando se fala em estrutura hospitalar esta é definida por Cabete (2001) como “... um local de expressão de sofrimento e de dor [no entanto] aliviadas as tensões (...) pode ser reconhecido como um local de vida reencontrada. (p. 16). Para que isso aconteça, parece importante que se atente a um conceito importante sem o qual a qualidade dos cuidados em saúde parece estar comprometida, que é, a sua humanização.

De acordo com Grande (1996, citado por Roseira, 1996), as acções de desumanização em hospitais parecem ser pontuais tendo em conta o número de pessoas que entra diariamente na instituição. Tais acções parecem dever-se a “... uma relação de tensão entre quem trabalha nos hospitais e quem entra neles...” (Grande, 1996, citado por Roseira, 1996, p. 25). Esta relação de tensão permanente, é vista pelo mesmo autor como um fenómeno natural e ajustado à realidade em causa, verificando-se que em determinadas situações, a relação estabelecida entre ambos os actores daquele contexto pode ser percebida como uma forma de desumanização, contudo, assiste-se na realidade a um fenómeno de despersonalização, conceito a ser esclarecido mais adiante (Ribeiro, 2005).

O utente ao entrar numa estrutura hospitalar estabelece uma ruptura com a sociedade de onde provém, entrando num novo contexto com referências muito diversas. É confrontado com uma realidade de tal modo diferente, que isto pode representar um factor de tensão (Roseira, 1996), o que pode conduzir aquilo a que Ribeiro (2005) e outros autores denominam de despersonalização (Goffman, 1961, citado por Raps, Peterson, Jonas, & Seligman, 1982).

O que se verifica é que, habitualmente, os utentes procuram a unidade hospitalar aquando uma situação de crise (doença) e que por ser um momento de crise “... estão

muito mais sensíveis a todas as formas de relação interpessoal” (Grande, 1996, citado por Roseira, 1996, p. 26). Por esta e outras razões, o hospital é, segundo alguns estudos com utentes hospitalizados, um local ou um espaço desagradável para se estar (Taylor, 1979, citado por Raps, Peterson, Jonas, & Seligman, 1982). Estudos mais recentes confirmam que a dimensão negativa dada ao ambiente hospitalar e a tudo o que este envolve ainda persiste:

Convivemos com frequência em ambientes pouco humanizados, cujo funcionamento é quase perfeito quanto à técnica, porém desacompanhado, muitas vezes de afeto, atenção e solidariedade. As pessoas deixam de ser o centro das atenções, com facilidade transformadas em «objecto» do cuidado e fonte de lucro, perdendo sua identidade pessoal, e ficando dependentes e passivos, à espera do «poder científico» (...) Isso repercute no ambiente hospitalar, transformando-o num centro tecnológico, onde os equipamentos são facilmente reverenciados e adquirem vida, enquanto as pessoas são por isso coisificadas. (Bettinelli, Waskievicz, & Erdmann, 2003)

Partindo do princípio que o acto de cuidar só é exercido na sua totalidade se contemplar o ser humano numa dimensão holística (Bennett, 2000/2002; Ogden, 1999; Ribeiro, 2005), esta forma de actuação pode representar um desafio para os profissionais de saúde, na medida em que, o cuidar não se dirige apenas à dimensão biológica do ser humano, mas adicionalmente, à sua dimensão psíquica, social e espiritual (Bettinelli, Waskievicz, & Erdmann, 2003).

De todo o modo, o que se pretende neste duelo humanização *versus* desumanização dos cuidados não é procurar culpados, mas assumir que, cabe aos profissionais de saúde que trabalham nas instituições hospitalares, olharem para além das instituições, ampliarem as suas noções de cuidado, habitualmente circunscrito a quatro paredes, e procurar compreender a dimensão multifactorial do processo saúde-doença.

Ainda no contexto da humanização dos cuidados é importante reflectir sobre um elemento presente na forma como a estrutura hospitalar actua junto do utente, e que permite identificar, por vezes, a que nível se situa a humanização destes serviços. Este

elemento denomina-se de informação para a saúde e é visto como um poderoso instrumento à disposição dos técnicos. De referir que já em 1996 constatava que alguns hospitais portugueses mais dotados tecnicamente revelavam “... índices de aproveitamento terceiro-mundistas” no que respeitava ao uso de técnicas de informação para a saúde. Constatou também que “... os utentes estão cada vez mais informados (...) só que essa informação é dada de maneira difusa e não crítica...” (Grande, 1996, citado por Roseira, 1996, p. 28).

Tendo em conta o que foi mencionado importa então reflectir sobre a forma como a informação em saúde deve ser dada e trabalhada:

A informação deve ser dada com isenção, pensando que estamos ao serviço dos doentes, e não ao serviço de outra coisa qualquer. Saber dar a informação e dá-la a tempo é muito importante. A informação é algo extremamente perigoso, é como uma arma que sai das nossas mãos e que não dominamos a partir do momento em que sai. A informação não é um acto gratuito, deve ser dada sem dramatismos, mas com muito senso e conhecendo a realidade absoluta de quem está a receber a informação Grande (1996, citado por Roseira, 1996, p. 29)

Um outro autor corrobora o que foi dito por Grande (1996, citado por Roseira, 1996), referindo que, “A informação em saúde necessita de ser clara, compreensível, recordável, credível, consciente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada.” (Teixeira, 2004a, p. 617).

O problema da informação em saúde pode ver-se resolvido se existirem formas funcionais de comunicar/transmitir essa informação, o que se pode traduzir em termos relacionais, em relações de confiança entre utentes e técnicos (Roseira, 1996). Isto introduz à informação em saúde um outro elemento fundamental, a comunicação em saúde. Esta última “... diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a saúde.” (Teixeira, 2004a, p. 615). Na perspectiva do autor, a comunicação em saúde é um tema transversal, actuando quer ao nível da saúde quer ao

nível da doença, tendo entre outras finalidades as de prevenir, promover, educar e informar. Assume significativa importância em múltiplos contextos de saúde como (Teixeira, 2004a):

- 1) Na relação entre técnicos e utentes dos serviços de saúde;
- 2) Na disponibilização, uso de informação e construção de mensagens sobre saúde, nos serviços de saúde, famílias, escolas, locais de trabalho e comunidade;
- 3) Na transmissão de informações sobre riscos para a saúde em situações de crise;
- 4) Na educação dos utentes com a finalidade de melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde;
- 5) Na formação dos técnicos de saúde;
- 6) Nas relações interprofissionais e na comunicação interna nas organizações de saúde;
- 7) Na qualidade do atendimento aos utentes por parte de funcionários e serviços.

Porque a temática da comunicação na relação entre técnicos e utentes no quadro da prestação de cuidados vai ser abordada na Parte II desta dissertação, importa explorar um pouco mais esta dimensão.

Na perspectiva de Teixeira (2004a) as principais limitações ao nível da comunicação técnico-utente podem dever-se a quatro aspectos. Primeiro, à transmissão da informação por parte dos técnicos, esta pode ser insuficiente, excessiva ou o tempo dispendido nesta tarefa ser pouco. Segundo, às atitudes dos técnicos e dos utentes em relação à comunicação, podendo estas ser negativas e desfavoráveis conduzindo irremediavelmente a problemas comunicacionais. Terceiro, à comunicação afectiva dos técnicos ser pautada pelo distanciamento afectivo, desinteresse pelas preocupações do utente e/ou pela incapacidade em representar uma fonte de suporte emocional para o utente. A quarta e última limitação identificada corresponde à baixa literacia que os utentes possuem sobre saúde, o que conduz a uma dificuldade de compreensão sobre o seu estado de saúde, sobre as necessidades de mudança comportamental, de adesão a planos de tratamento e/ou de autocuidados (Teixeira, 2004a).

De notar que todos os problemas ou limitações na comunicação em saúde, se concretizados, produzem consequências. Neste sentido, quando a comunicação na relação técnico-utente reflecte disfuncionalidade as consequências podem ser: a insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde; a presença de erros de avaliação decorrentes da não inclusão de queixas relacionadas com crises pessoais, dificuldades de adaptação ou presença de psicopatologia; comportamentos de adesão insatisfatórios; dificuldades no confronto e adaptação à doença; e procura inadequada de cuidados de saúde (Teixeira, 2004a).

Parece importante não terminar este ponto sem mencionar que, nos últimos 20 anos os sistemas de saúde têm atravessado grandes dificuldades, nomeadamente, ao nível do controlo de custos. Desta limitação decorre a urgência em racionalizar esses custos através, por exemplo, da avaliação dos desaproveitamentos do sistema (Ribeiro, 1998). Deste modo, pode-se dizer que a Terceira Revolução da Saúde trouxe, por um lado, uma permanente focalização nos objectivos/resultados e, por outro, a procura de uma maior qualidade na resposta aos serviços prestados. No entanto, fica a dúvida se, na ponderação do binómio custo-benefício na implementação destes serviços serão sempre contemplados todos os factores que permitem caracterizá-lo como um serviço humanizado...

Factores como estrutura hospitalar, os intervenientes na prestação de cuidados, a dimensão multifactorial do processo saúde-doença, a informação em saúde e comunicação em saúde podem, se combinados de forma harmoniosa, resultar num encontro intersubjectivo entre profissionais, utentes e diferentes tecnologias. Este encontro vai decerto resultar no enriquecimento da função cuidadora, do carácter indispensável da humanização e, na consolidação da ideia de que, atendendo a todos os factores identificados e intervindo proactivamente sobre eles, os custos com a saúde ou com a doença serão bem menores!

## **2.2. Áreas de intervenção psicológica no contexto hospitalar**

É sabido que o psicólogo ao desempenhar funções no contexto hospitalar integra equipas de saúde onde trabalha com os outros técnicos no sentido de prestar o melhor atendimento possível ao utente. Pode também direccionar a sua actuação para os técnicos de saúde ou para a própria organização de saúde (Ros, s.d.; Teixeira, 2004b; Trindade & Teixeira, 2002), agrupando no mesmo contexto uma actuação a diversos níveis.

Resumidamente, nas actividades com os técnicos, funcionários e voluntários de uma organização hospitalar, o psicólogo pode intervir ao nível da formação destes sobre os aspectos psicológicos associados à doença; e ao nível da prevenção de stress ocupacional (p.e., promover um ambiente de trabalho mais saudável, desenvolver métodos de avaliação e prevenção do stress ocupacional). Por sua vez, no que respeita à própria organização, o psicólogo pode intervir em questões relacionadas com a humanização e qualidade dos serviços, sendo importante, também, haver uma articulação com os centros de saúde para a continuidade dos cuidados e optimização dos recursos (Trindade & Teixeira, 2002).

Atendendo às diferentes solicitações a que o psicólogo se vê submetido no contexto hospitalar justifica-se que, sempre que possível, este optimize competências de trabalho em equipa, aprofunde conhecimentos sobre várias disciplinas (p.e., imunologia, saúde pública, endocrinologia, epidemiologia, patologia, metodologia de investigação, estatística) isto, permitir-lhe-á inserir-se nas respectivas equipas e superar potenciais barreiras disciplinares (Ribeiro, Araújo, Mesquita, Machado, Carreiro, & Cal, 2004; Ros, s.d.). Tal como outros profissionais de saúde, o psicólogo deve redefinir os seus limites no próprio espaço institucional devendo, ao mesmo tempo que se insere nas equipas, afirmar-se e interagir com os outros profissionais (Ribeiro, Araújo, Mesquita, Machado, Carreiro, & Cal, 2004).

De entre as inúmeras funções exercidas pelo psicólogo no contexto hospitalar, são documentadas as seguintes (Rodriguez-Marín, 2003, citado por Castro & Bornholdt, 2004):

- 1) Função de coordenação (relativa às actividades com os funcionários do hospital); função de ajuda à adaptação (o psicólogo intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado);
- 2) Função de interconsulta (actua como consultor, ajudando outros profissionais a lidar com o utente);
- 3) Função de enlace (intervenção, através do delineamento e execução de programas junto com outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes);
- 4) Função assistencial directa (actua directamente com o paciente);
- 5) Função de gestão de recursos humanos (para aperfeiçoar os serviços dos profissionais da organização).

A revisão da literatura sobre intervenção psicológica no contexto hospitalar permitiu ainda identificar um vasto número de actividades/situações ou áreas, podendo assumir-se este como um campo, pelo menos, potencialmente fértil. Se não vejamos, o psicólogo pode intervir:

- 1) Na avaliação, tratamento e reabilitação de problemáticas específicas (p.e., cardiovasculares, do sistema nervoso central, neuromusculares, gastrointestinais, respiratórios, dermatológicos, renais, oftalmológicos, endócrinos, imunitários, ginecológicos e sexuais, alimentares, da linguagem, da fala e voz, do sono, dependências, dor crónica e oncológicos, entre outros) (Belar, 2000; Trindade & Teixeira, 2002; Godoy, 1999, citado por Ros, s.d.);
- 2) Na análise e melhoria do sistema de saúde (p.e., potenciação da actuação de outros profissionais de saúde, preparação de pacientes para a hospitalização/intervenções de

saúde, melhoria das relações profissional-doente, educação do doente para uma correcta utilização do sistema de saúde) (Trindade & Teixeira, 2002; Godoy, 1999, citado por Ros, s.d.);

3) Em outras áreas, fundamentalmente dirigidas à formação de profissionais e tarefas de gestão (Trindade & Teixeira, 2002; Godoy, 1999, citado por Ros, s.d.);

4) Na avaliação de pacientes candidatos a diferentes procedimentos cirúrgicos (Belar, 2000; Aguiar, Medina, Besnosik, Vasconcelos, & Barreto, 2004; Belar, 2000);

5) No atendimento psicoeducacional (Aguiar, Medina, Besnosik, Vasconcelos, & Barreto, 2004);

6) No trabalho com grupos para modificação de comportamentos de risco (Belar, 2000; Aguiar, Medina, Besnosik, Vasconcelos, & Barreto, 2004);

7) Na avaliação neuropsicológica para diagnóstico e proposta de intervenção (Aguiar, Medina, Besnosik, Vasconcelos, & Barreto, 2004);

8) Na actuação multidisciplinar (Aguiar, Medina, Besnosik, Vasconcelos, & Barreto, 2004);

9) No auxílio na reabilitação de utentes com deficiências físicas (Aguiar, Medina, Besnosik, Vasconcelos, & Barreto, 2004);

10) Nas intervenções direccionadas para o controlo de sintomas (p.e., pacientes submetidos a quimioterapia) (Aguiar, Medina, Besnosik, Vasconcelos, & Barreto, 2004);

11) No atendimento em psicologia pediátrica (Aguiar, Medina, Besnosik, Vasconcelos, & Barreto, 2004);

12) Na intervenção na saúde do trabalhador (Aguiar, Medina, Besnosik, Vasconcelos, & Barreto, 2004);

13) Nos processos de confronto com a doença e a hospitalização (p.e., confronto com o diagnóstico, confronto com o momento de crise pessoal que a doença representa) (Joyce-Moniz & Barros, 2005; Ribeiro & Leal, 1997; Rodriguez-Marín, 2003, citado por Castro & Bornholdt, 2004; Trindade & Teixeira, 2002);

14) No confronto com procedimentos médicos de diagnóstico e de tratamento (p.e., *stress* associado à cirurgia, endoscopia digestiva, quimioterapia) (Belar, 2000; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Ribeiro & Leal, 1997; Rodriguez-Marín, 2003, citado por Castro & Bornholdt, 2004; Trindade & Teixeira, 2002);

15) Na adesão medicamentosa e/ou comportamental (p.e., adesão a mudanças de comportamentos, desenvolvimento de auto-cuidados) (Belar, 2000; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Ribeiro & Leal, 1997; Rodriguez-Marín, 2003, citado por Castro & Bornholdt, 2004; Trindade & Teixeira, 2002);

16) No auxílio na procura de cuidados e utilização dos serviços (p.e., sensibilização para os factores psicológicos associados à utilização dos serviços por parte dos utentes) (Joyce-Moniz & Barros, 2005; Ribeiro & Leal, 1997; Rodriguez-Marín, 2003, citado por Castro & Bornholdt, 2004; Trindade & Teixeira, 2002);

17) Na avaliação de quadros psicopatológicos associados ou não à doença física (p.e., quadros depressivos, demenciais) (Belar, 2000; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Ribeiro & Leal, 1997; Rodriguez-Marín, 2003, citado por Castro & Bornholdt, 2004; Trindade & Teixeira, 2002);

18) Na promoção da qualidade de vida na doença (p.e., desenvolvimento de estratégias que promovam a qualidade de vida, contribuição para que este constructo seja integrado nas decisões médicas de tratamento e reabilitação) (Joyce-Moniz & Barros, 2005; Ribeiro & Leal, 1997; Rodriguez-Marín, 2003, citado por Castro & Bornholdt, 2004; Trindade & Teixeira, 2002);

19) No auxílio nos cuidados hospitalares a minorias sociais (p.e., compreensão psicológica dos comportamentos dos utentes em função dos contextos sociais e culturais de proveniência) (Joyce-Moniz & Barros, 2005; Ribeiro & Leal, 1997; Rodriguez-Marín, 2003, citado por Castro & Bornholdt, 2004; Trindade & Teixeira, 2002);

20) Na actuação como consultor, ajudando outros profissionais a lidar com o paciente (Joyce-Moniz & Barros, 2005; Ribeiro & Leal, 1997; Rodriguez-Marín, 2003, citado por Castro & Bornholdt, 2004; Trindade & Teixeira, 2002);

21) Na construção, execução e avaliação de programas em colaboração com outros profissionais para modificar de comportamentos desadaptativos nos utentes e para situações de baixa adesão ao tratamento proposto pela equipa de saúde (Aguar, Medina, Besnosik, Vasconcelos, & Barreto, 2004; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Ribeiro & Leal, 1997; Rodriguez-Marín, 2003, citado por Castro & Bornholdt, 2004; Trindade & Teixeira, 2002).

Como já foi mencionado, o objectivo da intervenção psicológica no contexto hospitalar é o maior benefício possível para o utente, este só parece concretizável se a situação problemática do utente for analisada numa perspectiva biopsicossocial, tendo como auxiliares diferentes dispositivos de avaliação e intervenção clínica (Rosa, Romaro, Felice, Pereira, Batista, Lundberg e colaboradores, 2001). Mais ainda, antes de qualquer actuação, e tendo em conta a relevância que os factores psicológicos podem assumir no aparecimento e desenvolvimento de doenças físicas (McIntyre, 1994;

Ribeiro, 2005), Schwartz (1982, citado por Ribeiro, 2005) menciona que é de suma importância realizar uma correcta avaliação do utente, devendo esta contemplar diferentes dimensões do indivíduo, a biológica, a psicológica e a social (Leal, 2006; Ribeiro, 2005). Por outras palavras o autor refere que:

... avaliando as pessoas biopsicossocialmente é possível a) desenhar terapias individuais mais efectivas, b) considerar as doenças não de modo isolado, mas em interacção e, consequentemente, fazer recomendações que se podem aplicar a dois ou mais problemas simultaneamente, e c) olhar para as interacções entre os tratamentos nas diversas modalidades, que possam ter efeitos sinérgicos ou aditivos. (Schwartz, 1982, citado por Ribeiro, 2005, p. 66)

Num contexto tão médico como é o hospitalar, o modelo biopsicossocial permite a integração e colaboração harmoniosa entre médico e psicólogo (Pereira, 1996), procurando que estes trabalhem lado a lado e sejam ambos responsáveis pela contextualização do problema do utente, quer ao nível das questões psicossociais quer na forma como este pode lidar com o problema (p.e., mudanças de estilo de vida, problemas de adesão ao regime médico, impacto da doença no doente e na sua família). Nesta colaboração interdisciplinar, o psicólogo desempenha um papel fundamental na tradução do problema apresentado pelo utente, normalmente descrito em linguagem médica, num problema biopsicossocial sem que o utente se sinta abandonado ou desvalorizado.

Importa ainda fazer algumas diferenciações relativamente ao *setting* terapêutico, ao tipo de abordagem que é feita ao doente e à tipologia das intervenções esperadas no contexto hospitalar.

Uma das primeiras diferenças a registar no ambiente hospitalar reside no espaço físico, este é de acordo com Ribeiro (2005) nas enfermarias, junto à cabeceira do utente internado. Esta intervenção, numa primeira análise, parece bastante limitada se considerarmos que numa mesma enfermaria podem estar vários utentes acamados. Então, autores como Vegni, Mauri, Foa, e Moa (2006) oferecem alternativas dizendo

que a intervenção psicológica no contexto hospitalar pode ser realizada também no serviço de Psicologia ou nas salas de visitas, isto se a privacidade do utente for garantida.

A segunda grande diferença remete-nos para a forma como o psicólogo se dirige ao utente. É sabido que, na perspectiva da Psicologia Clínica, a abordagem é tradicionalmente, “o que o traz por cá?” (Ribeiro, 2005), no entanto, na óptica da Psicologia da Saúde, a abordagem ao utente no ambiente hospitalar e, particularmente no internamento, requer alguma ponderação, visto que a questão acima colocada não se enquadra no contexto, e muito menos nos dá alguma informação acerca do utente. Para além disso, é óbvio que o utente se encontra naquele ambiente porque o seu corpo padece fisicamente, logo à partida a questão, além de invasiva é completamente despropositada. Curiosamente observam-se situações em que, quem formula esta questão é o utente internado à pessoa do psicólogo, o que nos sugere alguma indefinição quanto ao papel do psicólogo naquele ambiente.

Por fim, a terceira diferença reside na tipologia das intervenções, estas habitualmente breves, já que o tempo que o psicólogo está com o utente em cada sessão, a frequência e o número de sessões é diferente dos parâmetros tradicionais. Na maioria dos casos, o doente tem que abandonar o hospital e a sua própria disponibilidade para regressar à instituição, os espaços e tempos para os atendimentos que a instituição disponibiliza, por razões económicas, justificam que estas intervenções sejam mais breves do que é tradicional em Psicologia Clínica. Estas intervenções têm uma duração curta, visto que o psicólogo dispõe de pouco tempo para intervir, não só pelo tempo que está à “cabeceira do doente” como, também, pelo número de vezes que está com ele (Ribeiro, 2005).

