



# Doenças de Etiologia Neurológica: Constructos Profissionais

**Candidatura a Título de Especialista em Terapia da Fala**

Brito Manuel Marques Largo

Novembro de 2015

## **Enquadramento**

O presente trabalho é apresentado no âmbito da alínea b) do artº.5º do Decreto-Lei nº 206/2009 de 31 de agosto para candidatura ao Título de Especialista em Terapia da Fala.

Trata-se de um artigo de âmbito profissional que deriva do resultado de uma tese de mestrado apresentada em 2008 na Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga em Coimbra.

---

## RESUMO

O processo de intervenção clínico-terapêutica em contextos de Reabilitação centra-se na definição e implementação de práticas que visam simultaneamente satisfazer as necessidades dos pacientes vítimas de doença de etiologia neurológica entre outras, e as dos profissionais que desempenham funções nos referidos contextos.

- Em que medida há de facto uma visão comum assente nos mesmos modelos epistemológicos e transversais às conceções e práticas a todos os profissionais, ou há discrepância de visão e conceptualização? De que forma, nesse caso, isso afeta a tipologia de prestação de serviços? Como é que a mais recente proposta da OMS através da CIF (2001), se integra nas práticas?

Para aceder às diferentes representações dos profissionais implicados relativas a estas questões, optou-se pela elaboração de um estudo exploratório descritivo e não inferencial, com recurso à utilização da Grelha de Repertório, para explorar a construção de significados pessoais, decorrente da Teoria de Constructos Pessoais de George Kelly (1955).

Os resultados mostraram diferentes construções para diferentes profissionais, sendo que para médicos e fisioterapeutas o modelo que melhor enquadra as suas construções é o biomédico. Para enfermeiros de reabilitação e terapeutas ocupacionais é o modelo de reabilitação e para terapeutas da fala é o modelo biopsicossocial.

Verificou-se ainda e apesar das tendências atrás expostas, a existência de construções semelhantes nos diferentes profissionais nomeadamente, na dimensão biológica e centrada nas deficiências, na dimensão centrada no indivíduo relativamente às incapacidades, e ainda associados às consequências sociais das patologias no próprio e nos seus contextos de vida.

Palavras-Chave: Intervenção clínico-terapêutica em contextos de reabilitação; Doenças de etiologia neurológica; Profissionais de saúde; Construções e Representações; Grelha de Repertório; George Kelly.

---

## ABSTRACT

The clinical therapeutic intervention process in rehabilitation contexts focuses on the definition and implementation of practices that aim to simultaneously meet the needs of patients, victims of neurological diseases, and the professionals who work in these contexts.

- To what extent there is a common vision based on the same epistemological models and transversal to all professionals or there is a conceptual discrepancy between them?

-In what way then it affects the type of services delivery they offer?

-How does the latest W.H.O. proposal of health and disease classification (ICF, 2001) integrates those practices?

To study the different conceptual representations related to these questions of the implied professionals, we have elaborated a descriptive, non-inferential exploratory study, using the Repertory Grid used by George Kelly (1955), in his Personal Constructs Theory to explore the construction of personal meanings.

The results showed different constructions for different professionals. For doctors and physiotherapists the model that best fit their representations is the biomedical. For rehabilitation nurses and occupational therapists is the rehabilitation model and for speech therapists is the biopsychosocial model.

There was also, despite the trends above, the existence of similar representations in different professionals, particularly in the biological dimension centred in impairments, in the dimension centred on the individual regarding disabilities, and also associated to the social consequences of the pathologies in the person and their contexts of life.

Keywords: Clinical-therapeutic intervention in rehabilitation contexts; Neurological diseases; Health professionals; Constructions and Representations; Repertory Grid; George Kelly.

---

## INTRODUÇÃO

O exercício profissional como Terapeuta da Fala em diversos contextos, Centro de Reabilitação Infantil e Serviço de Reabilitação de um Hospital Central, bem como o desempenho de funções de docência com alunos de Terapêutica da Fala e Enfermeiros na especialização em Enfermagem de Reabilitação, tem permitido o acesso a um conjunto de realidades clínicas e conceptuais que implica permanentemente a interligação e actualização entre os conhecimentos emergentes da área científica – terapêutica da fala, e o reflexo que estes poderão ter na prática de diversos profissionais, incluindo o próprio.

A consciência da evolução nas práticas, em função de novos conhecimentos, a que com o passar do tempo se tem assistido, determina uma consciência crítica que desencadeia a curiosidade de saber se este é um processo exclusivamente determinado por esses conhecimentos ou se a própria experiência acumulada pelos profissionais o determina ou influencia. Neste sentido, como se processará a transição entre o que vem do passado (formação de base) e que é influenciado pelos conhecimentos do presente, determinando as diversas construções do futuro?

Vivendo permanentemente, em contextos de prática profissional que enquadram diversos profissionais de áreas distintas a lidar com entidades clínicas comuns, tem surgido a questão acerca da forma como cada um deles viverá esta emergência de novos conhecimentos e perspectivas, que preconizam a implementação de novas abordagens e estratégias e se isso se reflecte ou não nas práticas.

Torna-se assim pertinente o presente estudo em que se tenta perceber qual ou quais mecanismos condicionam as práticas dos profissionais que intervêm em contexto de reabilitação de pacientes vítimas de diversas doenças neurológicas. Subsequentemente, põe-se a questão:

- As práticas são totalmente determinadas pela formação de base de cada um, ou vão sendo modificadas/adaptadas em função da evolução dos conhecimentos e da experiência acumulada pelos diversos profissionais na execução das suas tarefas diárias?

---

## 2. Fundamentação do problema de investigação/objecto de estudo

O modelo mais clássico de concepção e compreensão de qualquer doença pelo menos, a nível ocidental, de acordo com Nettleton e Gustafsson (2002), é o chamado modelo biomédico. Globalmente este modelo prevê uma intervenção centrada na prescrição de terapêutica medicamentosa decidida a nível médico, para resolver ou atenuar as consequências da doença.

Podemos considerar dentro das múltiplas possibilidades de doença e no âmbito deste trabalho um conjunto de patologias de etiologia neurológica que poderão ter como característica comum, a passagem à cronicidade de um conjunto de consequências que delas derivam. Por outro lado e de acordo com a experiência clínica verifica-se uma possibilidade de intervenção nestas patologias por um conjunto diverso de profissionais que convergem na sua ação em contextos clínicos que a elas se dedicam.

A irreversibilidade das consequências de algumas destas doenças parece sistematicamente colocar alguns desafios ao conjunto de profissionais que tem como função a sua resolução, principalmente se a assumirem centrada numa dimensão epistemológica de natureza exclusivamente biomédica. A intervenção médico-terapêutica exclusivamente centrada nesta dimensão conduz a uma falência do próprio processo dado não ser possível “reparar totalmente a máquina que avariou” dada a irreversibilidade que caracteriza genericamente as patologias de etiologia neurológica. Efetivamente, a intervenção terapêutica assenta numa tentativa de resolução ou atenuação das consequências dos problemas, passando pela complementaridade de actuação numa dimensão clínica clássica ligada a outra de carácter reabilitativo ou funcional, levada a cabo por médicos, terapeutas e enfermeiros com formação específica para esse efeito.

