

FRANCISCO DOS ANJOS PIRES FERREIRA

**PERCEÇÃO DA PSICOLOGIA CLÍNICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS**

**COIMBRA
2009**

FRANCISCO DOS ANJOS PIRES FERREIRA

Dissertação de Mestrado em Saúde
Ocupacional apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra

**COIMBRA
2009**

RESUMO

Introdução: O mau conhecimento mútuo dos conteúdos funcionais entre as várias áreas do saber podem obstaculizar um trabalho em equipa, constituindo-se assim num dos maiores problemas quer de reconhecimento quer de articulação.

Objectivo: O principal objectivo desta investigação é estudar a Percepção que os técnicos de saúde têm acerca da Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários.

Material e Métodos: A amostra neste estudo é de 243 sujeitos. Foi extraída da população de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social), de 12 dos 22 centros de saúde da extinta Sub-Região de Saúde de Coimbra. Foi efectuada selecção aleatória e estratificada. Desenvolveram-se quatro escalas originais, com um sistema de quantificação de escala tipo *Likert*, com cinco gradientes.

Conclusões: A grande maioria (95,0%) dos sujeitos defende que este trabalho de investigação é fundamental para ajudar a conhecer melhor a área de Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários.

A Percepção acerca da Psicologia Clínica, medida na escala “Adaptação do DSM-IV” (A-DSM-IV), traduzida na Pertinência e Utilidade da Colaboração da Psicologia Clínica na abordagem dos problemas referidos nos seus itens, apresenta diferenças estatisticamente significativas em função da profissão, das zonas em que os sujeitos trabalham, da idade e do ano de licenciatura.

A Percepção acerca da Psicologia, medida na escala “Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP), traduzida na Pertinência e Utilidade da Colaboração da Psicologia Clínica na abordagem dos problemas referidos nos seus itens, apresenta diferenças estatisticamente significativas em função da profissão, do ano em que terminaram a licenciatura e da zona em que trabalham.

A Percepção acerca da Psicologia Clínica, medida na escala “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Dimensão Conhecimento” (PCG-C) apresenta diferenças estatisticamente significativas em função da idade, ano de licenciatura, e pelo facto de trabalhar ou ter trabalhado em equipa com psicólogos clínicos.

A Percepção acerca da Psicologia Clínica, medida na escala “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Opinião” (PCG-O) apresenta diferenças estatisticamente significativas em função do local habitual de trabalho.

A Percepção acerca da Psicologia Clínica, medida na escala “Trabalho que os Psicólogos Deviam Desenvolver” (PC-TDD), não apresenta diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis independentes.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Mutual misunderstandings of functional contents among diverse areas of knowledge can difficult team work and become one of the major problems of both acknowledgement and articulation.

OBJECTIVES: The main objective of this research is to study the perception health technicians have about Clinical Psychology in Primary Health Care.

MATERIAL AND METHODS: The sample in this study is of 243 subjects, all health professionals (doctors, nurses and social workers), from 12 of the 22 health centres of Coimbra's former Health Sub-area. The selection was random and stratified. Four original scales with five gradients with a *Likert* type scale quantification system were developed.

CONCLUSIONS: The majority of the subjects (95%) defends that this research work is essential to know more about Clinical Psychology in Primary Health Care.

The Perception of Clinical Psychology, measured in the scale of "adaptation to DSM-IV" (A-DSM-IV) expressed in the Pertinence and Utility of Clinical Psychology's Collaboration in the approach of the problems mentioned in their items, presents significant statistic differences depending on the job, the areas where the subjects work, age and the graduation year.

The Perception of Clinical Psychology measured in the scale of " Classical Activity of CSP" (AC-CSP) expressed in the Pertinence and Utility of Clinical Psychology's Collaboration in the approach of the problems mentioned in their

items, presents significant statistic differences depending on the job, the areas where the subjects work, age and the graduation year.

The Perception of Clinical Psychology, measured in the scale of “Clinical Psychology in a General Perspective – Knowledge Dimension” (PCG-C)) presents significant statistic differences according to age, graduation year and the fact of teaming up or having teamed up with clinical psychologists.

The Perception of Clinical Psychology, measured in the scale of “Clinical Psychology in a General Perspective – Opinion” (PCG-O) presents significant statistic differences according to the usual work place.

The Perception of Clinical Psychology measured in the scale of “Work That Psychologists Should Develop” (PC-TDD) does not present significant statistic differences according to the independent variables.

ÍNDICE

PREÂMBULO	12
INTRODUÇÃO	15
1.1 A ESCOLHA DO TEMA	16
1.2 DEFINIÇÃO	18
1.3 OBJECTIVOS.....	19
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	20
2 As origens do conceito – “Psicologia Clínica” e da prática da “Psicologia Clínica” e a sua Evolução Histórica em Portugal	21
2.1 Introdução	22
2.2 Origens do conceito – “Psicologia Clínica”	22
2.3 Génese da prática da Psicologia Clínica	26
2.4 A Psicologia e a Psicologia Clínica em Portugal: Evolução Histórica como a grande viagem da Teoria à Prática actual.....	31
3 Desenvolvimento da Psicologia da Saúde e a sua História em Portugal ...	37
3.1 Introdução	38
3.2 Da Psicologia Clínica à Psicologia da Saúde.....	38
3.3 Início e evolução da Psicologia da Saúde	41
3.4 Algumas Etapas Históricas da Psicologia da Saúde em Portugal.....	44
4 Evolução Jurídica da Psicologia Clínica em Portugal e o seu papel nos Cuidados de Saúde Primários.....	49
4.1 Introdução	50
4.2 Psicologia Clínica enquanto carreira.....	50
4.3 Ingresso na Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde (TSS) – Ramo de Psicologia Clínica.....	52
4.4 Regulamentação do Estágio da Especialidade em Psicologia Clínica	53
4.5 Exercício da Psicologia Clínica	55
4.6 Ordem dos Psicólogos.....	57
4.7 A Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários – Actualidade em Portugal..	58
4.8 Inserção dos Psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal	62
4.9 A intervenção dos Psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários.....	66
4.9.1 Papel do Psicólogo na Prevenção e Promoção da Saúde.....	69
4.9.2 Papel do psicólogo na Função Assistencial	71
4.9.3 Papel do psicólogo na Reabilitação.....	73
4.9.4 Papel do psicólogo na Investigação	74
4.9.5 Papel do psicólogo na formação de outros Técnicos e Voluntários.....	75
5 Alguns aspectos da Psicologia Clínica em alguns países.....	77
5.1 Introdução	78
5.2 A Psicologia no Canadá	79
5.3 A Psicologia em Espanha.....	83
5.4 A Psicologia na Alemanha.....	85
6 Objectivos, Hipóteses e Metodologia de Investigação.....	86
6.1 Introdução	87
6.2 Objectivos/hipóteses	87

6.3	População e Selecção da Amostra.....	92
6.3.1	População e critério de selecção da amostra.....	92
6.3.2	Caracterização da amostra.....	94
6.4	Instrumentos.....	100
6.4.1	Escala “Adaptação do DSM-IV” (A-DSM-IV).....	101
6.4.2	Escala “Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP).....	106
6.4.3	Escala “Percepção da Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral” (PC-PG).....	108
6.4.4	Escala “Trabalho que os Psicólogos Deviam Desenvolver” (PC-TDD)	112
6.4.5	Questionário Demográfico.....	115
6.5	Procedimentos.....	116
6.6	Análise estatística.....	117
7	Apresentação e discussão dos resultados.....	121
7.1	Resultados.....	122
7.2	Discussão dos Resultados.....	136
	CONCLUSÕES.....	146
	BIBLIOGRAFIA.....	147
	ANEXOS.....	157

ÍNDICE DE QUADROS

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos da população por zona geográfica e por profissão	93
Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra por zona e dispersão geográficas	94
Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos por profissão	95
Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos da amostra por centro de saúde.....	96
Tabela 5 – Caracterização da amostra por idade	96
Tabela 6 – Caracterização da amostra quanto ao ano de licenciatura	97
Tabela 7 – Caracterização da amostra quanto ao estado civil.....	97
Tabela 8 – Caracterização da quanto ao local habitual de trabalho (centro de saúde ou extensão).....	98
Tabela 9 – Existência da área de Psicologia Clínica no centro de saúde onde trabalha	98
Tabela 10 – Trabalha em equipa com Psicólogos Clínicos	99
Tabela 11 – Possuir formação ou ter frequentou formação na área de Psicologia Clínica	99
Tabela 12 – Importância deste estudo para ajudar a conhecer a área de Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários	100
Tabela 13. Médias, desvios-padrão, saturações factoriais, comunalidades e correlações corrigidas da escala A-DSM-IV	104
Tabela 14. Número de itens, média, desvio-padrão, alfa de Cronbach, valor-próprio e variância explicada da escala A-DSM-IV	106
Tabela 15: Médias, desvios-padrão, saturações factoriais, comunalidades e correlações corrigidas da escala AC-CSP	107
Tabela 16: Número de itens, média, desvio-padrão, alfa de Cronbach, valor-próprio e variância explicada da escala AC-CSP	108
Tabela 17: Médias, desvios-padrão, saturações factoriais, comunalidades e correlações corrigidas da escala PC-PG.....	110
Tabela 18: Número de itens, média, desvio-padrão, alfa de Cronbach, valor-próprio e variância explicada da escala PC-PG.....	112

Tabela 19: Médias, desvios-padrão, saturações factoriais, comunalidades e correlações corrigidas da escala PC-TDD	113
Tabela 20: Número de itens, média, desvio-padrão, alfa de Cronbach, valor-próprio e variância explicada da escala PC-TDD	115
Tabela 21 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função de possuir formação ou ter frequentado formação na área de Psicologia Clínica (fpc2n1)	122
Tabela 22 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função da existência ou não da área de Psicologia Clínica no centro de saúde (pccs3n1)	123
Tabela 23 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função de trabalhar ou ter trabalhado em equipa com psicólogos clínicos (wpc4n1)	123
Tabela 24 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função do local habitual de trabalho (lwn1)	124
Tabela 25 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função das zonas a que pertencem os centros de saúde (ncsn1)	124
Tabela 26 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função do estado civil (ecivn1)	125
Tabela 27 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função da profissão (cpn1)	125
Tabela 28 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função da idade (idn1)	126
Tabela 29 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função do ano de licenciatura (al1n1)	127
Tabela 30 – Distribuição da Profissão (cpn1) em função de ter frequentado ou possuir formação na área da Psicologia Clínica (fpc2n1)	128
Tabela 31 – Distribuição da Profissão (cpn1) em função da existência da área de Psicologia Clínica no centro de saúde (pccs3n1)	128
Tabela 32 – Distribuição da Profissão (cpn1) em função de ter trabalhado ou trabalhar em equipa com Psicólogos Clínicos (wpc4n1)	128
Tabela 33 – Distribuição da Profissão (cpn1) em função das respostas à questão “importância deste estudo para ajudar a conhecer a área de Psicologia Clínica nos cuidados de saúde primários (dgnst1n1)”	129
Tabela 34 – Distribuição da Profissão (cpn1) em função do local habitual de trabalho (lwn1)	129

Tabela 35 – Distribuição das respostas à questão “Importância deste estudo para ajudar a conhecer a área de Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários (dgnst1n1)” em função da zona do centro de saúde (ncsn1)	130
Tabela 36 – Distribuição das respostas à questão “Possuir ou ter frequentado formação na área da Psicologia Clínica (fpc2n1)” em função da zona do centro de saúde (ncsn1).....	130
Tabela 37 – Distribuição das respostas à questão “Existência da área de Psicologia Clínica no centro de saúde (pccs3n1)” em função da zona do centro de saúde (ncsn1).....	131
Tabela 38 – Distribuição das respostas à questão “Trabalhar ou ter trabalhado em equipa com psicólogos clínicos (wpc4n1)” em função da zona do centro de saúde (ncsn1)	131
Tabela 39 – Distribuição das respostas à questão “Local habitual de trabalho (lwn1)” e a zona do centro de saúde (ncsn1)	132
Tabela 40 – Apresentação descendente da média dos itens na escala “Adaptação do DSM-IV” (A-DSMIV).....	132
Tabela 41 – Apresentação dos itens por ordem descendente da escala “Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP).....	133
Tabela 42 – Apresentação descendente das médias dos itens na dimensão “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Conhecimento” (PCG-C).....	134
Tabela 43 – Apresentação descendente das médias dos itens na dimensão “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Opinião” (PCG-O).....	134
Tabela 44 – A apresentação descendente das médias dos itens na escala “Trabalho que os psicólogos deviam desenvolver” (PC-TDD).....	135

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	<i>American Psychological Association</i>
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4 ^a edição
ISPA	Instituto Superior de Psicologia Aplicada
TSS	Técnicos Superiores de Saúde

PREÂMBULO

Independentemente do facto da psicologia não ser mais negada como ciência e como prática, com provas dadas em diversos domínios de aplicação, o certo é que, recorrentemente, em jeito de atavismo, ela é questionada e posta em causa. As outras ciências também, mas parecem serenas, porque a velhice pesa e “é um posto”. Bastam os exemplos da Medicina e do Direito que, sendo postas em causa, quase diariamente nos Media, nada abala a sua identidade e auto-estima, enquanto ciências e profissões. Pelo contrário, parecem ficar cada vez mais fortes e a crítica funciona como motor de desenvolvimento das mesmas. A Psicologia, enquanto prática ancestral, mas reconhecida há pouco como ciência, também ela precisa ganhar nesta perspectiva, tirando das críticas e dúvidas de outros, as suas motivações para se conhecer melhor e dar-se a conhecer.

Este trabalho resulta, então, da necessidade de conhecer melhor o que os outros conhecem de nós. A necessidade de o levar a cabo transportou-me para um tempo em que escolhi fazer a licenciatura em Psicologia, porque ela me intrigava e a via apenas como mero “aconchego” para a prática da Enfermagem, profissão que desempenhava nessa altura e nunca com a finalidade de trabalhar como psicólogo. A dúvida era igual à de muita gente: “o que é isso da Psicologia?”; “como pode ela ajudar as pessoas?”; “que receitas usa?”. Trabalhava, obviamente, sob o efeito do modelo biomédico, embora a minha formação primeira, com influências várias da psicologia, estivesse já a minar a necessidade de ir mais além.

A minha actividade na área da Psicologia, que já conta com cerca de uma dúzia de anos, em diversos ambientes, amadureceu a necessidade de levar a cabo este estudo, pois as minhas dúvidas de outrora continuam a ser as dúvidas de outros. Além disso, são raros os estudos que existem com a intenção de tentar saber como a Psicologia é percebida pelos demais.

Após ter terminado a fase curricular do Curso de Mestrado, depois de um longo interregno, por motivos pessoais e laborais, ao iniciar funções como psicólogo, num centro de saúde, que nunca antes tinha contado com a área da Psicologia, julguei que esta seria uma oportunidade ímpar para levar a cabo este estudo.

No entanto, imediatamente a seguir ao momento em que me lancei nesta tarefa, depressa foi evidente o quanto ela era árdua, profunda e extensa. Foi necessário fazer um bom planeamento e estar certo da colaboração de muita gente. Os dados iriam ser recolhidos em locais geograficamente distantes e o instrumento de colheita de dados não existia. Tudo precisava duma logística.

Correndo o risco de não nomear pessoas que têm tido uma forte e positiva influência na minha vida, não posso deixar de reconhecer e agradecer o contributo de algumas, sem as quais, era impossível realizar este trabalho.

Em primeiro lugar, um grande agradecimento ao Professor Doutor João dos Santos Relvas, por ter aceite ser meu orientador, pela maneira incondicional e pronta com que fez a orientação, pela disponibilidade e palavras de incentivo, ao levar este trabalho por diante.

Ao Professor Doutor Salvador Massano Cardoso, coordenador do Mestrado em Saúde Ocupacional, por todo o conhecimento que me transmitiu e pela confiança que depositou no meu trabalho.

À D. Anabela Paula, quero agradecer as suas “dicas” muito pertinentes que traduzem um empenho amigo, profissional e de grande valia.

Também quero deixar um agradecimento muito especial ao “Painel de Peritos” que colaborou activamente na elaboração do instrumento de colheita de dados, constituído pelos seguintes elementos: Professor Doutor António Couto da Escola Superior de Enfermagem Ângelo da Fonseca; Dr.^a Idalina Rodrigues, Directora do Centro de Saúde de Condeixa-A-Nova; Dr.^a Ivone

Saavedra do Centro de Saúde de Celas; Dr. Mário Castel`Branco do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo; Dr.^a Laura Neto do Centro de Saúde Norton de Matos; Dr.^a Isabel Rodrigues do Centro de Saúde Soure.