Sabendo que o utente quando se dirige ao sistema de cuidados de saúde, não o faz devido a aspectos de natureza psicológica, mas, para pedir ajuda para o mal-estar, causado pela presumível doença física (Ribeiro, 2005), e considerando a legitimidade

prática e científica dos conteúdos apresentados, ou seja, das actividades, áreas ou tarefas identificadas, da pertinência do trabalho em equipa, da importância em otimizar competências levantam-se duas grandes questões: 1) porque motivo, tantas vezes, o próprio psicólogo não tem consciência de quais são realmente as suas tarefas e/ou papéis dentro da instituição hospitalar? e, do mesmo modo, 2) porque motivo o hospital também parece ter dúvidas quanto ao que pode esperar do profissional? (Chiattonne, 2000, citado por Castro & Bornholdt, 2004).

É neste quadro de dúvidas e de interrogações que pretendemos, por um lado, basear o nosso estudo e, por outro, avançar com potenciais respostas.

### **2.3. Quando o corpo adocece e o internamento é uma realidade**

A doença orgânica, enquanto situação de ameaça a um estado de equilíbrio (saúde), é caracterizada por Heleno e Santos (2004) como um momento de crise na vida do indivíduo. Este momento, pode representar um catalisador de mudança, isto significa que o indivíduo se encontra mais receptivo à reestruturação de determinados processos psicológicos. Por ser um momento de desequilíbrio físico, psíquico, individual e social o indivíduo, tendencialmente, procura alternativas mais ou menos eficientes consoante os recursos individuais e sociais de que dispõe, para restabelecer o tão ambicionado estado de equilíbrio (Heleno & Santos, 2004; Rosa, 1999). Basta que para isso, se proporcione a oportunidade para uma intervenção psicológica, normalmente breve, e que esta tenha um efeito pretendido, ou seja a adaptação a uma nova realidade (Heleno & Santos, 2004; Parry, Roth, & Kerr, 2005/2007).

Quando se faz referência ao papel da saúde mental num hospital geral, verifica-se que ao longo dos tempos se efectivaram algumas mudanças, particularmente, ao nível da importância que é dada à equipa, em detrimento do técnico, ao nível da

categorização, interação e equilíbrio dos factores envolvidos na problemática saúde-doença e, ao nível da escolha dos meios de intervenção mais eficazes (Cordeiro, 2002).

A notícia de um internamento hospitalar é a confirmação de que existe uma ameaça à saúde do indivíduo, e de que há necessidade de tratamentos especializados. Para além disso, a hospitalização significa o afastamento do lar, a perda de controlo sobre as actividades quotidianas, a perda de privacidade, a diminuição de apoio social e a dependência de terceiros (Bennett, 2000/2002). Um testemunho dado na terceira pessoa categoriza a aceitação da hospitalização da seguinte forma: "... aceitar a hospitalização é expor-se a olhares incontrolados sobre nós, submeter-se a uma gíria, a um ritmo, à intrusão dos outros. É humilhante!" (Hennezel, 2000, p. 115). Este testemunho caracteriza por si só a experiência do internamento parecendo dispensar de algumas notas bibliográficas.

O internamento representa em primeira instância uma situação de mudança, sendo que a primeira mudança é o ambiente físico, depois são introduzidas rotinas que para o paciente podem ser muito dolorosas: invasão constante da intimidade, privacidade, a diminuição dos contactos sociais, diferentes horas de alimentação e sono, sentimentos de estranheza em relação ao espaço físico (Antunes & Ribeiro, 2000; Cabete, 2001; Rosa, 1999; Teixeira, 1993). Toda esta vivência dolorosa quando não é acompanhada, ou quando não são introduzidas estratégias de adaptação individuais, pode levar o utente a assumir um nível de descontrolo emocional que o leva a rejeitar qualquer tratamento apresentado e, por vezes, comportamentos agressivos ou de isolamento (Antunes & Ribeiro, 2000).

Nas palavras de Bennett (2000/2002) entrar no sistema hospitalar pode representar um processo de socialização. O indivíduo assume o papel de utente, submetendo-se a instruções e cooperando (Bennett, 2000/2002). Uma vez que a instituição hospitalar tem as suas próprias regras, é esta que define a rotina diária do doente e controla os aspectos

da sua vida enquanto este ali permanecer (p.e., horário da higiene diária, refeições, período de visitas) (Rosa, 1999).

A conotação negativa que normalmente está associada ao hospital parece dever-se, segundo Taylor (1979, citado por Rosa, 1999), à forma como o utente é cuidado por parte dos técnicos de saúde. Começando pelo facto deste ser identificado muitas vezes em função da sua doença e não enquanto pessoa e, terminando no nível insuficiente de informação que, habitualmente, é fornecido ao utente (Taylor, 1979, citado por Rosa, 1999), isto parece não estar a resultar no caminho mais indicado para a aquisição de integridade na atenção à saúde e para a recuperação da dimensão cuidadora no interior dos hospitais (Feuerwerker & Cecílio, 2007).

### 2.3.1. Implicações psicológicas do internamento

A existência de problemas psicológicos decorrentes da doença física e da hospitalização parecem não ser uma temática nova na área da Psicologia. Já na década de 60, Janis e Leventhal (1965) referiam: “There has been a growing effort in recent years to deal with the various psychological problems arising from physical illness and hospitalization.” (p. 1360). Então, neste enquadramento importa reflectir um pouco sobre a experiência do internamento ou da hospitalização, sendo que para muitos, é uma experiência complexa, stressante, e por vezes traumática.

Como já foi mencionado, o internamento ou a hospitalização é caracterizada como um acontecimento de vida stressante que desencadeia inevitavelmente uma reacção psicológica (Bennett, 2000/2002; Rosa, 1999). Verifica-se que, perante um sentimento de perda de controlo ou de liberdade o utente desenvolve esforços (p.e., estratégias de *coping*) que vão permitir restabelecer esse controlo. Neste enquadramento Taylor (1979, citado por Rosa, 1999) caracteriza duas formas diferentes de reagir à hospitalização

uma, que representa um padrão de reactividade (corresponde ao perfil do mau doente), e outra que corresponde a um padrão de adesão (corresponde ao perfil do bom doente).

À semelhança do autor anterior, outros autores categorizam os pacientes internados. Deste modo, são reconhecidos na literatura os bons pacientes ou *good patient*, os maus pacientes ou *bad patient* (Bennett, 2000/2002; Raps, Peterson, Jonas, & Seligman, 1982; Rosa, 1999) e também os pacientes médios (Bennett, 2000/2002). Os bons pacientes são aqueles que têm problemas de saúde pouco graves, não apresentam queixas, são passivos e submissos e despendem pouco tempo aos técnicos de saúde (Bennett, 2000/2002; Raps, Peterson, Jonas, & Seligman, 1982; Rosa, 1999). Por outro lado, os maus pacientes são aqueles que se encontram gravemente doentes e se queixam, e os que apesar de não estarem gravemente doentes se queixam de igual modo, apresentam altos níveis de irritabilidade, desconfiança e são demasiado críticos e exigentes (Bennett, 2000/2002; Raps, Peterson, Jonas, & Seligman, 1982). Por último, os pacientes médios corresponde àqueles que podiam ser categorizados como bons pacientes, no entanto, expressam pequenas queixas (Bennett, 2000/2002).

Estas definições podem ter implicações ao nível da prestação de cuidados que é dada ao utente. Se não vejamos, as reacções agressivas ou adversas por parte do utente, as reacções demasiado condescendentes ou de evitamento e os rótulos negativos podem conduzir à administração de medicação inadequada, podendo isto ter implicações ao nível do prognóstico de alta ou resultar numa alta disciplinar, ou ainda, resultar no desinvestimento por parte dos técnicos. Contudo, estas manifestações podem também ocultar reacções psicológicas importantes tais como: quadros de ansiedade, quadros depressivos, personalidades com um carácter dependente ou manipulador, défices cognitivos, entre outros (Bennett, 2000/2002; Rosa, 1999).

De acordo com a tipologia de doentes identificada no parágrafo anterior, Rosa (1999) menciona que o bom doente demonstra níveis mais elevados de ansiedade, sentimentos

de desamparo, podendo este resultar no desânimo aprendido, e variando o seu estado de humor entre dois pólos, a ansiedade e a depressão.

O que foi dito concretiza a importância das reacções psicológicas, bem como dos vários tipos de personalidade definidos pela literatura (assunto que não vai ser abordado nesta dissertação) na situação de internamento e na recuperação do estado de saúde física do utente. Apenas a título de exemplo, verifica-se que o estado de raiva e zanga característico do mau doente pode exercer influência no seu estado de saúde física, nomeadamente, ao nível da tensão arterial. Mais ainda, o padrão de personalidade tipo A, caracterizado pela competitividade, raiva e hostilidade, tem sido relacionado com a incidência de doenças cardiovasculares (Rosa, 1999).

Verifica-se ainda que o aumento do tempo de hospitalização pode produzir no utente sintomas depressivos, relacionados com a ineficácia do tratamento ou a falta de resposta do corpo aos tratamentos. Para além disto, a sintomatologia depressiva pode traduzir-se na percepção de abandono/desamparo e diminuir a percepção de auto-eficácia. Pode de igual modo, aumentar a vulnerabilidade à identificação de défices cognitivos e diminuir no paciente a sua capacidade de resolução de problemas (Peterson & Raps, 1984; Raps, Peterson, Jonas, & Seligman, 1982).

Resumidamente, a hospitalização deixa-se denunciar como uma experiência significativa e/ou assustadora qualquer que seja a idade. Esta experiência toma forma com a sensação de ameaça à vida, seguindo-se a total perda de controlo e podendo levar a sentimentos de isolamento, depressão e ansiedade, entre outros, podendo isto ser um factor relevante na evolução da doença física (Cabete, 2001; Rosa, 1999; Teixeira, 1991).

O que foi referido em pequena escala, mostra a importância da intervenção da Psicologia em contexto de internamento, primeiro, como ferramenta útil de intervenção com os pacientes internados, e depois como mediador no relacionamento técnico-utente.

## **2.4. Do serviço à unidade hospitalar de infecciologia**

O serviço hospitalar constitui uma unidade de produção de cuidados primordialmente médicos, integrando profissionais, saberes, tecnologias e infra-estruturas materiais (Carapinheiro, 2005).

Quando se fala em unidade ou serviço de infecciologia verificam-se algumas diferenças segundo Nunes, Natário, Morgado, Pereira, Oliveira, Antunes e colaboradores (2001). Uma unidade está integrada num serviço de medicina interna inclui um ambulatório da especialidade, o mínimo de 10 camas e 3 infecciologistas. Por sua vez, um serviço de infecciologia tem instalações e secretariado próprio, a dimensão mínima de 10 camas, 7 infecciologistas e para além do sector de internamento deverá dispor de um sector de ambulatório constituído pela consulta externa e hospital de dia. De acordo com estas definições, pode parecer que a denominação usada de, unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU se encontra errada, no entanto, é a denominação usada no regulamento interno desta instituição. Postas de parte as denominações mais ou menos correctas, o que é fundamental saber é que, quer estejamos a falar de uma unidade ou de um serviço de internamento, importa atender em primeiro lugar à especialidade de doenças que integram este espaço.

### **2.4.1. Doenças infecciosas: delimitação de um conceito**

De entre os vários grupos de doenças existentes, importa dar especial destaque ao grupo das doenças infecciosas, sendo que este é o grupo de doenças prevalentes no contexto deste estudo. Este grupo de doenças é causado por microorganismos patogénicos, tais como bactérias, vírus, parasitas ou fungos. As doenças podem ser disseminadas, directa ou indirectamente, de uma pessoa para outra e, no caso das

Zoonoses, que são doenças infecciosas dos animais, estas também podem causar doença quando transmitidas ao homem (Madoff & Kasper, 1958/2006; World Health Organization, 2009).

Quando se fala nas principais causas de morte, as doenças infecciosas ocupam um lugar de destaque no *ranking* mundial. Sande (2001/2004) refere que a década de 90 trouxe consigo o despertar de novas e reemergentes doenças infecciosas, acabando mesmo por serem “reconhecidas como um problema maior de saúde em todo o mundo” (p. 21).

As doenças infecciosas emergentes distribuem-se por 3 categorias. A primeira, corresponde a um grupo de doenças que anteriormente não ocorriam em humanos (p.e., Severe Acute Respiratory Syndrome – SARS), a segunda categoria corresponde a doenças que já existiam, no entanto, afectavam apenas um pequeno número de pessoas geograficamente localizadas (p.e., infecção pelo vírus do VIH) e, por fim, a terceira categoria refere-se a doenças com prevalência ao longo da história, no entanto apenas, recentemente, foram reconhecidas como doenças infecciosas (p.e., doença de Lyme) (Playe & Esterhay, 2007).

Actualmente, a infecção pelo vírus do VIH, as doenças diarreicas da infância, a pneumonia, a malária e a tuberculose surgem como uma das principais causas de morte, revelando-se a tecnologia desenvolvida até então (p.e., terapia anti-retroviral) ainda insuficiente no controlo destas doenças (Sande, 2001/2004).

Doenças infecciosas como a varíola aparentemente erradicada por meio de vacinação, a cólera e a difteria, que reapareceram na década de 90, são exemplos que comprovam a fragilidade em controlar o aparecimento e a incidência destas doenças (Sande, 2001/2004). Daí ser fundamental implementar medidas de saúde pública e sensibilizar a população para os riscos reais que representam as doenças infecciosas emergentes. Note-se que, em Portugal, não se regista nenhum caso de poliomielite

desde 1987 e de difteria desde 1992, no entanto, doenças como tosse convulsa, tétano, rubéola e sarampo revelam alguma incidência, a hepatite B (VHB) e C (VHC) também revelam uma prevalência preocupante nomeadamente a VHC, e particularmente, a tuberculose tem mantido uma incidência elevada sobretudo na população jovem-adulta e em infectados pelo VIH/SIDA sobretudo toxicodependentes.

Tendo como ponto de partida alguns estudos, observa-se um estudo prospectivo do Global Burden of Disease que, em 1997, identifica a infecção por VIH e a tuberculose como uma das principais causas de incapacidade previstas para os 25 anos seguintes (Teixeira & Correia, 2002). Quando se reflecte sobre estas doenças, encontram-se em todas elas denominadores comuns como: comportamentos e estilos de vida individuais, influências sociais, comunitárias, culturais e ambientais, condições de vida e de trabalho. Em quase todas estas situações a Psicologia tem um papel ou pode ter um papel importante na potenciação de variáveis psicológicas para uma prevenção primária, ou para a mudança de comportamentos de pessoas que já se encontram doentes (Teixeira & Correia, 2002).

Procurando dar algum destaque ao VIH/SIDA, estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam a existência de 40 milhões de pessoas infectadas em todo o mundo, tendo 25 milhões já morrido em consequência da infecção. Curiosamente, “Mais de 95% de todas as pessoas infectadas pelo HIV vivem em países em desenvolvimento...” (Rachid & Schechter, 2007, p. 5). Verifica-se também que:

Portugal é o País da União Europeia com maior incidência de casos de SIDA, facto que deve ser considerado no planeamento dos serviços, dadas as implicações profundas nas características da actividade dos Serviços Hospitalares, em geral, e os Serviços de Infecciologia, em particular. (Nunes e colaboradores, 2001, p. 10)

Adicionando estes valores ao facto da infecção pelo vírus do VIH ser a patologia com maior incidência no contexto em que esta dissertação foi realizada (94,97% dos doentes), torna-se fundamental fazer uma breve referência a ela, bem como à presença

de algumas co-morbilidades associadas como, tuberculose (TB), toxicodependência e hepatites (Castro, comunicação pessoal, 2009).

#### 2.4.1.1. VIH/SIDA

Em termos gerais, a notícia de um diagnóstico de doença é percebida pelo doente como uma ameaça, no entanto, este reage emocionalmente avaliando o perigo potencial que o diagnóstico encerra e desenvolve estratégias de *coping* de forma a reduzir esta percepção de ameaça (Bennett, 2000/2002). Este processo reactivo é tão funcional quanto necessário, no entanto, não é possível afirmar que no caso específico da infecção por VIH/SIDA este processo seja tão linear.

O Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é caracterizado por “... um estado de falência do sistema imunológico causado pela infecção dos linfócitos-T pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) ...” (Teixeira, 1993, p.76). Os indivíduos infectados pelo VIH tornam-se vulneráveis a três tipos de complicações: infecções oportunistas, tumores e encefalopatias-VIH (Teixeira, 1993).

Os mecanismos de transmissão do VIH, segundo Lewi, Junior, Filho e Diaz (2004) parecem estar claramente definidos, ainda que possam ser questionados, atribuindo-se 60% dos casos à transmissão por via sexual (heterossexual ou homossexual), 30% dos casos à transmissão por via sanguínea, e 3% a 5% dos casos à transmissão por via perinatal. Atendendo apenas à infecção através do sangue, verifica-se que um número significativo de casos de infecção (80%) recai sobre a população de indivíduos com histórico de toxicodependência, daí ser também importante uma breve abordagem a esta problemática. Note-se ainda que o risco de infecção por parte de um profissional de saúde é pouco significativo, mas real, representando 0,25% dos casos em que existe

exposição acidental ao vírus envolvendo materiais perfuro-cortantes (Barros, 2007; Lewi, Junior, Filho, & Diaz, 2004).

A infecção por VIH pode ser diferenciada em 3 fases pelas quais o indivíduo passa, desde a penetração do vírus no organismo até à instalação da doença, propriamente dita. Segundo a OMS (1993, citada por Guerra, 1998) existe a fase de portador assintomático ou seropositivo, a fase de doente com Aids Related Complex (ARC) e a fase de doente com Sida. Outros autores identificam a fase aguda, a fase assintomática e a fase sintomática (Rachid & Schechter, 2007). Seja qual for a fase em que o indivíduo se encontre, o que parece importante quando se fala em cuidados de saúde a estes doentes, é procurar atender às suas necessidades, quer elas sejam de natureza biológica, psicológica, social ou profissional.

Kübler-Ross (1992, citado por Grilo, 2001, p. 113) desenvolveu trabalhos com doentes infectados pelo VIH/SIDA e identificou uma sequência de cinco fases onde “... as significações dos pacientes conhecedores da gravidade da sua doença se podem situar.”: a negação, a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação. Sarwer e Crawford (1994) confirmaram a presença do mesmo número de fases na adaptação ao diagnóstico de VIH/SIDA, contudo, nem todos os indivíduos infectados percorrem estas fases, ou mesmo, atingem o nível da aceitação.

A literatura pesquisada apresenta o VIH/SIDA como uma infecção de enorme impacto psicológico e psicossocial no indivíduo (Guerra, 1998; Grilo, 2001; Remor, 1999; Teixeira, 1993) Esta conclusão está associada, entre outras coisas, ao estigma social da doença e ao facto da presença deste vírus pôr em causa certos padrões de comportamento, à sua incurabilidade, à inexistência de vacina e ao impacto do diagnóstico para o próprio e para outros significativos (Teixeira, 1993).

São documentadas, na literatura, perturbações de natureza psiquiátrica e psicológica decorrentes da infecção por VIH, tais como, perturbações de humor, perturbações de

personalidade e esquizofrenia (Louro, 1997). Remor (1999) documenta algumas alterações emocionais e neuropsicológicas como: choque, medo, ansiedade, depressão, raiva, frustração, culpa, problemas obsessivos, temores/medos (p.e., infectar outros, reinfectar-se, a evolução da doença), suicídio, perturbações neurológicas (p.e., demência). Outros autores vêm acrescentar a ocorrência de manifestações psiquiátricas, como a depressão, episódios maníacos e quadros psicóticos (Dubé, Benton, Cruess, & Evans, 2005).

O conhecimento teórico e a prática clínica em Psicologia têm vindo a mostrar que nem todos os indivíduos expostos ao VIH se tornam seropositivos, isto pode sugerir a presença de factores psicológicos que influenciem a susceptibilidade individual do vírus. Do mesmo modo, o tempo de evolução entre a infecção por VIH e a fase SIDA é variável, o que, mais uma vez, pode sugerir a presença de factores psicológicos que desempenhem um papel importante na replicação do vírus e no tempo de evolução até à doença (Ogden, 1999).

#### 2.4.1.2. VIH/SIDA e a tuberculose

Uma das infecções oportunistas mais frequentemente associada à infecção por VIH é a tuberculose (TB) (Oliveira, 2003b). A TB é uma doença infecciosa causada por um microorganismo denominado Bacilo de Koch (BK) e que se transmite pelas vias respiratórias superiores. Actualmente, é um grave problema de saúde pública, que se tem vindo a alastrar com a progressão do VIH e com a ineficácia dos anti-bacilares (Antunes & Ribeiro, 2000; Bergel & Gouveia, 2005). O risco de uma pessoa infectada pelo *microbacterium tuberculosis* vir a manifestar a doença, depende da depressão imunológica. Ou seja, apesar de a TB ser uma doença curável, o seu tratamento no contexto da infecção por VIH pode estar limitado por razões como: maior incidência de interacções medicamentosas e efeitos adversos entre os anti-bacilares e os alguns anti-

retrovirais; maior frequência de estirpes de BK portadoras de resistência aos antibióticos; maior taxa de abandonos da terapêutica.

A TB representa maior incidência em indivíduos portadores de VIH/SIDA, em sem-abrigo e toxicod dependentes contudo, é em indivíduos portadores de VIH/SIDA que a disseminação da TB é comum, atingindo zonas internas, tais como, cérebro, pericárdio e outros locais extrapulmonares, sendo que, os pulmões são o órgão normalmente mais afectado (Brahmer & Sande, 2001/2004; Oliveira, 2007).