A este processo subjaz de acordo com a revisão feita por Worrall (2003), a crença de que através da implementação prática de um programa médico-terapêutico é possível reabilitar o sujeito isto é, potenciar as capacidades que foram preservadas, compensando através de treino aquelas que foram atingidas ou se perderam. Como resultado final desejado espera-se que o indivíduo fique muito próximo daquilo que era antes, em termos funcionais. Este processo parece assentar de forma determinante numa dimensão mecanicista de concepção dos problemas de saúde e sua resolução de acordo com o Modelo Biomédico (Reis, 1998).

---

Já em 1980 a Organização Mundial de Saúde (O.M.S) reconhece que a partir destas situações resultam os chamados *handicaps*, ou seja, o resultado da diferença entre aquilo que se era e o que se passou a ser em consequência de um problema de etiologia neurológica, mesmo depois da implementação de um programa terapêutico.

Esta diferença vem pôr a tónica na necessidade de entender a dimensão patológica destas situações não só numa dimensão clínica/médica mas também, na compreensão do impacto das diferenças a nível social ou seja na participação e inserção do indivíduo no contexto social.

Segundo Reis (1998), os modelos de dimensão biopsicossocial podem ser úteis favorecendo a análise e compreensão destas situações de forma mais alargada e complexa. Uma vez assumida a fragilidade da resposta mais clássica a nível médico é possível nesta nova compreensão o condicionamento dos programas de intervenção de forma a considerarem não só o treino do indivíduo, mas também, simultaneamente a promoção de um conjunto de adaptações tecnológicas para minorar o impacto dos problemas na sua vida e na dos seus familiares ou pares. Esta visão apesar de mais alargada parece ser, apesar de tudo, dominada pela dimensão Biológica, e acabou por não modificar a situação, ou demorar a ter consequência nas práticas clínicas e terapêuticas dos diversos intervenientes em contexto clínico, médicos, enfermeiros e terapeutas, o que está de acordo com o referido em Borrel-Carió, Suchman e Epstein em 2004.

Em consequência das transformações sociais e dos avanços tecnológicos, cada vez mais se assume como evidente a necessidade de compreensão destes problemas pela sua complexidade considerando-os e concebendo-os numa dimensão holística. Isto pressupõe naturalmente uma tónica não exclusivamente centrada na dimensão biológica, psicológica e social passando a considerar-se neste caso, as consequências do problema não só afetando o próprio, mas também aqueles que com ele lidam e vivem, implicando ainda, uma corresponsabilização da própria sociedade, o que está de acordo com as conceções subjacentes à International Classification of Functioning (I.C.F), proposta em 2002 pela O.M.S. Neste sentido a intervenção, também deverá desejavelmente passar a considerar os parceiros ou cuidadores das pessoas com sequelas de doença neurológica como alvos de intervenção, no sentido de por um lado lhes identificar competências, para melhor reinserir aquele que tem um problema de base neurológica, no seu contexto habitual de vida, e por outro torná-los parceiros nos processos de decisão que lhes digam respeito.

---

A intervenção terapêutica, neste tipo de patologias, deverá assim assumir uma dimensão que para além de envolver um número diversificado de profissionais de áreas tão diversas como médicos, terapeutas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, deverá ter em conta a compreensão dos problemas com que lidam com base nos mesmos pressupostos epistemológicos.

Posto isto, e considerando que uma intervenção terapêutica que em si consiga integrar os pressupostos aqui por nós sublinhados, deve necessariamente estar enformada num profundo conhecimento sobre como cada um destes profissionais representa e constrói (para si) a patologia e o sujeito que dela padece, propomos a seguinte questão de investigação:

Como é que cada profissional concebe cada um destes pacientes e as patologias que os afectam?

De uma forma mais específica pretende-se averiguar se a representação de vários profissionais de saúde face às consequências das doenças de base neurológica se ancora em modelos de base biomédica ou noutros diferentes deste e de que modo tal ou tais representações se expressam no exercício da sua prática clínica, isto é, que tipo de representação existe e como é que esta condiciona e se repercute na acção/intervenção do profissional.

Subsequentemente, proceder-se-á à análise da relação entre a representação do sujeito em situação individual e dentro do grupo profissional a que pertence e concomitantemente também a possibilidade de diferenciação da representação da deficiência entre indivíduos em cada grupo profissional e se existe tendência para o esboroamento desta diferenciação quando o sujeito se encontra intra grupo.

Estabelecemos ainda como objectivos específicos de estudo:

- Analisar se o processo de compreensão é transversalmente equivalente atendendo à base etiológica destes problemas, independente da profissão de cada um dos profissionais.
- Verificar qual o modelo epistemológico que melhor enquadra as práticas clínicas de todos e cada um dos profissionais.
- Averiguar se há um cruzamento entre uma concepção de base clínica com outra de base mais pessoal construída na experiência de confronto com estes problemas.

---

## 2. Tipo de estudo e enquadramento metodológico

De acordo com a questão de investigação definida e com toda a argumentação teórica prévia, torna-se saliente a possibilidade de se usar uma metodologia de carácter qualitativo dado que, tal como refere Fortin (1996:148), “*o investigador reconhece que a relação sujeito objecto é marcada pela intersubjectividade*” ou seja, *as pessoas que participam no estudo tiveram ou têm a experiência de um fenómeno particular*”, que neste caso é o contacto com indivíduos com sequelas de doenças de etiologia neurológica.

Genericamente, os métodos qualitativos envolvem o pesquisador e descrevem tipos de características dos sujeitos de estudo e conhecimentos sem os comparar em termos de medidas ou quantidades. Thomas (2003, p.1) apresenta uma definição possível para este tipo de metodologia como sendo, “*um processo multimodal que envolve uma perspectiva interpretativa de carácter naturalista do que se analisa*”. Os estudos são realizados em contextos naturais, tentando o investigador interpretar um fenómeno em termos dos significados ou conceitos específicos desses sujeitos. Ainda referindo o mesmo autor, os métodos qualitativos são geralmente suportados por um paradigma interpretativista, que traduz um mundo em que a realidade é socialmente construída, complexa e sempre em mudança. Esta asserção confirma a adequação da metodologia base deste estudo, cujo conteúdo se centra na análise das construções pessoais dos sujeitos participantes.

Ainda de acordo com Neuman (2003), neste tipo de investigação os investigadores não evitam distanciar-se das pessoas ou acontecimentos que estudam o que não significa arbitrariedade, personalização de opiniões, menos cuidados na recolha de dados, ou usar selectivamente a evidência para suportar os julgamentos pessoais. Significa isso sim, poder tirar partido das percepções pessoais, sentimentos e perspectivas humanas para entender a vida social de forma mais plena. Mais que objectividade pretende-se que os dados e conclusões sejam confiáveis ou seja, que quem leia o trabalho possa sentir-se também participante. O conhecimento em primeira-mão na pesquisa qualitativa acerca de acontecimentos, pessoas e situações resolve a questão do enviesamento e promove um sentimento de imediatismo, contacto directo e conhecimento íntimo. Em resumo e ainda referindo o mesmo autor, a pesquisa qualitativa;

-Captura e descobre significados, estando o investigador imerso nesses dados.