Uma palavra de grande apreço para os ex-Coordenadores da Sub-Região de Saúde de Coimbra, Dr. Luís Santiago e Dr.^a Isabel Ventura, pela excelente colaboração ao incentivarem e autorizarem esta investigação.

Quero também agradecer a todos os Directores e Enfermeiros-Chefes dos centros de saúde, onde foi feita a colheita de dados, pela forma como facilitaram o trabalho.

Também, um reconhecimento muito especial pelo empenho amigo e ajuda das colegas Dr.^a Teresa Caetano e Dr.^a Joana Silvestre, que durante seis meses colaboraram comigo, no Centro de Saúde de Cantanhede, no âmbito do seu estágio da especialidade em Psicologia Clínica.

Um agradecimento muito especial a uma grande amiga, a professora Florbela Vitória, pelos incentivos e incansável ajuda no tratamento estatístico dos dados, sem a qual seria impossível terminar este trabalho. Igual agradecimento à professora Margarida Dias pela paciência e trabalho de rigor na correcção do texto deste trabalho.

Por fim, dedico este trabalho à minha família, especialmente à minha esposa Céu Moura e aos meus filhos, Pedro Miguel e João Francisco que, pelo facto de existirem na minha vida, me motivam a continuar a ter desafios e a manter a coragem de os enfrentar.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 A ESCOLHA DO TEMA

Os problemas de investigação podem surgir de formas inimagináveis. No entanto, de uma maneira geral, consideram-se dois momentos fortemente propícios ao surgimento de questões de investigação. Na sequência da prática profissional ou em função de revisões bibliográficas. No caso concreto deste estudo, foi no desempenho de funções, enquanto psicólogo no centro de saúde de Cantanhede, que cresceu um desejo profundo em conhecer o modo como parceiros profissionais (médicos, enfermeiros, e técnicos de serviço social) olham para a psicologia, enquanto área da saúde.

Fui muitas vezes abordado por médicos e enfermeiros acerca da intervenção dos psicólogos, na tentativa de saberem mais acerca do nosso trabalho que realizamos. Alguns evidenciando um desconhecimento absoluto acerca da profissão e dos seus conteúdos funcionais, traduzido em expressões “como é que vocês, psicólogos, dão a volta aos doentes?” ou “vou-lhe mandar um doente, porque talvez uma conversa consigo o ajude” ou ainda questionando se também medicávamos os doentes. Havia também quem mostrasse alguma admiração e respeito pelo trabalho desenvolvido no âmbito da psicologia, principalmente aqueles que já tinham algum conhecimento acerca desta ciência ou trabalho prévio desenvolvido com psicólogos, mas sabendo apenas que algo de novo era feito, porque “os doentes mudavam os seus comportamentos”, mas não sendo capazes de adiantar grandes hipóteses sobre o “fazer da Psicologia”.

Não podemos esquecer que estas apreciações e outras emanavam dos grupos profissionais próximos, contíguos à nossa actividade e se, muitas vezes, rondam adjectivações pejorativas, isso parecia estar mais relacionado com o desconhecimento do que com intenções depreciativas.

Assim, sentíamos que o mau conhecimento mútuo dos conteúdos funcionais entre as várias áreas do saber podiam obstaculizar um trabalho em equipa, constituindo-se assim num dos maiores problemas quer de reconhecimento quer de articulação.

As experiências acima descritas, vinham promovendo em mim estados elevados de ansiedade, movendo-me no sentido de realizar este estudo, para poder conhecer melhor a percepção que os parceiros profissionais têm da desta actividade.

A motivação para levar a cabo este trabalho resultou, acima de tudo, da observação directa da minha relação profissional com os demais profissionais, por vezes em contexto mais formal, outras mais informal. Deve ter-se em conta que o local de trabalho onde se deu a génese deste problema de investigação nunca antes tinha contado com a contribuição da psicologia. Aliás, a presença da Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem sido, até ao momento, salvo poucas excepções, praticamente uma miragem na generalidade do nosso país.

À medida que a minha experiência se estabelecia e o trabalho se desenvolvia em articulação com as Equipas Primárias de Saúde (médico, enfermeiro, administrativo e outros), tinha cada vez mais conhecimento sobre o padrão dos problemas para os quais éramos solicitados. Isso foi possível, porque criei, desde o início, uma base de dados, com as respectivas classificações dos problemas, baseadas no sistema multiaxial “Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV)”. Esse trabalho prévio, foi fundamental na construção de duas escalas, apresentadas mais adiante, no capítulo da metodologia.

A forma de iniciar a actividade num Centro de Saúde, como pioneiro em que tudo está por fazer, justifica o rumo deste estudo, pois o mesmo poderia tomar diversas direcções, ainda que querendo estudar sempre a Percepção da Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários. A investigação não pode querer ter a pretensão de estudar muitos fenómenos em simultâneo, sem correr o risco de resultar pouco esclarecedora.

Depois de ler o capítulo da revisão bibliográfica podemos questionarmo-nos se, afinal, não faria mais sentido falar, antes, da Percepção acerca da Psicologia da Saúde, em vez da Percepção acerca da Psicologia Clínica. Arriscamos trabalhar com o conceito “Psicologia Clínica”, fundamentando as nossas razões no facto de que, em Portugal, a Psicologia

Clínica foi institucionalmente definida em decreto-lei, em 1994, no qual são atribuídas funções ao Psicólogo Clínico, incluindo também as que são actualmente desenvolvidas pela Psicologia nos CSP e, ultimamente, designada por Psicologia Clínica da Saúde.

Sendo assim, caracterizada a actividade profissional dos psicólogos no Sistema de Saúde em Portugal, em decreto-lei, intitulando-os de Psicólogos Clínicos, constituindo um dos ramos da Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde (TSS), optamos por manter essa designação, uma vez que julgamos ser o conceito mais conhecido, de uma maneira geral. Mesmo assim, o conceito de “Psicologia Clínica”, apesar de bastante consolidado, parece ainda um ilustre desconhecido, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Não quisemos, portanto, arriscar outro termo.

1.2 DEFINIÇÃO

São muitas as perspectivas em que é estudada a percepção. Por isso, é definida e operacionalizada em função do que se pretende estudar como percepção. Por vezes é estudada de forma segmentar, em função de cada um dos cinco sentidos.

De acordo com Eysenck e Keane (1994), a percepção é o processo através do qual filtramos e analisamos as informações e dessa forma transformamos a realidade concreta (objectiva) em realidade pessoal (subjectiva), envolvendo para isso mobilização e operacionalização dos mecanismos cerebrais centrais.

Paéz e Marques (2000) referem que a realidade concreta (objectiva) se transforma em realidade pessoal (subjectiva) pela acção dos sistemas da memória, nomeadamente os processos de codificação e armazenamento distorcido das informações obtidas e alertam para não confundir a percepção com a atenção ou com a memória.

É difícil eleger qualquer uma das definições. No entanto, todas elas referem a percepção como um processo que contempla os aspectos cognitivos envolvidos.

Por complementar as definições anteriores considerar-se-á, para este estudo, a definição de percepção de Magill (1984), que segundo ele é a capacidade de conhecer e interpretar os estímulos sensoriais que entram no sistema de processamento da informação. Para tal, é necessário recorrer aos mecanismos da atenção de modo a que o sujeito tome consciência desses estímulos que o envolvem e que os reconheça e/ou compare com as informações contidas na memória. Só assim poderá processar a informação, tomar decisões e agir em função das situações e convicções pessoais.

Assim, neste estudo está em causa a percepção enquanto processo, tal como o define Magill (1984), mas dirigido ao objecto “Psicologia Clínica”. De acordo com a definição do autor, os sujeitos da amostra projectam a sua percepção, que implica conhecimento prévio (memória) e opinião (interpretação), pela concordância ou discordância com as afirmações apresentadas nos questionários, acerca do objecto “Psicologia Clínica”.

1.3 OBJECTIVOS

O presente trabalho parte do pressuposto, com bases empíricas, de que o mau reconhecimento entre parceiros profissionais pode obstaculizar o trabalho em equipa, constituindo-se assim num dos maiores problemas quer de relação, quer de articulação.

Nesse sentido, constitui objectivo geral desta investigação, o seguinte:

Estudar a Percepção que os elementos da Equipa Primária de Saúde (médicos, enfermeiros e técnico de serviço social), têm da Psicologia Clínica enquanto área de ligação e prestação de um serviço aos indivíduos, famílias e à comunidade, nos Cuidados de Saúde Primários.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente trabalho de investigação encontra-se estruturado em seis capítulos.

O capítulo I apresenta a justificação do problema de investigação, definição, objectivos e a sua estruturação.

O capítulo II apresenta uma abordagem de carácter histórico, com temas sobre as origens do conceito “Psicologia Clínica” e da prática da “Psicologia Clínica”, além da sua evolução histórica em Portugal.

No capítulo III aborda-se a relação entre a Psicologia Clínica e a Psicologia da Saúde, onde se analisa a evolução da Psicologia da Saúde, nomeadamente algumas fases históricas da Psicologia da Saúde em Portugal.

O capítulo IV aborda, em maior pormenor, alguns aspectos do enquadramento legal da Psicologia Clínica, no geral, e os mais recentes desenvolvimentos da Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários, no âmbito da corrente reforma do Sistema de Saúde em Portugal. Neste capítulo são também abordados os temas referentes à prática da Psicologia ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, através da descrição e caracterização do papel e da intervenção do Psicólogo nos Centros de Saúde.

No capítulo V apresentam-se alguns aspectos que caracterizam a Psicologia em alguns países de referência.

O capítulo VI é o último, no qual é apresentado o estudo realizado, acerca da “Percepção da Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários”. Aqui são definidos os objectivos e as hipóteses, a metodologia de selecção e caracterização da amostra, além dos instrumentos utilizados. Apresentam-se e discutem-se os resultados, tirando algumas conclusões e sugestões para estudos posteriores.

No capítulo VII são apresentados os resultados seguidos da sua discussão e por fim surgem as conclusões.

Capítulo II

2 As origens do conceito – “Psicologia Clínica” e da prática da “Psicologia Clínica” e a sua Evolução Histórica em Portugal

2.1 INTRODUÇÃO

Este capítulo é dedicado ao esclarecimento das origens do conceito “Psicologia Clínica”, enquanto decalcado do campo da Medicina. Explica-se como a abordagem da Clínica Médica, através dos seus métodos, ajudou a fundar a Psicologia Clínica como ciência de direito próprio, através, também ela, do uso dos princípios do Método Científico. Não explicando, mesmo assim, toda a riqueza da evolução da Psicologia Clínica, resolvemos desenvolver um ponto acerca da “Génese da Psicologia Clínica”, de forma a melhor compreendermos como esta se “desembaraça” da Medicina e a seguir da Psiquiatria, na medida em que esta última se foi “psicologizando”, ao ponto de, quer a Psicologia Clínica, quer a Psiquiatria, possuírem um campo comum – a psicopatologia. No entanto, a Psicologia Clínica começa a trabalhar o ser humano para lá do organismo físico, atendendo-o, cada vez mais na sua dimensão subjectiva e social.

Ainda, neste capítulo, consideramos pertinente desenvolver o tema “A Psicologia e a Psicologia Clínica em Portugal: Evolução Histórica como a grande viagem da Teoria à Prática actual”, que nos permite perceber que a história da Psicologia Clínica em Portugal é, de certo modo, uma consequência directa do que acontecia nos outros países da Europa

2.2 ORIGENS DO CONCEITO – “PSICOLOGIA CLÍNICA”

Quando procuramos compreender as origens da Psicologia Clínica constatamos que se trata de um processo complexo, inserido num tempo e com vários protagonistas.

Lightner Witmer (1896) é considerado o principal fundador do termo “Psicologia Clínica”, mas foram várias as contribuições dadas por outros, para criar o quadro conceptual, técnico e prático da Psicologia Clínica e o seu arranque, enquanto disciplina científica. Destacam-se, então, também os nomes de Pierre Janet (1851-1947) e de Sigmund Freud (1856-1939) que, não tendo utilizado

muito o termo, contribuíram para a Psicologia Clínica se tornar numa vigorosa área da psicologia aplicada, através de uma renovação constante.

Em 1896, Witmer apresentou, na reunião anual da *American Psychological Association* (APA), um novo método de investigação que intitulou «*the clinical method in psychology and the diagnostic method of teaching*» (Garfield, 1965).

Nessa base, fundou nos Estados Unidos da América a primeira Clínica Psicológica, onde trabalhou conjuntamente com outros psicólogos da época. Trabalharam com problemas de crianças relacionados com dificuldades de aprendizagem e escolares, e não tanto com doentes ou indivíduos com perturbações mentais. As crianças com que Witmer trabalhava não eram “anormais”, apenas se encontravam num estágio de desenvolvimento mais baixo que as restantes, consideradas dentro da norma.

Nessa altura, Witmer já tinha uma perspectiva ecológica da Psicologia Clínica, semelhante ao que hoje se começa a entender como Psicologia da Saúde, com uma visão mais global do *locus* do seu objecto. Considerava que as salas de aula, o tribunal de menores e as ruas eram o grande laboratório da Psicologia e, ao mesmo tempo, o grande campo da sua aplicação. Witmer, revelou-se um prático. Para ele, a Psicologia Clínica era uma psicologia da prática em contexto, isto é, uma psicologia praticada em crianças reais com problemas reais. Desta forma, a Psicologia Clínica desenvolvia-se como forma de protesto contra a psicologia que derivava de especulações filosóficas.

Visto que o termo “Clínica” provinha da Medicina, a tendência da época era pensar que a Psicologia Clínica era uma Psicologia Médica. Mas Witmer realçava a ideia contrária, justificando que a escolha do termo “Clínica” se deveu ao facto deste ser o melhor termo que encontrou para descrever o carácter do método que desenvolveu.

Embora tivesse apresentado esta sua nova “disciplina” à APA, empregando os termos “Psicologia Clínica” e “Método Clínico”, a sua acção teve pouca visibilidade, sendo apenas em 1919 que a APA abriu uma secção clínica, em que os Psicólogos Clínicos tinham como tarefa o estudo dos casos individuais, a contribuição para o diagnóstico, a realização de avaliações e as terapias individuais ou de grupo.

O conceito de Psicologia Clínica foi evoluindo e, em 1935, a divisão de Psicologia Clínica da APA declarava que “a Psicologia Clínica tem por finalidade definir as capacidades comportamentais e as características do comportamento de um indivíduo através dos métodos de medição, análise e observação, na base duma integração desses resultados com os provenientes dos exames físicos e história social, fornecer recomendações com vista ao apropriado ajustamento do indivíduo” (MacKay, 1975). É evidente nesta definição uma forte componente médica, ao realçar os dados físicos.

Mais tarde, Garfield (1965) define Psicologia Clínica como o ramo da Psicologia que se interessa pelos problemas de ajustamento e de modificação da personalidade. Piéron (1968) entendia a Psicologia Clínica como a ciência da conduta humana baseada, principalmente, na observação e análise aprofundada dos casos individuais, tanto normais como patológicos, podendo estender-se aos grupos.

Desde os trabalhos de Witmer (1896), até à década de 70, a Psicologia Clínica continuava a manter a matriz da sua acção na análise, observação e medição de comportamentos, com o objectivo do seu ajustamento. Este objectivo de “ajustar” o sujeito tem a ver com facto do trabalho da Psicologia Clínica estar ainda muito associada à “deficiência”.

Apesar da relevância social dos trabalhos de Witmer (1896) nesse âmbito, a Psicologia Clínica precisava de encontrar o estatuto epistemológico que a compromettesse como ciência e a alicerçasse teoricamente.

Para colmatar essa lacuna, ele elege o “Método Clínico” e o “Raciocínio Clínico” como dois conceitos centrais, para o desenvolvimento da sua actividade.

Através do Método Clínico, muito semelhante ao Método Científico, seguindo várias etapas lógicas, consegue uma colheita de dados precisos acerca das doenças que afectam os seres humanos e a sua qualidade de vida.

Na Medicina, a observação era um método de pesquisa que levantava várias hipóteses que, depois de testadas, levavam a um diagnóstico operacional (Isselbacher *et al.*, 1980).