Algumas perturbações físicas, como a infecção por VIH, e psicológicas, como a depressão, são fortes potenciadores da manifestação da Tuberculose. Mais ainda, o *stress* psicológico parece alterar a susceptibilidade aos agentes infecciosos, como o caso da Tuberculose (Antunes & Ribeiro, 2000).

Um outro factor importante que pode influenciar todo o processo de tratamento é, para além de todas as condicionantes do internamento já mencionadas, o facto da hospitalização em doentes com Tuberculose ser longa, o que pode acrescer problemáticas psicológicas como retraimento, inércia, isolamento e dificuldades de re-socialização (Teixeira, 1993). Deste modo, estão contemplados motivos mais do que necessários para pelo menos ponderar a pertinência da intervenção psicológica junto destes doentes.

#### 2.4.1.3. VIH/SIDA e as hepatites

As hepatites são provocadas por vírus que atacam, principalmente, o fígado e podem ser curadas após um episódio agudo ou evoluir para a cronicidade (Horta e Vale, 2007). O vírus da hepatite C (VHC) reflecte maior incidência em indivíduos infectados pelo VIH, e em toxicod dependentes, sendo caracterizada como uma causa crescente de

morbilidade e mortalidade nos primeiros (Oliveira, 2003a; Horta e Vale, 2007). Verifica-se que a co-infecção VHC/VIH é comum resultando, frequentemente, da partilha das vias de transmissão, por exemplo, seringas, prática comum entre a população toxicodependente (Oliveira, 2003a).

O tratamento para a hepatite quer esta seja aguda ou crónica, requer por parte do doente, cuidados adicionais que não devem ser descurados, tais como, vigilância médica, hábitos alimentares adequados, restrição no consumo de álcool, entre outros (Horta e Vale, 2007). Para além disso, verifica-se que o VHC afecta a evolução da infecção por VIH, podendo aumentar o risco de progressão para a fase SIDA, bem como, limitar a resposta ao tratamento anti-retroviral (Oliveira, 2003a). Então, poder-se-á dizer que, em algumas situações, o aumento da vulnerabilidade física nestes indivíduos, pode ter repercussões ao nível psicológico e social.

#### 2.4.1.4. VIH/SIDA e a toxicodependência

Relativamente à problemática da toxicodependência, importa considerar que a incidência do VIH/SIDA na população toxicodependente representa um problema real e que, actualmente, assume proporções preocupantes em Portugal. Tem-se assistido a um crescimento significativo de indivíduos portadores de VIH/SIDA e que contraíram a infecção através dos comportamentos de consumo (Bastos, 2005). Segundo Bastos (2005, p. 76) “... as doenças infecciosas resultantes do consumo de drogas por via endovenosa são um grave problema de saúde pública, sendo a utilização de drogas injectáveis a principal causa de transmissão dos vírus do SIDA.”.

Na génese desta problemática estão comportamentos de risco ou também denominados de apetites mórbidos, crenças desadaptativas, factores de natureza social e cultural, factores psicológicos, nomeadamente, associados ao desenvolvimento da

personalidade como as influências genéticas ou biológicas, a interacção pais-filho, a infância, a adolescência, a relação com outros familiares e com os pares (Esteves & Vieira-Coelho, 2007). Estes são apenas alguns exemplos de condicionantes que podem conduzir à manifestação do comportamento de consumo.

Verifica-se ainda que, em Portugal, os utilizadores de drogas por via endovenosa são os mais resistentes à mudança (Bastos, 2005), o que sugere uma intervenção ao nível da mudança de atitudes. Paralelamente, estes indivíduos também revelam baixa tolerância à frustração (Esteves & Vieira-Coelho, 2007), o que no caso de ter que cumprir uma terapêutica (p.e., para o VIH/SIDA) deixa denunciar à partida um mau prognóstico de adesão.

Resumidamente, porque na base da infecção por VIH estão, na sua maioria, determinadas atitudes, crenças e padrões de comportamento (p.e., partilha de seringas e outros materiais de injeção, comportamentos de risco sexual) desenvolvidos pelo indivíduo ao longo da sua vida e porque a Psicologia da Saúde estudou e teorizou modelos de compreensão e intervenção acerca desta problemática, parece importante não negligenciar a importância que pode ter intervenção da Psicologia nestas situações (Bastos, 2005; Negreiros, 2006b; Negreiros, 2006a; Negreiros & Magalhães, 2005; Ogden, 1999).

### **CAPÍTULO 3. PSICOLOGIA E A DETERMINAÇÃO DE NECESSIDADES NO CAMPO DA SAÚDE E DAS DOENÇAS**

#### **3.1. Determinação de necessidades: uma ferramenta útil ao serviço da optimização dos cuidados de saúde**

O conceito de necessidade sugere a presença de uma discrepância entre as condições existentes e as condições ideais (Magalhães & Borges-Andrade, 2001). A Psicologia, enquanto área científica e, particularmente, a Psicologia da Saúde utiliza a avaliação de necessidades como fase de um processo para uma intervenção eficaz, quer esta seja individual, social, dirigida a uma comunidade ou a uma organização (Paúl & Fonseca, 2001; Trindade, 2000).

A literatura pesquisada identifica várias nomenclaturas para além de avaliação de necessidades (Paúl & Fonseca, 2001; Trindade, 2000; WHO, 2000) como, determinação de necessidades (Kirkpatrick, 1977; Kirkpatrick, 1978), levantamento de necessidades (Cruz, 1998; Meignant, 1999), entre outras. Contudo, a expressão determinação de necessidades (DN) foi consensualmente escolhida para caracterizar este procedimento.

O termo DN procura designar um conjunto de operações (p.e., detecção, análise, descrição) com vista a actuar sobre carências, ou necessidades, problemáticas ou conflitos manifestos ou latentes de uma dada comunidade, sistema social, serviço ou indivíduo (Vidal, 1996).

A DN é uma ferramenta útil no planeamento e/ou construção de programas ou acções, representando um meio de resposta às necessidades de um serviço, organização ou comunidade (WHO, 2000). Esta ferramenta é utilizada em diferentes contextos, tais como organizacional, comunitário, educacional e da saúde. Ao nível da saúde, a OMS disponibilizou um documento em 2000 onde abordava a temática da DN na

problemática da toxicod dependência. A DN é identificada ao nível da prevenção de doenças e da mudança de comportamentos relacionado com a saúde. Referente a esta última área, Trindade (2000) menciona que o psicólogo tem aqui uma participação importante. Refere ainda que a DN demonstra ser mais útil e eficaz se pensada no plural, ou seja, se realizada num contexto de equipas de saúde (Trindade, 2000).

Considerando a DN em outros contextos é de saber que, esta pode envolver várias etapas ou níveis de análise que variam de acordo com a problemática a estudar (Cruz, 1999). A DN pode ser levada a cabo utilizando diferentes instrumentos como a entrevista (Murta & Tróccoli, 2007), o questionário, a observação, entre outros (Kirkpatrick, 1978).

A pesquisa sobre a DN em contextos de saúde e de doença revelou-se pouco produtiva, na medida em que, foram poucas as fontes encontradas, que fazem referência a este instrumento como um meio de investigação e intervenção em saúde física. Curiosamente, foram encontradas duas referências que, não fazendo alusão específica à DN em saúde e doença física, definem e operacionalizam a DN em saúde mental (Vidal, 1996; Hanson, Houde, McDowell, & Dixon, 2007). Na perspectiva de Vidal (1996), saúde mental significa, por exemplo, saúde, bem-estar, educação, justiça. Assim, segundo Bloom (s.d., citado por Vidal, 1996) a DN, em saúde mental, corresponde a uma tentativa de descrever e compreender as necessidades de saúde mental em determinada área geografia ou social, envolvendo diferentes passos: a administração de um ou mais instrumentos, o uso de um critério para conferir significação à informação definida, de forma a determinar as prioridades para a planificação de programas e o desenvolvimento de serviços. No final, esta operação deve permitir a obtenção de um plano/programa de saúde mental, a selecção e operacionalização de actividades específicas inseridas nesse programa e a avaliação dessas mesmas actividades.

Ainda que o que se pretende fazer numa fase mais avançada desta dissertação se afaste um pouco em termos de resultado final, não se objectivando a construção de

nenhum plano de intervenção, vão ser tidas em consideração todas as informações acima identificadas, de modo a determinar as necessidades de intervenção psicológica na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU.

A DN que vai procurar ser levada a cabo, é antes de mais o pensar em equipa sobre as necessidades de intervenção psicológica de um serviço de internamento específico. Por outras palavras, é utilizar a experiência dos intervenientes de um determinado contexto e identificar, descrever e procurar compreender, à luz das necessidades identificadas, quais as actividades ou estratégias que melhor suprimem essa necessidade.

Para uma adequada DN devem ser desenvolvidos instrumentos de acordo com a realidade que se pretende estudar, ou onde se pretende actuar (Magalhães & Borges-Andrade, 2001), dependendo a qualidade dos resultados do processo desencadeado para os obter (Meignant, 1999). Assim, para concretizar a investigação descrita na Parte II desta tese foi utilizada a entrevista, instrumento que será brevemente caracterizado no ponto seguinte.

### **3.2. Entrevista: um instrumento útil na determinação de necessidades**

Para levar a cabo a investigação descrita na Parte II deste estudo foi fundamental seleccionar a técnica que melhor procurasse representar os objectivos do mesmo. Então, de acordo com as especificidades deste estudo e porque o que se pretende é identificar, descrever, compreender discursos e vivências, foi seleccionada a entrevista como o método de recolha de dados (Martins & Theóphilo, 2007).

A entrevista representa uma técnica ou um método de pesquisa que permite recolher informações, dados e evidências, por meio de conversa ou de questões colocadas

directamente (Martins & Theóphilo, 2007; Ribeiro, 1999). Nas palavras de Ketele e Roegiers (1998/1999), a entrevista é:

... um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas seleccionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informações. (p. 22)

Alguns autores fazem referência à entrevista como uma técnica qualitativa por excelência (Alves-Mazzotti, 1998; Britten, 2005; Martins & Theóphilo, 2007) e comumente utilizada em contextos de saúde (Britten, 2005). Esta técnica pode ser diferenciada tendo em conta o grau de controlo que o entrevistador exerce sobre o diálogo (Alves-Mazzotti, 1998). Deste modo, a entrevista pode ser não estruturada ou livre, em que o entrevistador introduz o tema da pesquisa e sugere ao indivíduo que fale sobre ele, sem colocar questões que visem reorientar o diálogo (Alves-Mazzotti, 1998; Britten, 2005; Ketele & Roegiers, 1998/1999; Martins & Theóphilo, 2007). Este tipo de entrevista é frequentemente utilizado no início de uma investigação, cumprindo nestes casos uma função preparatória ou instrumental (Alves-Mazzotti, 1998; Ketele & Roegiers, 1998/1999). Também se pode falar em entrevista estruturada ou dirigida, quando o que se pretende é que o entrevistado responda objectivamente às questões colocadas e, por fim, a entrevista semi-dirigida ou semi-estruturada, onde as questões são orientadas para um tema específico e se reserva algum espaço de resposta ao entrevistado (Alves-Mazzotti, 1998; Britten, 2005; Ketele & Roegiers, 1998/1999; Lessard-Hébert, Goyete & Boutin, 1990/1994).

Para que uma entrevista qualitativa integre boas questões, estas devem, segundo Patton (s.d., citado por Britten, 2005) ser abertas, neutras, sensíveis e suficientemente claras para o entrevistado. As questões devem, de igual modo, ser colocadas ao entrevistado num contínuo de tópicos mais fáceis e acessíveis de responder para tópicos mais difíceis ou sensíveis. Quanto à tipologia das questões, estas podem ser baseadas no

comportamento/experiência, na opinião/valor, no sentimento, no conhecimento, na experiência sensorial ou na formação (Britten, 2005).

O uso da entrevista pode representar, por um lado, vantagens e, por outro, limitações. Tomando as palavras de Lessard-Hébert, Goyete e Boutin (1990/1994), podem constituir vantagens da entrevista, o facto de: ser uma forma de contrariar os enviesamentos próprios da observação participante; ser uma técnica fundamental quando se fala em recolher dados válidos acerca de crenças e opiniões dos indivíduos em estudo. Por outro lado, podem constituir limitações da entrevista: a falta de motivação do entrevistado para responder às questões; a incompreensão do significado das questões; o fornecimento de respostas falsas, determinadas por razões conscientes ou não; a incapacidade do entrevistado para responder adequadamente ao que é questionado, decorrente de défice de vocabulário ou de problemas psicológicos; a influência das opiniões pessoais do entrevistador sobre as respostas do entrevistado (Gil, 1999).

Apesar de todas as limitações identificadas, é sabido que a técnica da entrevista é a mais utilizada no âmbito das ciências sociais e humanas, de tal modo, que se considerou viável a utilização desta técnica para levar a cabo a investigação descrita e concretizada na Parte II deste estudo.

**PARTE II. QUANDO A PSICOLOGIA RESOLVE PENSAR NO HOSPITAL...**

---

## **CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO AO TEMA DA INVESTIGAÇÃO**

### **1.1. Apresentação do problema**

O tema da presente investigação surge no decorrer de 11 meses de estágio numa unidade de internamento direccionada para o tratamento de doenças infecciosas. Na referida unidade foi possível confirmar, em determinadas situações, alguma ineficácia no que respeita à intervenção psicológica junto dos utentes internados. Para além disso, a ausência de solicitação por parte dos restantes técnicos desta unidade no que dizia respeito à intervenção junto dos utentes levou ao surgimento questões como: será exequível a intervenção da Psicologia num contexto de internamento?; o que falta na actuação da Psicologia que optimize o trabalho com os utentes?; estará o psicólogo a trabalhar com todos os envolvidos na recuperação do utente?; estará a intervenção da Psicologia a contemplar as reais necessidades do utente?; serão apenas o psicólogo e o utente os conhecedores das necessidades deste último?

Partindo do pressuposto que a intervenção no âmbito dos sistemas de saúde passou a adoptar uma perspectiva biopsicossocial, pode-se então afirmar que a razão pela qual os profissionais de saúde existem vai para além da presença de doenças, ficando a dever-se, sobretudo, à existência de doentes. Neste sentido, contribuir para a melhoria do estado de saúde de cada um deles e, em última análise do bem-estar da população, deve ser o principal propósito destes profissionais. Isto só parece ser concretizável na sua totalidade se forem consideradas as reais necessidades de saúde, procurando sempre que possível envolver todos os participantes num determinado sistema de cuidados de saúde.

Considerando que a investigação e a inovação contribuem para a geração de conhecimentos e garantem uma atenção diferenciada à saúde então, conhecer o contexto de intervenção na pessoa dos principais intervenientes, ou seja, de quem frequenta e trabalha nos serviços de saúde, é o primeiro passo para se traçarem estratégias de acção

mais realistas, objectivas e conducentes com determinada realidade. Deste modo, atendendo aos conteúdos identificados a presente investigação tomou forma e, aos doentes internados numa unidade de doenças infecciosas, adicionaram-se necessidades específicas, que só são possíveis de ser identificadas e suprimidas se considerados todos os envolvidos no referido internamento.

É com estas premissas e considerando fundamental para a Psicologia a “... criação e implementação de dispositivos de melhoria contínua da qualidade da intervenção (...) em serviços de saúde...” (Teixeira, 2002, p. 169) que se procura dar um sentido a esta investigação.

## **1.2. Caracterização do contexto**

O HJU foi o local escolhido para realizar a presente investigação. Deste modo, é fundamental apresentar sucintamente a instituição, bem como algumas das suas especificidades.

De acordo com o constante no regulamento interno desta organização de saúde:

O HJU é uma pessoa colectiva de direito público, dotada de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, que integra o Sector Público Administrativo da rede de prestação de cuidados de saúde, de acordo com o estabelecido na alínea a) do n.º1 do artigo 2º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, e rege-se pelo Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto e demais legislação enquadradora, nomeadamente, a Lei de Bases da Saúde. (Conselho de Administração, 2005, p. 1)

Numa breve resenha histórica, é importante mencionar que o HJU foi mandado construir em 1884 pelo Governador Civil do Porto em parceria com a Câmara

Municipal e a Santa Casa da Misericórdia, com o objectivo de travar, prevenir e tratar uma epidemia de cólera que estava a aproximar-se de Portugal (Santos, 1984).

No período que decorreu entre os anos de 1899 e 1914 o hospital encerra e reabre várias vezes, sendo gerido por diferentes entidades. Segundo Santos (1984), a principal valência do HJU até ao ano de 1970 era o tratamento de doenças infecto-contagiosas, tomando como exemplo: Poliomielite, Meningites Meningocócitas, Meningite Cérebro – Espinhal Febres Tifóides, Salmonelose, Difteria, Sarampo, Sarna, Enterite, Hepatites, e Afecções Diarreicas. Ainda neste âmbito, Alves (2004) oferece especial atenção para o primeiro registo de infecção por VIH no HJU, mencionando que o primeiro doente registado no hospital data de 1985.

Actualmente, o HJU disponibiliza à comunidade diferentes serviços, sendo a sua principal missão:

... prestar cuidados de saúde diferenciados e globais no domínio das doenças infecciosas e pulmonares, em articulação com outras unidades do Serviço Nacional de Saúde (...) da rede de prestação de cuidados de saúde e com os serviços de saúde pública, na sua área geográfica de influência<sup>2</sup> (Conselho de Administração, 2005, p. 1)

O organograma do HJU (ver Figura 1), permite perceber que o hospital está estruturado por serviços. Dando especial interesse ao serviço de assistência clínica, este compreende vários outros serviços, nomeadamente, o de infecciologia e o de pneumologia. Cada um dos serviços ainda se subdivide em unidades. O serviço de infecciologia compreende a unidade de internamento e o Centro de Terapêutica

---

<sup>2</sup> A área geográfica de influência do HJU corresponde à Região Norte. De acordo com as necessidades das unidades que constituem a rede de hospitais e centros de saúde, a área geográfica de influência para infecciologia abrange os distritos de Bragança, Vila Real, Aveiro (concelhos do norte) e Porto [concelhos de Vila Nova de Gaia, Gondomar, Valongo, Paredes, Penafiel, Marco, Baião, Amarante e Porto (freguesias de Campanhã, Bonfim, Santo Ildefonso, Sé, Vitória, São Nicolau, Miragaia, Massarelos e Cedofeita)]. Por sua vez, a área geográfica de influência para pneumologia abarca os distritos de Aveiro (concelhos norte) e Porto [concelhos de Gondomar, Valongo e Porto (freguesias de Campanhã, Bonfim, Santo Ildefonso, Sé, Vitória, São Nicolau, Miragaia, Massarelos e Cedofeita)] (Conselho de Administração, 2005).

Combinada (CTC)<sup>3</sup>, e o serviço de pneumologia compreende a unidade de internamento, a unidade de tuberculose, a unidade de exploração funcional respiratória, a unidade de broncologia e a unidade de cinesiterapia (fisioterapia respiratória) respiratória (Conselho de Administração, 2005).

Ainda integrada nos serviços de assistência clínica, está a unidade de Psiquiatria e Psicologia Clínica (ver Figura 1). De acordo com a prática desenvolvida no contexto do HJU pode perceber-se que, naquele hospital o Serviço, no que respeita à intervenção da Psicologia está circunscrito a 3 espaços: à consulta externa, aos internamentos de infecciologia e pneumologia e ao CTC (Mateus, 2008). Contudo, verifica-se que nas unidades de internamento e, especificamente, na unidade de infecciologia, alvo deste estudo, a intervenção da Psicologia carece de maior definição, organização conceptual e prática, através da determinação de áreas de actuação psicológica relevantes.

---

<sup>3</sup> O CTC disponibiliza à comunidade portadora de VIH/SIDA, com histórico de toxicod dependência e a realizar terapêutica anti-bacilar (tuberculose), um mesmo espaço de tratamento. Os utentes integram um programa de tratamento (TOD ou TOD-R), têm no mesmo espaço, acesso à terapêutica anti-retrovírica, à terapêutica anti-bacilar e à terapêutica de substituição através da metadona. Para além disso, ou utentes também podem ter acesso a serviços como Psicologia, Psiquiatria, Serviço social, entre outros. (Faria, 2005; Mateus, 2008). Um dos vastos objectivos deste centro é contribuir para a reintegração social do indivíduo com histórico de consumo de substâncias, infectado pelo vírus do VIH/SIDA e/ou a realizar tratamento para a tuberculose. O facto de, num mesmo espaço, estarem disponíveis diferentes serviços de apoio, parece contribuir para uma maior adesão e eficácia das terapêuticas (Mateus, 2008).