-Os conceitos assumem o formato de temas, motivos e taxionomias.

---

- As medidas criadas são específicas do contexto de investigação, do indivíduo e do investigador.

-Os processos de pesquisa são particulares.

No caso da presente investigação, e como se descreverá posteriormente, as Grelhas de Reportório (GR), como instrumento de colheita de dados foram desenvolvidas especificamente por George Kelly, em 1955, para suportar a investigação na área da Teoria dos Constructos Pessoais (TCP).

Atendendo à área de estudo e à ausência de conhecimentos acerca do fenómeno em estudo, a investigação é direccionada para a descrição de conceitos ou, o que de acordo com Fortin (2000), configura esta investigação como sendo exploratória descritiva e não inferencial. Recorre-se neste âmbito, à técnica de análise de dados através de análises dimensionais mais especificamente através da análise de interdependências na qual se inclui, entre outras, a análise factorial de correspondências, sendo esta a que será utilizada na análise da aplicação da Grelha de Repertório.

A melhor forma de tentar encontrar a resposta à questão de partida processou-se através da inquirição dos profissionais acerca do que pensam, embora numa primeira análise aceder ao seu modo de pensar possa parecer algo complexo. Recorreu-se para isso às concepções subjacentes à Teoria dos Constructos Pessoais (TCP) e à metodologia de investigação - acção a ela subjacente, proposta por George Kelly, em 1955. O seu uso no presente estudo permitiu o acesso às representações e a análise das construções pessoais dos diversos profissionais de saúde (como sejam, médicos fisiatras, enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala), relativamente à forma como concebem as diversas patologias consideradas nomeadamente, Afasia, Demência de Alzheimer, Hemiplegia, Paraplegia, Esclerose Múltipla, Atrofia Muscular e o seu posicionamento relativamente aos modelos de intervenção que lhe suportam as práticas.

Deste modo, a pertinência deste estudo assenta na crença de que saber o que pensam os diversos profissionais relativamente às entidades clínicas com que lidam, cruzado com os modelos que epistemologicamente lhe enquadram as práticas, permitirá desenvolver de forma mais eficaz um conjunto de estratégias operacionais que os potencializem como recurso. Por outro lado, interessa saber de que formas incorporam, ou não, as propostas da Organização Mundial de Saúde (O.M.S) em 2001, viradas para uma preocupação com as consequências dos problemas e com a co-responsabilização da sociedade no favorecimento da participação do indivíduo vítima de doença

---

incapacitante nos seus contextos de vida. Que papel desempenham nisso estes profissionais?

Tendo em conta a natureza do objecto de estudo, definiu-se como processo de recrutamento dos entrevistados o conhecimento informal que se tinha a nível institucional do desempenho profissional respectivo.

Genericamente os critérios de elegibilidade para a definição dos entrevistados foram os seguintes:

- Ser profissional da área da Medicina Física e de Reabilitação, o que permite incluir os seguintes profissionais: Médico Fisiatra, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala e Enfermeiro de Reabilitação;
- Ter experiência de lidar no exercício profissional com as patologias de etiologia neurológica que se constituíram, como elementos na Grelha de Reportório;
- Ter pelo menos 5 anos de experiência profissional;
- Ter disponibilidade para realizar voluntariamente a entrevista.

De acordo com esta determinação tornaram-se participantes a maior parte dos profissionais que fazem parte do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra, local de trabalho do entrevistador, bem como outros seleccionados de acordo com os critérios definidos e com a sua disponibilidade mesmo sendo provenientes de outros serviços da mesma área de intervenção, nomeadamente, Centro de Reabilitação em Paralisia Cerebral do Porto e Unidade de Avaliação do Desenvolvimento e Intervenção Precoce do Porto.

A recolha dos dados das entrevistas decorreu entre Janeiro e Dezembro de 2006, num total de 20 entrevistas sendo mais especificamente, 3 realizadas a médicos, 6 a terapeutas da fala, 3 a enfermeiros, 4 a terapeutas ocupacionais e 4 a fisioterapeutas.

### 3. Apresentação e discussão dos resultados

Após a apresentação e interligação dos dados referentes às múltiplas construções dos sujeitos, relativas às concepções que detêm acerca das patologias de base neurológica em apreciação, interessa considerar nesta discussão as possibilidades de resposta à questão de partida. Estas percepções e representações, expressas através das construções pessoais de cada sujeito inquirido, permitirão igualmente responder às questões específicas de acordo com o objecto de estudo e objectivos do presente trabalho.

Passar-se-á à apresentação e discussão por grupo profissional e depois inter-grupos.

---

Considerando os sujeitos pertencentes ao grupo dos terapeutas da fala (TF) podem-se destacar os seguintes aspectos:

- A tipologia de constructos por eles produzidos parece ser reveladora de um posicionamento bipolar ou seja, manifesta uma concepção das patologias de base neurológica consideradas no âmbito deste estudo dividida entre uma perspectiva biomédica e uma outra de natureza social. Relativamente à primeira há uma construção muito clara à volta das características nosológicas das doenças, das quais resultam várias deficiências para os pacientes que delas sejam vítimas. No outro polo desta construção agrupam-se maioritariamente um conjunto de constructos relativos às consequências sociais/desvantagens para os sujeitos que delas padecem, com uma tónica muito acentuada de preocupação com as consequências das doenças, com a qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares. Inclui-se ainda, a concepção de estas desvantagens serem maiores ou menores em função da também maior ou menor representatividade social atribuída a cada patologia.

- A especificidade profissional dos (TF) por exemplo, revela-se no seu processo de construção dado este estar centrado nas patologias que conhecem melhor, Afasia e Hemiplegia que se constituem como síndrome, e também na Agnosia.

- A análise da variância dos elementos neste processo de construção, torna bem patente nos (TF), uma tendência para a divisão nos elementos considerados, entre os que têm origem em lesões do Sistema Nervoso Central (SNC), em contraste com os que derivam de lesões ou alterações no Sistema Nervoso Periférico (SNP) ou Músculo-Esquelético (ME). Um dos sujeitos em contraste com os outros posicionou-se numa construção centrada na Paraplegia.

- No cruzamento entre elementos e constructos torna-se mais evidente este processo. Assim, realça-se que a Afasia é o elemento em que melhor se reflecte a dualidade de construção biossocial, o que parece por outro lado indicar que é à volta deste elemento que se situam maioritariamente as preocupações de natureza holística por contraste com outros. O elemento Demência de Alzheimer é aquele em que se expressa, de forma mais clara, uma construção que revela equilíbrio ente as consequências biológicas, o impacto no indivíduo e todo um conjunto de desvantagens para si próprio e para os que com ele lidam mais de perto. Os elementos Hemiplegia e Paraplegia, na concepção dos (TF) têm uma forma de representação equivalente centrada nos aspectos biológicos que os caracterizam e nas deficiências que deles resultam. No entanto, a Hemiplegia é associada a maior incapacidade no indivíduo, dado que está associada a um aglomerado

---

nosológico com a Afasia. Realça-se que, para estes sujeitos, não há qualquer construção relativa ao elemento Esclerose Múltipla, provavelmente por ser um tipo de patologia que não faz habitualmente parte das suas realidades experienciais e portanto sem expressão conceptual.