O conceito “Clínica” foi sendo consolidado pela Medicina, através de um olhar e atenção de pesquisa milenares, acerca das doenças nos seres humanos. No final do século XVIII e o início de século XIX são criadas as

condições científicas, sociais e políticas, necessárias à organização de uma clínica médica moderna. Reflexo do empiricismo predominante no século XVIII, protagonizava-se a necessidade de sistematização de dados, a descrição de situações experimentadas pelo doente e cruzamento da informação para se entender o quadro de doença. Desta forma, começaram a surgir os grandes sistemas classificatórios de diversas nosologias, que resultam do estudo de casos clínicos concretos (Foucault, 1987).

O sentido etimológico da palavra “Clínico” vem do latim *clinicus*, emprestado do grego *kliné* e que significa «o que visita o doente na cama», ou «estar à cabeceira do doente». Segundo Mucchielli e Mucchielli, (1969), o termo tem origem na Medicina, onde o saber médico é formado ao pé da cama do doente e, em consequência, a arte médica resulta num atendimento personalizado e prático. Desta forma, os hospitais tornaram-se escola e o Método Clínico encontrava-se razoavelmente estabelecido na Medicina. O ensino da Medicina retomava a história geral das doenças, as suas causas, os seus prognósticos, os seus sinais e sintomas, sistematizando cientificamente o seu objecto, levando-a a uma nova apresentação do saber.

A Psicologia, entretanto, precisava ainda de fazer muito para se tornar escola.

Além dos nomes já referidos, Lagache e Piaget são, na Europa, dois dos nomes maiores de um esforço na tentativa de classificação dos comportamentos com base em critérios para a constituição daquilo que deveria ser uma Psicologia Clínica (Schraml, 1973). No que respeita ao Método Clínico, Piaget faz dele o seu método de investigação e de experimentação, não tanto com a intenção clara de desenvolver a Psicologia, em si, mas antes para entender a génese e o desenvolvimento da inteligência na criança numa perspectiva evolucionista. Ele afirma: “senti tornar-me um Psicólogo de profissão, com interesses centrados nos problemas epistemológicos” (Piaget, 1966). Num outro momento, Piaget (1955) refere: “a epistemologia genética propõe-se fundamentalmente tomar a sério a Psicologia, aquilo que, por mais pretensioso e paradoxal que pareça, nunca foi feito, salvo a título meramente teórico”. Assim, interessado em revelar o processo de construção dos conceitos, Piaget vê no Método Clínico o único capaz de captar o desenvolvimento das várias noções científicas no desenvolvimento

ontogenético, nunca deixando de sublinhar que o conhecimento é um fenómeno eminentemente psicológico.

Desta forma, o “Método Clínico” passa a ter uma enorme semelhança com o Método Clínico que vem da Medicina, uma vez que parte da observação directa e minuciosa, feita através da entrevista e de situações experimentais, que pretendem ser o mais objectivas possível (Ribeiro & Leal, 1998).

Outro conceito fundamental, o “Raciocínio Clínico”, muito comum na Prática Clínica nos Sistemas de Saúde em geral, apesar de ser pouco conhecido baseia-se na experiência e na aprendizagem, raciocínio indutivo e dedutivo, interpretação da evidência que, ela própria varia em aspectos tais como reprodutibilidade, validade e intuição que, frequentemente, é difícil de definir. Na sua essência, o Raciocínio Clínico consiste numa investigação das queixas, através da análise da história e da observação; num segundo momento recolhe dados a partir de técnicas de diagnóstico apropriadas, ou seja, adequadas em termos de utilidade, validade e fidelidade, que serão específicas conforme se trate da Medicina ou da Psicologia. Em terceiro lugar, integra os dados recolhidos nas duas fases anteriores de modo a conhecer adequadamente o estado do cliente ou do doente. Em quarto lugar estima os custos e benefícios da necessidade de realizar mais testes ou de iniciar o processo de ajuda. Este processo leva a várias opções que são discutidas com o doente e dá-se início ao plano terapêutico (Goldman, 1991, *in* Ribeiro & Leal 1998).

2.3 GÉNESE DA PRÁTICA DA PSICOLOGIA CLÍNICA

Nenhuma disciplina nasce por geração espontânea e, neste caso, poderíamos dizer que a Psicologia Clínica é herdeira directa da Psiquiatria. O ponto anterior, “Origens do conceito – Psicologia Clínica”, dá uma grande ajuda nesse esclarecimento. A Psiquiatria, por sua vez, foi uma especialidade médica que se desenvolveu dentro dos parâmetros epistemológicos da Medicina, enquanto ciência e profissão. Adquiriu reconhecimento como disciplina autónoma no século XVIII, através dos trabalhos realizados pelos grandes

nosólogos e psiquiatras como Philippe Pinel, William Tuke e Rush, entre outros.

A Psiquiatria teve o seu solo mais fértil em França, tendo especial relevância nos Hospitais Gerais da Salpêtrière e Bicêtre, em Paris, onde se deu a grande reforma hospitalar. Pinel era director do manicómio de Bicêtre, e tendo ficado impressionado pelas condições sub-humanas dos doentes conseguiu, a 24 de Maio de 1798, autorização dos políticos da altura para os libertar dos asilos, em que muitos deles estavam algemados há mais de 30 anos. As idéias de Pinel foram publicadas no seu *Tratado Médico-Filosófico* sobre a alienação mental, que pode ser considerado como o primeiro livro da corrente anti-psiquiatria daquela época. Os conceitos introduzidos por Pinel constituíram o fermento das duas mais famosas escolas psiquiátricas dos séculos XIX e XX: A Escola Francesa de Psiquiatria e a Escola Alemã de Psiquiatria (Foucault, 1991).

Jean-Martin Charcot (1825-1893) eminente Neurologista, médico chefe da Escola de Salpêtrière, em Paris, dedicou-se ao estudo da hipnose e da histeria e desenvolveu, na escola francesa, um terreno de grande discussão acerca do estudo e terapêutica das neuroses. Interessou-se pelas pacientes que não conseguiam ser incluídas em qualquer das categorias nosológicas tradicionais, promovendo uma distinção entre as histerias e os quadros epilépticos. A escola de Nancy defendia a "natureza sugestiva" e não orgânica daqueles fenómenos. Ao lado de Charcot surgia Pierre Janet, psiquiatra que criou para aquela debilidade orgânica o termo psicastenias. Ele hipnotizou muitos doentes e descobriu que, sob hipnose, estes podiam lembrar acontecimentos traumáticos e a rememoração poderia ajudar na cura. Assim, torna-se o autor fundamental no âmbito da Psicologia Clínica (Foucault, 1991; Prévost, 1988).

Ainda segundo Foucault, era desta maneira que no século XVIII as ideias com carga psicológica começavam a germinar no seio da Psiquiatria, num primeiro momento sob a influência do Romantismo de Victor Hugo, Stendhal, Baudelaire, Balzac, Dostoeievsky, entre outros. Começava também a implementar-se um culto do "eu", numa perspectiva mais subjectivista, indo

além da perspectiva puramente mecanicista e organicista, na compreensão das perturbações nervosas. Com a obra filosófica de Maine de Biran (1766-1824), ocorreu um interessante encontro da Medicina com a Filosofia, do qual resulta uma visão unitária e psicossomática do homem, imprimindo uma “interpretação mais psicológica da psicopatologia”.

Além destes contributos, John H. Jackson, em 1875, na Inglaterra, desenvolvia os primeiros esquemas descritivos do sistema nervoso que acabariam por ser bases substanciais para reflexão e aplicação psicológicas, por parte de Pierre Janet e Freud. Ainda na mesma linha de pensamento, Johann Herbert, introduzia a noção de inconsciente, ao mesmo tempo que Schopenhauer e Nietzsche, através das suas discussões sobre a “vontade” e “livre arbítrio”, desenvolviam o caminho para a noção de inconsciente, imprimindo uma abordagem mais psicológica na descrição e tratamento da loucura.

Estes e outros factores contribuíram para que, no final do século XIX, houvesse uma crescente importância da perspectiva psicológica no seio da Psiquiatria, ao ponto da Psicologia Clínica se consolidar como área específica.

A Psicologia Clínica procura diferenciar-se da Psiquiatria apesar de continuar a partilhar com esta a psicopatologia, enquanto objecto de estudo e de intervenção. Poderíamos dizer que a psicopatologia é um domínio e que a Psicologia Clínica é um método aplicado a ela e a outras áreas, como grupos, instituições e outros sistemas. Assim, a Psiquiatria chegou primeiro, mas a Psicologia Clínica alargou o seu objecto e modificou a metodologia de abordagem (Pedinielli, 1994).

Sigmund Freud (1856-1939), formado em Medicina por Viena, em 1881, dirigiu a sua investigação na área da fisiologia do sistema nervoso central. Trabalhou no laboratório de Brucke, reputado fisiologista, onde conheceu Josef Breuer, com quem desenvolveu as suas primeiras teorizações sobre a psicanálise. Em 1885, quando a oportunidade lhe chegou, foi para Paris estudar o trabalho desenvolvido por Charcot, durante cerca de meio ano. Aprendeu a diagnosticar e identificar as doenças mentais e a fazer uso da

hipnose para a cura dos sintomas histéricos. Desta forma, Freud ficava definitivamente encaminhado para a Psicologia. No ano seguinte, ao regressar ao seu país, abria o seu consultório particular. No entanto, aos poucos, foi perdendo a confiança na técnica da hipnose, uma vez que os sintomas histéricos recidivavam e partiu para a elaboração da teoria psicanalítica. Aos poucos, formula uma nova forma de clínica, baseada na técnica da associação-livre. Produz uma mudança epistemológica fundamental, na qual a clínica não faz simples descrições de sintomas, mas passa a interpretá-los, tal como fazia a Medicina. Tornou-se, acima de tudo, um clínico que construiu a sua doutrina a partir da sua experiência clínica. Cria uma metapsicologia resultante de um Método Racionalista (dedutivo) e especulativo, transformando os dados clínicos numa mistificação travestida de cientificidade. Usava para tal muitos conceitos mecanicistas (forças, conflitos), associacionistas (associação-livre, interpretação de sonhos) e estruturalistas (tópicas) (Fulgêncio, 1998).

Em 1901, Freud organizou a Sociedade Psicanalítica de Viena, na sequência de reuniões que fazia semanalmente com outros Psiquiatras. Paulatinamente, Médicos e Psiquiatras de vários países como a Inglaterra, França, Estados Unidos, Itália, entre outros, começavam a interessar-se pelas ideias freudianas. A sua metapsicologia transforma os conceitos da psicopatologia e causa enorme impacto no meio médico e social. Apesar de desacreditada, a psicanálise consolida-se, no início do século XX, como a prática psicoterapêutica da Psiquiatria e da Psicologia e em 1911 era fundada a Sociedade Psicanalítica Internacional. Desta forma o movimento psicanalítico alastrava-se dentro e fora da Europa. Apesar dos seus contributos, dentro da Psicologia, Freud raramente utilizava o conceito de Psicologia Clínica, apesar desta ser muitas vezes confundida com a psicanálise. Por exemplo, Roudinesco (1990), referia que a psicanálise é “clínica”, mas não é “psicologia clínica”, porque renunciou à observação directa do doente e passou a interpretar os sintomas em função de uma escuta de “fala inconsciente”. Também Lagache (1983), apesar de profundamente influenciado pela Psicanálise, estabelece uma distinção entre esta e a Psicologia Clínica, argumentando que o Psicólogo Clínico não precisa, necessariamente, ser Psicanalista.

Desta maneira, o surgimento da psicologia clínica com o seu epicentro na França, iria fazer-se de modo faseado, começando com uma “psicologia em profundidade”, seguida de uma “psicanálise de casos” para, finalmente, chegar a uma Psicologia Clínica, propriamente dita, que Lagache (1983) definia como sendo uma disciplina psicológica baseada no estudo aprofundado dos casos individuais, tendo por objecto de estudo o comportamento humano e as suas condições, como a hereditariedade, maturação, condições psicológicas e patológicas, dentro da sua história de vida, ou seja, o estudo da pessoa total em relação com as situações de vida.

Lagache (1983), propõe ainda que os objectivos da Psicologia Clínica são o aconselhar, curar, educar ou reeducar, prevenir e resolver conflitos dispondo de muitas técnicas, destacando a colheita de dados através do histórico (análise de documentos e de testemunhos), técnicas de observação (anamnese e exame clínico) e testes psicológicos.

Desta maneira percebe-se que a relação entre a Psicologia Clínica e a Psicanálise sempre foi controversa, independentemente desta última ser fonte de inspiração para a primeira, na medida em que lhe forneceu parcialmente a sua sustentação teórica, bem como um modelo de prática e é nessa medida que a Psicologia Clínica francesa deve muitas das suas suposições à Psicanálise, apesar dela se distinguir marcadamente (Pedinelli, 1994).

A partir de 1945 a implantação do freudismo na França já se encontra consolidado e é a partir daí que a clínica em torno da Psicanálise assume novos contornos. Surgem vários conflitos entre os adeptos da Psicanálise e em 1953 a Sociedade Psicanalítica Parisiense enfrentou uma grave crise, que se arrastou por uma década, quando os alunos e os psicanalistas recentes, apoiados por Lacan, se revoltaram contra a rigidez das normas da Sociedade. Esta situação só ficaria resolvida quando, em 1963, foram fundadas a École Freudienne de Paris, dirigida por Lacan, e a Association Psychanalytique de France, sob a direcção de Laplanche (*in* Roudinesco,1988).

Lacan teve um papel extremamente relevante no cenário da Psicanálise e Psicologia francesa do século XX, na medida em que, durante as décadas 60

a 80, impôs a necessária distinção entre a Psicologia Clínica e a Psicanálise. Mas, se recuarmos um pouco, podemos dizer que a Psicologia Clínica se desenvolveu e adquiriu notoriedade após a Segunda Guerra Mundial, no apoio às vítimas da guerra, tanto na Europa como nos Estados Unidos da América. Nessa época, a Psicologia Clínica alicerçava a sua actividade em torno da medição, através de testes, de funções cognitivas e comportamentais, ao serviço dos Psiquiatrias e Neurologias da época. Grandes nomes da avaliação psicotécnica como Binet, Simon, Zazzo, Thorndike ou Sperman, desenvolveram instrumentos de medida para dimensões como a inteligência, a memória, a atenção, a percepção e personalidade, que se revelaram fundamentais para definição do funcionamento psicológico. Esses testes continuam hoje a ser usados e têm sofrido exaustivas e recorrentes revisões, a maior parte deles sem perder a sua matriz inicial. Isso levou, muitas vezes, a ver a Psicologia Clínica numa perspectiva reducionista, como mera aplicação de testes, porque durante muito tempo a Psicologia Clínica era diagnóstica no domínio clínico. Actualmente, a utilização de testes não passa de um momento breve na intervenção do psicólogo ou, como explica Zazzo (1968), «a estatística rigorosa implícita na noção de um teste não passa de um controlo, de uma verificação da estatística implícita das nossas observações clínicas» (Ribeiro; Leal, 1998).

2.4 A PSICOLOGIA E A PSICOLOGIA CLÍNICA EM PORTUGAL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA COMO A GRANDE VIAGEM DA TEORIA À PRÁTICA ACTUAL

Embora as raízes da Psicologia científica em Portugal sejam tão antigas como nos outros países europeus, o seu estabelecimento como uma profissão moderna e o seu estudo na maioria das universidades portuguesas é bastante recente. Abreu (1990) localiza-a no início do século XX, com a criação dos primeiros laboratórios de Psicologia Experimental nas Faculdades de Letras da Universidade de Coimbra em 1912-14 e na Universidade de Lisboa em 1930.

É necessário recordar que a Psicologia apareceu em 1910 como elemento subsidiário das Ciências da Educação, tendo sido complexo o seu percurso até à sua institucionalização. No início da República, em 1911,

surgiram em Lisboa e em Coimbra as Faculdades de Letras e as Escolas Normais Superiores, e em 1968 a Psicologia resumia-se a uma disciplina de opção do Curso de Filosofia, chamada de Psicologia Experimental. A Psicologia era, então, uma ferramenta ao serviço da Pedagogia e, nesse âmbito, surge a Sociedade de Estudos Pedagógicos, assim como o Laboratório de Psicologia Experimental da Faculdade de Letras de Coimbra, a que se seguiram outros (Borges, (1986).