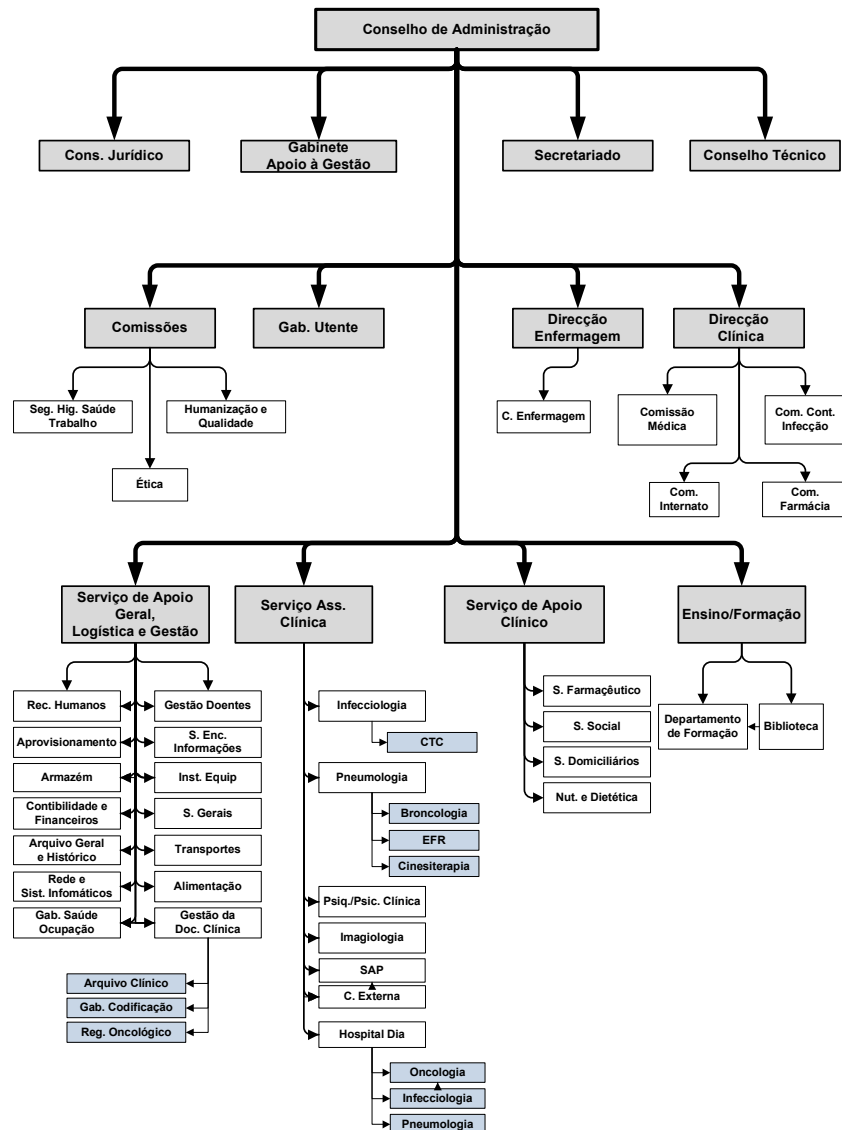


Figura 1. Organograma do Hospital de Joaquim Urbano (Hospital de Joaquim Urbano, 2009)

No que se refere às patologias mais frequentes na unidade de internamento do serviço de infecciologia, as informações disponibilizadas pela Dra. Cristina Castro (comunicação pessoal, 4 de Junho, 2009) do Gabinete de Apoio à Gestão do HJU permitem afirmar que, durante o ano de 2008, a infecção por VIH/SIDA foi a patologia com maior incidência, representando um total de 378 doentes (94,97%) em 398 que tiveram alta durante o mesmo ano. Outras patologias como hepatites, tuberculose ou

problemáticas como a toxicodependência não constam das estatísticas, no entanto, são situações reais naquele internamento com as quais é fundamental saber intervir num quadro conceptual multidisciplinar, como vai ser possível confirmar mais adiante nas verbalizações dos participantes.

A equipa de trabalho daquela unidade de internamento integra profissionais de diferentes especialidades: médicos, enfermeiros, psicólogo, nutricionista, técnicos de serviço social, fisioterapeutas, auxiliares de acção médica, entre outros. Considerando tão vastas especialidades no mesmo espaço, é útil tentar pensar, de que forma todas estas especialidades se podem combinar para melhor servir o utente internado.

Durante a experiência de trabalho na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU, a actuação da Psicologia estava direccionada para problemáticas quase sempre associadas à doença física, por exemplo: a adaptação a um diagnóstico ou unicamente ao contexto de internamento; a optimização da adesão dos utentes às terapêuticas prescritas pelos técnicos; a avaliação e intervenção psicopatológica (estando a intervenção limitada, muitas vezes, ao contexto de internamento); a implementação de estratégias de acção que tornem funcional a rotina do utente durante e depois do internamento, entre outras (Mateus, 2008).

O contexto do HJU e, particularmente, a unidade de internamento direccionada ao tratamento de doenças infecciosas parece merecer especial atenção no que diz respeito à prestação da Psicologia e à legítima presença desta especialidade naquele espaço. É por isso que neste estudo procuramos mostrar, não com as nossas lentes mas com as lentes dos restantes intervenientes daquela unidade de internamento, que a Psicologia pode fazer a diferença na qualidade do atendimento ao utente internado.

### 1.3. Questões de investigação

Considerando a natureza qualitativa de carácter exploratório deste estudo, justifica-se a delineação de algumas questões de investigação. Tendo em conta a problematização do tema feita no ponto 1.1., e tomando como exemplo as questões levantadas, as questões de investigação levantadas para este estudo são:

**Questão 1.** *Será que técnicos e utentes da unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU consideram a Psicologia importante naquela unidade?*

**Questão 2.** *Quais são, na perspectiva de técnicos e utentes, as situações em que a intervenção psicológica pode representar uma ferramenta útil na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU?*

### 1.4. Objectivos

A presente investigação contempla na sua totalidade 5 objectivos, sendo que apenas 1 deles é o objectivo geral e os restantes 4 são objectivos específicos. Deste modo, o objectivo geral é:

**Objectivo 1.** *Determinar as reais necessidades de intervenção psicológica na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU, junto de técnicos e utentes daquela unidade, e perceber de que forma estas necessidades estão ajustadas às especificidades do contexto;*

Por sua vez, os objectivos específicos deste estudo são:

**Objectivo 2.** *Conhecer a familiaridade dos técnicos e utentes em relação à unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU;*

**Objectivo 3.** *Perceber a avaliação que os utentes fazem dos serviços prestados na unidade de internamento do serviço de infecciologia;*

**Objectivo 4.** *Perceber o que para os técnicos é considerado desafio profissional no domínio das doenças infecciosas, no sentido de reconhecer o seu modelo de trabalho;*

**Objectivo 5.** *Conhecer o que técnicos e utentes consideram da actuação da Psicologia na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU.*

## CAPÍTULO 2. MÉTODO

Neste ponto, iremos procurar identificar, descrever e justificar todos os procedimentos metodológicos ou técnicas utilizadas para recolher, processar e analisar os dados obtidos (Ribeiro, 1999).

Partindo do pressuposto que o que se pretende analisar neste estudo são fenómenos relativos às ciências humanas e sociais (Martins & Theóphilo, 2007), e especificamente, relativas à compreensão de fenómenos a partir da experiência subjectiva do outro, bem como, à forma como este outro vivencia e interpreta determinada realidade (Almeida & Freire, 2003), foi importante em termos metodológicos recorrer a uma abordagem qualitativa. Esta abordagem reflecte quer o tipo de dados que pretendemos produzir, quer o modo como produzimos esses dados (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1990/1994), isto é, através da análise de conteúdo (AC).

Note-se que o modelo quantitativo também pode abordar fenómenos sociais, operacionalizando-os através do estabelecimento de correlações (Blumer, 1962 citado por Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1990/1994) e da manipulação de variáveis (Kiehl & Bloomquist, 1985, citado por Canavarro, 1999), contudo, a presente investigação não pretende nem manipular nem correlacionar qualquer tipo de variável e, os dados recolhidos, não são quantificados e organizados com o objectivo de serem submetidos a técnicas e/ou testes estatísticos (Martins & Theóphilo, 2007).

Considerando que existem metodologias mais adequadas para tratar determinado tema, depois de alguma reflexão considerámos pertinente fazer uma abordagem qualitativa uma vez que esta investigação: solicita descrições, compreensões, interpretações e análise de informações, factos ou ocorrências, evidências que não são passíveis de ser expressas em números (Martins & Theóphilo, 2007); segue um processo de construção indutivo, interpretativo ou inferencial, para a caracterizar os objectivos delineados (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1990/1994); reflecte uma

maior flexibilidade e diversidade no que respeita, por exemplo, ao grau de estruturação da investigação (método), à organização *à priori*, e à delimitação de categorias teóricas (Alves-Mazzotti, 1998); pretende ser exploratória, o que significa que não vai procurar verificar nenhuma teoria ou teorias, mas responder a um problema sobre o qual a informação disponível é insuficiente (Alves-Mazzotti, 1998).

Tendo em conta as palavras de Almeida e Freire (2003), o estudo que procuramos concretizar, é também denominado de transversal, na medida em que ocorre num único momento temporal.

Então, porque neste estudo os dados recolhidos são predominantemente exploratórios e descritivos, porque nos vamos preocupar com o processo que levou a determinada resposta e, não apenas, com a resposta obtida, porque os conteúdos apresentados resultam de uma análise feita desde a primeira interação com o participante e prolongaram-se para além do tratamento dos dados, porque queremos mostrar a realidade construída a partir do padrão de referência dos nossos participantes e, isto, contribui em muito para a validade e confiabilidade dos dados obtidos e, acima de tudo, porque nos preocupámos em fazer uma análise e interpretação holística dos dados, por tudo isto, por tudo o que já foi mencionado e, por aquilo que não foi referido, consideramos este, um estudo qualitativo.

De seguida vão ser apresentados os conteúdos da investigação referentes aos participantes do estudo, aos instrumentos utilizados e aos procedimentos para levar a cabo este estudo.

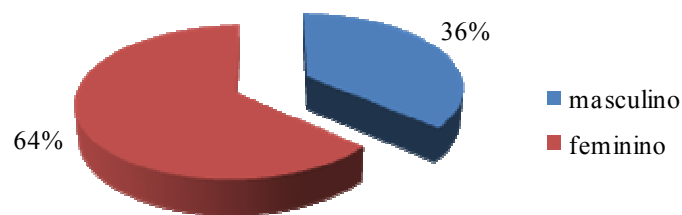
## 2.1. Participantes

O estudo foi efectivamente, constituído por 18 participantes, 11 técnicos e 7 utentes da unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU. A amostra inicial era de 20 participantes, 11 técnicos e 9 utentes, no entanto, tendo como auxiliar a grelha de observação, foram excluídos 2 utentes à amostra ao verificar-se que os conteúdos recolhidos por meio das respectivas entrevistas não eram consistentes e a presença de características como a alteração do estado de consciência não permitia considerar os dados como válidos.

Os 11 técnicos que colaboraram no estudo integram as especialidades de medicina, enfermagem, nutrição, serviço social e psicologia. Todos eles se encontravam a trabalhar na unidade de internamento do serviço de infecciologia no período em que decorreu o estudo. Do mesmo modo, os 7 utentes que aceitaram participar no estudo encontravam-se internados na referida unidade de internamento, no mesmo período de tempo.

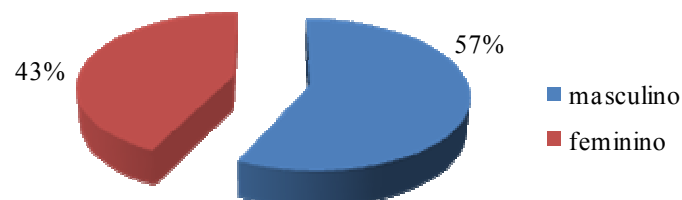
Em ambos os grupos a variável idade não foi considerada, visto que os participantes poderiam ser facilmente identificados. Assim, procuramos salvaguardar questões éticas tão importantes na investigação em Psicologia como a confidencialidade, como previsto na literatura: “O sujeito tem o direito a que não sejam divulgados nenhuns dados que o identifiquem” (Bernardo, 1998, p. 94). O que se pretende com a presente investigação é interpretar o que foi dito por quem (técnico ou utente) e não tanto quem disse o quê.

Quanto à variável sexo, os participantes seguem a distribuição apresentada nos gráficos abaixo indicados (ver Figuras 2 e 3). No grupo dos técnicos verificou-se uma maior participação por parte do sexo feminino (64%) em relação ao sexo masculino (36%).



*Figura 2.* Distribuição do grupo dos técnicos em função do sexo

Relativamente ao grupo dos utentes, verifica-se o oposto, isto é, houve mais participantes do sexo masculino (57%) em relação ao sexo feminino (43%) (ver Figura 3).



*Figura 3.* Distribuição do grupo dos utentes em função do sexo

A variável sexo não tem como objectivo ser representativa da população em estudo, nem de técnicos nem de utentes existentes na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU. Deste modo, os dados apresentados não caracterizam conteúdos que permitam inferir conclusões significativas para o estudo, mas pretendem ser descritivas da população envolvida no mesmo.

Relativamente à caracterização clínica dos utentes em termos de doença física, razão pela qual se encontram internados na unidade do serviço de infecciologia do HJU, verificou-se que todos os que participaram no estudo são utentes infectados pelo vírus do VIH/SIDA (diagnóstico principal ou de entrada), podendo co-existir outras doenças/infecções ou problemáticas como tuberculose, toxoplasmose, hepatite, doenças neurológicas, toxicodependência, entre outras.

## **2.2. Instrumentos**

Para concretizar os objectivos propostos, foi necessário recorrer a dois modelos de entrevista semi-estruturada, elaborados especificamente para a investigação. Um guião direccionado aos técnicos (ver Anexo A) e outro aos utentes internados (ver Anexo B) na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU.

Também foi utilizada uma grelha de observação com dois importantes objectivos. Por um lado, como complemento à informação verbal obtida através da gravação das entrevistas, por outro, como critério de inclusão e/ou exclusão de participantes, nomeadamente, utentes (ver Anexo A e B). Deste modo, a grelha de observação identifica características ou funções psíquicas presentes ou ausentes nos participantes e que permitia inclui-los ou excluí-los da investigação (Athayde, 1987; Leal, 1999; Trzepacz, 2001).

## **2.3. Procedimentos**

### 2.3.1. Construção dos instrumentos

Para a construção dos guiões de entrevista semi-estruturada foi realizada uma primeira abordagem informal, exploratória e sem instrumentos protocolados, aos potenciais participantes. Assim, foi realizada uma reflexão falada junto de 3 elementos, do grupo dos técnicos e do grupo dos utentes, no sentido de perceber que conteúdos abordar nas questões dos guiões de entrevista. Concretamente, o objectivo da primeira abordagem foi explorar qual a percepção que os diferentes intervenientes tinham acerca da Psicologia no contexto do HJU.

Como consequência da primeira abordagem, concluiu-se que:

- 1) A experiência do profissional na área do internamento hospitalar e, especificamente, na área das doenças infecciosas poderia ser uma informação útil para o estudo;
- 2) A familiaridade do participante com a unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU poderia acrescentar conclusões importantes ao estudo;
- 3) A percepção do participante sobre a Psicologia, ou a actuação da Psicologia no contexto de internamento, também poderia ser informação determinante para o estudo;
- 4) As expectativas dos utentes em relação à unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU, bem como as dos técnicos em relação à área das doenças infecciosas, podem constituir um dado significativo para a investigação;

5) Por último, a exemplificação de situações em que a actuação do psicólogo pudesse otimizar os cuidados ao utente surgiu da parte dos potenciais participantes como necessitando uma aferição.

Os 5 pontos resultantes da abordagem informada aos potenciais participantes serviram de alicerces à construção dos guiões de entrevista semi-estruturada. Para além disso, os conteúdos levantados reflectem os objectivos propostos para o estudo.

Tendo em conta as especificidades dos grupos envolvidos (técnicos e utentes) foi necessária a redacção de dois guiões de entrevista. No entanto, no total das 3 questões, apenas a primeira (questão descritiva) se distingue nos 2 guiões. Procuraram ser utilizados termos de fácil compreensão e também que pudessem ter um baixo índice de enviesamento, como o termo Psicologia em substituição do termo psicólogo(a) (ver Anexo A e B).

Depois de elaboradas as questões, foi importante recorrer ao parecer de dois especialistas no domínio da Psicologia, de modo a verificar se as questões foram redigidas correctamente e se respondiam aos objectivos do presente estudo. Foi escolhido um especialista na área da Psicologia Clínica perfeitamente familiarizado com o contexto hospitalar e um especialista em Psicologia do Trabalho e das Organizações, familiarizado com a temática da determinação de necessidades, ferramenta muito utilizada no contexto organizacional. Deste modo, ficou concluída a etapa da construção dos guiões de entrevista semi-estruturada (ver Anexo A e B).

Como foi mencionado anteriormente, no ponto relativo aos instrumentos, foi também utilizada uma grelha de observação como complemento às entrevistas e como elemento de inclusão e/ou exclusão de participantes (ver Capítulo 3).

### 2.3.2. Aprovação da investigação

Os procedimentos para a aprovação da investigação no HJU passaram pela elaboração de um projecto. A elaboração do projecto de investigação pressupõe a redacção de vários documentos para além do corpo do texto, alguns deles a serem utilizados mais tarde na concretização do estudo. Assim, tendo em conta as directivas fornecidas pela Comissão de Ética do HJU e as normas éticas regulamentadas na área da Psicologia e, particularmente, na área da Psicologia da Saúde (Bernardo, 1998; Ribeiro, 2002; Silva & Pires, 1998).

Depois de consideradas diversas questões com relação aos conteúdos a integrar nos documentos pedidos pela Comissão de Ética, no final, o projecto de investigação integrou em anexo os seguintes documentos: documento de consentimento local, o termo de responsabilidade do orientador, a declaração de esclarecimento sobre a investigação, as declarações de consentimento informado para técnicos e utentes, a declaração de consentimento para a gravação das entrevistas, os guiões de entrevista para técnicos e utentes e a grelha de observação para a entrevista (ver Anexo A e B). Submetido o projecto de investigação à aprovação da respectiva comissão, foi dado o parecer favorável sob a condição de incluir algumas alterações. Depois de remetidas as alterações pedidas, a Comissão de Ética do HJU emite formalmente a aprovação do estudo, a 3 de Novembro de 2008 (ver Anexo C).

### 2.3.3. Selecção dos participantes

Os participantes foram seleccionados de acordo com o critério de conveniência para o próprio investigador, denominando-se este tipo de amostra de acidental ou de conveniência, uma vez que os participantes foram aqueles que, no período determinado para a realização das entrevistas, se encontravam em regime de internamento no caso

dos técnicos, a trabalhar e, no caso dos utentes, internados, e que aceitaram participar (Martins & Theóphilo, 2007; Ribeiro, 1999).

Aprovado o estudo pela Comissão de Ética do HJU, a fase seguinte foi a apresentação do mesmo aos potenciais participantes, nomeadamente, aos técnicos da unidade de internamento do serviço de infecciologia. A forma mais adequada de o fazer foi integrar a apresentação do estudo nas reuniões que fazem parte da rotina da unidade de internamento. Assim, o estudo foi apresentado em dois momentos, um na presença de médicos e outro na presença de enfermeiros. Depois de apresentado e solicitada a respectiva colaboração dos intervenientes, registaram-se as disponibilidades de quem aceitou participar, de modo a que o participante se sentisse o mais à vontade possível com o dia, a hora e o *setting* da entrevista como também para o próprio investigador organizar todos os procedimentos necessários. Relativamente aos utentes, pareceu-nos mais adequado apresentar e solicitar a colaboração individualmente.

#### 2.3.4. Realização das entrevistas

O momento da entrevista foi escolhido pelos participantes, no entanto o *setting*, por limitações logísticas da instituição, apenas foi escolhido pelos próprios no caso dos técnicos. Os utentes foram entrevistados nas enfermarias onde se encontravam em regime de internamento. Todas as enfermarias eram individuais, deste modo, o *setting* pareceu não constituir uma barreira à realização das entrevistas.

Depois de apresentadas as condições do estudo aos técnicos e utentes da unidade de internamento, determinado o dia, a hora e o local, asseguradas as questões éticas, físicas e humanas, encontravam-se assim, reunidas as condições para dar início às entrevistas.

O momento da entrevista precedeu-se pela leitura da declaração de esclarecimento sobre a investigação e pelo consentimento escrito para a realização do estudo e para respectiva gravação das entrevistas. No caso de alguns utentes foi importante a investigadora ler os documentos e esclarecer dúvidas existentes (apenas no caso dos técnicos) (ver Anexo A e B).

Os respectivos guiões de entrevista estiveram na posse dos entrevistados (técnicos e utentes), permitindo que estes se sentissem, não só mais orientados, como também mais familiarizados com os conteúdos da entrevista. A abordagem aos utentes, na sua maioria pouco diferenciados, configurou-se com uma abordagem mais simples, necessitando, por vezes, de um esclarecimento adicional.

No final da entrevista, foram anotadas na grelha de observação todas as informações não verbais consideradas relevantes para a contextualização da informação verbal recolhida através da gravação. Depois de cada interveniente ser entrevistado, individualmente, num *setting* apropriado (ausente de ruídos e interrupções), a informação foi trabalhada no sentido de concretizar o melhor possível os objectivos deste estudo.

A realização das entrevistas teve início em Dezembro de 2008 e prolongou-se até ao mês de Janeiro de 2009.

#### 2.3.5. Tratamento dos dados

A uma recolha de dados de natureza qualitativa impõe-se a utilização de uma metodologia que permita tratar esses dados de modo igualmente qualitativo.

As 18 entrevistas realizadas a técnicos e utentes da unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU foram tratadas com o recurso à AC, procurando seguir as directrizes sugeridas por Bardin (1977/1995). De forma abreviada, a autora caracteriza a AC como “...um conjunto de instrumentos metodológicos (...) que se aplicam a «discursos» (...) extremamente diversificados...” (Bardin, 1977/1995, p. 9). Menciona de forma ainda mais esclarecedora que a AC “... é utilizada como um instrumento de diagnóstico, de modo a que se possam levar a cabo inferências específicas ou interpretações causais sobre um dado aspecto da orientação comportamental do locutor...” (Bardin, 1977/1995, p. 114). No presente estudo a AC realizada, tem o propósito de identificar características específicas nas entrevistas realizadas aos participantes e fazer determinadas inferências com base na ocorrência dessas mesmas características.