- A análise da variância dos constructos produzidos pelos (TF) em estudo vem confirmar uma incidência de representação bipolarizada das patologias consideradas ou seja, centrada por um lado na etiologia e semiologia das doenças neurológicas, e por outro nas questões sociais ou seja, nas desvantagens que resultam das doenças neurológicas que para além de afectarem o paciente atingem também as famílias e o contexto social. Esta tendência está de acordo com dados já analisados, em que se revela uma construção Biossocial por parte destes profissionais.

Atendendo ao que se referiu torna-se patente a emergência na construção destes sujeitos, de uma concepção ecológica e holística da doença, do paciente e do contexto que o integra.

- A análise de similaridades, na construção dos sujeitos inquiridos relativamente aos elementos considerados confirma uma tendência, já expressa, de agrupamento de elementos de natureza etiológica mais central, por diferenciação com os de etiologia mais periférica. Agrupam ainda elementos cujas consequências são estáveis por diferenciação com outros de evolução negativa ou de natureza degenerativa.

Na análise da similaridade de constructos manifesta-se uma divisão, que também confirma uma tendência já manifestada, de preocupação com aspectos biopsicológicos em metade dos sujeitos e com aspectos sociais na metade restante.

- Globalmente não há evidência de construções rígidas, o que pode significar abertura conceptual por parte destes profissionais para novas formas de construção em função de novas experiências.

Relativamente aos dados produzidos pelos *outputs* das entrevistas a terapeutas ocupacionais (TO) por exemplo, podem realçar-se os seguintes aspectos:

- Na totalidade de constructos produzidos por estes profissionais revela-se uma tendência de representação, que assenta maioritariamente na natureza biomédica ou biológica das patologias consideradas e nas deficiências que delas resultam. Com menor expressão, mas igualmente importante, há um corpo de constructos produzidos relativos às consequências na funcionalidade para o sujeito, que se traduzem na subcategoria incapacidade, sendo a concepção mais realçada relativa às consequências para a autonomia do sujeito. A nível social, as desvantagens mais realçadas expressam-se quer

---

pela maior ou menor visibilidade das dificuldades ou seja, a representatividade social das doenças e o impacto que estas têm no contexto familiar e social, nomeadamente na possibilidade de retomar ou não actividades laborais e na participação social.

- Os elementos centrais no processo de construção dos (TO) distribuem-se igualmente não havendo uma tendência clara. Incluem a Paraplegia, Afasia, Agnosia, Atrofia Muscular e Hemiplegia. Todos estes elementos fazem claramente parte das áreas de intervenção destes terapeutas.

- A análise da variância dos elementos que mais contribuem, neste processo de construção, para a explicação de significados, manifesta uma divisão clara para estes profissionais entre elementos que configuram doenças que afectam o (SNC) tanto de natureza súbita como de natureza degenerativa em contraste com outros cuja etiologia se situa a nível do (SNP), p ex. Paraplegia.

- A análise da variância dos constructos em que assentam as várias representações, destaca maioritariamente a dimensão biológica e as deficiências que daí resultam. Com expressão significativa há um conjunto de constructos centrados em aspectos psicológicos e nas incapacidades reflectidos por exemplo nos constructos dependência/autonomia e maior ou menor aceitação da adversidade.

- Do cruzamento entre elementos e constructos produzidos por (TO) podem destacar-se a Esclerose Múltipla, a Agnosia, a Atrofia Muscular e a Afasia, como os elementos que mais se relacionam com a categoria Biológico e subcategoria Deficiência. A Demência de Alzheimer surge associada a construções centradas na deficiência e desvantagem e a Paraplegia na incapacidade e na desvantagem. Realça-se o facto de não haver qualquer representação central associada a Hemiplegia, o que se pode explicar por esta situação clínica poder constituir-se num síndrome com a Afasia ou a Agnosia.

- A análise da similaridade entre elementos nas construções dos (TO) revela uma associação clara entre Afasia e Hemiplegia, que nosologicamente se configuram como síndrome diferenciando-se de elementos que surgem isolados como a Agnosia, Paraplegia, Demência de Alzheimer ou Atrofia Muscular.

- Pela análise das similaridades entre constructos verifica-se uma maioria de construção de natureza Psico-Social o que está de acordo com dados expressos previamente.

- Na globalidade de análise dos processos de construção pessoal dos (TO) verifica-se que esta é diferenciada ou multidimensional o que revela grande flexibilidade no referido processo.

A análise dos dados produzidos pelos *outputs* das entrevistas a fisioterapeutas (FT)

---

permite por exemplo realçar os seguintes aspectos:

- Na totalidade de constructos produzidos por estes sujeitos revela-se uma tendência de posicionamento numa construção em que se salienta a natureza biomédica das patologias consideradas e as deficiências por estas geradas. Com menor expressão mas com peso equivalente entre si, verifica-se que há um igual número de constructos associados às categorias Incapacidade e Desvantagem. Relativamente à primeira, há uma tónica mais saliente no que diz respeito a dependência versus autonomia dos sujeitos. A nível social, e considerando as desvantagens, o conteúdo mais saliente versa sobre a maior ou menor visibilidade social das consequências das doenças por um lado e por outro no impacto que estas podem ter nas relações sociais dos sujeitos, condicionando mais ou menos a sua participação social.
- Os elementos centrais na construção dos sujeitos em análise (FT) são os que configuram para estes profissionais o centro da sua actividade profissional e incluem maioritariamente a Atrofia Muscular, Paraplegia, Esclerose Múltipla e Hemiplegia.
- A variância dos elementos principais na construção dos (FT) manifesta uma tendência de divisão quanto à etiologia entre doenças que afectam o (SNC) e outras que afectam o (SNP).
- A análise da variância dos constructos em que assentam as várias representações dos (FT) destaca maioritariamente a dimensão biológica e as deficiências que daí resultam, cruzando concepções quanto à localização da lesão, central/periférica e as consequências que delas resultam considerando a divisão problema cognitivo/problema motor. Na subcategoria Incapacidade pode realçar-se um conjunto de construções em que se expressa a preocupação pela manutenção ou perda de actividade, cruzada com o impacto social que daí pode advir.
- No cruzamento entre elementos e constructos onde se representam as associações mais destacadas, de acordo com a sua relação de proximidade, torna-se mais evidente este processo sendo a Atrofia Muscular o elemento que melhor reflecte esta dimensão Biológica/Deficiência seguido da Paraplegia, Demência de Alzheimer e da Agnosia. Salienta-se que o elemento Hemiplegia é o único a ser concebido numa dimensão mais centrada nas desvantagens que na deficiência. Não há qualquer associação entre elementos e constructos relativa ao elemento Esclerose Múltipla, o que pode significar que não faz parte integrante da experiência profissional dos sujeitos considerados neste estudo.
- A análise de similaridade entre elementos permite visualizar uma tendência maioritária

---

de agrupamento com base na etiologia (SNC), por diferenciação com os de etiologia mais periférica (SNP), cruzados com a dimensão evolução estável por contraste com outros de evolução negativa ou degenerativa.