Desta forma, no nosso país, tal como nos demais, a ligação entre a Psicologia e as Ciências da Educação faz-se sentir em função das necessidades e dos problemas da educação que vão surgindo, em função da “onda política” dessa época. Assim, a Psicologia vai necessitar de fazer uma longa caminhada, até se poder demarcar com características essenciais ao saber científico. Atravessa todo um contexto epistemológico em que prevalece o pensamento lógico, associado ao experimentalismo e empirismo, dentro das correntes europeias.

Enquadrada no currículo do Curso de Filosofia, tendo em conta que os docentes em Filosofia, tinham adquirido formação específica em Psicologia e Pedagogia, muitas vezes em contacto com indivíduos formados em diferentes universidades europeias e americanas, são estes que esboçam os primeiros programas de intervenção na área da Psicologia Clínica. Esta fase preliminar de esboço da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, corresponde a interesses bem vinculados, que seriam fundamentais na institucionalização e na implementação da Psicologia, e são representados pela Sociedade Portuguesa de Psicanálise, o Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) e a Sociedade Portuguesa de Psicologia.

O tributo da “Sociedade Portuguesa de Psicanálise”, é dado através de marcos como Diogo Furtado (1906-1963) que era um entusiasta da psicanálise e pelo Professor Sobral Cid (1877-1941), que publica em 1934 a “*Psicopatologia Criminal, Casuística e Doutrina*” onde expõe o estudo de uma série de casos de psicopatas e delinquentes, com base em critérios diagnósticos de inspiração psicanalítica.

Estes contributos têm raízes mais profundas, do ponto de vista histórico, se considerarmos toda a influência de Freud como fundador da Psicanálise e

restantes seguidores. Tal como nos outros países da Europa, também em Portugal é grande a importância da Medicina e Psiquiatria para a Psicologia e a Sociedade de Psicanálise era o centro privilegiado para os Médicos se formarem em Psicanálise.

Em 1960 surge a Sociedade Portuguesa de Psicologia, à qual podiam pertencer pessoas portuguesas ou estrangeiras que cultivassem a Psicologia. Esta sociedade fomentava o interesse pelos estudos da Psicologia, facultando o intercâmbio de ideias e de trabalhos entre os psicólogos, promovendo a investigação e a sua apresentação em sessões científicas, colóquios interdisciplinares, publicações, prémios e bolsas de estudo. As licenciaturas base dos seus membros eram diversas e os critérios eram de largo espectro e não era difícil preencher as condições dos Estatutos da Sociedade para trabalhar em Psicologia, sobretudo para participar como Psicólogos Clínicos em equipas psiquiátricas. Neste evoluir, começava a ser reconhecido, a partir das influências externas, nomeadamente francesas, o papel do psicólogo em equipas multidisciplinares, mas, por outro lado, eram os licenciados em Filosofia que mantinham a fundamentação legal para, por exemplo, leccionar a disciplina de Introdução à Psicologia no Ensino Secundário. A Sociedade Portuguesa de Psicologia teve um papel fundamental em questões como a definição de funções, de enquadramento profissional e outros problemas práticos da Psicologia (Borges, 1986).

Em Portugal surge ainda, em 1989, a Sociedade de Psicologia Clínica, celebrando este ano de 2009 os seus 20 anos de actividade formal ao serviço da Psicologia e dos Psicólogos. Destacou-se por levar a cabo Fóruns e Seminários de Psicologia Clínica para discussão de estatutos, código de ética e regulamentação e supervisão da prática da Psicologia Clínica, além de formação permanente e especializada nas áreas da Psicoterapia e do Diagnóstico Psicológico.

Ribeiro e Leal (1998) afirmam que a Psicologia Clínica em Portugal merece esse nome de uma forma mais generalizada a partir dos anos 60, através do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA). Foi criado por iniciativa de congregações religiosas, no período de 1962/1964 e, desde o seu

início, é caracterizado por uma clara abertura aos modelos europeus do mesmo tipo.

Com as reformas de Veiga Simão, por despacho ministerial em Março de 1973, o Instituto é reconhecido como Curso Superior e em 1976 tudo parecia indicar que as Faculdades de Psicologia teriam ali a sua génese. Mas, isso não veio a verificar-se e em 1977 foi homologado o Curso de Psicologia nas Universidades de Lisboa, Coimbra e Porto, passando a existir licenciados por estas Universidades e diplomados pelo ISPA, em que estes últimos aparecem com menos força legal, dado que a partir de 1979 passou a ser necessária a licenciatura, como condição de acesso à carreira superior da função pública. Esta situação só seria ultrapassada em 1984, após grandes esforços dos docentes e dirigentes do ISPA, apoiados por políticos de destaque como o então Presidente da República, Ramalho Eanes. Esta implementação legal do seu estatuto está rodeada de grande mérito quando se constata que foi com este Instituto que aparece, pela primeira vez, no nosso país a intenção clara de preparar Psicólogos para a prática clínica. Apesar das grandes dificuldades de afirmação, o ISPA destaca a sua grande qualidade através da sua revista «Análise Psicológica» que data de 1977 (Borges, 1986).

Nesta sequência, surge ainda uma quinta escola de Psicologia, na Universidade do Minho, para logo a seguir, na década de 80, se multiplicarem os cursos de Psicologia em diversas escolas privadas. Neste contexto tão plural, surge uma grande diversidade de formações dos professores, ao nível de áreas, teorias e metodologias, que vem caracterizar a moldura dos futuros Psicólogos, mas também, à semelhança de outros países, aumentar o número de desempregados nesta área.

A expressão Psicologia Clínica tem sido utilizada pelos profissionais da Psicologia desde os finais do século XIX, sendo que a expressão “Clínico” resulta, além de necessidades científicas, do facto do “Psicólogo da Prática” tender a trabalhar fisicamente próximo dos psiquiatras, em actividades semelhantes ou complementares, pressupondo a adopção, por parte da Psicologia, do modelo biomédico. Assim, ao nível do exercício profissional da Psicologia, a partir da década de 70, dão-se alterações do seu papel na medida em que o Sistema de Saúde passa a conceber de forma diferente o conceito de

saúde. Relativizando o trabalho do psicólogo, em jeito de adequação a cada domínio da saúde, proliferavam expressões como, por exemplo: Psicologia Clínica do Desenvolvimento dirigida a uma abordagem desenvolvimental no ciclo de vida (Bibace & Walsh, 1979); Psicologia Clínica da Criança, que qualifica a Psicologia Clínica que se dedica às crianças (Bibace & Walsh, 1979); Psicologia da Reabilitação que qualifica actividades orientadas para a restauração funcional subsequente a traumatismos ou a deficiência física (Millon, 1982); Neuropsicologia Clínica (Belar, Deardorff & Kelly, 1987); ou Psicologia da Saúde da Criança (Maddux et al., 1986) (in Ribeiro, J. P. & Leal, I. P., 1998).

Ainda os mesmos autores, citando Alcorn (1991), referem outras expressões que tendem a confundir-se com a Psicologia Clínica, como é o caso da Psicologia Médica, que sendo o uso de procedimentos e princípios psicológicos no diagnóstico e avaliação de doença física e na avaliação do tratamento e que, em Portugal, é exercida quase exclusivamente por médicos. Deste modo, todas as expressões que possam traduzir-se em práticas profissionais dos Psicólogos no Sistema de Cuidados de Saúde ou no Sistema de Saúde Geral podem ser, genericamente, substituídas por Psicologia Clínica.

A Psicologia, em Portugal desde 1985 a 1995, acompanhando todas as mudanças ocorridas nos Serviços de Saúde Mental, faz surgir uma nova área de interesse que se passou a chamar de Psicologia da Saúde, culminado com a criação da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde em 1995.

Começa aqui a separar-se a Psicologia da Saúde da Psicologia Clínica, sendo esta última mais voltada para a saúde mental e doenças mentais, enquanto a primeira se focaria mais em todas as outras doenças e na sua prevenção. No entanto, esta diferenciação tem sido difícil na medida em que o Sistema de Saúde no geral evoluiu, e na sua base filosófica, é cada vez mais difícil manter uma divisão conceptual entre Saúde Mental e Saúde Física.

Não obstante essas dificuldades é cada vez mais óbvio, pela evidência científica que as respostas depressivas e de ansiedade das populações são na maioria das vezes não um problema primário, enquadrável numa categoria psicopatológica, mas antes como uma estratégia de adaptação as condições de *stress* do mundo contemporâneo. Higgins, em 1994, já referia que até um

terço dos pacientes dos Cuidados de Saúde Primários têm um distúrbio psiquiátrico e 70% desses têm uma base psicossocial.

Desta forma, e como resposta aos novos desafios, a Psicologia da Saúde surgia, num primeiro momento, como um conjunto de práticas do psicólogo com as populações sem doença mental, para imediatamente a seguir ser substituída pelo conceito de Psicologia Clínica da Saúde, que seria realizada em contexto do Sistema de Saúde em geral, traduzindo-se na aplicação de conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, em que as variáveis psicológicas joguem um papel de decisivo no alívio do mau funcionamento dos sujeitos. Tendo em conta esta evolução conceptual e de objecto, Ribeiro e Leal (1998), consideram que a designação «Psicologia Clínica da Saúde» é a síntese e o compromisso entre duas gerações de perspectivas sobre a Psicologia e que caracterizam toda a vitalidade da psicologia actual.

Será, portanto, razoável distinguir as Psicologias mais pela área de intervenção que pelos princípios teóricos, pois as estratégias e métodos de abordagem, essas sim, necessitam obrigatoriamente ser diferentes, em função das populações-alvo e dos objectivos a que se propõem. Os campos de intervenção são cada vez mais diversos e específicos. Por isso, é necessário aprender a fazer transposições, por homologias, de metodologias e saberes gerais dos vários paradigmas da Psicologia enquanto disciplina científica.

No caso concreto da Psicologia Clínica da Saúde, ainda que sobre a égide da tradição de privilégio de uma “Metodologia Clínica”, cabe aos Psicólogos dos CSP oferecer serviços, especializados sim, mas não no mesmo formato daqueles que se oferecem nos hospitais, mas num outro registo, o da prevenção da doença e promoção da saúde, tendo em conta os verdadeiros problemas de saúde da actualidade, fortemente associados ao comportamento individual e social e não tanto devido a agentes patogénicos.

3 Desenvolvimento da Psicologia da Saúde e a sua História em Portugal

3.1 INTRODUÇÃO

Ultimamente tem-se falado cada vez mais em Psicologia da Saúde, apesar de, até há bem pouco tempo atrás, esta não ser uma área ensinada, de modo específico, em qualquer Faculdade de Psicologia. Arriscaríamos a dizer que se exerceu primeiro e se ensinou depois. Para compreender melhor esta área recente, vão ser abordadas neste capítulo as relações da Psicologia da Saúde com a Psicologia Clínica, da qual é subsidiária, talvez, quanto ao método. No entanto, ela parece surgir pela necessidade de dar resposta a problemas de saúde, em que o modelo biomédico se tornou insuficiente. Abordar-se-á o seu início e a sua evolução em algumas etapas cronológicas, considerados marcos, do seu desenvolvimento no nosso país.

3.2 DA PSICOLOGIA CLÍNICA À PSICOLOGIA DA SAÚDE

Quando se analisam manuais de Psicologia Clínica, Medicina Comportamental e Psicologia da Saúde pode observar-se alguma confusão conceptual, por isso, actualmente é muito frequente a reivindicação da necessidade de uma distinção clara entre os conceitos, sob o risco de que a situação se complique ainda mais, tendo em conta a existência de outras disciplinas e denominações afins, como é o caso da medicina psicossomática, psicologia médica, psicologia preventiva, psicologia comunitária, entre outras. O mesmo fenómeno ocorre em congressos, na medida em que surgem temáticas, indiscriminadamente, comuns às várias áreas (Guadalberto; Vicente; Sierra, 1996).

Independentemente do trabalho do Psicólogo ser transversal a muitas áreas da saúde, na educação, no trabalho, na vida social e em todo o ciclo de vida dos sujeitos, no que respeita, especificamente, ao âmbito da saúde, tem vindo a ser cada vez maior a mobilização para a necessidade de clarificar de conceitos, nomeadamente, as intervenções próprias de cada sector. Desta forma, surgem questões legítimas, acerca do que é a Psicologia Clínica e o que é a Psicologia da Saúde. Também faz sentido perguntar quais as diferenças

entre as duas, os seus limites, que relação existe entre as duas e qual a mais antiga e tradicional, ou se até existe uma relação de pertença e de derivação entre elas. A clarificação destes aspectos tem uma importância fundamental para a prática do Psicólogo (Alves, 2008).

Segundo Santracreu (1991) existe uma diferença quer de objectivos, quer de modelos de intervenção entre a Psicologia Clínica e a Psicologia da Saúde. O autor afirma que a Psicologia Clínica tem a doença como objectivo geral, enquanto o sujeito apresenta um quadro clínico e procura ajuda para resolver os seus problemas. Aponta o modelo cognitivo-comportamental para a Psicologia Clínica e o biopsicossocial para a Psicologia da Saúde (*in* Alves, 2008).

Cada vez mais, nos países da Europa, é o modelo comportamental que tem um papel preponderante na psicologia, não surpreendendo que muitos Psicólogos considerem que a Psicologia Clínica é avaliação e modificação do comportamento. Um bom exemplo disso é que quando se procura a expressão “Psicologia Clínica” nos títulos de livros publicados e depois se analisa o seu conteúdo, pode constatar-se que na sua maioria se refere a técnicas comportamentais e os que seguem outros modelos tendem a utilizar o termo “Psicoterapia”. Assim, poderia definir-se a Psicologia Clínica como uma área da psicologia na qual se aplicam técnicas de avaliação e modificação do comportamento para a investigação, avaliação, tratamento e prevenção de perturbações psicopatológicas (Guadalberto; Vicente; Sierra, 1996, p. 4)

Alves, (2008), diz que a Psicologia Clínica se baseia no diagnóstico e no tratamento das doenças através da utilização do seu principal instrumento de intervenção, que são as psicoterapias. A mesma autora, cita Godoy (1999), que defende que a “Psicologia Clínica deve entender-se como o conjunto de possíveis actuações (compreensão, explicação, diagnóstico, avaliação, prevenção, tratamento e reabilitação) sobre o sujeito que apresenta problemas e perturbações psicológicas. A sua principal característica será, portanto, o estabelecimento de uma relação entre o psicólogo e o seu paciente com uma dimensão de apoio e ajuda (operacionalizada na compreensão dos problemas do seu cliente e a aprendizagem por parte deste de estratégias apropriadas

para resolvê-los e, assim, funcionar mais eficazmente), através dos conhecimentos da actuação psicológica” (p.47).

Ainda segundo Alves, (2008), apesar da “Psicoterapia” estar bem sedimentada, enquanto instrumento aplicado aos problemas de comportamento e perturbações mentais, a mesma é criticada por falta de critérios, no que respeita a definição de quem deve submeter-se a esse tratamento, por não diferenciar os modelos teóricos utilizados, não indicar quando começar e terminar uma psicoterapia e não referir quanto tempo deve durar. Assim, diz a autora, clarificando o papel do Psicólogo Clínico, que os utentes que recorrem aos Centros de Saúde não deveriam ser atendidos por estes, mas sim por Psicólogos da Psicologia da Saúde, dado que são estes que têm preparação para actuar em aspectos da saúde em geral e capacidade de enviar os utentes para serviços mais especializados, como seja a Psicoterapia. Desta forma, a psicoterapia deve estar disponível para os utentes, mas aos níveis de promoção da saúde mais especializados e não ao nível primário. Mesmo assim há quem defenda que a Psicoterapia deve estar disponível nos Cuidados de Saúde Primários. Por exemplo, Hanns (2004), refere que a Psicoterapia não deve ser considerada um luxo, mas antes uma necessidade social.

Em relação a essa problemática, Alves, (2008) diz que a perspectiva de Hanns apenas vem reforçar os argumentos utilizados para fundamentar a visão das Psicoterapias como um instrumento de valor acrescentado, entre a diversidade de ferramentas da Psicologia, além de ser fundamental na preparação da actividade dos Psicólogos no âmbito da Saúde Pública.