Actualmente, o debate sobre o facto de a AC ser um procedimento quantitativo e/ou qualitativo ainda persiste. Segundo Bardin (1977/1995) as duas abordagens são válidas. Contudo, quando se faz uma análise quantitativa “o que serve de informação é a *frequência* com que surgem certas características do conteúdo”, fundamentando-se no número de vezes que aparecem determinados elementos na mensagem. Ao passo que, quando se faz uma análise qualitativa, o que interessa “... é a *presença* ou *ausência* de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração...” (Bardin, 1977/1995, p. 21). No estudo em causa a análise desenvolvida, a análise frequencial serve apenas de um meio para atingir um fim, sendo que o objectivo último é determinar conteúdos, que correspondem na prática a áreas de intervenção psicológica.

Para que a informação seja inteligível e passível de ser trabalhada, é necessário tratá-la de modo a alcançar representações sintéticas (descritivas) e explicativas (que pretendam fornecer informações úteis ou complementares de um determinado objectivo proposto). De modo a conferir maior validade aos dados recolhidos (conteúdos das entrevistas), estes foram gravados e posteriormente as entrevistas foram fielmente

transcritas. De um modo geral, a AC processa-se em torno do estabelecimento de categorias, sendo requisito principal que estas sejam suficientemente precisas para permitir que diferentes investigadores alcancem os mesmos resultados quando o mesmo material é examinado (Berelson, 1952, citado por Silverman, 2001), parecendo ser este o ponto no qual a AC procura assegurar a fidelidade da sua medida (Silverman, 2001).

Em termos metodológicos, Michener, DeLamater e Myers (2003/2005) sugerem 4 etapas pelas quais o investigador deve passar na realização da AC: a identificação da unidade de informação a ser estudada (p.e., entrevista); a definição de categorias onde as unidades vão ser classificadas; a codificação das unidades de cada documento em categorias e, por fim, a procura de relações entre os dados categorizados. Por sua vez, Bardin (1977/1995) organiza a AC em três fases, organização que outros autores, tais como Clemente (1992), partilham e aconselham: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Estas tarefas podem ser auxiliadas por programas informáticos<sup>4</sup>, desde que as instruções sejam bem definidas pelos investigadores.

A pré-análise corresponde a uma fase de “... organização propriamente dita...” (Bardin, 1977/1995, p. 95). Nesta primeira fase escolhem-se os documentos a ser analisados, formulam-se as hipóteses e/ou os objectivos e elaboram-se indicadores, que servirão de fundamento à interpretação final. No presente estudo, os objectivos foram delineados numa fase anterior à AC e apenas o primeiro objectivo vai ser alvo de análise, o segundo será concretizado no terceiro capítulo da investigação.

Segue-se a fase de exploração do material, no caso concreto, a codificação dos conteúdos das entrevistas. Segundo Holsti (1969, citado por Bardin, 1977/1995, p. 103), a “... codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das

---

<sup>4</sup> A título de exemplo, programas como Kwalitan, The Ethnograph, ATLAS-ti, NUD.IST, QSR Nvivo, entre outros, podem constituir um auxiliar útil no tratamento da informação (Bowling, 2002; Esteves & Azevedo, 1998).

características pertinentes do conteúdo...”. Ao fazer um tipo de AC quantitativa e categorial, a codificação pressupõe que se escolham as unidades de registo<sup>5</sup> e de contexto<sup>6</sup>, que se escolham as regras de contagem ou enumeração (p.e., a frequência) e as categorias.

Integrada no tratamento dos resultados, pode estar a categorização, não sendo esta uma etapa indispensável na AC. No entanto, a análise feita neste estudo socorreu-se deste processo (categorização), também denominado como uma técnica de entre várias ao serviço da AC, a análise categorial<sup>7</sup>. Deste modo, a categorização permite reagrupar, segundo determinados critérios, várias unidades de registo sob um título abrangente. De entre os vários critérios de categorização (p.e., semântico, sintáctico, léxico e expressivo), destaca-se o semântico, tendo sido o critério utilizado para tratar as 18 entrevistas. Assim, as unidades de registos ficaram agrupadas segundo um título conceptual ou temático, procurando manter as várias qualidades<sup>8</sup> identificadas por Bardin (1977/1995).

Para além da realização da AC, os dados relativos às questões 1.1. do guião dos técnicos, 1.1. e 1.2. do guião dos utentes, foram tratados quantitativamente, recorrendo à

---

<sup>5</sup> Corresponde a um segmento de conteúdo a ser codificado e considerado importante de ser categorizado e alvo de contagem frequencial. São exemplos de unidades de registo: a palavra, o tema, o objecto, o personagem, o acontecimento, o documento (Bardin, 1977/1995).

<sup>6</sup> Representa a unidade de compreensão que permite codificar a unidade de registo, representando uma dimensão superior a esta e possibilitando compreender a significação exacta da unidade de registo. A título de exemplo, se a palavra for a unidade de registo, a frase poderá ser a unidade de contexto (Bardin, 1977/1995).

<sup>7</sup> Citam-se como um conjunto de técnicas da AC, para além da análise categorial, a análise de avaliação, a análise de enunciação, a análise de expressão, a análise das relações e a análise do discurso (Bardin, 1977/1995).

<sup>8</sup> Bardin (1977/1995) menciona que existem boas e más categorias, sendo que uma boa categoria deve possuir qualidades como: a exclusão mútua (o elemento categorizado não pode existir em mais nenhuma outra divisão); a homogeneidade (num mesmo conjunto categorial só se pode funcionar com um registo e uma dimensão de análise); a pertinência (o grupo de categorias deve reflectir as intenções da investigação, as questões do investigador e as características das mensagens); a objectividade e a fidelidade (as diferentes partes do mesmo material, devem ser codificadas de igual forma, mesmo quando sujeitas a várias análises) e a produtividade (se fornecem resultados férteis em índices de inferências, novas hipóteses e dados concretos).

folha de cálculo do Microsoft Office Excel 2007<sup>9</sup>. No entanto, estes são dados que procuram apenas descrever os participantes envolvidos e de alguma forma legitimar as suas respostas.

Partindo do pressuposto que o objectivo de qualquer investigação é o de produzir inferências válidas e que a AC permite de forma controlada fazer interpretações acerca de determinados conteúdos então, espera-se que os resultados obtidos a partir da análise às 18 entrevistas permita identificar as reais necessidades de intervenção psicológica presentes na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU.

---

<sup>9</sup> A parte do estudo referente ao tratamento quantitativo dos dados não se socorreu do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), por se considerar o número de dados baixo e o tipo de tratamento a fazer simples.

### **CAPÍTULO 3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os dados que a seguir apresentamos reproduzem a análise feita às 18 entrevistas realizadas a técnicos e utentes da unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU. No entanto, para além dos dados das entrevistas importa identificar e descrever primeiro alguns conteúdos recolhidos por meio da grelha de observação, tais como: *setting* onde decorreram as entrevistas, período do dia em que ocorreram e tempo de duração das entrevistas.

Em relação ao *setting*, 7 entrevistas foram realizadas nos gabinetes médicos e 4 na sala da unidade de internamento reservada para as refeições e o repouso dos técnicos. No caso dos utentes, 4 entrevistas foram realizadas em enfermarias individuais e 3 em enfermarias colectivas. Um número significativo de entrevistas foi realizado durante o período da tarde (13) tendo apenas 5 participantes escolhido o período da manhã. Por fim, as entrevistas tiveram a duração aproximada de 10-15 minutos, salientando-se que, por vezes, a informação fornecida no final da entrevista, ou seja, depois da gravação, foi fundamental para realizar a análise dos dados.

Os dados das entrevistas vão ser apresentados de acordo com os objectivos delineados. Vão começar por ser apresentados os objectivos específicos. Esta ordem de apresentação permite contextualizar o objectivo geral antes de este ser apresentado e, ao mesmo tempo, permite mostrar que o objectivo geral decorre dos objectivos específicos.

**Objectivo 2:** *Conhecer a familiaridade dos técnicos e utentes em relação unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU*

O segundo objectivo concretiza-se na entrevista sob a forma de questão. No caso dos técnicos, a questão é sobre o tempo de experiência profissional no contexto das doenças

infecciosas. No caso dos utentes, as questões são sobre o número e tempo médio de internamento na unidade do serviço de infecciologia do HJU.

Os dados apresentados na Figura 4 sugerem alguma diversidade no que respeita à familiaridade ou à experiência profissional dos técnicos na área de intervenção das doenças infecciosas. A distribuição dos anos varia entre o mínimo de 1 ano e o máximo de 25 anos de experiência profissional. Ainda que a média da experiência destes técnicos seja de 9 anos, aproximadamente ( $M=9,36$ ), parece pouco prudente afirmar que de forma geral os técnicos conhecem bem as especificidades da área das doenças infecciosas, visto que para esta média contribuíram substancialmente 3 dos técnicos (com 19, 23 e 25 anos, respectivamente).

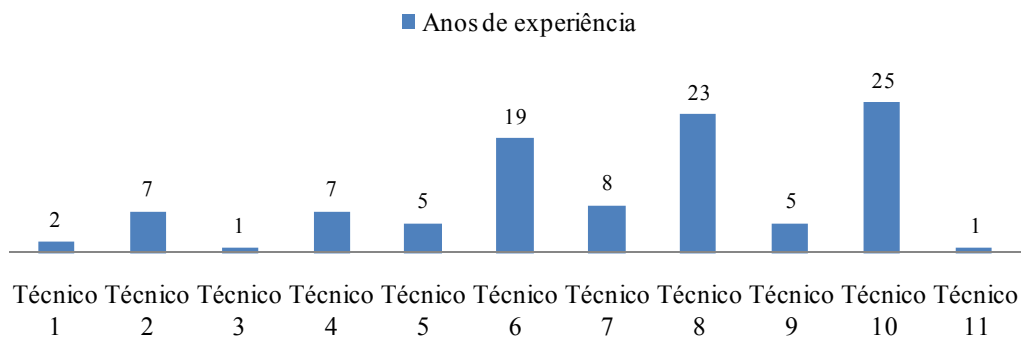
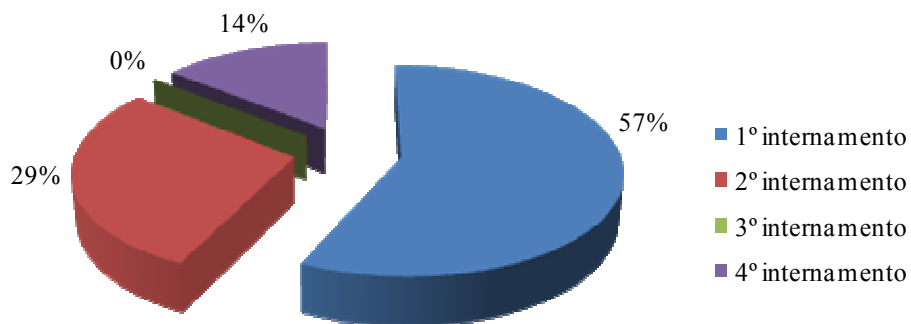


Figura 4. Distribuição do grupo dos técnicos em função dos anos de experiência no domínio das doenças infecciosas

Tal como foi feito na entrevista com os técnicos, também com os utentes foi importante incluir um critério que permitisse reconhecer a familiaridade destes com o contexto, concretamente, com a unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU. Assim, e procurando não colocar questões demasiado invasivas, considerámos que o número e o tempo médio de internamento de cada utente bastaria para legitimar as suas respostas.

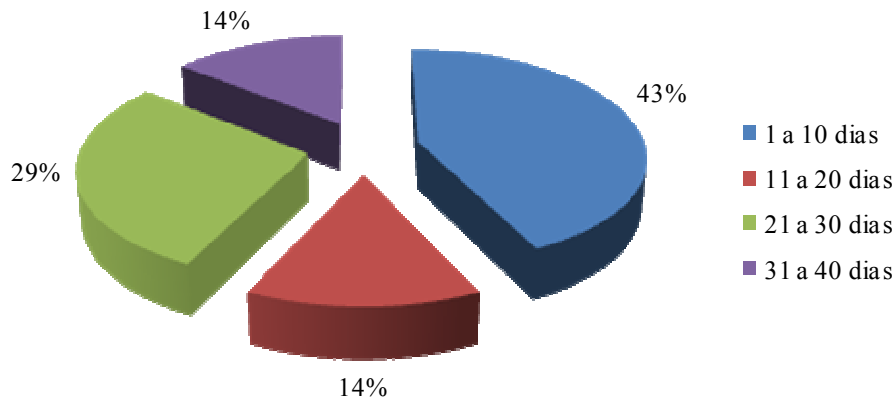
O gráfico seguinte apresenta a distribuição do grupo de utentes entrevistados em função do número de vezes que estiveram internados na unidade do serviço de infecciologia do HJU. Assim, pode observar-se que um número significativo de utentes estava internado na referida unidade pela primeira vez (57%). Este dado poderá sugerir pouca familiaridade com o contexto e, por consequência, com as questões abordadas no guião. No entanto, todos os conteúdos são considerados válidos na medida em que reflectem vivências e percepções individuais de utentes internados naquela unidade (ver Figura 5).



*Figura 5.* Distribuição do grupo dos utentes em função do número de internamentos na unidade do serviço de infecciologia do HJU

Dado que o número de internamentos resultou numa maior percentagem de primeiros internamentos, considerou-se que, mesmo que um utente estivesse apenas uma vez internado, o facto de estar um período longo de dias também poderia representar alguma familiaridade deste com o contexto. Como é possível observar pelo gráfico que se segue, 43% dos utentes esteve internado num intervalo de 1 a 10 dias e 29% de 11 e 20 dias. Ao reunir os intervalos 21-30 dias e 31-40 dias, observa-se que, 28% dos utentes

esteve internado um período de tempo superior a 20 dias, o que pode reflectir alguma proximidade e/ou conhecimento do utente com o contexto (ver Figura 6).

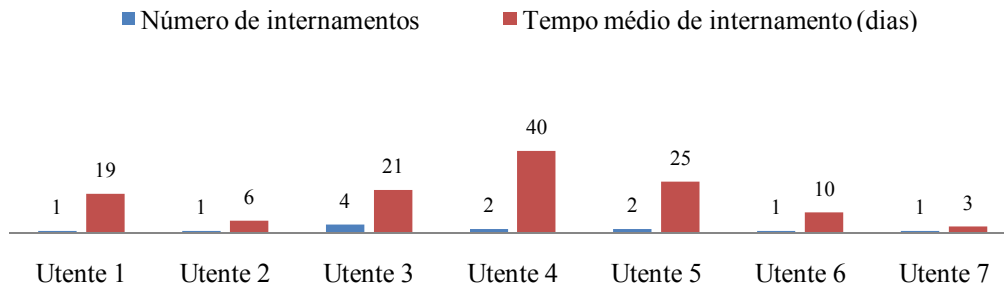


*Figura 6.* Distribuição do grupo dos utentes em função do número de dias de internamento na unidade do serviço de infecciologia do HJU

Pode observar-se através da Figura 7 que o tempo médio de internamento variou entre o mínimo de 3 dias e o máximo de 40 dias, representando isto, uma média de, aproximadamente, 18 dias de internamento ( $M=17,7$ ). Contudo, este valor encontra-se ligeiramente acima da média real que, durante o ano de 2008 foi de aproximadamente 14 dias ( $M=14,37$ ) (C. Castro, comunicação pessoal, 4 de Junho, 2009) (ver Anexo D).

Cruzando as variáveis, número e tempo médio de internamento, observa-se uma questão que parece relevante no grupo dos utentes. Por exemplo, o utente que esteve mais vezes internado (utente 3) não foi aquele que esteve maior período de tempo na unidade de internamento, logo é provável que não tenha sido aquele que maior familiaridade teve com a unidade de internamento. Com apenas 2 internamentos, o utente 4 permaneceu na unidade 2 vezes mais tempo (em dias) (ver Figura 7). Isto

permite apenas afirmar que, isoladamente, o número de internamentos não permite reconhecer a familiaridade do utente com o contexto de internamento.



*Figura 7.* Distribuição do grupo dos utentes em função do número e tempo médio de internamento na unidade do serviço de infecciologia do HJU.

**Objectivo 3:** *Reconhecer a avaliação que os utentes fazem dos serviços prestados na unidade de internamento do serviço de infecciologia*

O objectivo 3 está representado na questão 1.3. do guião de entrevista dos utentes (ver Anexo B). Da AC à questão resultou uma mesma unidade de registo ou subcategoria referente à qualidade do atendimento e, por sua vez, esta subcategoria agrupou duas outras, uma que qualifica o atendimento prestado na unidade de internamento como bom (63,7%) e, outra, que qualifica o atendimento como insuficiente (36,4%) (ver Quadro 1).

Quadro 1

*Percepção dos Utentes sobre os Serviços Prestados na Unidade de Internamento do Serviço de Infecciologia do HJU*

		<i>f</i>	<i>%</i>
<b>QUALIDADE DO ATENDIMENTO</b>	<b>Boa</b>		
	<b>Em geral</b>	<b>5</b>	<b>45,5</b>
	Percepção influenciada por outros significativos	1	9,1
	Postura de escuta activa dos técnicos como uma competência positiva	1	9,1
	<b>Sub-total</b>	<b>7</b>	<b>63,7</b>
	<b>Insuficiente</b>		
	Acompanhamento psicológico em internamentos anteriores	1	9,1
	Informação facultada aos familiares como indutora de estados psicológicos disfuncionais	1	9,1
	Prestação por parte do pessoal auxiliar	1	9,1
	Espaço físico para fumadores	1	9,1
<b>Sub-total</b>	<b>4</b>	<b>36,4</b>	
<b>Totais</b>		<b>11</b>	<b>100,1</b>

Verifica-se então que uma parte significativa dos utentes qualificou positivamente os serviços prestados na unidade de internamento, sendo que, dos 63,7% que o fez, 45,5% qualificou-os como bons de uma forma geral, o que representa uma resposta vaga e pouco facilitadora de qualquer tentativa de compreensão. Ainda que assim seja, deste resultado pode depreender-se que a forma pouco explorada como os utentes responderam pode dever-se, por um lado, a algum receio de que algumas respostas se vissem reflectidas mais tarde na forma de tratamento por parte dos técnicos, e/ou, por outro lado, talvez mais provável, ao facto de que a maioria dos utentes estava naquele internamento pela primeira vez, logo a informação de que disponibilizavam socorria-se ainda de poucas vivências naquele contexto (ver Quadro 1).

É ainda importante observar a unidade de registo que qualifica o atendimento como insuficiente, visto que, se observam respostas que atendem directamente à responsabilização da Psicologia naquela unidade de internamento. Na perspectiva de 2 utentes (18,2%), a prestação da Psicologia em internamentos anteriores parece ter ficado aquém do que era esperado. Por um lado, porque foi percebida como uma figura ausente junto dos utentes em internamentos anteriores e, por outro lado, porque a informação facultada aos familiares parece ter sido indutora de um maior desconforto do que a ausência desta, o que não é de todo o objectivo da partilha de informação em saúde, como foi possível ler na Parte I desta dissertação. Portanto, estas respostas merecem alguma reflexão, quer na forma a Psicologia actua junto do doente, quer na forma como actua junto dos familiares (ver Quadro 1).

**Objectivo 4:** *Perceber o que para os técnicos é considerado desafio profissional no domínio das doenças infecciosas, no sentido de reconhecer o seu modelo de trabalho*

Procurou perceber-se junto dos técnicos a desempenhar funções na unidade de internamento, o que estes consideravam como desafio profissional na área onde actua. A AC às 11 entrevistas permitiu diferenciar 3 unidades de registo. A primeira corresponde aos desafios que se devem à interacção com os utentes, a segunda, aos desafios associados à interacção com os familiares dos utentes e, a terceira, corresponde aos desafios que se prendem com a transversalidade de saberes que a área de actuação reivindica (ver Quadro 2).

De acordo com o Quadro 2, o que representa maior desafio para os técnicos (70,0%) é a interacção com os utentes, e concretamente, a inclusão destes em planos terapêuticos (15,0%), a interacção com utentes dependentes de substâncias (toxicodependentes) (15,0%) e, a comunicação com os utentes (15,0%). Parece ainda importante realçar que 2 técnicos (10,0%) assumiram a imprevisibilidade associada aos factores de

personalidade como um desafio profissional, podendo esta dimensão representar uma potencial área de intervenção psicológica neste contexto. Com apenas uma resposta foram identificados outros desafios: o envolvimento emocional que se estabelece com o utente (5,0%); a presença de situações sociais como, por exemplo, a reestruturação de laços afectivos e familiares (5,0%); a adaptação do utente ao internamento (5,0%).

## Quadro 2

### *Percepção de Desafio Profissional por Parte dos Técnicos em Relação ao Domínio das Doenças Infecciosas*

		<i>F</i>	<i>%</i>
<b>Utentes</b>	<b>Inclusão num plano terapêutico</b>	<b>3</b>	<b>15,0</b>
	<b>Com histórico de toxicodependência</b>	<b>3</b>	<b>15,0</b>
	<b>Comunicação</b>	<b>3</b>	<b>15,0</b>
	Imprevisibilidade associada a factores da personalidade	2	10,0
	Envolvimento emocional	1	5,0
	Situações sociais	1	5,0
	Adaptação ao internamento	1	5,0
	<b>Sub-total</b>	<b>14</b>	<b>70,0</b>
<b>Familiares</b>	Intervenção com os familiares	1	5,0
	<b>Sub-total</b>	<b>1</b>	<b>5,0</b>
<b>Transdisciplinaridade</b>	Tipologia multifacetada e abordagem complexa da infecção VIH	2	10,0
	Conhecimento sobre diferentes patologias físicas	1	5,0
	Conhecimentos sobre Psicologia	1	5,0
	Intervenção multidisciplinar	1	5,0
	<b>Sub-total</b>	<b>5</b>	<b>25,0</b>
	Totais	21	100,0

Os técnicos que consideraram como desafio profissional a inclusão dos utentes em planos terapêuticos, referiram que o mais desafiante é manter os utentes motivados para aderir ao plano terapêutico ou à rede de cuidados. A adesão à terapêutica está, como foi mencionado na Parte I desta tese, associada a padrões de pensamento ou a crenças que os utentes desenvolvem sobre saúde e sobre doença. E, na perspectiva dos técnicos, o trabalho de adesão passa por trabalhar essas questões numa perspectiva multidisciplinar, se não vejamos algumas verbalizações:

... muitos doentes que aqui estão encontram-se imunodeprimidos devido ao diagnóstico, nós vamos curando infecções e, quando saem, o que esperamos é que adiram ao nosso plano terapêutico. Isto está muito ligado ao domínio psicológico e social porque, para muitas pessoas que aqui estão internadas, a infecção por VIH é o problema mais simples da vida delas (...) são pessoas carenciadas, com imensas dificuldades em termos cognitivos, em entender e gerir as próprias vidas (...) temos que entrar um bocadinho na liberdade das pessoas, mostrar-lhes o quanto pode ser positivo aderir (...) demovê-las de comportamentos auto-destrutivos (...) mostrar-lhes o que é melhor para elas...