- Na análise da similaridade entre constructos verifica-se uma oscilação de construção para estes profissionais, entre uma dimensão de natureza Biossocial e outra de natureza Biopsicológica, consoante pontuam o impacto social ou o impacto para o indivíduo dos problemas de etiologia neurológica.

- Na globalidade de análise dos processos de construção pessoal dos (FT) verifica-se que esta é diferenciada ou multidimensional, o que revela flexibilidade no referido processo ou seja, permitirá redimensionamento em função de novas experiências vividas por estes profissionais.

Considerando os sujeitos pertencentes ao grupo dos enfermeiros (ENF) podem por exemplo destacar-se os seguintes aspectos:

- A tipologia de constructos produzidos por estes profissionais assenta de forma mais significativa na dimensão das Incapacidades que as doenças neurológicas provocam nomeadamente a nível de dependência do sujeito, e no impacto que estas determinam na realização de actividades da vida diária (A.V.D.). Centram assim o seu processo de construção nas consequências para o indivíduo, embora tenham também um conjunto de construções relativas aos aspectos biomédicos e aos aspectos sociais. A nível biomédico distinguem basicamente em contraste dois tipos de deficiências: problemas motores e alterações da comunicação ou linguagem. A nível social e tendo por base as desvantagens, consideram as consequências para a família, a maior ou menor representatividade social dos problemas de base neurológica, cruzada com existência ou não de estruturas de apoio e ainda as implicações na participação social e na actividade laboral.

- Os elementos centrais na construção dos sujeitos em análise (ENF) são a Atrofia Muscular, Paraplegia, e Afasia o que se pode relacionar com o facto de fazerem parte das situações em que intervêm.

- A variância dos elementos que mais contribuem para a explicação do processo de construção de significados para enfermeiros centra-se no factor etiológico que determina doenças de natureza evolutiva ou degenerativa ou que na sua evolução acabam por produzir degenerescência sejam causadas por lesão central, por exemplo, Demência de Alzheimer, sejam causadas por lesão periférica por exemplo, Esclerose Múltipla.

---

-A análise da variância dos constructos em que assentam as várias representações dos (ENF) destaca principalmente a dimensão Incapacidade ou seja, um conjunto de consequências para o sujeito centradas nos conceitos autonomia e dependência e possibilidade maior ou menor de retomarem as actividades da vida diária. Com expressão significativa produziram constructos relativos à semiologia das doenças consideradas, o que assenta numa dimensão mais biológica.

-No cruzamento entre elementos e constructos onde se representam as associações mais destacadas, de acordo com a sua relação de proximidade, torna-se mais evidente para os (ENF) que patologias como Afasia, Agnosia, Paraplegia e Esclerose Múltipla assentam num processo de construção que realça a dimensão Biopsicológica, dada a ênfase posta na sua natureza biomédica e nas consequências ou incapacidades que deles resultam para os indivíduos. A Demência de Alzheimer é particularmente representada numa dimensão de Incapacidade e a Atrofia Muscular numa dimensão de desvantagem com consequências de natureza mais social.

-Não há qualquer associação entre elementos e constructos relativa ao elemento Hemiplegia, o que pode significar que este se encontra diluído com a Afasia com o qual se pode constituir como síndrome.

- A análise da similaridade entre elementos permite visualizar um agrupamento de elementos que têm uma etiologia situada a nível do (SNC) por um lado e outros de etiologia a nível do (SNP).

- Na análise da similaridade de constructos realçam-se os centrados em aspectos Biológicos/Deficiência e com menor expressão os centrados nas Incapacidades e nas Desvantagens.

- Na globalidade de análise dos processos de construção pessoal dos (ENF) verifica-se que esta é diferenciada ou multidimensional o que revela flexibilidade no referido processo.

Considerando os sujeitos pertencentes ao grupo dos médicos (DR) podem por exemplo destacar-se os seguintes aspectos:

- Dos constructos licitados por estes profissionais destaca-se uma clara tendência para um processo de construção à volta da categoria biológica ou seja, centrada na dimensão deficiência tendo os outros níveis de categorização uma expressão bastante reduzida. A nível da dimensão deficiência e com uma expressão nitidamente biomédica realçam as características alteração motora, alteração da linguagem ou da comunicação, cruzadas com possibilidades de reabilitação ou reversibilidade versus agravamento progressivo

---

ou irreversibilidade. Consideram ainda, a localização etiológica das doenças consideradas nos níveis central (SNC) ou periférico (SNP). Apesar da menor expressão nas construções destes sujeitos consideram ainda as questões da dependência/autonomia como consequência para os sujeitos, na categoria Incapacidade e a nível mais Social/Desvantagens a tónica é posta na visibilidade ou invisibilidade das consequências dos problemas.

- Os elementos centrais na construção destes sujeitos são a Hemiplegia e a Atrofia Muscular.

- A variância dos elementos que mais contribuem para o processo de construção de significados permite verificar que há uma clara divisão entre elementos associados a doenças provocadas por lesão do (SNC) e outras que afectam o (SNP) ou Músculo-Esquelético (Atrofia Muscular ou Esclerose Múltipla).

- Analisando a variância de constructos em que assentam as construções dos sujeitos (DR), pode verificar-se uma maior incidência de construções relativas à etiologia e semiologia das doenças consideradas, assentando assim este processo numa dimensão mais biológica das doenças e nas deficiências que estas produzem. Este aspecto parece ser revelador do paradigma da formação clássica dos médicos relativamente às doenças e suas consequências, numa linha principalmente clínica ou biomédica.

- O cruzamento entre elementos e constructos realça as representações mais destacadas por (DR) permitindo verificar que os elementos Agnosia, Demência de Alzheimer e Atrofia Muscular são aqueles em que é mais clara a dimensão Biológica/Deficiência assente na classificação nosológica destas doenças. Não há qualquer associação entre elementos e constructos relativa aos elementos Hemiplegia e Paraplegia.

- A análise da similaridade entre elementos não permite definir claramente um padrão havendo vários tipos de associação como: Afasia e Hemiplegia, o que parece indicar a sua representação como síndrome. Depois pode ainda verificar-se associação entre Afasia e Agnosia na lógica de serem ambos problemas provocados por lesão cerebral (SNC).

- Na análise da similaridade de constructos torna-se patente a tendência já expressa previamente de um processo centrado na dimensão Biológico/Deficiência.

- Na globalidade de análise dos processos de construção pessoal dos (DR) verifica-se que esta é diferenciada ou multidimensional o que revela flexibilidade no referido processo.

---

### 3. Conclusão

Em jeito de balanço e voltando às questões que estiveram na origem do desenvolvimento deste trabalho obtiveram-se um conjunto de construções, que diferentes profissionais desenvolvem relativamente a um conjunto de patologias que se constituem como base do seu trabalho.

A análise que tem vindo a ser efectuada permite constatar que apesar de algumas diferenças individuais, quando se incorporam os indivíduos no grupo profissional a que correspondem, estas se esboroam.