Alves (2008), defende ainda que o uso das psicoterapias no contexto da Saúde Pública não têm dado bons resultados, porque não se apresentam como garantia de melhor saúde mental das populações, mesmo que o argumento seja o da redução dos gastos na saúde porque, uma vez mais, isso contraria as reformas dos sistemas de saúde, observados a nível mundial, no que respeita à saúde mental, que defendem a retirada dos doentes mentais das instituições e o encerramento dos hospitais psiquiátricos. Neste sentido, as psicoterapias não se configuram como uma alternativa à hospitalização mas pelo contrário, sugerem que se avance com uma ampliação e diversificação das modalidades assistenciais que os Psicólogos podem oferecer às populações, através de programas de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Neste enquadramento, pode começar-se a entender o surgimento de uma outra área da Psicologia, a Psicologia da Saúde, na sequência da evolução dos conceitos de saúde e doença e do paradigma de das necessidades das populações na actualidade.

3.3 INÍCIO E EVOLUÇÃO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

Cada vez mais, as alterações ou perturbações na saúde são entendidas como respostas concomitantes, num registo psicológico que, nem por isso, são enquadráveis em categorias psicopatológicas e que não podem, por isso, ser tomadas por objecto de intervenção «à parte». Bem pelo contrário, respostas depressivas ou de ansiedade, inscrevem-se num quadro adaptativo fundamental à situação posterior do indivíduo e à maximização da intervenção dos Clínicos, sejam Médicos ou Psicólogos. Desta forma, a emergência e rápida implementação da Psicologia da Saúde espelha bem a falência dos modelos tradicionais de uma Psicologia Clínica, ligada aos hospitais psiquiátricos e subordinada às nosologias psicopatológicas. Também se constata na prática que uma simples transposição de técnicas de avaliação, investigação e intervenção, vindas da psicopatologia para outros serviços de saúde, resultavam inoperantes e ineficazes (Ribeiro & Leal, 1998).

Em linha com a definição de Psicologia da Saúde, Guadalberto; Vicente; Sierra, (1996), referem que, paralelamente à Psicologia Clínica, a “Psicologia Preventiva” é um campo de investigação e de acção interdisciplinar com uma perspectiva pro-activa, ecológica e ética, com uma visão integral do ser humano no seu contexto em interacção com situações de objectos reais e concretos, utilizando princípios teóricos e tecnologia actualmente disponível em qualquer disciplina, desde que sejam úteis na prevenção da doença, na promoção da saúde física e mental e na qualidade de vida da população a curto e a longo prazo (p.4).

O mundo ocidental começou a entender a saúde num sentido muito amplo, como sendo o estado integral de bem-estar a que todos aspiramos e não apenas à saúde física, como um conceito tradicionalmente identificado como o estado de saúde, além do sentir-se bem consigo próprio, com as relações e papéis que desempenhamos, na relação com os outros e com o

meio ambiente que nos rodeia. Portanto, a saúde é o bem-estar na dimensão biológica, psicológica e social dos seres humanos, sendo que a sua realização combinada e integrada constitui a principal aspiração do ser humano e o ideal de felicidade no nosso tempo. O desenvolvimento do modelo axiológico bio-psico-social resultante das alterações observadas nos padrões dos problemas de saúde nas últimas décadas, no mundo ocidental, mostra que as doenças por infecção foram na sua maioria controladas, mas surgiram em força as doenças crónicas ou funcionais, não provocadas por agentes patogénicos específicos (Carrobles, 1993, *in* Alves, 2008, p.60).

Com base nesta nova maneira de conceber os problemas de saúde, não exclusivamente orgânicos, mas tendencialmente de base multi-factorial, a origem das doenças aparece fortemente associada ao comportamento pessoal dos sujeitos nas suas relações sócio-ambientais. Tal facto, amplia o papel das ciências do comportamento, principalmente a Psicologia, e coloca-lhe o grande desafio de assistência às novas formas de problemas de saúde, com uma abordagem de foco essencialmente preventivo, conforme indicações da Organização Mundial de Saúde, na Conferência Internacional sobre os cuidados de saúde primários em Alma-Ata (1978), e não tanto curativo e de reabilitação.

As mudanças de paradigma, na forma de conceptualização da saúde e da doença deveriam ajudar, igualmente, numa conceptualização das psicologias e dos seus espaços de intervenção, pois mudaram os sistemas de saúde e a realidade social em que os psicólogos se movem, além dos saberes em determinadas áreas disciplinares.

Nos países onde a Psicologia Clínica há muito está formalmente institucionalizada, como caso dos Estados Unidos da América ou da Inglaterra, surge a tendência para defender uma formação específica em Psicologia da Saúde, em oposição à Psicologia Clínica. É caso de Belar, Deardorff, e Kelly (1987) e de Matarazzo (1987), citados por Ribeiro & Leal (1998, p. 595).

Apesar do conceito de Psicologia da Saúde, a nível mundial, ser de difícil delimitação, há dois factos importantes que devem ser enfatizados, neste contexto: a criação de um doutoramento com o título: " Psicologia em Cuidados de Saúde" pela Universidade de Minnesota em 1974, e o desenvolvimento de um documento interno que, na Universidade da Califórnia, tem como objectivo

o propor um novo currículo em Psicologia, que se refere especificamente à "Psicologia da Saúde" (Alves, 2008), p.62).

Sherr (1996), apresenta uma classificação, dentro de uma matriz, com quatro espaços bem delimitados. Considera quatro categorias de problemas: os problemas psicológicos que serão foco da intervenção psicológica; problemas médicos necessitando de tratamento psicológico; cuidados médicos para problemas psicológicos e; problemas médicos com intervenção médica. Destacam-se a primeira e a quarta categorias de problemas como tradicionalmente pertencentes à Psicologia Clínica e à Medicina, respectivamente (*in* Ribeiro & Leal, 1998, p. 596).

Segundo Ribeiro e Leal (1998), estes autores lutam, legitimamente, pela institucionalização da Psicologia da Saúde, em contextos difíceis, onde a Psicologia Clínica está instalada há muito. Está fortemente sedimentada, através de uma metodologia de intervenção, que privilegia o relacional entre o Psicólogo e o seu utente, independentemente de qual for o seu quadro teórico, que lhe permite referenciar e descodificar o sofrimento, o mal-estar, a desadaptação que lhe é apresentada.

A Psicologia da Saúde, dizem esses autores, tal como a pensam e praticam, tem rigorosamente os mesmos objectivos dentro dos limites e das propostas que os contextos de saúde lhe propiciam e oferecem. Abstraindo-nos da carga conceptual, quer para Psicologia Clínica, quer para Psicologia da Saúde, ambas centradas na característica definidora da Clínica, que reside na possibilidade de utilização de todos os dados psicológicos possíveis, o fundamental será sempre a resolução de uma problemática colocada a um indivíduo, a um grupo ou a uma população, enquanto objecto de análise e de intervenção.

3.4 ALGUMAS ETAPAS HISTÓRICAS DA PSICOLOGIA DA SAÚDE EM PORTUGAL

Em 1997, Ruiperez argumentava a favor do desenvolvimento da Psicologia da Saúde como uma especialidade da Psicologia Clínica. Dizia ainda que apesar da confusão a que podia levar a criação duma nova especialidade dentro da Psicologia, esta não se justifica pela angariação de postos de trabalho, mas pela necessidade de dar respostas às novas necessidades que surgiram na sociedade. Tal como a Psiquiatria que é uma especialidade médica, também serão defensáveis algumas especialidades psicológicas da saúde.

Segundo Carvalho Teixeira (2002), o desenvolvimento da Psicologia da Saúde está associado a dois factores: pressões internas da própria ciência psicológica e resposta a necessidades sociais resultantes da evolução e progresso da própria Medicina e das insuficiências do modelo biomédico em dar resposta a problemas de saúde relacionados com o comportamento.

Em Portugal, o interesse por esta área é relativamente recente, com cerca de década e meia, mas à semelhança do que tem acontecido noutros países da Europa, tem vindo a conhecer uma expansão significativa e mobilizado interesses vários ao nível das instituições de ensino superior de Psicologia e dos Serviços de Saúde, no geral.

O ensino da Psicologia da Saúde iniciou-se formalmente no nosso país, em 1987, no ISPA, com uma disciplina anual de opção no 5º ano da licenciatura em Psicologia na área de Psicologia Clínica.

Carvalho Teixeira (2002) dá-nos uma retrospectiva histórica da Psicologia da Saúde em Portugal, por etapas, desde 1987 a 2001, que pela sua importância e por espelhar bem o seu dinamismo e crescimento, apresentamos a seguir:

- 1987 - Início do *ensino de Psicologia da Saúde* no ISPA.
- 1989 - Primeira reunião científica nacional, o *Seminário «A psicologia nos serviços de saúde»*, organizado pela Associação dos Psicólogos Portugueses (APPORT), em Lisboa.

- 1992 - Publicação do primeiro número temático da revista *Análise Psicológica* sobre «Psicologia da Saúde» (n.º 2, série X, 1992), editado por Isabel Leal e José A. Carvalho Teixeira.
- 1993 - Criação do *primeiro curso de Mestrado*, dirigido por Luís Joyce-Moniz na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (FPCE) da Universidade de Lisboa.
- 1994 - Realização do *1.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, organizado por iniciativa do Departamento de Psicologia Clínica do ISPA em colaboração com a APPORT, em Lisboa. Publicação do *Decreto-Lei n.º 241/94*, do Ministério da Saúde, que integrou o ramo de Psicologia Clínica na Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde.
- 1995 - Fundação da *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*.
- 1997 - Realização do *2.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* («A Psicologia nos sistemas de saúde»), organizado pela Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde na Universidade do Minho. Realização da *I Conferência Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*, organizada pelo ISPA e Centro de Saúde da Parede, em Lisboa.
Publicação da *Portarias regulamentadoras do estágio profissional pré-carreira*, necessário para que os Psicólogos Clínicos possam ter acesso a concursos para ocupação de vagas na carreira dos técnicos superiores de saúde.
- 2000 - Realização do *3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* («Psicologia da Saúde nas doenças crónicas»), organizado pela Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde em Lisboa. Lançamento da revista *Psicologia, Saúde & Doenças*, órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- 2001 - Fundação da *Associação Portuguesa de Psicólogos dos Cuidados de Saúde Primários*, com a finalidade de promover o exercício profissional da psicologia nos Centros de Saúde.

Continuando a pesquisar a actividade da Psicologia da Saúde em Portugal, observamos que se mantém em franco desenvolvimento, realizando-se em cada dois anos um congresso nacional de Psicologia da Saúde, através da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, que passamos a descrever:

- 2002 - 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, decorreu em Lisboa, de 2 a 5 de Outubro de 2002, subordinado ao tema “A Saúde Numa Perspectiva de Ciclo de Vida”.
- 2004 - 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, teve lugar em Lisboa, entre 28 e 30 de Junho, na Fundação Calouste Gulbenkian, subordinado ao tema “ A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança”.
- 2006 - 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, subordinado ao tema “A Saúde, bem-estar e qualidade de vida”, que decorreu Universidade do Algarve, Faro, nos dias 2 e 4 de Fevereiro.
- 2008 - 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde realizado de 31 de Janeiro a 2 de Fevereiro, na Universidade do Porto e terá como tema “Intervenção em Psicologia e Saúde”.

Os congressos referidos têm reunido saberes cada vez mais diversificados nas suas origens, tal como eram diversos os temas e trabalhos de investigação apresentados, resultando das experiências dos Psicólogos nos seus locais de trabalho. Constata-se um enorme trabalho desenvolvido nesta área, ao desfolhar as actas dos referidos congressos, editadas pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, em que os temas abordados estão dentro dos parâmetros da Psicologia da Saúde, tal como tem sido defendida pelos seus principais mentores em Portugal, nomeadamente Trindade e Carvalho Teixeira, além de todos os que participam com os seus trabalhos e temas.

Para confirmar a riqueza dos congressos, basta consultar o programa do 7º Congresso, que se realizou em 2008, em que houve Simpósios, Conferências e Workshops.

- Nos Simpósios foram apresentados alguns dos seguintes temas: *“Envelhecimento, Saúde e Experiências De Vida”*, *“Variáveis Psicológicas Positivas e Resultados Positivos”*, *“Modelos de Intervenção em Problemas Crónicos de Saúde”*, *“Ansiedade e Depressão em*

Mulheres e Homens Durante a Gravidez”, “Ansiedade e Depressão Materna: Efeitos no Desenvolvimento Fetal e Neonatal”, ...;

- Nas Conferências: *"Words as Reflections and Change Agents in Health", "Learned Hopefulness", "Self-Regulation and Health, from assessment to interventions", "Psicoterapia de Apoio em Contextos de Saúde", "GeroPsicologia: morbilidade e mortalidade em pessoas muito idosas", "Saúde Sexual & Sexologia Clínica - Modelos de Intervenção";*
- Nos Workshops: *"Expressive writing and health", "The Transformative Power of Hope", "Self-Regulation Interventions in Chronic illness", "Intervenção em Saúde Sexual e Reprodutiva", "Avaliação gerontológica", "Psicoterapia Cognitivo-Comportamental na Insónia".*

Com uma história de pouco mais de duas décadas, a Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários apresenta uma grande vitalidade no que respeita à investigação e divulgação científicas, o alargamento da actividade a mais regiões do país, que não apenas Lisboa e Minho, enquanto percursoras, com programas de prevenção e promoção da saúde.

O ISPA caracteriza-se por ser uma instituição que esteve na origem da diferenciação da Psicologia em Portugal, mas ao mesmo tempo nunca deixou de inovar o seu papel na área da formação académica. Em 1995, criou o Departamento de Formação Permanente e, neste momento, acompanhando as Reformas da Saúde em Portugal, desenvolveu um Serviço de Consultadoria de Psicologia em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) – 2009/2010, em parceria com a Associação Portuguesa de Psicólogos dos Cuidados de Saúde Primários (APPCSP), orientado por Isabel Trindade e destinado a Psicólogos que desenvolvam a sua actividade profissional em Agrupamentos de Centros de Saúde.

Tendo em conta todo o contexto de factos relevantes desenvolvidos na área da Psicologia da Saúde, estamos de acordo com Carvalho Teixeira (2002), quando afirma que o futuro da Psicologia da Saúde em Portugal depende da colaboração e organização dos Psicólogos interessados nesta área, no sentido da definição da identidade e papel profissional do psicólogo da saúde no nosso País. Ao mesmo tempo, o seu futuro depende, também, do

reconhecimento por parte das várias instituições e grupos profissionais ligados à saúde, do papel do Psicólogo como Técnico Superior de Saúde, capaz de integrar-se em equipas de saúde, visando a promoção da saúde do cidadão português e dando contribuições específicas para a obtenção de ganhos em saúde.

Capítulo IV

4 Evolução Jurídica da Psicologia Clínica em Portugal e o seu papel nos Cuidados de Saúde Primários

4.1 INTRODUÇÃO

A abordagem que se segue desenvolve vários aspectos que caracterizam a Psicologia Clínica enquanto carreira e profissão, que obedece a regras bem estabelecidas por lei, traduzidas numa Carreira com um determinado conteúdo funcional. Explicam-se os procedimentos de ingresso na Carreira e como está regulamentado o estágio da especialidade em Psicologia Clínica e em que condições se pode, legalmente, exercer a Psicologia Clínica. Também se dá ênfase à recém criada Ordem dos Psicólogos, enquanto instituição de enorme importância para a Psicologia Clínica.

Este é o maior capítulo deste trabalho. Isso deve-se ao facto de incluirmos nele todos os temas relacionados com a prática da Psicologia ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, através da descrição e caracterização do papel e da intervenção do Psicólogo nos Centros de Saúde, ou melhor, agora, nas Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), e a sua articulação com outras Unidades Funcionais, nunca descurando a sua matriz de trabalho, ao nível da promoção da saúde, função assistencial, reabilitação, investigação e colaboração na formação de outros técnicos, sempre, no âmbito dos CSP.

4.2 PSICOLOGIA CLÍNICA ENQUANTO CARREIRA

A Psicologia Clínica pertence à Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde (TSS). Esta carreira foi criada em 1981 através do Decreto Regulamentar n.º 29/81 de 24 de Junho, e integrava inicialmente os seguintes ramos: farmacêutico, laboratorial, radionuclear, tanatológico, veterinário e de engenharia sanitária. No entanto, foram necessários 13 anos para que o Ramo da Psicologia Clínica fosse incluído nessa carreira, que aconteceu em 1994, pelo Decreto-Lei nº241/94 de 22 de Setembro.

Com a criação da carreira dos TSS, pretendia-se integrar numa única carreira um conjunto de técnicos que desenvolviam as suas actividades em diferentes campos da saúde e que não estavam abrangidos por nenhuma carreira específica.