Verifica-se que na questão da adesão terapêutica, quer esta seja de natureza medicamentosa ou comportamental (p.e., frequentar as consultas de infecciologia em regime ambulatorial), a presença da Psicologia é tida em conta no seu modelo de trabalho.

Em relação ao tratamento de utentes com histórico de toxicodependência, outro dos desafios mais vezes identificado pelos técnicos, verifica-se que a maior dificuldade dos técnicos é lidar com algumas das suas características deste perfil de utentes, por exemplo, a manipulação e a baixa tolerância à frustração constituem uma limitação à intervenção eficaz. A toxicodependência é uma problemática prevalente entre doentes infectados com o vírus do VIH, sendo que, na maior parte das vezes a problemática está na origem da doença, deste modo, é frequente encontrar em internamento utentes infectados e com histórico de abuso de substâncias. No entanto, a prática clínica multidisciplinar no contexto de internamento confirma que, em utentes infectados e que apresentem consumos activos (p.e., heroína, cocaína, haxixe), a probabilidade de baixa

adesão terapêutica sobe exponencialmente. Assim, acreditamos não ser um erro de interpretação conceptual mencionar que, à semelhança do que foi referido pelos técnicos sobre a importância da Psicologia no processo de adesão terapêutica, também aqui a intervenção psicológica pode ser útil.

Por fim, a terceira subcategoria que apresentou maior número de respostas, corresponde ao desafio da comunicação. De entre várias competências que podem constituir um desafio para estes profissionais e que, ao mesmo tempo, são percebidas como fundamentais a otimizar na relação técnico-utente, foram destacadas pelos técnicos: a consideração positiva incondicional, a assertividade e quaisquer outras formas de comunicar que representem um meio útil e funcional de aceder ao utente. Destacam-se algumas verbalizações que representam o que foi dito:

... outro desafio é o facto de nós sermos capazes de comunicar com os doentes sem fazermos juízos de valor (...) embora nós tenhamos alguns conhecimentos sobre como comunicar com os doentes, isso de nos colocarmos no lugar do outro, em situação de doença infecciosa é um bocadinho mais complicado...

Ainda que, por vezes, a comunicação seja percebida pelos técnicos como uma limitação na sua área de actuação, há que remeter para o Quadro 1 e destacar uma das respostas, onde um utente entrevistado atribui a boa qualidade do atendimento à competência de escuta activa por parte dos técnicos, resposta esta muito positiva que, não estando salvaguardada pela sua representatividade na amostra dos utentes, está reiterada na literatura e representa a vivência de um dos utentes na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU, o que numa investigação desta natureza basta para lhe ser conferida total legitimidade.

Na unidade de registo ou subcategoria correspondente à transdisciplinaridade, a tipologia multifacetada da infecção por VIH e a complexidade associada à abordagem terapêutica desta infecção constitui, e provavelmente de forma previsível, um desafio

para 2 dos técnicos entrevistados. Um dos técnicos relaciona directamente este desafio com a decisão de se especializar em infecciologia mencionando que:

... foi uma especialidade que me seduziu porque atingia pessoas previamente saudáveis e que, muitas vezes, se viam confrontadas com situações perto da morte ou de morte mesmo (...) principalmente a infecção por VIH mudou-nos muito a forma de pensar a medicina (...) o aparecimento desta doença, a presença de outras patologias associadas, a associação desta infecção a comportamentos humanos desviantes, a carga social desta infecção (...) tudo isto tornou a abordagem destas situações mais complexa...

Ainda na subcategoria da transdisciplinaridade, importa realçar outras respostas com menos ocorrência mas igualmente válidas como, a necessidade de conhecer diferentes patologias físicas (5,0%), de ter conhecimentos sobre Psicologia (5,0%) e da intervenção ser multidisciplinar (5,0%).

Curiosamente, na literatura identificada na Parte I deste estudo, também é assumida a importância, no caso do técnico de Psicologia a desempenhar funções no contexto hospitalar, em ter um conhecimento alargado de diferentes patologias físicas bem como o facto de este ser um elemento que comumente integra equipas de saúde, que de acordo com as mesmas referências devem ser de natureza multidisciplinar. Ainda que esta última situação nem sempre se verifique, fica a noção de que é considerada pelos técnicos como uma preocupação, um desafio ou mesmo uma limitação profissional.

**Objectivo 5:** *Conhecer o que técnicos e utentes consideram da actuação da Psicologia na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU*

Quadro 3

*Percepção dos Técnicos sobre a Actuação da Psicologia na Unidade de Internamento do Serviço de Infecciologia do HJU*

		<i>f</i>	<i>%</i>	
<b>FUNDAMENTAL</b>	<b>Situações onde existe comprometimento emocional, cognitivo e social</b>	<b>4</b>	<b>21,1</b>	
	<b>Integração na rede de cuidados e manutenção da adesão terapêutica</b>	<b>4</b>	<b>21,1</b>	
	Auxiliar na comunicação técnico-utente	3	15,8	
	Devido às especificidades da população e do grupo de doenças (p.e., seropositividade, toxicodependência, faixas etárias jovens, comportamentos disfuncionais, cronicidade da doença)	2	10,5	
	Na adaptação ao diagnóstico e ao processo de doença (p.e., integração individual, social, familiar e profissional)	2	10,5	
	<b>Sub-total</b>	<b>15</b>	<b>79,0</b>	
	<b>Limitações</b>	Actualmente é uma actuação pontual e pouco reforçada	4	21,1
		<b>Sub-total</b>	<b>4</b>	<b>21,1</b>
	<b>Totais</b>		<b>19</b>	<b>100,1</b>

No grupo dos técnicos, as respostas à questão 2 (unidade de contexto) resultaram na criação de uma ampla subcategoria onde a actuação da Psicologia é percebida como fundamental na referida unidade de internamento. A totalidade das respostas ainda permitiu subdividir esta unidade de registo em duas outras unidades, uma em que a Psicologia é percebida como fundamental junto do utente internado, com uma frequência de respostas muito significativa (79,0%), e a segunda unidade com 4

respostas e uma incidência de 21,1%, mas não menos importante neste estudo. Esta última unidade integra a percepção de que a Psicologia é fundamental, no entanto, na prática existe alguma ineficácia no que respeita à sua actuação naquele internamento (ver Quadro 3).

É importante observar que esta última unidade, mesmo sendo a que menos ocorrência de respostas englobou, corrobora totalmente a problematização da investigação feita no capítulo 1. Por um lado, a experiência de trabalho naquela unidade de internamento permitiu alguma confiança para validar estas percepções antes de serem verbalizadas, por outro lado, as verbalizações dos técnicos não parecem deixar grandes dúvidas de que é urgente empreender esforços no sentido de tornar a actuação da Psicologia presente e eficaz naquele internamento:

... a actuação da Psicologia neste momento é demasiado pontual, deveria ser uma actuação contínua (...) a actuação dos psicólogos é muito importante, mas é muito limitada neste serviço (...) a maior parte dos nossos doentes não têm apenas o problema da doença por trás, por isso, a meu ver precisam muito da intervenção da Psicologia, neste caso no nosso serviço acho que é muito importante mas é pouco reforçada...

Na unidade de registo referente à actuação da Psicologia junto do utente, é possível observar com algum destaque a presença de duas respostas com maior ocorrência. Assim, ainda que de forma geral se percepcione como fundamental a actuação da Psicologia junto do doente, parece particularmente importante em situações onde os utentes revelem vulnerabilidade emocional, cognitiva e/ou social (21,1%) e junto de utentes que demonstram dificuldades de integração na rede de cuidados e de adesão ao plano terapêutico (21,1%) (ver Quadro 3).

As restantes respostas ainda que importantes revelaram menor ocorrência de respostas. No entanto, é de referir que mais uma vez os técnicos deram especial atenção à comunicação técnico-utente (15,8%), desta vez, como uma potencial problemática a ser trabalhada pela Psicologia (ver Quadro 3).

Quadro 4

*Percepção dos Utentes sobre a Actuação da Psicologia na Unidade de Internamento do Serviço de Infecciologia do HJU*

Subcategoria	Exemplos de citações	f	%
<b>Positiva/importante</b>	<b>“... acho que é muito importante (...) muito positivo quando estamos internados (...) há pessoas que não querem que o psicólogo venha à sua beira, mas eu acho que é muito importante...”</b>	<b>7</b>	<b>50,0</b>
Elemento catalisador da exposição de emoções/vivências e potenciador de bem-estar/ânimo	“... é bom termos alguém com quem desabafar (...) com que possamos falar (...) a quem possamos dizer o que estamos a sentir (...) a quem nos possa dar um pouco de alento nesta hora...”	4	28,6
Facilitadora na compreensão de linguagem técnica/médica	“... a maior parte dos utentes tem dificuldade em perceber o que os médicos dizem, e o psicólogo parecendo que não, é uma grande ajuda...”	1	7,1
Fundamental no equilíbrio psicossomático	“... acho muito bem haver psicologia (...) acho que o psicológico afecta muito o físico e, que sentirmo-nos bem psicologicamente ajuda a sentirmo-nos bem fisicamente...”	1	7,1
Uma ferramenta auxiliar na compreensão e re-significação ou reestruturação de cogações	“... dão-nos apoio de cabeça (...) ajuda-nos a compreender melhor as coisas (...) faz-nos ver as coisas de uma maneira que não conseguimos ver sozinhos...”	1	7,1
Totais		14	99,9

No que respeita à percepção dos utentes sobre a actuação da Psicologia, observou-se que estes foram vagos nas suas respostas. Metade das respostas (50,0%) caracteriza a Psicologia como positiva/importante, 28,6% como um elemento catalisador da exposição de emoções/vivências e potenciador de bem-estar/ânimo, 7,1%, como facilitadora na compreensão de linguagem técnica/médica, 7,1%, como fundamental no equilíbrio psicossomático e, 7,1% como uma ferramenta auxiliar na compreensão e re-significação ou reestruturação de cognições (ver Quadro 4).

Todas as unidades de registo categorizadas estão acompanhadas de citações uma vez que sem estas pareceu-nos mais difícil, por parte do leitor, a compreensão da forma como foram construídas as categorias.

**Objectivo 1:** *Determinar as reais necessidades de intervenção psicológica na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU, junto de técnicos e utentes daquela unidade, e perceber de que forma estas necessidades estão ajustadas às especificidades do contexto*

A AC realizada à questão 3 procurou organizar a informação no sentido de se fazer um levantamento de situações onde, na perspectiva de técnicos e utentes, é importante a actuação da Psicologia. Esta é a questão central deste estudo, uma vez que possibilita caracterizar objectivo geral da investigação.

O Quadro 5 agrupa ou categoriza as respostas dos técnicos em 2 grandes unidades de registo, a unidade que corresponde ao acompanhamento psicológico ao utente internado e a unidade correspondente ao acompanhamento psicológico aos familiares e/ou cuidadores.

Quadro 5

*Situações Identificadas pelos Técnicos, onde é Importante a Intervenção da Psicologia na Unidade de Internamento do Serviço de Infecciologia do HJU*

		<i>f</i>	<i>%</i>	
ACOMPANHAMENTO AO UTENTE	Doença física	<b>Na admissão de um utente com diagnóstico recente</b>	<b>4</b>	<b>11,4</b>
		<b>Psicoeducação sobre o VIH/SIDA</b>	<b>4</b>	<b>11,4</b>
		Aceitação/Adaptação ao diagnóstico	3	8,6
		Adesão terapêutica	3	8,6
		Auxiliar na articulação e integração do utente na rede de cuidados	1	2,9
		<b>Sub-total</b>	<b>15</b>	<b>42,6</b>
	Intervenção Psicossocial	Em qualquer episódio de internamento	3	8,6
		Toxicod dependência (p.e., complemento com psiquiatria)	2	5,7
		Reestruturação de cognições disfuncionais	2	5,7
		Avaliação psicológica no momento em que o utente é internado	1	2,9
		Internamentos prolongados	1	2,9
		Reinserção na comunidade	1	2,9
	<b>Sub-total</b>	<b>10</b>	<b>28,7</b>	
	Quadros psicopatológicos/psiquiátricos	Depressão	2	5,7
		Comuns na infecção por VIH/SIDA (p.e., demência)	2	5,7
Ansiedade		1	2,9	
Perturbações de personalidade		1	2,9	
Ideação suicida		1	2,9	
<b>Sub-total</b>		<b>7</b>	<b>20,1</b>	
ACOMPANHAMENTO AOS FAMILIARES	Morte do familiar internado	1	2,9	
	No período em que o familiar está internado	1	2,9	
	Psicoeducação	1	2,9	
	<b>Sub-total</b>	<b>3</b>	<b>8,7</b>	
		Totais	35	100,4

Observa-se que um número significativo de técnicos considerou ser mais importante a Psicologia intervir junto dos utentes (91,7%) do que junto dos familiares/cuidadores (8,7%), o que de acordo com o contexto parece bastante congruente (ver Quadro 5). Contudo, o facto de os técnicos integrarem os familiares numa óptica de intervenção, mesmo que do ponto de vista da Psicologia, é um factor bastante positivo, reflectindo isto um pouco daquilo que é o modelo biopsicossocial.

A unidade de registo referente ao acompanhamento psicológico ao utente está agrupada de acordo com as temáticas, segundo as quais é importante a Psicologia intervir na unidade de internamento. Deste modo, 15 respostas apontaram para a importância da intervenção da Psicologia em situações directamente ligadas à doença física (42,6%), 10 respostas para importância em situações que requerem uma abordagem psicossocial (28,7%) e, 7 respostas para a importância da intervenção em quadros psicopatológicos e/ou psiquiátricos (20,1%) (ver Quadro 5).

Atendendo apenas às respostas que consideraram a intervenção da Psicologia importante em situações directamente ligadas à doença física (valor mais significativo), observam-se 2 situações mais vezes respondidas pelos técnicos: na admissão de um utente com diagnóstico recente (11,45%) e na psicoeducação sobre o VIH/SIDA (11,4%). No entanto, observam-se outras respostas com um valor de frequência um pouco menor, mas que é importante identificar, que são a: aceitação/adaptação ao diagnóstico (8,6%), a adesão à terapêutica (8,6%) e como auxiliar na articulação e integração do utente na rede de cuidados (2,9%) (ver Quadro 5).

Ao nível da psicoeducação sobre o VIH/SIDA, os técnicos destacaram alguns exemplos que é importante identificar. Deste modo, é importante fornecer ou proporcionar ao utente infectado com o vírus do VIH/SIDA informação sobre o que é o vírus, qual a evolução até à fase de doença (SIDA), quais as precauções para a não transmissão da infecção, quais os comportamentos menos adequados como o uso

simultâneo de drogas e medicação (anti-retrovirais), e qualquer outro esclarecimento que torne o utente mais autónomo e adaptado ao processo de doença.

Na unidade referente à intervenção psicossocial, os técnicos consideraram que, a Psicologia deveria intervir em qualquer episódio de internamento (8,6%) verbalizando que "... qualquer situação de internamento justifica por si só a presença do psicólogo junto do doente...". Consideraram também importante actuar em situações de toxicoddependência (5,7%), referindo que neste caso a intervenção do psicólogo deveria surgir como um complemento da Psiquiatria. Poderia ser útil igualmente ao nível da reestruturação de cognições/crenças disfuncionais que fossem identificadas durante o internamento e que pudessem ver comprometida, por exemplo, a adesão do utente a qualquer terapêutica prescrita.

Por fim, e ainda no acompanhamento ao utente, na unidade referente à presença de quadros psicopatológicos/psiquiátricos, destacam-se duas situações onde importa a Psicologia intervir no contexto de internamento, se estivermos na presença de um quadro depressivo (5,7%) e em quadros comuns na infecção por VIH (5,7%) como por exemplo a demência ou outros quadros neurológicos.

No grupo dos utentes, a mesma questão ou unidade de contexto resultou apenas num valor significativo que corresponde à intervenção da Psicologia em situações devidas a conflitos emocionais (44,4%) (ver Quadro 6).

Quadro 6

*Situações, Identificadas pelos Utentes, onde é Importante a Intervenção da Psicologia na Unidade de Internamento do Serviço de Infecciologia do HJU*

	Exemplos de citações	f	%
Conflitos emocionais (função catártica, reorganizadora, indutora de bem-estar)	“... acho que é muito importante uma pessoa poder falar com alguém, desabafar o que vai cá dentro (...) eu consigo ter um à vontade com o psicólogo e consigo desabafar, soltar tudo cá para fora, sinto-me alegre com um à vontade para pensar de outra maneira (...) em determinadas situações, por exemplo, um diálogo com alguém que não conhecemos e sentimos que podemos confiar, faz-nos sentir mais livres, mais autónomos (...) não conseguimos falar com as outras pessoas aquilo que falamos com o psicólogo, eu sinto alívio...”	4	44,4
Solidão Isolamento Depressão	“... era necessária a intervenção do psicólogo porque às vezes sentimo-nos completamente sozinhos, sem saber o que fazer, o que dizer, a que meios recorrer e muitas vezes sem vontade de viver...”	2	22,2
Adaptação a situações de perda	“... perdi um familiar neste internamento e quando isso aconteceu precisava do apoio do psicólogo e não tive, nestas situações é importante...”	1	11,1
Toxicod dependência	“... acho que é muito importante em todos os aspectos mas, principalmente, os toxicod dependentes têm de ter muito apoio...”	1	11,1
Adaptação ao diagnóstico e adesão à terapêutica	“... por exemplo, no início quando comecei a tomar a medicação não reagi bem e evitava tomá-la à beira de outras pessoas e, quando tomava, era fora de horas. Então, a psicóloga arranjou uma forma de eu tomar a medicação sem que isso fosse problema para mim...”	1	11,1
	Totais	9	99,9

As restantes categorias confirmam a importância da Psicologia em outras situações como: solidão, isolamento e depressão (22,2%); adaptação a situações de perda (11,1%); toxicod dependência (11,1%) e, situações de adaptação ao diagnóstico e adesão terapêutica (11,1%) (ver Quadro 6).

Procurando comparar as respostas dadas pelos técnicos (Quadro 5) e as dadas pelos utentes (Quadro 6) observa-se, em primeiro lugar, que ambos consideraram importante a intervenção da Psicologia em situações onde existe baixa adesão terapêutica, na presença de quadros depressivos e, em situações de perda (p.e., morte de um familiar internado).

Ao tentar perceber se existem diferenças ao nível das respostas de ambos os grupos, observa-se que, enquanto o grupo dos técnicos legitima a presença da Psicologia em função da presença da doença física, sendo isto observável pelo número significativo de respostas (42,6%), por seu turno, o grupo dos utentes confere a importância da Psicologia a factores maioritariamente psicossociais (p.e., isolamento, depressão, toxicod dependência), remetendo apenas uma das respostas para a doença física (11,1%) (ver Quadro 6).

Integrando o objectivo geral e os objectivos específicos deste estudo resulta uma sinopse de 10 situações/áreas onde, na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU a Psicologia pode ser útil. A identificação destas situações representa o momento central da DN que se pretendeu concretizar neste estudo. Por outras palavras, a DN de intervenção psicológica naquela unidade de internamento, resultou na detecção de 10 situações/áreas a otimizar, com o propósito de oferecer uma maior qualidade de atendimento ao utente (ver Quadro 7).

Tendo em conta as especificidades do internamento, quer em termos físicos quer em termos temporais (p.e., período durante o qual o utente se encontra internado), os objectivos, bem como as situações identificadas devem ser para o psicólogo motivo de

ponderação. O que se pretende é que as necessidades de intervenção psicológica resultantes da análise feita sejam antes de tudo, coerentes e realistas. Para isso, e partindo do pressuposto que a intervenção numa unidade de internamento é por excelência de cariz multidisciplinar e a do psicólogo particularmente breve, na perspectiva dos participantes e de acordo com a nossa selecção, justifica-se que, na unidade de internamento estudada, o psicólogo tenha um papel ao nível das situações mencionadas no Quadro 7.

#### Quadro 7

*Potenciais Situações/Áreas de Intervenção Psicológica, Determinadas pelos Participantes, a Optimizar na Unidade de Internamento do Serviço de Infecciologia do HJU*

---

Junto de utentes com diagnóstico recente (p.e., VIH/SIDA)

Psicoeducação de utentes e familiares (p.e., sobre o VIH/SIDA, tuberculose, hepatites)

Na resolução de conflitos emocionais associados ou não à hospitalização

Intervenção com utentes toxicodependentes (ainda que num formato breve)

Comunicação técnico-utente e técnico-familiar

Junto de utentes onde se confirme um comprometimento emocional, cognitivo e social

Na integração do utente numa rede de cuidados

Na manutenção da adesão à terapêutica

Quadros de ansiedade associados a procedimentos terapêuticos

Reintegração de um utente na sociedade

---

Note-se que, a ausência das restantes situações/áreas de intervenção psicológica identificadas ao longo deste capítulo não significa que são de menor relevância, contudo, parece pouco prudente intervir de forma tão breve em quadros depressivos, ou em perturbações de personalidade, ou mesmo, realizar um trabalho de adaptação psicológica a uma doença.