Pôde ainda genericamente verificar-se repetição de constructos de indivíduo para indivíduo, não só através de significantes, mas, e principalmente, através de significados. Quer isto dizer que os indivíduos utilizam palavras diferentes que num número significativo remetem para conteúdos que lhe são comuns, indo aliás de encontro à teoria de Kelly (1955), quando refere que as pessoas diferem entre si na construção dos seus acontecimentos, mas de acordo com a experiência e contexto os processos psicológicos podem ser similares aos de outra pessoa. Assim, os constructos pessoais são usados para interpretar acontecimentos, dando-lhes significado. Este fenómeno da comunalidade revelou-se ainda inter profissionais.

Vale no entanto a pena salientar também as diferenças e perspectivar que impacto têm as concepções de cada grupo profissional nas práticas que desenvolvem ou seja, nos serviços que prestam.

Considerando o grupo dos terapeutas da fala (TF) realça-se, como mais significativo, o facto de relativamente às patologias consideradas assumirem como modelo, que melhor parece enquadrar as suas práticas, o biopsicossocial. Assim, nas suas construções pessoais e de grupo incluem os aspectos biomédicos, que permitem a caracterização nosológica das doenças e das deficiências que estas produzem e de forma muito mais significativa revelam grande preocupação com as suas consequências. Consideram então como foco principal as desvantagens que as diversas patologias consideradas determinam aos indivíduos que por elas são atingidos e o impacto que têm também naqueles que com eles lidam. Nas suas construções incluem mais especificamente preocupações com as consequências directas para o indivíduo ou seja a Incapacidade e na dimensão mais social há preocupação com os familiares e com os contextos de vida onde se inserem os pacientes. Há ainda uma visão clara relativa ao facto de as consequências das doenças serem determinadas pela sua maior ou menor representatividade social. Revelam ainda uma preocupação particular relativa a Afasia e

---

Demência de Alzheimer, dado serem as patologias que mais reflectem a sua especificidade profissional.

A análise produzida relativamente a terapeutas ocupacionais (TO) revela que este grupo profissional assenta principalmente o seu processo de construção na dimensão biológica ou biomédica das patologias consideradas, bem como nas deficiências que produzem. Isto não quer dizer que não considerem os níveis individuais e sociais. Desenvolvendo a sua acção em processos de reabilitação do indivíduo, usando como material de intervenção as diversas actividades do dia-a-dia, revelam particular ênfase nas consequências individuais ou incapacidade que as doenças consideradas provocam nomeadamente na dimensão autonomia do sujeito. Com menor expressão, mas ainda assim consideram também as consequências sociais, considerando nas suas construções aspectos relativos ao impacto dos problemas no contexto familiar e social. Neste sentido é à Demência de Alzheimer que atribuem uma dimensão mais biopsicossocial. A sua especificidade profissional manifesta-se não tanto na forma como encaram cada patologia, mas mais nas preocupações subjacentes às suas práticas clínicas, centradas no processo que conduz os indivíduos a retomarem as actividades pessoais e laborais e a participarem de forma mais equilibrada no contexto social. Isto parece configurar mais especificamente que o modelo que melhor enquadra as suas práticas é o de Reabilitação. Na mesma linha de análise e considerando os fisioterapeutas (FT), verifica-se que o seu processo de construção profissional relativo às doenças consideradas assenta principalmente numa base biomédica e nas deficiências que lhes estão associadas. Apesar disso, alguns revelam preocupações com aspectos individuais e outros com aspectos sociais. Consideram assim as incapacidades, que resultam das doenças, numa lógica essencialmente baseada nos constructos autonomia/dependência e nos aspectos mais sociais põem a tónica na maior ou menor visibilidade das consequências das doenças, com factores que lhes determinam um maior ou menor impacto social.

Relativamente ao grupo dos enfermeiros (ENF) salienta-se todo um processo de construção de significados, centrado na questão das incapacidades que as doenças de etiologia neurológica provocam aos indivíduos. Revelam assim preocupação com o impacto destas no nível da dependência que provocam e com a sua variação, baseada no facto de as doenças serem de consequências estáveis ou degenerativas. Apesar disto manifestam nas suas construções também preocupação com o impacto a nível familiar e com a representatividade social das doenças, na medida em que isso determina a existência ou não de estruturas de apoio institucional. Este tipo de construção ou

---

representação mental pode relacionar-se com a designação destes profissionais como Enfermeiros de Reabilitação. A dimensão do cuidar, que genericamente se atribui aos enfermeiros, passa a centrar-se na reabilitação dos indivíduos dado que a especialização que têm de fazer para intervier nesta área se centra principalmente nestes aspectos. Parece assim não haver grande dúvida de que o modelo de reabilitação é o que melhor enquadra a sua prática clínica.

Finalmente e relativamente aos médicos é evidente um processo de construção quase exclusivamente centrado nos aspectos biológicos e nas deficiências que daí advêm o que se revela com constructos centrados na etiologia e semiologia das doenças consideradas. Apesar disso têm algumas preocupações com os aspectos relativos às incapacidades, essencialmente expressos em constructos como dependência/autonomia e também relativas aos aspectos sociais, na dimensão da visibilidade ou invisibilidade das consequências das doenças e do impacto que isso confere relativamente à existência ou não de apoios. Torna-se então evidente que o modelo que melhor enquadra as suas práticas clínicas é o Biomédico, apesar de trabalharem em contexto de Reabilitação.

Há um aspecto transversal a todos os profissionais considerados individualmente e também inseridos em grupo profissional e inter grupos relativo ao facto de todos apresentarem processos de construção diferenciados e multidimensionais, o que parece significar processos de construção que ainda não se encontram cristalizados ou seja, que é ainda possível redimensionar em função de novas experiências.

#### 4. Considerações Finais

Do ponto de vista pessoal e pela experiência profissional desenvolvida nesta área, o resultado mais surpreendente do estudo foi o da associação clara entre o tipo de formação de alguns profissionais e o tipo de construções que apresentam. A assunção da entidade de médico na área da reabilitação (fisiatra) ou enfermeiro de reabilitação tem consequências contrastantes. Para os primeiros, a especialização na área da reabilitação parece não ter influenciado a sua conceção, dado parecer considerarem as doenças de etiologia neurológica numa dimensão estritamente biomédica ou seja, como entidades que podem ser conceptualizadas fora dos indivíduos que por elas são atingidos. Para os segundos, a construção profissional como enfermeiros de reabilitação parece condicionar a sua intervenção a aspectos estritamente centrados na reabilitação. Tanto num caso como noutro, parece emergir a noção de que a experiência acumulada por

---

estes profissionais não os afastou claramente da sua formação de base. Poderá então questionar-se de que forma poderá haver reflexo nas suas práticas, das concepções mais recentes das propostas da O.M.S através da CIF (2001)?

Relativamente aos outros profissionais, terapeutas de diversas áreas, pode verificar-se um gradiente biopsicossocial conceptual.