Em 1991, esse Decreto Regulamentar foi reformulado dada a necessidade de enquadrar os seus profissionais a par de outros técnicos de saúde, pelo reconhecimento da sua especificidade e autonomia funcionais, num corpo especial de funcionários, através do Decreto-Lei n.º 414/91 de 22 de Outubro. Nessa fase, este regime aplicava-se apenas aos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde e da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, passando a integrar os seguintes ramos: farmácia, laboratório, radiações ionizantes, física hospitalar, medicina nuclear, genética, nutrição, veterinária e de engenharia sanitária.

Até então a Psicologia Clínica ainda não era integrada nesta carreira, tal era a sua especificidade. A sua inclusão na carreira dos TSS dá-se através do Decreto-Lei n.º 241/94 de 22 de Setembro, sendo também definidas as funções do Psicólogo Clínico, em cada uma das suas quatro categorias: assistente; assistente principal; assessor e assessor superior.

A título de exemplo, apresentam-se a seguir as funções do Assistente de Psicologia:

- Estudo psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico;
- Estudo psicológico de grupos populacionais determinados, para fins de prevenção e tratamento;
- Participação em programas de educação para a saúde, no domínio específico;
- Aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo;
- Intervenção psicológica e psicoterapia;
- Responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia;
- Integração em equipas multidisciplinares de serviço de urgência, quando tal se mostrar conveniente;
- Participar em reuniões científicas;
- Participar em acções de formação na área da especialidade e afins;
- Participar em programas de investigação em aspectos relacionados com a sua área profissional;
- Responsabilização por sectores ou unidades de serviços;
- Participação em júris de concurso e de avaliação.

Deve fazer-se notar que o facto de a Psicologia Clínica estar integrada numa carreira, com outros ramos (tendo cada um a sua especificidade), condicionou a alteração de disposições relativas ao processo de concursos, de colocação de estagiários ou do regulamento de estágios. Nesse sentido, qualquer medida de alteração à regulamentação dos estágios, proposta por um dos ramos, terá de ser pertinente para os restantes ramos e assumida para todos.

4.3 INGRESSO NA CARREIRA DOS TÉCNICOS SUPERIORES DE SAÚDE (TSS) – RAMO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

O ingresso na carreira faz-se pela categoria de assistente, mediante concurso de entre profissionais habilitados com o grau de especialista. Este grau é obtido mediante processo de formação pré-carreira – estágio de especialidade – que no caso da Psicologia Clínica tem uma duração de 3 anos. Esse grau não conferia vínculo à função pública, antes da sua actual reforma.

Alguns profissionais, que estavam há muitos anos no terreno, obtiveram o Grau de Especialista por um processo de equiparação ao estágio da especialidade, através de uma avaliação exaustiva e defesa do currículo profissional, perante um júri competente, com o formato de Comissão de Equiparação, da responsabilidade do então Departamento de Modernização e Recursos da Saúde.

Neste contexto, destacam-se dois processos de equiparação ao estágio da especialidade. O primeiro ocorreu, de forma natural, imediatamente a seguir à integração da Psicologia Clínica nesta carreira (1994/95), dado haver necessidade de surgirem os primeiros Orientadores de Estágios da Especialidade, com conhecimentos e experiência suficientes, para vir a participar, a par do Conselho Coordenador de Estágios, na formação dos futuros especialistas.

O segundo processo de equiparação ao estágio da especialidade ocorreu em 2002, através do (Decreto-Lei n.º 38/2002 de 26 de Fevereiro, e tratou-se de um processo extraordinário de equiparação, ao qual se candidataram 476

Psicólogos, dos quais 104 tiveram equiparação. A avaliação dos candidatos foi feita numa escala de 0 a 20 valores e integrou uma prova oral obrigatória, com a duração máxima de sessenta minutos, incluindo quinze minutos iniciais destinados à exposição de um tema pelo candidato, visando avaliar os níveis de conhecimentos exigíveis e adequados ao exercício de funções próprias da categoria de assistente, da carreira dos técnicos superiores de saúde, tendo, como referencial, o programa de estágio aprovado para o respectivo ramo da carreira.

Este último processo extraordinário de equiparação surgiu como uma necessidade, devido à complexidade e responsabilidade inerentes à natureza da carreira, nomeadamente no âmbito de novos programas de estágio e do alargamento, em certos casos, da respectiva duração, que conduziram a que o número de licenciados que vieram a adquirir o grau de especialista não fosse suficiente para colmatar as necessidades do Serviço Nacional de Saúde. Essa situação mantém-se precária, uma vez que as instituições de saúde estão a contratar licenciados em Psicologia para assegurar o regular funcionamento dos serviços, quando deviam contratar especialistas em Psicologia Clínica.

4.4 REGULAMENTAÇÃO DO ESTÁGIO DA ESPECIALIDADE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

O organismo responsável pela abertura e condução global dos concursos de admissão a estágios é o Departamento de Modernização e Recursos da Saúde (DMRS), que faz parte do Ministério da Saúde. Para abrir um concurso, este Departamento depende do prévio descongelamento de vagas efectuado pelo Conselho de Ministros.

As características do concurso de admissão a estágio constam da Portaria n.º 796/94 de 7 de Setembro, que define um conjunto de elementos, dos quais se destacam os seguintes:

O processo de concurso de admissão aos estágios

As normas sobre o reconhecimento de idoneidade dos serviços

A organização dos estágios

O regime jurídico de frequência dos estágios

O processo de avaliação final dos estagiários

Os programas de estágio e respectiva duração por ramo de actividade

A abertura de concurso para estágio da especialidade faz-se em função das necessidades provisionais dos serviços, e das capacidades formativas disponíveis em serviços de saúde oficiais de reconhecida idoneidade, nomeadamente em estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde e da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

A definição do programa de formação do estágio do ramo de Psicologia Clínica é publicada na portaria n.º 171/96 de 22 de Maio, revista pela portaria n.º 191/97 de 20 de Março. Nestas portarias definem-se os objectivos, conteúdo, calendarização, locais e duração dos estágios.

Desde 1998 são apenas conhecidos 5 concursos para estágio da especialidade. O 1º concurso externo de admissão a estágio abriu em 1998 (com 36 vagas), tendo tido um número superior a 1.000 candidatos. Os primeiros estagiários iniciaram o estágio a 3 de Março de 2003.

Em 1999 surgiu o 1º concurso interno (só para funcionários públicos) de admissão a estágio abriu (com 65 vagas), tendo os estágios tido início a 3 de Dezembro de 2001.

Os 2º e 3º concursos externos de admissão a estágio abriram em Dezembro de 2000, tendo um deles 130 vagas (tendo-se iniciado o estágio em Novembro de 2003), e o outro 17 vagas (com o início do estágio em 2005). Ao primeiro candidataram-se aproximadamente 1091 Psicólogos e esse número ascendeu aos 1.041 no segundo.

O 4º e último concurso externo de admissão ao estágio da especialidade da carreira técnica superior de saúde, no Ramo de Psicologia Clínica, aconteceu dia 04 de Março de 2008, na Ilha da Madeira, através do Aviso n.º 5/2008/M, do Serviço Regional de Saúde, E.P.E. - Secretária Regional dos Assuntos Sociais, com vista ao preenchimento de sete vagas.

É, portanto, muito limitado o número de especialistas no ramo da psicologia clínica em Portugal.

4.5 EXERCÍCIO DA PSICOLOGIA CLÍNICA

Como já foi referido anteriormente o Decreto-Lei n.º 241/94 de 22 de Setembro, define as funções do Psicólogo Clínico, em cada uma das suas quatro categorias: assistente; assistente principal; assessor e assessor superior.

No entanto, a sua actividade, enquanto trabalho autónomo, no Sistema Nacional de Saúde (SNS) português é ainda uma miragem cheia de contradições. A prática da Psicologia é vista como um acto médico, que necessita de ser prescrita por um profissional médico. No sector público, por exemplo, nos hospitais ou nos centros de saúde, as consultas são gratuitas quando o utente é enviado pelo médico. Infelizmente, como os casos são muitos e o número de psicólogos a trabalhar nas instituições são poucos, as listas de espera são grandes e os utentes não podem usufruir do seu trabalho. Muitas vezes a urgência do problema de cada um empurra-os para a psicologia privada, com evidentes sacrifícios financeiros. Mas, ao recorrer à psicologia privada, os utentes não podem ter a garantia de que vão ser atendidos por um profissional devidamente certificado, uma vez que até ao momento não houve supervisão dos profissionais que desenvolvem as funções de psicólogo. Com a Ordem dos Psicólogos a funcionar em pleno conta-se que este panorama talvez venha a ser bem diferente no futuro.

Através do Despacho n.º 8738/2004, de 3 de Maio de 2004, foi feita uma cuidadosa avaliação das situações abrangidas pela tabela do regime livre, relativa à comparticipação máxima da ADSE nos actos médicos, e tendo em vista objectivos de maior equidade e de adaptação à evolução da medicina e das tecnologias da saúde, foi aprovada uma nova tabela que tem vindo a ser frequentemente actualizada.

Ainda no mesmo despacho, a propósito de “Regras”, lê-se que os actos constantes na tabela de medicina serão comparticipados quando realizados por médicos de clínica geral e médicos das respectivas especialidades.

Em alguns actos aparecem algumas anotações (*a, b, c*) e no que respeita à psicologia é referido o seguinte: “Também é participado o acto médico quando prescrito por médico especializado e realizado por psicólogo legalmente habilitado. O beneficiário deverá fazer prova desta situação através de original ou fotocópia da requisição médica especializada”. Esses actos são, por exemplo, os Testes psicológicos, Baterias de Testes Psicológicos (com relatório) e Psicoterapias.

Ora, essa relação interprofissional fica confusa quando no conteúdo funcional do psicólogo lhe cabe fazer intervenção psicológica e Psicoterapia, além de também ser da sua responsabilidade a escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da Psicologia.

Esta problemática tem levado a que a classe médica tenha desenvolvido um grande esforço, nos últimos anos, com o objectivo de clarificar o conceito “Acto Médico”, uma vez que parecem ser enormes as vantagens da sua clarificação, quer para os Médicos quer para outros profissionais da área da saúde. Mas, o tema não é pacífico e uma das propostas da Ordem dos Médicos foi vetada pelo Presidente da República. A definição operacional de “Acto Médico”, implicaria, automaticamente a clarificação dos “actos” dos outros profissionais de saúde, como seria neste caso o “Acto Psicológico”. Quando isso for possível, ficará mais fácil identificar quem é o responsável por determinado cuidado de saúde, tendo em conta que as profissões da área da saúde, caminham cada vez mais num sentido evolutivo, em relação às suas autonomias, dentro de um trabalho cada vez mais transdisciplinar (Paviani, 2003).

Neste contexto, a perda de direitos dos cidadãos às consultas de Psicologia, perante o aumento da necessidade de prestação destes cuidados de saúde, o Presidente da Associação de Psicólogos da Madeira (APM), Nelson Teixeira, a 2 de Junho de 2009, em entrevista à TSF-Madeira, defende uma convenção que estabeleça a comparticipação das consultas de Psicologia no sector privado, sendo que isso se traduziria numa ajuda, para que a população que não consegue obter resposta nas instituições públicas possa recorrer ao privado.

A presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, Isabel Caixeiro, alertava em 17 de Março de 2009, que com o veto presidencial, sobre o acto médico, se mantiveram vários “dilemas” a que urge pôr cobro, como no que se refere à definição de um “plano de intervenção” e “quem é responsável?” – mas também quanto à “segurança do médico”, que se divide entre a tendência para “uma medicina defensiva e a proactividade, em contraponto com a inacção”.

Isabel Caixeiro alertou também para os problemas de “sobreposições funcionais”, deixando claro que a inexistência de legislação sobre “Acto Médico” é “uma lacuna legislativa injustificável” e uma “necessidade do sistema de saúde”, porque seria um “importante mecanismo de protecção do doente”, de “responsabilização do médico” e de “clarificação intra e inter-profissional”.

4.6 ORDEM DOS PSICÓLOGOS

Até ao momento, a Medicina ou qualquer outra profissão, nunca encontrariam, através do seu Bastonário, um interlocutor na Psicologia, ao nível duma Ordem, pois não existia.

A Ordem dos Psicólogos é tão jovem que ainda mal consegue dar os primeiros passos, com o estatuto que já lhe foi conferido. Foi criada recentemente através da Lei n.º 57/2008 de 4 de Setembro. No entanto, só em 16 de Abril de 2009 houve nomeação, por parte da Ex.^a Sr.^a Ministra da Saúde, da Comissão Instaladora da Ordem dos Psicólogos, que será presidida pelo Prof. Doutor Telmo Baptista, presidente da actual Associação Pró-Ordem dos Psicólogos.

Para que a Ordem dos Psicólogos seja agora uma realidade foi grande o esforço da Pró-Ordem, durante um longo percurso de quase 7 anos, em que esta instituição reuniu aproximadamente 7000 associados.

Assim, está finalizado o processo político necessário para a entrada em funcionamento da Comissão Instaladora da Ordem dos Psicólogos, que é um marco histórico para a classe dos Psicólogos, que lhes permite estar apenas dependentes deles próprios para a implementação e pleno funcionamento da Ordem dos Psicólogos.

Aguarda-se, nesta fase, da Comissão Instaladora da Ordem, toda a informação acerca dos procedimentos para a inscrição efectiva na Ordem dos Psicólogos. Mas, sabe-se desde já, que as inscrições na Ordem só serão permitidas a quem tenha realizado a licenciatura em Psicologia nos moldes anteriores às regras do tratado de Bolonha, ou seja, 4 a 5 anos, com estágio curricular incluído ou ambos os ciclos pós-Bolonha, sendo que o 2º ciclo tem necessariamente que incluir um estágio curricular. Após cumprimento destes requisitos será necessário a realização de um estágio profissional a definir pela Ordem.

Apesar de muitos Psicólogos estarem inscritos na Associação Pró-Ordem dos Psicólogos e possuírem uma Carteira Profissional, isso não é garantia de obtenção de Cédula Profissional, pois a aquisição deste documento estará dependente na inscrição da Ordem como membro efectivo, com base nas regras referidas.

4.7 A PSICOLOGIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – ACTUALIDADE EM PORTUGAL

Portugal tem vindo ultimamente a sofrer várias reformas, incluindo a da saúde. No que respeita à Saúde Mental, Portugal desenvolveu o “Plano Nacional de Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental 2007–2016”, fundamentado no Decreto-Lei nº 35/99 e Lei nº 36/98, no qual se pretende que toda a população portuguesa tenha acesso aos serviços habilitados a promover a saúde mental e aos cuidados de qualidade que facilitem a integração das pessoas com problemas de saúde mental.

Este plano guia-se por princípios e valores bem discriminados e ao nível dos Cuidados de Saúde Primários refere que a prestação de cuidados a este nível é assegurada por Grupos ou Núcleos de Apoio à Saúde Mental Infantil, constituídos por profissionais dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar, com a consultoria de um Psiquiatra da Infância e Adolescência do serviço especializado local, que têm como funções a triagem, avaliação e atendimento de casos menos graves (crianças / famílias de risco ou com psicopatologia ligeira), a articulação e parceria com outras estruturas da comunidade (Serviços Sociais, Escolas e Jardins de Infância, Comissões de

Protecção de Crianças e Jovens em Risco, Equipas de Intervenção Precoce, Instituições de Acolhimento para Crianças em Risco, Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), Projectos de Intervenção Psicossocial Local).

Apesar deste plano não referir explicitamente a área da Psicologia, a mesma é chamada a fazer parte da rede de Cuidados de Saúde Primários, de uma forma mais abrangente, em outros documentos legais, onde se inclui a saúde mental.

Na materialização da reforma do Sistema Nacional de Saúde em curso, a área dos Cuidados de Saúde Primários, será a que está a sofrer maiores transformações. Através do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, o governo vigente, apresenta uma das principais novidades nesta área, com a criação e estruturação do funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), do Serviço Nacional de Saúde. Estes serviços públicos de saúde têm autonomia administrativa, são constituídos por várias Unidades Funcionais, que agrupam um ou mais Centros de Saúde e têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica.

As unidades funcionais, consideradas nucleares nos Agrupamentos dos Centros de Saúde, são as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP), e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), podendo ainda ser criadas outras unidades e serviços que possam ser consideradas como necessárias pelas Administrações Regionais de Saúde.