A decisão de intervir junto de um utente requer alguma ponderação, isto porque, se esta tiver início durante o período de internamento e não houver continuidade, por exemplo, através da consulta externa, o trabalho que se fez até então com o utente pode ser mais nocivo do que a ausência de qualquer intervenção.

Considerando que todas as intervenções independentemente da problemática constituem um risco, resta ao psicólogo actuar sempre em benefício do utente não esquecendo que é apenas uma parte, mesmo que importante, de um todo muito mais importante!

#### **CAPÍTULO 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

##### **QUANDO A PSICOLOGIA RESOLVE AGIR NO HOSPITAL**

A revisão da literatura sugere-nos que a Psicologia e, especificamente a pessoa do psicólogo, é um elemento importante a integrar numa equipa de saúde. Alguns modelos teóricos sugerem a pertinência deste profissional na mudança de crenças e/ou comportamentos ligados à saúde e à doença, na comunicação técnico-utente, na prevenção da doença, na promoção da saúde, na optimização da qualidade de vida na doença, teoriza-se também a utilidade da sua participação ao nível do ambiente organizacional na instituição de saúde, bem como em outras dimensões ligadas à saúde *versus* doença que não foram mencionados.

Ao reflectir sobre a intervenção em saúde se circunscrita ao contexto de internamento hospitalar, parece que afinal a Psicologia tem uma palavra a dizer. A estas palavras somam-se outras, tornando-se assim num discurso a várias vozes que se complementam na perfeição pelo simples facto de serem diferentes.

Ao envolvermos neste trabalho, técnicos e utentes de um determinado contexto de saúde, pretendemos em primeira instância, conhecer a sua vivência enquanto intervenientes activos de uma dada realidade, bem como, a sua perspectiva sobre a Psicologia nessa mesma realidade. Suspeitávamos que esta abordagem seria complexa, na medida em que, os participantes iam partilhar as suas ideias, iam fazer as suas próprias descrições e interpretações, iam ver-se a braços com a muito conhecida “desejabilidade social” e iam, provavelmente, sentir-se pouco à vontade com a “pessoa” do gravador. Depois de tudo isto, como cruzaríamos todas estas informações com aquelas que, inevitavelmente, já existiam no nosso universo conceptual, como determinaríamos o que era importante ser discutido ou não e, em que medida dever-nos-íamos socorrer da interpretação das informações recolhidas nas entrevistas. São apenas algumas dúvidas que presidiram o início deste estudo e permaneceram, ainda que de forma menos acentuada até ao fim do mesmo.

Assumimos claramente que percorrer esta área de investigação é comparável a andar sobre um campo armadilhado, neste caso concreto um campo armadilhado de evidências, senão vejamos, é conhecido o risco em entrar num ambiente onde a Medicina e a doença física reservam um espaço pouco perceptível para a Psicologia, mesmo que autores como Carapineiro (2005, p. 89) mencionem que:

... a presença dos psicólogos é habitual, e já foi processada nos serviços como correspondendo a um tipo de intervenção que é auxiliar ao trabalho médico e que, no caso dos psicólogos clínicos, se aproxima bastante dos objectivos e dos moldes da prática clínica... [na instituição hospitalar]

É também sabido que os utentes estão no contexto de internamento para restabelecer o seu estado de saúde física e, por isso, em muitas situações o estado era de tal modo grave que impossibilitou um maior número de participantes.

O tão temido risco é também extensivo à forma como foi levada a cabo a análise e a apresentação dos dados desta investigação. No entanto, de forma a minimizar este risco, após a realização de cada entrevista, estas foram ouvidas e tomadas algumas notas. Procuraram delinear-se os temas de interesse (unidades de contexto) de acordo com os objectivos. De seguida a gravação das entrevistas foi transcrita para o papel, as transcrições foram lidas cuidadosamente e, foram-se tomando notas nas margens da folha da entrevista. Procurou-se estar, sempre que possível, atento às nossas ideias e interpretações, cruzando com o que foi visto e ouvido em cada entrevista. Durante toda a análise, se não durante todo este estudo, procurámos não nos desvirtuar do tema central da investigação, questionando a cada passo se este se via reflectido nas afirmações que fazíamos, nas conclusões que retirávamos e nas interpretações que ousávamos tecer.

Apesar de tantos dilemas e tantas dúvidas, esta investigação viu cumpridos todos os seus objectivos e, principalmente, viu respondidas as suas questões de partida que, a relembrar, são: 1. Será que técnicos e utentes da unidade de internamento do serviço de

infecciologia do HJU consideram a Psicologia importante naquela unidade?; e 2. Quais são, na perspectiva de técnicos e utentes, as situações em que a intervenção psicológica pode representar uma ferramenta útil na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU?

À primeira questão todos os participantes responderam afirmativamente, isto vê-se materializado de forma mais expressiva nos Quadros 3 e 4 (ver Capítulo 3). De igual modo, a resposta à segunda questão de partida resulta num conjunto de 10 situações em que a intervenção psicológica pode ser útil na unidade de internamento estudada (ver Quadro 7).

As situações identificadas são uma sùmula de todas as que foram mencionadas pelos participantes, contudo, algumas não foram consideradas, na medida em que, não se ajustavam às especificidades do contexto, especificamente, ao tempo de internamento e ao *setting*, ambos representavam limitações se, por exemplo, o objectivo do psicólogo fosse intervir num episódio depressivo major. Neste caso concreto, provavelmente, durante o internamento apenas haveria tempo para avaliar o utente no sentido de fazer o diagnóstico diferencial, o que, mais uma vez, tendo em conta o contexto, deve ser ponderado ser feito ou não. A questão é, justificar-se-ia realizar esta avaliação sem que houvesse um comprometimento por parte do utente em continuar a intervenção em outro contexto (p.e., consulta externa)? Note-se que, consideramos de suma importância a intervenção do psicólogo na unidade de internamento do serviço de infecciologia, no entanto, consideramos ainda mais importante o reconhecimento, por parte deste técnico, dos seus limites de intervenção naquele contexto. Conhecidas as inúmeras alterações psicológicas/neuropsicológicas decorrentes da infecção por VIH, parece fundamental considerar, em algumas situações, a intervenção psicológica na unidade de internamento como uma preparação do utente para que este seja seguido em regime de consulta externa, ainda que o risco de não adesão seja bastante real!

Ao considerarmos as respostas dos técnicos, é importante verificar que estes vêem a utilidade do psicólogo circunscrita apenas à intervenção junto do utente. No entanto, alguns técnicos confirmaram a dificuldade sentida em comunicar com os utentes e, por vezes, com os familiares, conferindo ao psicólogo um papel útil na comunicação. Isto pode sugerir a necessidade de realizar alguma formação junto dos técnicos, no sentido de estes desenvolverem e optimizarem as suas competências comunicacionais (p.e., competências de escuta activa, perguntas abertas e técnicas facilitadoras; treino assertivo; resolução de conflitos e negociação; como transmitir más notícias; como transmitir informação sobre medidas preventivas, exames, tratamentos, autocuidados; como transmitir a informação escrita) (Teixeira, 2004a).

Relativamente aos utentes, importa reflectir sobre a forma vaga como estes responderam a algumas questões, colocando-se para isso várias hipóteses. Primeira, os utentes não perceberam a questão, segunda, não conheciam suficientemente bem o contexto para se pronunciarem, terceira, não possuíam competências cognitivas e/ou emocionais para responder, quarta, tinham receio de que as suas respostas fossem mal compreendidas pelos técnicos e isso se reflectisse no atendimento. Qualquer uma das hipóteses remete-nos para a importância de desenvolver acções que promovam a assertividade e o *empowerment* destes e de outros utentes. Neste sentido, é fundamental: potenciar o envolvimento do utente na sua própria saúde; sugerir que faça uma lista de questões que gostava de ver respondidas pelos técnicos e, assegurar-se de que consegue vê-las respondidas; ajudar a identificar preocupações; e, incentivar o utente a ser proactivo na realização de exames ou tratamentos (Teixeira, 2004a).

Parece importante reflectir um pouco sobre a interdisciplinaridade que, contrariamente ao esperado neste contexto, foi bastante considerada. Assim, ainda que confirmado pelos técnicos que o hospital é uma organização destinada, essencialmente, ao atendimento de necessidades físicas, confirmou-se também a importância de serem consideradas neste atendimento, as necessidades emocionais e sociais do utente. O facto de estarmos na presença de diferentes necessidades confere à intervenção, por um lado,

uma maior complexidade e, por outro, uma presença reconhecida de diferentes profissionais, entre os quais o psicólogo. Reconhecemos que é na troca de saberes que se encontram as soluções, não sob forma de adição ou mistura mas sob forma de recombinação, resultando numa fecunda e mútua aprendizagem.

Terminada esta investigação seria importante pensarmos onde tudo isto nos leva, ou o que fazer com o que se obteve? Ainda que o número de participantes não represente a totalidade dos técnicos e utentes presentes na unidade de internamento no período em que decorreu o estudo, seria útil ver esta investigação como uma proposta que visa principalmente orientar do psicólogo que trabalhe ou venha a trabalhar na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU.

Uma outra sugestão que pode representar a continuidade deste estudo é, em primeiro lugar, compilar todas as situações/áreas de intervenção psicológica identificadas nesta investigação e construir um questionário. Em segundo, sugerir o preenchimento do mesmo a todos os intervenientes da unidade de internamento e tratar estatisticamente a informação obtida que, de certo, teria elevada validade e confiabilidade. E por último, com as situações/áreas de intervenção psicológica determinadas depois desta filtração, delinear um plano de intervenção, onde a cada área corresponderiam objectivos e respectivas estratégias de intervenção.

Dada a natureza pouco comum deste estudo, neste contexto, e considerando que em outros contextos a DN já mostrou por diversas vezes elevada eficácia, é importante considerar a replicação desta investigação em amostras maiores, o que para além de contribuir para uma maior qualidade na prestação de cuidados de saúde, pode sem dúvida contribuir para uma maior legitimidade da intervenção psicológica no contexto da saúde física.

Para finalizar, atrever-nos-íamos a substituir todos os objectivos deste estudo por apenas por um: Contribuir para uma mais clara definição do papel do psicólogo numa unidade de internamento hospitalar!

### Referências bibliográficas

Ali, J. (2007). Tuberculosis. In E. M. Slaven, S. C. Stone, & F. A. Lopez (Eds.), *Infectious diseases: Emergency department diagnosis and management* (pp. 91-111). New York: McGraw-Hill Companies, Inc.

Aguiar, A., Medina, E., Besnosik, R., Vasconcelos, S., & Barreto, T. (2004). A formação em psicologia da saúde. *CienFico*, (I), 1-14. Retirado em 10 de Novembro de 2007, do site <http://www.frb.br/ciente/Impressa/Psi/Saude/P.16.AGUIAR,Politicasaude.pdf>

Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e educação* (3ª edição). Braga: Psiquilíbrios.

Alves-Mazzotti (1998). O método nas ciências sociais. In A. J. Alves-Mazzotti, & F. Gewandsznajer (Eds.), *O método nas ciências naturais e sociais: Pesquisa quantitativa e qualitativa* (pp. 107-188). São Paulo: Editora Pioneira.

Antunes, S. C., & Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e tuberculose pulmonar. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Orgs.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 643-660). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Athayde, S. (1987). *Elementos de psicopatologia* (4ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)
- Barros, H. (2007). *O essencial da saúde. SIDA* (Vol. 02). Porto: QN-Edições e Conteúdos, S.A
- Bastos, J. (2005). VIH/SIDA e toxicod dependência, mais vale prevenir. *Revista Toxicod dependências*, 2(11), 75-81. Retirado em 13 de Março de 2008, do site [http://www.toxicod dependencias.pt/media/artigos/2005\\_02\\_TXT7.pdf](http://www.toxicod dependencias.pt/media/artigos/2005_02_TXT7.pdf)
- Belar, C. D. (2000). Psychological interventions and health: Critical connections. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 11-17.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à Psicologia da saúde* (C. Nordeste, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 2000)
- Bergel, F. S., & Gouveia, N. (2005). Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento da tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 898-905.
- Bernardo, F. (1998). Ética na investigação em Psicologia: Algumas questões. In J. Cláudio (Ed.). *Actas do Colóquio Europeu de Psicologia e Ética* (pp. 89-96). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Bettinelli, L. A., Waskiewicz, J., & Erdmann, A. L. (2003). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O Mundo da Saúde*, 2(27), 231-239. Retirado em 20 de Novembro de 2008, da base de dados Biblioteca Virtual em Saúde.

- Bowling, A. (2002). *Research methods in health: Investigating health and health services*. Buchingham: Open University Press.
- Brahmer, J., & Sande, M. A. (2004). Tuberculose. In W. R., Wilson, & M. A. Sande (Orgs.), *Doenças infecciosas: diagnóstico e tratamento* (pp. 655-663, A. R. Bolner, B. Graajcer, C. Z. Nunes, F. C. Vieira, F. L. N. Nogui, F. L. Gonçalves, G. H. Johansen, J. X. Heck, M. S. Junior, S. Sakabe, & E. C. G. Dinis, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2001)
- Cabete, D. G. (2001). *O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico da pessoa idosa*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Carapineiro, G. (2005). *Saberes e poderes no hospital* (4ª edição). Porto: Edições Afrontamento.
- Castro, C. (2009). Estatísticas infecciologia 2008 – HJU. Consultado através de [crisrina.castro@hjurbando.min-saude.pt](mailto:crisrina.castro@hjurbando.min-saude.pt)
- Castro, E., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x Psicologia hospitalar: Definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24 (3), 48-57. Retirado em 20 de Novembro de 2008, da base de dados Biblioteca Virtual em Saúde.
- Clemente, M. (1992). El análisis de contenido: Características generales y análisis categorial. In M. C. (Ed.). *Psicología social: Métodos y técnicas de investigación* (pp. 170-185). Madrid: Eudema.

- Conselho de Administração (2005). *Regulamento do Hospital de Joaquim Urbano*. Manuscrito não publicado, Hospital de Joaquim Urbano, Porto.
- Cordeiro, J. C. D. (2002). Da psiquiatria à saúde mental – a intervenção preventiva no hospital geral. In J. C. D. Cordeiro (Org.). *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 71-81). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cruz, J. V. P. (1998). *Formação profissional em Portugal: Do levantamento de necessidades à avaliação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Diniz, A. M. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos crenças. Para uma propedêutica da Psicologia da crença*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dubé, B., Benton, T., Cruess, D. G., & Evans, D. L. (2005). Neuropsychiatric manifestations of HIV infection and AIDS. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30(4), 237-246. Retirado em 12 de Fevereiro de 2009, da base de dados PubMed.
- Duque, C. (2004). Avaliação psicológica em Psicologia da saúde: Suas trajetórias. *Lusíada*, 2, 173-193.
- Esteves, A., & Azevedo, J. (1998). *Metodologias qualitativas para as ciências sociais*. Porto: Instituto de Sociologia.
- Esteves, M., & Vieira-Coelho, M. A. (2007). *O essencial da saúde. Toxicodependências* (Vol. 16). Porto: QN-Edições e Conteúdos, S.A.

- Faria, J. P. A. (2005). *Caracterização psicopatológica de portadores de VIH/SIDA dependentes de substâncias psicoactivas em tratamento no centro de terapêutica combinada de Hospital de Joaquim Urbano*. Monografia não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Ferrão, L., & Rodrigues, M. (2006). *Formação pedagógica de formadores*. (6ª edição). Lisboa: Lidel.
- Feuerwerker, L. C. M., & Cecílio, L. C. O. (2007). O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 965-971. Retirado em 12 de Fevereiro de 2009, do site [http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=492](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=492)
- Figueiras, M. J. (2006). Psicologia da doença vs. Psicologia da saúde: A relevância dos modelos de senso comum. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em psicologia da saúde* (1ª edição, pp. 99-116). Coimbra: Quarteto.
- Guerra, M.P. (1998). *Sida: Implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século Edições LDA.
- Grilo, A.M. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção da infecção por VIH/SIDA. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(II), 101-118.
- Grilo, A. M., & Pedro, H. (2005). Contributos da Psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(I), 69-89.

- Hanson, L., Houde, D., McDowell, M., & Dixon, L. (2007). A population-based needs assessment for mental health services. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res*, 34, 233-242. Retirado em 16 de Abril de 2009, da base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Heleno, M. G. V., & Santos, H. (2004). Adaptação em pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana – HIV. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 1(V), 87-91.
- Hennezel, M. (2000). *Diálogo com a morte* (4ª edição). Lisboa: Editorial Notícias.
- Horta e Vale A. M. (2007). *O essencial da saúde. Hepatites virais* (Vol. 14). Porto: QN-Edições e Conteúdos, S.A.
- Hospital de Joaquim Urbano. (2009). *Organograma*. Retirado em 19 de Abril de 2009, do site <http://www.hjurbano.min-saude.pt/>
- Janis, I. L., Leventhal, H. (1965). Psychological aspects of psysical illness and hospital care. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of Clinical Psychology* (pp. 1360-1377). New York: McGraw-Hill.
- Joyce-Moniz, L. J., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde*. Porto: Asa Editores, S.A.
- Peterson, C., & Raps, C. S. (1984). Helplessness and hospitalization: More remarks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(46), 82-83. Retirado em 16 de Julho de 2008, da base de dados PsycARTICLES.

- Ketele, J. M., & Roegiers, X. (1998/1999). *Metodologia da recolha de dados: Fundamentos dos métodos de observações, questionários, de entrevistas e de estudo de documentos* (C. A. Brito, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (Obra original publicada em 1998)
- Kirkpatrick, D. (1977). Determining training needs: Four simple and effective approaches. *Training and Development Journal*, 22-25. Retirado em 16 de Janeiro de 2008, da base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Kirkpatrick, D. (1978). Determining supervisory training needs and setting objectives. *Training and Development Journal*, 16-19. Retirado em 16 de Janeiro de 2008, da base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Leal, I. P. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Leal, I. (2006). Perspectivas em psicologia da saúde. Dez anos da sociedade portuguesa de Psicologia da Saúde. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (1ª edição, pp. 13-28). Coimbra: Quarteto.
- Leandro, E., Machado, J. C., & Gomes, R. (2007). Promoção da saúde e prevenção da doença: realidades e miragens nas famílias portuguesas. In M. G. Pereira (Coord.), *Psicologia da Saúde Familiar* (pp. 267-294). Lisboa: Climepsi.
- Levi, D. S., Junior, G. T., Filho, A. C., & Diaz, R. S. (2004). Síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids). In R. Salomão, & A. C. C. Pignatari (Coords.), *Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de infecciologia* (pp. 135-150). São Paulo: Manole.

- Lessard-Hébert, M., Goyete, G., & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas* (M. J. Reis, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (Obra original publicada em 1990)
- Louro, C. Z. (1997). Disfunções neuropsiquiátricas e psicológicas na infecção pelo VIH. *Revista de epidemiologia*, 5(11), 16-18. Retirado em 8 de Fevereiro de 2008, do site <http://ape.med.up.pt/Home.php?var=06-Disfun>
- Madoff, L. C., & Kasper, D. L. (2006). Introdução às doenças infecciosas: interações hospedeiro-patógeno. In D. L. Kasper, E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), *Harrison Medicina Interna* (16ª edição Vol. I, pp. 731-734, A. V. Fonseca, C. H. A. Cosendey, D. C. Rodrigues, M. M. Vasconcelos, M. A. Valejo, P. L. Voeux, P. C. R. P. Mendes, P. C. Sanches, R. Jacobson, & S. Setúbal, Trad.). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda. (Obra original publicada em 1958)
- Magalhães, M. L., & Borges-Andrade, J. E. (2001). Auto e hetero-avaliação no diagnóstico de necessidades de treinamento. *Estudos em Psicologia*, 6(1), 33-50.
- Marques, J. A. (2007). *O essencial da saúde. Tuberculose* (Vol. 02). Porto: QN-Edições e Conteúdos, S.A.
- Martins, G. A., & Theóphilo, C. R. (2007). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais e aplicadas*. São Paulo: Editora Atlas.
- Mateus, F. A. (2008). *Relatório de estágio*. Manuscrito não publicado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

- Matos, M. G. (2007). Psicologia da saúde e saúde pública. In J. A. C. Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde. Contextos e Áreas de Intervenção* (pp. 43-70). Lisboa: Climepsi.
- Meignant, A. (1999). *A gestão da formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- McIntyre, T. M. (1994). A Psicologia da saúde: Unidade na diversidade. In T. M. MacIntyre (Eds.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 17-32). Braga: APPORT.
- Michener, H. A., DeLamater, J. D., & Myers, D. J. (2005). *Psicologia social* (E. Fittipaldi, & S. S. M. Cuccio, Trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning Ltda. (Obra original publicada em 2003)
- Murta, S. G., & Tróccoli, B. T. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: Efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. *Estudos de Psicologia*, 1(24), 41-51. Retirado em 20 de Agosto de 2008, do site <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a05.pdf>
- Negreiros, J. (2006a). Comportamentos de risco de infecção pelo VIH em consumidores de heroína injectada: Impacto de duração da duração dos consumos e da seropositividade. *Revista Toxicodependências*, 2(12), 3-10. Retirado em 20 de Março de 2008, do site: [http://www.toxicodependencias.pt/media/artigos/2006\\_02\\_TXT1.pdf](http://www.toxicodependencias.pt/media/artigos/2006_02_TXT1.pdf)
- Negreiros, J. (2006b). *Injecção de drogas, comportamento sexual e Risco de VIH*. Porto: Editora Livpsic.