Para os fisioterapeutas, a assunção de uma dimensão de mais biomédica é apoiada por uma prática cuja acção se desenvolve nas consequências das doenças no corpo dos pacientes. Assim, o seu instrumento de ação-manipulação do corpo, usando as mãos e agentes físicos como o calor, o frio, impulsos eléctricos e outros baseados na compreensão do funcionamento de sistemas corporais, parece conferir-lhes uma identidade profissional construída numa dimensão mais mecânica e por isso conotada com processos/problemas biológicos a que tentam atenuar o efeito. Apoiam-se assim por um lado, no Modelo Biomédico e na medida em que tentam minorar o impacto das deficiências no indivíduo aumentando-lhes a autonomia, no Modelo de Reabilitação. Já os terapeutas ocupacionais se posicionam numa dimensão mais centrada no Modelo de Reabilitação, dado que a sua intervenção é proporcionar aos pacientes a possibilidade de realização de actividades do dia-a-dia ainda que de forma adaptada, para lhe aumentar a autonomia visando assim, diminuir o impacto das deficiências. Finalmente, os terapeutas da fala parecem posicionar-se num misto biopsicossocial com preocupações mais acentuadas nas consequências dos problemas, tanto para o indivíduo como para o contexto, do que com sua classificação e diferenciação etiológica e nosológica. A esta situação parece não ser alheio o facto de o âmbito da sua intervenção serem as alterações de comunicação. Estas têm impacto no paciente, no terapeuta e nos familiares enquanto interlocutores e ainda na possibilidade participação e inclusão do paciente no contexto social a que pertence. Por outro lado, o seu instrumento de intervenção é por excelência o discurso, o que configura aparentemente um processo menos incisivo de acção. Atendendo ao atrás exposto, os modelos que melhor parecem então enquadrar as práticas dos terapeutas da fala são o Modelo de Reabilitação e o Modelo Social.

Ainda de acordo com a análise atrás efectuada, podemos problematizar se será possível uma intervenção equilibrada num paciente específico, que seja abordado simultaneamente por todos estes profissionais e se esta aparente discrepância de concepções poderá ter algum efeito nefasto nessa intervenção?

De acordo com a revisão bibliográfica, Worrall e Hickson (2003), referem que há um *continuum* entre os modelos considerados, o que de certa forma pode configurar que as

---

práticas possam ser condicionadas num dado momento para cada profissional, entre a forma como este se concebe no exercício das suas funções e as necessidades do paciente. Talvez a principal implicação, possa centrar-se mais em questões como:

Como definir e articular modelos de intervenção conjunta?

Que impacto terão estes posicionamentos na definição de políticas de intervenção ou na criação de estruturas institucionais para apoio a pessoas com este tipo de patologias?

Como implementar com visões tão discrepantes, o modelo de participação proposto pela O.M.S em 2001?

Em função da experiência pessoal do autor, em contexto de intervenção num serviço de reabilitação hospitalar, pode atestar-se a vivência de um processo de certa forma desintegrador da intervenção, em que cada profissional parece agir como se fosse o único a fazê-lo. Parece criar-se assim uma dimensão clínica descontextualizada, que aliás acaba por ser o resultado de um paradigma médico/científico subjacente à formação de todos os profissionais nesta área. Este assenta em práticas mediadas pela observação e experimentação, descrição semiológica e afirma-se na lógica da eficácia clínica mensurável, usando técnicas e instrumentos para demonstrar a evolução da situação clínica de que o paciente é vítima. De certo modo, acredita-se numa causalidade linear e numa visão ultra especializada, quase microscópica, das situações clínicas vividas pelos pacientes. Nesta dimensão não é difícil de prever que cada profissional zele principalmente pelos seus interesses, quase utilizando os pacientes ou mais propriamente as patologias para justificar a sua própria existência profissional. Talvez por isso haja como que uma competição entre profissionais, num confronto entre os que tem poder clássico apoiado pela ciência e os que são vistos como meros agentes de intervenção terapêutica. Em consequência, não há na maior parte das vezes, uma planificação estratégica da intervenção, podendo os pacientes ser afectados pelo reflexo destas concepções díspares. Perspectivar uma eventual solução para estas questões pode implicar uma visão alternativa baseada num outro paradigma que permita suportar uma clínica, dita contextualizada. Este propõe uma abordagem centrada na complexidade e na evolução sócio-histórica dos sujeitos vítimas de uma qualquer patologia. Propõe assim, uma análise da globalidade, não se limitando a classificações nosológicas, mas antes descrições compreensivas. Neste sentido, toda a semiologia assume uma dimensão polissémica incluindo a doença, o paciente, o seu contexto de vida, e todas as condições ideológicas e culturais associadas a saúde e doença. Os profissionais podem ser, nesta dimensão, co-constructores de visões múltiplas e alternativas, que escapam a uma

---

causalidade linear e apontam mais para uma outra, dita circular. Estes profissionais, nesta dimensão são também contexto e fazem parte integrante do processo. Desta forma, poderá ser mais fácil a integração de visões diferenciadas entre si, que em vez de desintegrar, permitam a evolução de todos, no cruzamento entre necessidades individuais e a definição de uma finalidade comum daquilo que afinal a todos diz respeito ou seja, a resolução ou atenuação do impacto da doença. A constituição de unidades de intervenção que incluam médicos, técnicos, pacientes e famílias, e /ou outros interventores sociais, poderá ser útil para a melhor compreensão dos problemas e definição de soluções que sejam de certa forma o resultado de uma visão binocular. Esta dá acesso à tridimensionalidade, que metaforicamente simboliza a complexidade e permite destacar e por isso melhor compreender, os contornos das situações. Apesar de serem as diferenças que nos fazem evoluir, pensa-se que só com uma visão mais holística acerca do que é saúde e doença, na formação de base de todos os profissionais, é que se poderá evoluir neste sentido. Possivelmente, será necessário um balanceamento para que se possa viver profissionalmente nesta área, na crença de que o todo é simultaneamente maior (visão holística/biopsicossocial) e menor (visão ontológica da doença/necessidades individuais) que a soma das partes.

É ainda importante referir as devidas ressalvas ao presente estudo.

As conceções obtidas e analisadas derivaram do acesso a um conjunto de sujeitos muito restrito e a contextos muito limitados. Não nos podemos por isso referir a fenómenos muito gerais ficando apenas com uma ideia mais concreta acerca da forma de como alguns profissionais da área da reabilitação se concebem a si e às suas práticas e de como isso poderá eventualmente ter reflexo na tipologia de serviços que prestam. Também parece ter ficado claro que uma mudança paradigmática como a proposta pela O.M.S através da I.C.F (2001), não será exequível se os seus conceitos não fizerem parte da formação de base dos diversos profissionais, para melhor ter reflexo na sua construção profissional e indirectamente nas suas práticas.

Um outro aspeto a considerar e geralmente esquecido poderá configurar-se como a consequência deste estudo numa perspectiva de futuro.

Que construções fazem os indivíduos com patologias de etiologia neurológica e os seus familiares relativamente aos profissionais que os tratam ou apoiam?

Que impacto terá o tipo de representação dos pacientes na eficácia da intervenção clínico-terapêutica na área da reabilitação?

---

## BIBLIOGRAFIA

Amado, Regina M. (2002). Identidades dos Enfermeiros Especialistas - Representações e Relações Intergrupais. Tese de Mestrado. Coimbra, Instituto Superior Miguel Torga.

Arendt, Ronald (2003). Construtivismo ou Construcionismo? Contribuições deste debate para a Psicologia Social. In Estudos de Psicologia, vol.8, no.1,05-13.

Beail, N. (1985). Reportory Grid Technique and Personal Constructs - Applications in clinical and educacional settings. Cambridge: Brookline Books.