Os Psicólogos integram a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), conjuntamente com assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral, médicos de várias especialidades, desde não sejam das especialidades de Medicina Geral e Familiar e de Saúde Pública e outros profissionais não afectos totalmente a outras unidades funcionais.

Todas as Unidades Funcionais têm um coordenador e as funções, objectivos e recursos humanos que as compõem estão bem estabelecidos. O coordenador da unidade a que pertencem os Psicólogos é designado de entre

profissionais de saúde com pelo menos cinco anos de experiência na respectiva área profissional.

A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados presta serviços de consultoria e assistenciais às restantes unidades funcionais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

O momento em que se descrevem todas estas dinâmicas coincide com o tempo da sua interpretação no terreno, pois é precisamente agora que as Unidades Funcionais se estão a formar. Os Psicólogos que integram essas unidades não terão, certamente, dificuldades em articular os seus conteúdos funcionais, definidos no Decreto-Lei n.º 241/94 de 22 de Setembro e já abordados no capítulo “Psicologia Clínica enquanto carreira”, pois ajustam-se plenamente à área dos Cuidados de Saúde Primários, porque na realidade o Decreto-Lei promove aquilo que poderíamos designar como *Psicologia Clínica da Saúde* (Belar, Deardorff, & Kelly, 1987; Millon, 1982, *in* Ribeiro & Leal, 1998), sendo que cada vez mais o trabalho de combate aos problemas de saúde necessita ser um trabalho interdisciplinar, principalmente na abordagem do sujeito num contexto cada vez mais social.

Com base neste movimento de mudança, a partir dos avanços e das reformas no campo conceptual e prático da saúde, surge uma grande e renovada oportunidade de actuação dos Psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários. Em Portugal as reformas a este nível, são corroboradas nos seus princípios e valores pelas grandes instâncias internacionais e pelos estudos sobre as causas de morbilidade e mortalidade, aparecendo sistematicamente associadas ao comportamento dos sujeitos.

Em 1978, na Conferência Internacional sobre CSP da Organização Mundial de Saúde era referido que as perturbações mentais afectavam 450 milhões de pessoas em todo o mundo, constituindo uma das principais causas de incapacidade.

Considerando que o mundo de hoje se caracteriza por um considerável aumento dos factores de *stress*, fácil será deduzir que este número tem vindo a aumentar. As mudanças sociais resultantes do desenvolvimento, da industrialização e da urbanização introduziram alterações profundas nos

sistemas tradicionais de suporte familiar e social e, simultaneamente, induziram o aparecimento de factores de *stress* social com impactos significativos sobre a saúde dos indivíduos e dos grupos, especialmente nas crianças, adolescentes, mulheres, idosos e indivíduos em situação de fragilidade social (Carvalho Teixeira, 2000).

São bem conhecidas dos Psicólogos as estratégias de confronto disfuncional que muitos sujeitos adoptam e as suas consequências para a sua saúde. No entanto, a saúde mental nos Centro de Saúde não pode nem deve ser abordada como o é nos Hospitais. Ao nível dos CSP deve ser de primordial importância a elaboração de programas de promoção da saúde mental para as comunidades, nos aspectos psicológicos que aparecem associados à saúde física e às perturbações mentais.

O Ministério da Saúde Português, em 1997, alertava que partes significativas da mortalidade e da morbilidade estavam associadas ao comportamento individual em tal dimensão que o comportamento dos sujeitos pode ter influenciado o aparecimento da alteração do estado de saúde e, simultaneamente, influenciar a própria evolução da doença. São exemplos disso, a doença coronária e enfarto do miocárdio, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e doenças sexualmente transmissíveis, entre outras, sem esquecer as dependências de substâncias (alcoolismo, por exemplo), certas doenças cancerosas e os acidentes de viação e de trabalho (Trindade & Carvalho Teixeira, 1998).

A Organização Mundial da Saúde (2002) identificou os 10 principais factores de risco relacionados com as doenças no mundo sendo que, pelo menos, seis (hábitos tabágicos, o consumo de álcool, colesterol elevado e obesidade, hipertensão e práticas sexuais inseguras) dependem directamente dos comportamentos dos sujeitos e se traduzem em perda de saúde e qualidade de vida.

Refere ainda, a esse propósito, que a intervenção psicológica poderia fornecer uma assistência valiosa nesses indicadores de saúde, no que diz respeito à alteração dos comportamentos de risco, promovendo o aumento da actividade física, comportamento sexual responsável, diminuição de lesões e

violência, melhoria da saúde mental, diminuição da obesidade, diminuição ou erradicação do tabaco e abuso de outras substâncias perigosas para a saúde.

Desta maneira, as intervenções psicológicas não diminuem apenas a morbilidade e mortalidade, mas também ajudam a melhorar a qualidade de vida, a controlar a espiral dos custos em saúde, a melhorar as perspectivas de vida para crianças e adolescentes, bem como aumentar a produtividade e a inovação nas empresas e na indústria (Arnett; Nicholson; Breault, 2004).

No entanto, a disponibilidade de assistência psicológica ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, no actual Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Portugal ainda é extremamente limitada. Por isso, os psicólogos portugueses, que trabalham nesta área, têm o seu grande desafio nos indicadores comportamentais, referidos pela Organização Mundial de Saúde, enquanto que o principal objecto da Psicologia é o comportamento.

4.8 INSERÇÃO DOS PSICÓLOGOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Em Portugal, foi a partir de 1995 que se começou a verificar um aumento crescente de intervenção de Psicólogos em Centros de Saúde. Foram pioneiras nesta área as regiões de Lisboa e de Braga, devendo-se a elas o rápido desenvolvimento que a psicologia da saúde teve na década de noventa em todo o País.

Carvalho Teixeira e Trindade (1994) afirmam que há cerca de 20 anos, no Reino Unido, os médicos de clínica geral tinham conhecimento escasso acerca do papel e funções profissionais dos Psicólogos, e vice-versa. Os autores achavam que estaríamos sensivelmente nesse ponto e defendem que caracterizar e contextualizar a intervenção psicológica em centros de saúde aparece actualmente como tarefa urgente e necessária, especialmente porque a integração relativamente recente dos psicólogos na carreira dos TSS assim o exige mas também porque, entre todas as questões relacionadas com a intervenção de psicólogos nos serviços de saúde, que tem a ver com os CSP é, no seu entender, a mais prioritária e, paradoxalmente, a mais desconhecida, quer dos responsáveis pelas políticas de saúde quer dos próprios psicólogos.

A integração efectiva do psicólogo nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), está fortemente relacionado com a sua visibilidade social na organização, com a qualidade das suas relações com os outros técnicos e com o desenvolvimento do seu trabalho.

A visibilidade profissional contém, inequivocamente, uma componente política nas organizações e é forjada através do seu adequado posicionamento na instituição. Dessa forma, o trabalho específico do psicólogo orientado por objectivos, sistematicamente avaliados e traduzidos em relatórios, pode mostrar de forma inequívoca que contribui para resolver os problemas de saúde dos utentes e a obter ganhos para a sua saúde (Mintzberg, 1986).

Na medida em que cada vez mais psicólogos são chamados a desenvolver a sua actividade nos CSP é urgente definir que características e formação deve ter este profissional. As necessidades das populações foram semelhantes nos últimos anos, mas agora perante a nova realidade dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), os Psicólogos necessitam de rever o formato e o modelo das suas abordagens.

Também necessita ser reformulada a relação entre os Agrupamentos dos Centros de Saúde e as Faculdades de Psicologia, no âmbito dos estágios curriculares e mestrados integrados, em consequência directa do Tratado de Bolonha, que se traduz muitas vezes numa supervisão duvidosa dos alunos de Psicologia, na sua relação com os utentes e populações.

A propósito de experiências de centros de saúde que criaram “Consultas de Psicologia”, Pereira (1996) salienta a importância do desenvolvimento de modelos de colaboração entre os clínicos gerais/médicos de família e psicólogos, dado que muitas actividades da saúde podem beneficiar com as contribuições específicas da Psicologia. O autor fala também da contribuição decisiva dos médicos na criação de condições de integração dos psicólogos nestas instituições. Devemos lembrar que o trabalho tradicional do psicólogo se desenvolveu primeiro nos Hospitais Psiquiátricos, a seguir nos Hospitais e só recentemente nos Centros de Saúde.

Sabe-se que o desconhecimento mútuo interprofissional pode ser um obstáculo a uma boa coordenação de saberes ao dispor dos utentes e em Portugal são raras as investigações que permitem saber qual o ponto da

situação no que respeita ao conhecimento da percepção entre as diferentes classes profissionais. Referimo-nos, neste caso concreto, à percepção e atitudes entre médicos e psicólogos.

Na revisão bibliográfica, encontramos apenas dois estudos que tocam esta temática. Um deles sobre “*O Psicólogo nos Centros de Saúde: dos Conteúdos Semânticos aos Problemas de Identidade*” de Franco e Carvalho Teixeira (1992) e outro sobre “*Os clínicos gerais e a inserção profissional de psicólogos em centros de saúde*”, de Vilhena e Carvalho Teixeira (2000).

No estudo levado a cabo por Franco e Carvalho Teixeira (1992), entre outros objectivos, pretendia-se saber se o contacto com um psicólogo clínico suscitava diferenças nas Representações Sociais da Psicologia, do psicólogo e das suas tarefas, em grupos de médicos de família, psiquiatras e utentes de centros de saúde. Nos resultados deste estudo, não foram encontradas diferenças no grupo dos psiquiatras (com e sem contacto com psicólogo no contexto de centro de saúde) e os seus conteúdos remeteram para uma representação negativa da Psicologia, como por exemplo «pouca objectividade», «testes», «avaliação de capacidades», «utilização de conhecimentos» e, «ciências humanas», ao mesmo tempo que revelaram desconhecimento das áreas de acção da Psicologia.

O estudo também não encontrou diferenças nos utentes de centro de saúde, relacionadas com a situação de ter ou não um psicólogo. O desconhecimento da Psicologia também é evidenciado quando o psicólogo é caracterizado como sendo «amigo», «calmo», «perseverante», «comunicativo» e «perspicaz».

Ainda nesse estudo, os médicos de família, embora apresentem uma conotação positiva com o psicólogo, no geral, ainda persiste o desconhecimento acerca do seu verdadeiro conteúdo funcional. O grupo dos médicos de família, com contacto com psicólogo, no âmbito de uma equipa multidisciplinar, parecem reconhecer ao psicólogo, enquanto membro de uma equipa de saúde, conotações como a «capacidade de discutir», «de atender a vários contextos», «capaz de trabalhar em equipa», mas que «não é directivo», e «não formula juízos».

Perante o cenário encontrado neste estudo, os seus autores apresentam algumas sugestões, das quais destacamos as que consideramos interessantes para este trabalho, nomeadamente:

- A necessidade de sensibilizar os psicólogos, ao longo da sua formação teórica e académica e do seu estágio escolar, para o carácter multidisciplinar do trabalho num centro de saúde e da sua acção nos CSP.
- Necessidade de fomentar o contacto dos psicólogos com outros técnicos, nomeadamente médicos de família e psiquiatras, dando a conhecer melhor o espaço da Psicologia e os contributos que esta ciência e os psicólogos clínicos podem prestar no campo da saúde.

Outro estudo, levado a cabo por Vilhena e Carvalho Teixeira (2000), em cinco centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Setúbal e em dois da Sub-Região de Saúde de Lisboa, teve como objectivo construir um instrumento para avaliar as atitudes dos clínicos gerais em relação à intervenção de psicólogos em centros de saúde e levar a cabo um estudo exploratório sobre as atitudes em relação a essa intervenção, de forma a poder identificar variáveis facilitadoras e inibidoras da inserção profissional dos psicólogos. O instrumento utilizado foi composto por 28 itens e cinco dimensões: *“importância da intervenção do psicólogo em projectos de promoção da saúde”*; *“importância da intervenção do psicólogo em projectos de prevenção da doença”*; *“papel da intervenção psicológica nos Centros de saúde”*; *“contribuição do psicólogo para a qualidade dos cuidados de saúde”*; *“importância da realização da consulta de psicologia”*.

Dentro das conclusões deste estudo destaca-se o facto das atitudes dos clínicos gerais serem predominantemente favoráveis à intervenção da psicologia e dos psicólogos nos centros de saúde, no que respeita à promoção da saúde e prevenção da doença, à realização da consulta de psicologia e à contribuição para a qualidade dos cuidados e para a formação. Com base nestes dados, fica mais sustentada a ideia de que os médicos desempenham um papel favorável na inserção profissional dos psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários.

Ainda dentro das conclusões deste estudo, a maioria dos médicos considerou um vasto leque de motivos apropriados para referenciar utentes para a consulta de psicologia, com destaque para o insucesso escolar, dificuldades de adaptação a fases do ciclo de vida, conflitos conjugais, adaptação à doença física e luto, evidenciando um conhecimento bastante satisfatório do que pode ser a contribuição da Psicologia para os Cuidados de Saúde Primários.

Contudo, não consideraram relevantes motivos de referência como a mudança de comportamentos, as dificuldades de comunicação médico-doente, as dificuldades em lidar com exames ou tratamentos. Este aspecto é, no mínimo, curioso dado que o objecto primordial da Psicologia são os comportamentos sob diversas formas, nomeadamente as relações interpessoais a vários níveis. Também a enorme diversidade de motivos de referência para a consulta de Psicologia poderá significar desconhecimento do verdadeiro trabalho do psicólogo. Em relação às dificuldades dos doentes em lidar com exames e tratamentos poderia ter outro significado para o médico se falarmos em perturbações de ansiedade perante esse procedimentos médicos. Estaríamos aqui perante um problema conceptual, apenas.

Isto poderá significar que há necessidade de aumentar a informação dos médicos sobre as potencialidades das contribuições específicas da Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde, mas acima de tudo, dar a conhecer mais acerca do que os outros profissionais, que fazem parte da Equipa de Saúde, sabem acerca do trabalho do psicólogo.

4.9 A INTERVENÇÃO DOS PSICÓLOGOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

É urgente e fundamental a tarefa de reinventar e redefinir o papel do psicólogo, ao nível do Sistema dos Cuidados de Saúde Primários, principalmente agora, que nos encontramos em plena mudança de paradigma e reforma do Sistema de Saúde em Portugal.

Sem desprestígio para todos aqueles que têm contribuído para o desenvolvimento da Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários, temos de

referir duas sumidades neta matéria, ao delinearem de forma tão clara, nas suas publicações, o trabalho do psicólogo nos Cuidados de Saúde Primária. São eles Isabel Trindade e Carvalho Teixeira, que há mais de 20 anos desenvolvem um trabalho de ensino e prática da Psicologia nesta área. Têm desenvolvido e trilhado o caminho do saber para os psicólogos que pretendem trabalhar na prevenção da doença e promoção da saúde. Editaram, em 2000, a 1ª edição do livro “Psicologia nos cuidados de saúde primários”, o qual permanece com grande actualidade, pelos ensinamentos que transmite, não sendo de admirar o número de vezes que será citado neste trabalho.

Na sua “Nota Introdutória” pode ler-se que a intervenção da psicologia no sistema de cuidados de saúde primários é hoje desejada por muitos técnicos de saúde, nomeadamente os médicos de família, com a percepção de que a mesma pode ter influência positiva na obtenção de ganhos em saúde, na melhoria dos cuidados em saúde e na humanização dos serviços. Também defendem que estão bem estabelecidas por diversos estudos realizados em múltiplos países as contribuições específicas da Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários, enquanto centradas na prevenção da doença e promoção da saúde.

Na área dos CSP o foco de atenção é o bem-estar psicológico dos sujeitos e dos grupos sociais em todo o ciclo de vida. Neste sentido, a construção de uma componente forte de intervenção de psicólogos nos CSP exige abertura e motivação por parte dos médicos e dos psicólogos, um aprofundar do conhecimento de ambos e trabalho em equipa, em particular nos programas de saúde (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000): Além disso, esses cuidados são desenvolvidos cada vez mais num contexto transdisciplinar do ser humano, nas diferentes áreas das suas actividades diárias, desde a literatura ao cinema, à poesia, à música, à pintura, à escultura e até a um pensamento profundo sobre a sua própria condição humana (Morin, 1999).