- Negreiros, J., & Magalhães, J. (2005). Contributos para a compreensão dos comportamentos de risco de transmissão de VIH em consumidores problemáticos de drogas. *Revista Toxicodependências*, 2(11), 3-22. Retirado em 13 de Março de 2008, do site: [http://www.toxicodependencias.pt/media/artigos/2005\\_02\\_TXT1.pdf](http://www.toxicodependencias.pt/media/artigos/2005_02_TXT1.pdf)
- Nunes, J. M., Natário, A., Morgado, M. A., Pereira, A. A., Oliveira, C., Antunes, F., Freitas, M. G. G., & Poças, J. M. D. (2001). *Rede de referenciação hospitalar de infecciologia*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde* (C. Patrocínio, & F. Andersen, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1999)
- Oliveira, C. (2003a). Hepatites víricas. In A. Meliço-Silvestre, & J. G. S. Cunha (Coords.), *Doenças infecciosas – O desafio da clínica* (pp. 49-60). Coimbra: Edições MinervaCoimbra.
- Oliveira, C. (2003b). Tuberculose (TB) na infecção VIH. In A. Meliço-Silvestre, & J. G. S. Cunha (Coords.), *Doenças infecciosas – O desafio da clínica* (pp. 33-36). Coimbra: Edições MinervaCoimbra.
- Parry, G., Roth, D., & Kerr, I. B. (2007). Psicoterapia breve e de tempo limitado. In G. O. Gabbard, J.S., Beck, & J. Holmes (Eds.), *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (pp. 679-700, M. F. Lopes, & R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora S.A. (Obra original publicada em 2005)
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, M. G. (1996). O psicólogo no contexto de saúde: Modelos de colaboração. *Análise Psicológica*, 2/3 (XIV), 357-361.

- Playe, S. J., & Esterhay, P. V. (2007). Emerging infections. In E. M. Slaven, S. C. Stone, & F. A. Lopez (Eds.), *Infectious diseases: Emergency department diagnosis and management* (pp. 394-406). New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Rachid, M., & Schechter, M. (2003). *Manual de HIV/AIDS* (7ª edição). Rio de Janeiro: Revinter.
- Raps, C. S., Peterson, C., Jonas, M., & Seligman, M. E. P. (1982). Patient behavior in hospitals: Helplessness, Reactance, or Both? *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(42), 1036-1041. Retirado em 16 de Julho de 2008, da base de dados PsycARTICLES.
- Remor, E. A. (2001). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 1(12), 1-16. Retirado em 10 de Fevereiro de 2007, da base de dados Scielo Brasil.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. L. P. (2002). O consentimento informado na investigação em Psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 11-22.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. (1997). Avaliação e psicodiagnóstico em Psicologia da Saúde. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 357-370.

- Ribeiro, C., Araújo, D., Mesquita, E., Machado, F., Carreiro, J., & Cal, L. (2004). Interdisciplinaridade no contexto hospitalar. *CienteFico*, (1), 1-8. Retirado em 22 de Outubro de 2006, do site <http://www.frb.br/ciente/Impressa/Psi/Saude/P.7.RIBEIRO,C.InterdisciplinHosp.pdf>
- Ros, A. M. J. (s.d.). *Consulta psicológica em casos e contextos específicos*. Retirado em 10 de Outubro de 2006, do site [http://w3.ualg.pt/~aros/index.php?download=CP05.0\\_casos.pdf](http://w3.ualg.pt/~aros/index.php?download=CP05.0_casos.pdf)
- Rosa, B. A. (1999). *Satisfação com os cuidados de saúde e depressão em doentes internados num hospital geral*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Rosa, J. T., Romaro, R. A., Marcelo de Felice, E., Pereira, A. A. M., Batista, R. A. M., Lundberg, K., & Vizziello, G. F. (2001). *Extensões da psicologia clínica para a área de saúde e de instituições*. Retirado em 10 de Outubro de 2006, do site [http://www.mackenzie.com.br/universidade/psico/publicacao/vol3\\_n1/v3n1\\_art5.pdf](http://www.mackenzie.com.br/universidade/psico/publicacao/vol3_n1/v3n1_art5.pdf)
- Roseira, M B. (1996). *Que sistema de saúde para o futuro?: Organização dos hospitais na relação com a sociedade* (1ª edição). Porto: Público.
- Sande, M. A. (2004). Introdução (A. R. Bolner, B. Graajcer, C. Z. Nunes, F. C. Vieira, F. L. N. Nogui, F. L. Gonçalves, G. H. Johansen, J. X. Heck, M. S. Junior, S. Sakabe, & E. C. G. Dinis, Trad.). In W. R., Wilson, & M. A. Sande (Orgs.), *Doenças infecciosas: diagnóstico e tratamento* (pp. 21-22). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2001)
- Santos, C. (1984). *Hospital Joaquim Urbano. Centenário 1884-1984*. Porto: Rocha Artes Gráficas.

- Sarwer, D. B., & Crawford, I. (1994). Therapeutic considerations for work with persons with HIV Disease. *Psychotherapy*, 2(31), 262-269. Retirado em 16 de Abril de 2008, da base de dados PsycARTICLES.
- Silva, J., & Pires, A. (1998). A ética na investigação em Psicologia. In J. Cláudio (Ed.). *Actas do Colóquio Europeu de Psicologia e Ética* (pp. 181-183). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Silverman, D. (2001). *Interpreting qualitative data: Methods for analysing talk, text and interaction* (2ª edição). London: Sage.
- Teixeira, J. A. (1991). *Psicologia da Saúde e sida*. Trabalho de síntese não publicado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Teixeira, A. C. (1993). *Psicologia da Saúde e sida*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia da Saúde em Portugal. Panorâmica breve. *Análise Psicológica*, 1(XX), 165-365.
- Teixeira, J. A. C. (2004a). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde - utentes. *Análise Psicológica*, 3(XX), 615-620.
- Teixeira, J. A. C. (2004b). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 441-448.
- Teixeira, J. A. C. (2007). Psicologia da Saúde. In J. A. C. Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde. Contextos e áreas de intervenção* (pp. 17-41). Lisboa: Climepsi.

- Teixeira, J. A. C., & Correia, A. R. (2001). Fragilidade social e saúde. In A. Sequeira (Ed.). *Actas das 1<sup>as</sup> Jornadas em Reabilitação e Inserção Social* (pp. 121-125). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Teixeira, J. A. C., & Correia, A. R. (2002). Fragilidade social e Psicologia da saúde – um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. *Análise Psicológica*, 3(XX), 359-365.
- Trindade, I. (2000). Abordagem psicológica da doença crónica em centros de saúde. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Orgs.). *Actas do 3<sup>o</sup> Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 363-372). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia em serviços de saúde. Intervenção em centros de saúde e hospitais. *Análise Psicológica*, 1(XX), 171-174.
- Trzepacz, P. T., & Baker, R. W. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi.
- Vegni, E., Mauri, E., Foa, P., & Moa, E. A. (2006). A protocol of intervention for the psychological consultation in an oncological ward: a theoretical proposal. *Continuing Education in Oncology*, 1 (3), 11-18. Retirado em 10 de Outubro de 2006, da base de dados PsycArticles.
- World Health Organization. (2009). *Health topics - Infections diseases*. Retirado em 10 de Março de 2009, do site <http://www.who.int/topics/en/>

World Health Organization. (2000). *Workbook 3 - Needs assessment*. Retirado em 7 de Junho de 2008, do site [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_5865\\_EN\\_3\\_needs\\_assessment.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5865_EN_3_needs_assessment.pdf)

## ANEXOS

## ANEXO A

PROTOCOLO PARA OS TÉCNICOS A TRABALHAR NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE  
INFECCIOLOGIA DO HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO

# **PROTOCOLO**

TÉCNICOS A TRABALHAR NA UNIDADE DE INTERNAMENTO

DO SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA DO HJU

## DECLARAÇÃO

**ASSUNTO:** Esclarecimento sobre a investigação

Eu, Filipa Antunes Mateus, aluna do 2º Ciclo de Estudos do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa, encontro-me a desenvolver, no âmbito da minha Dissertação de Mestrado, um estudo de investigação, no Hospital de Joaquim Urbano.

O estudo que me proponho realizar tem na sua base a experiência do estágio curricular nesta instituição durante os últimos 11 meses. Depois de alguma ponderação acerca da realidade hospitalar e, nomeadamente, da unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU, pareceu-me fundamental, procurar perceber a pertinência da intervenção psicológica para alguns intervenientes deste contexto, nomeadamente, médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social e de psicologia e utentes.

A investigação concretizar-se-á com o levantamento de necessidades de intervenção psicológica presentes na unidade de internamento do serviço de infecciologia, procurando responder às mesmas através da elaboração de um plano de acção. Na prática, este levantamento será realizado, depois dos respectivos consentimentos, através de uma entrevista individual, gravada, com a duração de aproximadamente 15 minutos.

Aos participantes deste estudo, serão salvaguardados, o direito à informação (princípio do consentimento informado), o direito à liberdade de participação, o direito dos participantes serem tratados com segurança, sem risco de qualquer consequência (física e mental), e o direito à confidencialidade (à não divulgação de dados que identifiquem os participantes).

---

(Filipa Mateus)

## DECLARAÇÃO

**ASSUNTO:** Consentimento informado

Eu declaro que aceito participar no estudo de investigação que a aluna Filipa Antunes Mateus está a desenvolver no Hospital de Joaquim Urbano, no âmbito da sua Dissertação de Mestrado.

Declaro que, antes de aceitar participar, fui devidamente esclarecido(a) sobre os objectivos do estudo, a duração esperada do mesmo e os procedimentos para a sua concretização.

Tomei conhecimento do anonimato e confidencialidade da informação obtida, sendo a mesma apenas para fins de investigação. De igual forma, foi-me dada a total liberdade de participar ou desistir a qualquer momento do estudo, sem que esse facto tenha qualquer consequência para mim.

Assim, acreditando que o meu contributo é fundamental nesta investigação, comprometo-me a colaborar com total sinceridade às questões que me forem colocadas.

Sendo verdade e por me ter sido pedido, dato, coloco uma cruz nos quadrados que identificam, respectivamente, o meu estatuto profissional e o meu consentimento, e assino.

- Médico(a)             Enfermeiro(a)             Técnico(a) de Serviço Social  
 Consinto             Não consinto

Porto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

\_\_\_\_\_  
Investigadora

\_\_\_\_\_  
Participante

## DECLARAÇÃO

**ASSUNTO:** Consentimento para a gravação da entrevista

Eu declaro que aceito participar no estudo de investigação que a aluna Filipa Antunes Mateus está a desenvolver no Hospital de Joaquim Urbano, no âmbito da sua Dissertação de Mestrado.

Fui devidamente esclarecido(a) sobre os objectivos do estudo, a duração esperada do mesmo, os procedimentos para a sua concretização, bem como do anonimato e confidencialidade da informação obtida, sendo esta, apenas para fins de investigação.

Foi-me dada a total liberdade de participar ou desistir a qualquer momento do estudo, sem que esse facto tenha qualquer consequência para mim.

Declaro aceitar que os conteúdos da entrevista que me vai ser realizada sejam gravados, com o objectivo de melhor tratar a informação que vou fornecer.

Confirmo que me foram dadas garantias de que a informação gravada, depois de tratada, será desgravada e os registos destruídos.

Sendo verdade e por me ter sido pedido, dato, coloco uma cruz no quadrado que identifica o meu consentimento, e assino.

Consinto

Não consinto

Porto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

\_\_\_\_\_  
Investigadora

\_\_\_\_\_  
Participante

# GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

(TÉCNICOS A TRABALHAR NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA DO HJU)

## QUESTÃO 1

1.1. Há quanto tempo trabalha no contexto de internamento, nomeadamente, na área das doenças infecciosas?

1.2. Quais considera serem os maiores desafios neste domínio de actuação?

## QUESTÃO 2

Como percepciona a actuação da Psicologia nesta unidade de internamento?

## QUESTÃO 3

Em que situações considera importante a intervenção da Psicologia nesta unidade de internamento<sup>10</sup>?

Obrigado(a) pela sua participação!

---

<sup>10</sup> No caso do(a) técnico(a) não considerar importante a intervenção da Psicologia na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU, então substituir esta questão por: **Em que situações considera importante a intervenção da Psicologia?**



## ANEXO B

PROTOCOLO PARA OS UTENTES INTERNADOS NA UNIDADE DO SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA  
DO HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO

# **PROTOCOLO**

UTENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE INTERNAMENTO

DO SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA DO HJU

## DECLARAÇÃO

**ASSUNTO:** Esclarecimento sobre a investigação

Eu, Filipa Antunes Mateus, aluna do 2º Ciclo de Estudos do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa, encontro-me a desenvolver, no âmbito da minha Dissertação de Mestrado, um estudo de investigação, no Hospital de Joaquim Urbano.

O estudo que me proponho realizar tem na sua base a experiência do estágio curricular nesta instituição durante os últimos 11 meses. Depois de alguma ponderação acerca da realidade hospitalar e, nomeadamente, da unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU, pareceu-me fundamental, procurar perceber a pertinência da intervenção psicológica para alguns intervenientes deste contexto, nomeadamente, médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social e de psicologia e utentes.

A investigação concretizar-se-á com o levantamento de necessidades de intervenção psicológica presentes na unidade de internamento do serviço de infecciologia, procurando responder às mesmas através da elaboração de um plano de acção. Na prática, este levantamento será realizado, depois dos respectivos consentimentos, através de uma entrevista individual, gravada, com a duração de aproximadamente 15 minutos.

Aos participantes deste estudo, serão salvaguardados, o direito à informação (princípio do consentimento informado), o direito à liberdade de participação, o direito dos participantes serem tratados com segurança, sem risco de qualquer consequência (física e mental), e o direito à confidencialidade (à não divulgação de dados que identifiquem os participantes).

---

(Filipa Mateus)

## DECLARAÇÃO

**ASSUNTO:** Consentimento informado

Eu declaro que aceito participar no estudo de investigação que a aluna Filipa Antunes Mateus está a desenvolver no Hospital de Joaquim Urbano, no âmbito da sua Dissertação de Mestrado.

Declaro que, antes de aceitar participar, fui devidamente esclarecido(a) sobre os objectivos do estudo, a duração esperada do mesmo e os procedimentos para a sua concretização.

Tomei conhecimento do anonimato e confidencialidade da informação obtida, sendo a mesma apenas para fins de investigação. De igual forma, foi-me dada a total liberdade de participar ou desistir a qualquer momento do estudo, sem que esse facto tenha qualquer consequência para mim.

Assim, acreditando que o meu contributo é fundamental nesta investigação, comprometo-me a colaborar com total sinceridade às questões que me forem colocadas.

Sendo verdade e por me ter sido pedido, dato, coloco uma cruz no quadrado que identifica o meu consentimento, e assino.

Consinto                       Não consinto

Porto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

---

Investigadora

---

Participante

## DECLARAÇÃO

**ASSUNTO:** Consentimento para a gravação da entrevista

Eu declaro que aceito participar no estudo de investigação que a aluna Filipa Antunes Mateus está a desenvolver no Hospital de Joaquim Urbano, no âmbito da sua Dissertação de Mestrado.

Fui devidamente esclarecido(a) sobre os objectivos do estudo, a duração esperada do mesmo, os procedimentos para a sua concretização, bem como do anonimato e confidencialidade da informação obtida, sendo esta, apenas para fins de investigação.

Foi-me dada a total liberdade de participar ou desistir a qualquer momento do estudo, sem que esse facto tenha qualquer consequência para mim.

Declaro aceitar que os conteúdos da entrevista que me vai ser realizada sejam gravados, com o objectivo de melhor tratar a informação que vou fornecer.

Confirmo que me foram dadas garantias de que a informação gravada, depois de tratada, será desgravada e os registos destruídos.

Sendo verdade e por me ter sido pedido, dato, coloco uma cruz no quadrado que identifica o meu consentimento, e assino.

Consinto

Não consinto

Porto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

\_\_\_\_\_  
Investigadora

\_\_\_\_\_  
Participante

# GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

(UTENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE INFECCIOLOGIA DO HJU)

## QUESTÃO 1

1.1. Quantas vezes esteve internado(a) nesta unidade?

1.2. Durante quantos dias esteve internado(a)?

1.3. Qual é a sua percepção sobre os serviços prestados?

## QUESTÃO 2

Como percebe a actuação da Psicologia nesta unidade de internamento?

## QUESTÃO 3

Em que situações considera importante a intervenção da Psicologia nesta unidade de internamento<sup>11</sup>?

Obrigado(a) pela sua participação!

---

<sup>11</sup> No caso do(a) utente não considerar importante a intervenção da Psicologia na unidade de internamento do serviço de infecciologia do HJU, então substituir esta questão por: **Em que situações considera importante a intervenção da Psicologia?**

## GRELHA DE OBSERVAÇÃO

CONTEÚDOS NÃO VERBAIS DA ENTREVISTA

SEXO	F	M	DATA	HORA DE INÍCIO	HORA DE FIM
CONTEXTO					Obs.
INCLINAÇÃO DO CORPO					Obs.
CONTACTO OCULAR					Obs.
EXPRESSÕES FACIAIS					Obs.
MOVIMENTOS E GESTOS					Obs.
CONTACTO FÍSICO					Obs.
ATITUDE					Obs.
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					Obs.

## ANEXO C

AUTORIZAÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HJU PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO



# HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO

Ministério da Saúde Administração Regional de Saúde do Norte

Ex<sup>ª</sup> Senhora  
Dr<sup>ª</sup> Filipa Antunes Mateus

Sua referência	Data	Nossa referência	Data	Processo
		141/CES	03.11.08	

**ASSUNTO: Pedido de realização de estudo de investigação, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa**

Na sequência da reunião da Comissão de Ética do Hospital de Joaquim Urbano de 1 de Outubro de 2008, foram analisadas as alterações dos documentos solicitados pela CES (Documento de Consentimento do Serviço e das Folhas de Consentimento Informado) do estudo de investigação, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, da aluna Filipa Mateus, sendo emitido parecer favorável.

Com os melhores cumprimentos,

Porto e Hospital Joaquim Urbano, 3 de Novembro de 2008

A Comissão de Ética

Dr.ª Elizabete Maria das Neves Borges



## HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO

Ex<sup>a</sup> Senhora  
Dr<sup>a</sup> Filipa Antunes Mateus

Sua referência	Data	Nossa referência	Data	Processo
		144/CES	10.02.09	

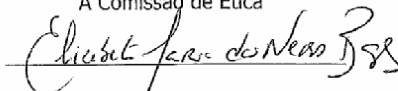
**ASSUNTO:** Pedido de realização de estudo de investigação, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (Inclusão de entrevistas à Técnica de Serviço Social, Nutricionista e Psicóloga)

Na sequência do parecer favorável do estudo de investigação, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, da aluna Filipa Mateus, emitido em Novembro de 2008, e após solicitação da Investigadora para inclusão de entrevistas à Técnica de Serviço Social, Nutricionista e Psicóloga não vê esta Comissão de Ética qualquer impedimento para a realização das mesmas. Sendo, por conseguinte, emitido parecer favorável.

Com os melhores cumprimentos,

Porto e Hospital Joaquim Urbano, 10 de Fevereiro de 2009

A Comissão de Ética

  
Dr.ª Elizabete Maria das Neves Borges

## ANEXO D

E-MAIL DA DRA. CRISTINA CASTRO: ESTATÍSTICA INFECCIOLOGIA 2008 - HJU

Gmail Calendário Docs Fotografias Sites Imagens Web mais ▾ filipantunesmateus@gmail.com | Definições | Versão antiga | Ajuda | Terminar sessão



Procurar correio

Pesquisar a Web

Mostrar opções de pesquisa

Criar filtro

**Compor mensagem**

Caixa de entrada

Com estrela

Chat

Correio enviado

Rascunhos (1)

Todo o correio

Mensagens não solicitadas

Caixote do lixo

**Contactos**

Filipa Antunes Mai

Pesquise, adicione ou convite

**Marcadores**

Editar marcadores

Convidar um amigo

Partilhar Gmail com:

Enviar e-mail 50 convites disponíveis

ver visualizar convites

◀ Voltar a Caixa de entrada Arquivo Denunciar mensagem não solicitada Eliminar Mover para Marcadores

Mais acções

1 de 41 Anteriores &gt;

**Estatística Infecçologia 2008 - HJU** Caixa de entrada X

Nova janela

Imprimir todos

CRISTINA CASTRO para eu, 1 mostrar detalhes 11:57 (Há 7 horas) | Responder |

Dr.ª Filipa:

Conforme solicitado ao Prof. Doutor Rui Sarmiento e Castro, junto envio a estatística referente ao internamento de infeccologia do HJU no ano de 2008:

- Doentes saídos: 398

- Demora média dos utentes internados: 14,37 dias

- A patologia mais prevalente é a **Infecção pelo vírus da imunodeficiência Humana (VIH)**- 378 doentes, representando **94,97%**.

Com os melhores cumprimentos,

**Cristina Castro**Gabinete de Apoio a Gestão  
Hospital de Joaquim UrbanoE-Mail: [cristina.castro@hju.hsuap.nhs.gov.pt](mailto:cristina.castro@hju.hsuap.nhs.gov.pt)  
Website: <http://www.hju.hsuap.nhs.gov.pt>

Responder Responder a todos Encaminhar

◀ Voltar a Caixa de entrada Arquivo Denunciar mensagem não solicitada Eliminar Mover para Marcadores

Mais acções

1 de 41 Anteriores &gt;

Envie fotografias facilmente através do Gmail com o organizador de fotografias gratuito Google. Saiba mais

Neste momento está a usar 69 MB (0%) do seu total de 7333 MB.

Última atividade da conta: 16 horas atrás no IP 92.250.89.218. Detalhes

Visita de Gmail: normal | ativar o chat | HTML simples Saiba mais

©2009 Google - Termos - Política de privacidade - Página inicial do Google