Bell, Judith (2004). Como Realizar um Projecto de Investigação. 3.<sup>a</sup> Edição. Lisboa, Gradiva.

Biopsychosocial Model. (2005). <http://biopsychosocial-model.iqnaut.net/> (acedido em 04/05/07).

Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine Rev.*, 6 (2), 576-582.

Botella, L., Feixas, G. (1998). Teoria de los Constructos Personales: Aplicaciones a La Práctica Psicológica. Barcelona: Editorial Laertes.

Caldas, A. C (1999). A Herança de Franz Joseph Gall - O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano. Lisboa: McGraw - Hill

Campbell, T. L. (1992). Family Interventions in Physical Health. In Russel J. Sawa Eds, Family Health Care. London: Sage Publications, Inc.

Cornejo; J. M., Feixas, G. V. (1996). Manual de la técnica de rejilla mediante el programa Record V (2.0). Madrid. TEA Ed

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196:129-136

Engel, G. (1982). The biopsichosocial model and medical education. *New England Journal of medicine*,306:802-805.

Feixas, Guillen, Cornejo, José M. (1996). Manual de la Técnica de Rejilla mediante el Programa RECORD v. 2.0. Barcelona, Paidós

Feixas, G. V., Villegas, M. B. (2000). Constructivismo y Psicoterapia. 3.<sup>a</sup> Edição. Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer.

---

Fernandes, E., Gonçalves, O. F. (1997). Exploração de Constructos Pessoais sobre o Self em Mudança em Pacientes Depressivos e Agorafóbicos. *Revista Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 33-52. Braga, Universidade do Minho - Centro de Estudos em Educação e Psicologia.

Fernandes, E. M. (2001). Grelha de Repertório. In Fernandes, Eugénia M.; Almeida Leandro S. (Eds.), *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas*. 77-107. Braga, Universidade do Minho - Centro de Estudos em Educação e Psicologia.

Fernandes, E. M. (2001). Grelha de repertório. Braga. Universidade do Minho. Centro de Estudos em Educação e Psicologia.  
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4210> (acedido em 02/08/06).

Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa. Lusociência-Edições técnicas e científicas, Lda.

Fransella, F. (2005). *The essential parctitioner's hanbook of personal construct psychology*. England: John Wiley & Sons, Ltd.

Fransella, F., Bell, R., Bannister, D.(2004).*A manual for Repertory Grid Technique*. England: John Wiley & Sons, Ltd, 2<sup>nd</sup> Ed.

Gil, R. (1999). *Neuropsicologia*. Barcelona: Masson, S.A.

Góngora, J. N. (2002). *Familias con personas discapacitadas: características y fórmula de intervention*. Salamanca: Junta de Castilla y León.

Góngora, J. N. (2002) *Familia Y Enfermedad: Problemas y técnicas de intervencion*. *Psychologica*, 31, 63-83. Coimbra: Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra.

Guterman, J., Levcovitz, E. C. (1998). Impacto da doença de Alzheimer na família: a visão do familiar e as propostas de assistência psicológica. *Inform. Psiq.*, 17, supl.1, S33-S36.

*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva, World Health Organisation, 1980. [http://w3.who.org/health\\_situt\\_94-97/pdfs/definitions.pdf](http://w3.who.org/health_situt_94-97/pdfs/definitions.pdf) (acedido em 13/03/07).

*International Classification of Functioning, Disability and Health (I.C.F)*  
<http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm> (acedido em 25/11/15)

---

Kelly, G. A. (1955). *A Theory of Personality: The Psychology of Personal Constructs*. London: W. W. Norton.

Kenny, Vincent (1984). An Introduction to the Personal Construct Psychology of George A. Kelly. *Journal of Psychotherapy*, 3, 24-32.

McDaniel, S., Hepworth, J., Doherty, W. (1992). *Medical Family Therapy: A Biopsychosocial Approach to Families with Health problems*. New York: Basic Books.

Morris, D.B. (1998). *Illness and Culture in the Postmodern Age*. Berkeley: University of California Press.

Nettleton, S., Gustafsson, U. (2002). *The Sociology of Health and Illness Reader*. S. Nettleton, U. Gustafsson (Eds). Cambridge, UK: Polity Press.

Neuman, W.L. (2003). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. Boston. Allyn and Bacon Eds, 5<sup>th</sup> Edition.

Nichols, M. P., Schwartz, R. C. (1998). *Family therapy: Concepts and methods*. Boston: Allyn and Bacon Eds, 4<sup>th</sup> Edition.

Pratas, L. M. (2006). *Institucionalização de crianças e jovens: Construções Familiares* Tese de Mestrado. Coimbra, Instituto Superior Miguel Torga.

Quartilho, M. J. R. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria*. Coimbra: Quarteto.

Quivy, R., Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2.<sup>a</sup> Edição. Lisboa, Gradiva.

Raskin, J. D. (2002). Constructivism in Psychology: personal construct theory, radical constructivism, and social constructionism. *American Communication Journal*, 5, issue 3.

Reis, J. C. (1998). *O Sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega e Autor.

Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. Porto: Legis Editora.

Ryle, A. (1975). *Frames and Cages: The Reportory Grid Approach to Human Understanding*. Sussex: Sussex University Press.

Rolland, J. S. (1988) *Family Systems and Chronic Illness: A Typological Model*. In Walsh, F., Anderson, C. Editors, *Chronic Disorders and Family*. London: The Haworth Press.

Rolland, J. S. (2000). *Familias, Enfermedad Y Discapacidad-Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa Editorial.

---

Silva, C. A. (1997). A lógica da análise de correspondências. Universidade de Évora. Departamento de Sociologia. [http://evunix.uevora.pt/~casilva/txt/cs\\_cor.html](http://evunix.uevora.pt/~casilva/txt/cs_cor.html) (acedido em 18/07/07).

Soczka, Luís (1988). Representações Sociais, Relações Interpessoais e Identidades Profissionais dos Psicólogos. *Psicologia*, Lisboa, Associação Portuguesa de Psicologia, Volume VI, n.º2, 253-275.

Soczka, Luís (1993). Para uma Perspectiva Ecológica em Psicologia Social. In Vala, Jorge & Monteiro, M. B. (coord.), *Psicologia Social* (1993), 385-415. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Sousa, L., Mendes, A., Relvas, A. P. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa. Climepsi Editores.

Steinglass, P. (1992). Family System Theory and Medical Illness. In Russel J. Sawa Eds., *Family Health Care*. London: Sage Publications, Inc.

Steinglass, P., Horan, M .E. (1988) Families and Chronic Medical Illness. In Walsh, F., Anderson, C. Editors, *Chronic Disorders and Family*. London: The Haworth Press.

Thomas, R. M. (2003). *Blending qualitative and quantitative research methods in theses and dissertations*. California: Corwin Press, Inc.

Viaplana, G. F., Besora, M. V.(2000). *Constructivismo Y Psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclèe de Brouwer.

White, P. (2005). *Biopsychosocial Medicine. An integrated approach to understanding illness*. Oxford: Oxford University Press.

Worral, L. E., Hickson, L. M. (2003). *Communication Disability in Aging: From Prevention to Intervention*. Canadá: Thomson Delmar Learning.