Encontramos, então, uma grande diferença em relação ao campo tradicional de intervenção dos psicólogos clínicos. Actualmente, até o conceito de equipa de CSP foi reformulada. Tradicionalmente, esta equipa era

constituída por um médico, um enfermeiro e um administrativo, podendo ser ou não complementada por outros técnicos, como o técnico de serviço social e psicólogo. Actualmente, a Equipa Primária de Saúde pode conservar a sua matriz dentro das Unidades de Saúde Familiar (USF), mas terão, certamente, de desenvolver novas formas de articulação com as outras Unidades Funcionais, nomeadamente a Unidade de Recursos Partilhados (URAP), onde se encontram os psicólogos.

Apesar das reformas em curso, traduzidas em novos modelos de Unidades Funcionais, as funções dos psicólogos ligadas à promoção da saúde, à prevenção da doença e à reabilitação devem ser operacionalizadas através de projectos de saúde associados ao planeamento familiar, à saúde materna, infantil, mental, oral, escolar, e adolescentes, do adulto, do idoso, à prevenção de acidentes, de doenças cárdio e cerebrovasculares, diabetes, tumores malignos, doenças transmissíveis, e as evitáveis pela vacinação, entre outras.

No entanto, o Psicólogo inserido nas Unidades de Saúde necessita desenvolver a sua actividade sempre baseada nos seus programas e projectos em função dos resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde da comunidade que atende.

O psicólogo, nos Cuidados de Saúde Primários, tal como outros profissionais de saúde, debate-se com uma grande quantidade e diversidade de problemas na população. Por isso, ele deve gerir os seus recursos de forma equilibrada, que contemple um trabalho de consulta ao mesmo tempo que participa em projectos devidamente operacionalizados.

Neste contexto, o papel profissional do psicólogo nos CSP caracteriza-se por desenvolver algumas áreas consideradas fundamentais, como a promoção e prevenção da saúde; função assistencial; reabilitação; investigação; formação de outros técnicos de saúde, entre outras actividades (Botelho, 1990; Ludovino, 1990; Trindade & Carvalho Teixeira, *in* Trindade & Carvalho Teixeira, 2000).

4.9.1 Papel do Psicólogo na Prevenção e Promoção da Saúde

Desde a primeira Lei Orgânica da Saúde em Portugal, em 1837, até ao Sistema Nacional de Saúde em Portugal as reformas ou políticas da saúde foram-se ajustando aos problemas de saúde das populações.

Assim, a partir da década de sessenta, os problemas de saúde caracterizam-se cada vez mais por estarem associados ao comportamento dos sujeitos, enquanto estilos de vida pouco saudáveis. Sendo assim, enquanto problemas associados ao comportamento, a abordagem também necessita ser psicológica.

Dessa forma, compete ao psicólogo fornecer e contribuir com os saberes dos paradigmas científicos para as acções, projectos e programas de intervenção na prevenção, que consistam em aspectos educacionais, cognitivos, comportamentais e de influência social e de crenças ou percepções disfuncionais de determinados aspectos da saúde. O psicólogo, combinando estratégias de abordagem comunitária, de grupos e ao nível individual, ajuda na correcção de crenças disfuncionais, cria alternativas de saber, desenvolve a assertividade e expectativas de auto-eficácia, é facilitador da adopção de comportamentos preventivos e ajuda a mudar normas ou modas comportamentais dos grupos quando estas são perniciosas.

Assim, no contexto da prevenção e promoção da saúde, deve dar-se especial atenção a comportamentos como o tabagismo, obesidade, álcool e outras drogas, violência accidental e lesões intencionais, sedentarismo, e práticas sexuais inseguras, fortemente associados a doenças físicas.

Também existem factores de stress e determinados estilos de vida que aparecem muito associados a problemas médicos, como por exemplo, hipertensão, úlceras, dores de cabeça, dor crónica, e que tem sido demonstrado terem um forte componente psicológico (APA, 1998).

Para levar a cabo projectos e programas na área dos CSP os psicólogos têm vindo a fazer estudos, cada vez mais aprofundados, verificando-se um crescente número de doutoramentos e pós-graduações, com ênfase na área da Psicologia da Saúde (Sayette & Mayne, 1990; *in* APA, 1998).

Assim, com uma formação cada vez mais diversificada e avançada, conhecendo bem os comportamentos que no futuro vão desencadear problemas, os psicólogos podem antecipar-se ao seu surgimento ou ao seu agravamento ao longo do ciclo de vida dos sujeitos.

A título de exemplo, podemos referir-nos à intervenção na saúde escolar como uma oportunidade para implementar a aquisição precoce de estilos de vida saudáveis, que se irão repercutir na promoção da saúde e prevenção da doença.

No mesmo sentido, também podemos falar na otimização dos recursos afectivos e cognitivos das populações envolvidas e a contribuição para o desenvolvimento de competências que facilitem a resistência à pressão social (ex: aprender a dizer não), optando por comportamentos que não coloquem em risco a saúde.

Desta forma, o psicólogo estuda e investiga primeiro os estilos de *coping* (cognitivos, emocionais e comportamentais) que os sujeitos e os grupos usam para lidar com as ameaças à saúde e as circunstâncias em que as mesmas podem surgir, para desenvolver alternativas com base em análises funcionais.

Ao nível da saúde infantil, são diversas as questões que carecem da intervenção específica da psicologia, nomeadamente aspectos associados ao insucesso escolar, ao confronto com procedimentos médicos indutores de ansiedade, além da colaboração familiar para todos os aspectos relacionados com um salutar desenvolvimento da criança.

Segundo Trindade (2000), no que respeita ao aspecto familiar devem destacar-se os seguintes factores:

- Aspectos familiares que possam influenciar os comportamentos de saúde das crianças, em particular os que estão relacionados com a alimentação, exercício físico, consumo de substâncias e prevenção de acidentes.
- Impacte de mudanças do funcionamento familiar na saúde das crianças, em particular em situações de separação, divórcio, famílias monoparentais, etc.
- Influência dos maus-tratos, negligência e violência doméstica sobre as saúdes física e mental das crianças.

- Influência da doença e da deficiência das crianças no funcionamento familiar, nomeadamente a prestação de cuidados de longa duração.

Também merece especial destaque a saúde dos idosos, dado a taxa de envelhecimento da população portuguesa, sendo que o psicólogo pode oferecer nesta área aconselhamento, numa base motivacional no que respeita ao comportamento alimentar, exercício físico, prevenção de acidentes, rastreio e intervenção nas perturbações cerebrovasculares, treino das funções cognitivas, como as capacidade receptivas e expressivas, memória, atenção, pensamento e funções executivas (Miller & Rollnick, 2001).

Uma outra vertente do trabalho do psicólogo na promoção e prevenção é o seu papel numa perspectiva sistémica, enquanto facilitador da comunicação entre os utentes e os técnicos de saúde, desenvolvendo nos utentes melhores competências de comunicação. Essa intervenção também é importante com os próprios técnicos de saúde e pode ocorrer em circunstâncias pontuais, informais ou mais formais como a discussão de casos clínicos, reuniões de serviço ou de acompanhamento de projectos em curso.

4.9.2 Papel do psicólogo na Função Assistencial

Os serviços médicos a nível mundial foram "historicamente privilegiados", especialmente aqueles que actuam nos níveis de cuidados de saúde secundários e terciários, dentro dos sistemas de saúde, apesar da literatura sugerir que até 60% das situações que solicitam cuidados médicos ao nível primário serem de natureza psicológica ou fortemente influenciados por factores psicológicos (Arnett; Nicholson ; Breault (2004).

Entre eles, a depressão e a ansiedade são os mais frequentemente citados na literatura como subdiagnosticados. As investigações demonstram que estes problemas psicológicos, do tipo crónico e recorrente, quando são tratados ou atendidos pelos Cuidados de Saúde Primários não o são adequadamente (Von & Simon, 1996).

Mesmo quando os médicos de família encaminham estes doentes para uma consulta especializada de saúde mental, estima-se que 50% não fazem o

acompanhamento completo (Callahan, Hendrie, Dittus, Brater, Hui, & Tierney, 1994). Segundo Haley e colaboradores (1998), o que leva à falta do cumprimento deste seguimento é o inconveniente de fazer consultas separadas, com o estigma associado aos transtornos mentais, e com o facto de o paciente ouvir frequentemente uma mensagem do tipo "isso é tudo da sua cabeça, isso não faz sentido" (*in* APA, 1998; Fleck, et al 2002).

No entanto, quando os serviços que dão resposta a esses problemas do foro comportamental e psicológico, estão localizados no mesmo local de atendimento dos serviços médicos dos Cuidados Primários de Saúde, vistos como parte integrante dos mesmos, os encaminhamentos para o atendimento desses mesmos problemas, acabam por ser mais bem sucedidos (Bray & Rogers, 1995; McDaniel, Hepworth, & Doherty, 1992).

Num estudo levado a cabo por Walker e colaboradores (2001) concluiu que 59% dos pacientes optaram por tratamento psicológico para a ansiedade, enquanto apenas 24% escolheram o tratamento com medicação (*in* Arnett; Nicholson; Breault, 2004).

Outros estudos têm demonstrado que uma colaboração em equipa multiprofissional produz melhor adesão ao tratamento, melhores resultados e satisfação dos utentes (Katon et al., 1997; Von & Simon, 1996, *in* APA, 1998).

Na mesma linha de raciocínio, Oldenburg (1994), citado por Trindade (2000), enfatiza uma abordagem do tipo ecológico-social em saúde, de tal modo que o estilo de vida do sujeito individual é considerado no contexto das inter-relações dinâmicas estabelecidas com o ambiente familiar, social e físico. Neste sentido, é o formato dos serviços de saúde que necessita de se adaptar aos sujeitos.

Segundo Trindade, (2000), a função assistencial desenvolve-se no quadro de uma consulta de Psicologia funcionando simultaneamente como:

- Consulta de referência para os clínicos gerais/médicos de família.
- Consulta de apoio aos diferentes projectos que são desenvolvidos nos centros de saúde.

A mesma autora, refere ainda que é aqui que é necessária a integração do paradigma clínico, com os respectivos ajustes, dado que a intervenção psicológica neste contexto difere dos serviços tradicionais de consulta

psicológica em quatro aspectos principais: o número de consultas é elevado; o tempo de consulta é mais curto; os utentes não apresentam geralmente perturbações mentais relevantes e; a colaboração com o médico de família é estreita e essencial. Neste sentido devem ser definidos critérios de selecção dos utentes para a consulta de atendimento individual, entre o médico e o psicólogo, nomeadamente aqueles que se enquadram nos casos problemáticos relacionados com:

- Mudança de comportamentos e prevenção.
- Processos de confronto e adaptação à doença e incapacidade.
- *Stress* induzido por procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento.
- Comportamentos de adesão a rastreios, tratamentos médicos e actividades de auto-cuidados.
- Crises pessoais e/ou familiares.
- Perturbações de ajustamento.
- Perturbações do desenvolvimento e do comportamento infantil.
- Dificuldades de comunicação entre utentes e técnicos.

A intervenção psicológica nos CSP não pode limitar-se à referenciação por parte dos médicos de família, mas deverá estar também a jusante dos projectos de saúde, e agir através do aconselhamento preventivo individual, e para a equipa de saúde, na prevenção do *stress* ocupacional. Pelas características da intervenção psicológica nesta área, o modelo cognitivo-comportamental poderá ser o mais ajustado, dado que permite abordagens breves e eficazes, é de fácil compreensão e integra-se facilmente nos discursos e práticas profissionais dos diversos técnicos.

4.9.3 Papel do psicólogo na Reabilitação

Blanco e Leon (1994) citados por Trindade e Carvalho Teixeira (2000), defende que a intervenção psicológica de reabilitação se deve direccionar para a integração social e profissional dos sujeitos com doença crónica e incapacitante, de forma a promover um ajustamento satisfatório à situação, por

parte do sujeito e da sua família. Devem ser ponderadas estratégias de confronto e os processos de ajustamento psicológico a hospitalizações, cirurgias, dor crónica, bem como outros motivos de internamento.

Nesse contexto, com vista a uma perfeita integração dos sujeitos, o psicólogo também desempenha um importante papel de mediador entre a equipa de saúde comunitária, a equipa de reabilitação e outros suportes comunitários.

A esse propósito, Araújo (2007), fala de “Reabilitação Comunitária”, como aquela que é direccionada para famílias e comunidades, visando a sua emancipação e a mudança social, partindo de uma abordagem multi-metodológica, em que se reúnem diversos pesquisadores, profissionais e representantes comunitários.

A Reabilitação Comunitária, tal como é apresentada por este autor, mediada pela intervenção do psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários, fica facilitada, no Sistema de Saúde Português, através da entrada em vigor do já referido Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, que regulamenta os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Neste Decreto-Lei apresenta-se a figura jurídica “Conselho da Comunidade” (Subsecção IV, artigo 31.º), da qual fazem parte todos os suportes comunitários, podendo ter grande impacto também na reabilitação psicológica.

4.9.4 Papel do psicólogo na Investigação

Foi a partir da fundação da *American Psychological Association Division of Health Psychology* em 1978 que foi reconhecida a evolução da ciência e da prática na Psicologia da Saúde, tornando-se uma das mais populares áreas de investigação (APA, 1998).

Trindade, (2000) defende que a investigação psicológica nos CSP deve praticar-se sob o formato de *investigação-acção*, em projectos desenvolvidos pelas Unidades de Saúde ou investigação proposta às Unidades de Saúde por outras instituições, nomeadamente autarquias locais, escolas, universidades e organizações comunitárias.

A autora refere ainda que a investigação psicológica nesta área, além de estar vocacionada para aspectos da promoção da saúde e dos estilos de vida saudáveis, deve contemplar a emergência de novas doenças relacionadas com

o comportamento e com os padrões de utilização dos serviços de saúde, definindo quatro grandes áreas de investigação:

- Factores psicológicos relacionados com os comportamentos saudáveis e os comportamentos de risco para a saúde.
- Determinantes psicológicos da mudança de comportamento em saúde.
- Influência do stress e do suporte social na saúde e na doença.
- Implementação da qualidade de vida relacionada com a saúde.

A investigação psicológica nos CSP aparece, assim, como uma mais-valia, enquanto oportunidade em observar de observar e medir factores que escapariam, certamente, às outras áreas de saber envolvidas neste nível de cuidados.

4.9.5 Papel do psicólogo na formação de outros Técnicos e Voluntários

Embora a prática clínica da psicologia tenha estado, tradicionalmente, associada em grande parte à saúde mental, e apesar de continuar a ser um pouco essa imagem pública que permanece, ultimamente tornou-se uma profissão de saúde com um espectro muito mais amplo (American Psychological Association, 1996; Cummings, 1995; Hersch, 1995; Johnstone *et al.*, 1995; McDaniel, 1995; Newman & Reed, 1996).

Os psicólogos vêm trabalhando há muitos anos numa grande variedade de papéis, incluindo o ensino médico e de outros profissionais da saúde, em temáticas associadas a: aspectos comportamentais dos problemas médicos e de cuidados de saúde; investigação relacionada com a medicina comportamental e de saúde; intervenções psicológicas ou comportamentais ao nível da prevenção e tratamento de problemas médicos não psiquiátricos e de reabilitação física e ao nível de serviços de saúde mental neuropsicológicos (Frank & Ross, 1995; Matarazzo, 1980; Mensch, 1953; Miller, 1983; Schofield, 1969; Kaplan 1990, *in* APA, 1998).

Trindade e Carvalho Teixeira (2000) defendem que é desejável a participação do psicólogo em acções de formação destinadas a outros técnicos de saúde e mesmo a voluntários de organizações comunitárias, partindo do

princípio de que o psicólogo pode influenciar as atitudes desses profissionais e identificam várias temáticas, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, nas quais poderá ser considerada essa influência, tais como: educação para a saúde e prevenção, participação comunitária, ciclo de vida e saúde.

Capítulo V

5 Alguns aspectos da Psicologia Clínica em alguns países

5.1 INTRODUÇÃO

Não é fácil encontrar estudos completos que nos permitam ter uma visão geral do que se faz na área da Psicologia Clínica, no mundo em geral. De qualquer forma, vamos abordar este tema, baseando-nos em dois trabalhos fundamentais bastante recentes, que vão ao encontro deste desiderato, que é descrevermos alguns aspectos que poderão ajudar a conhecer melhor o estado da psicologia clínica, em alguns países, com relevância e tradição científica nesta área.

Um deles, levado a cabo por Priebe e Wright (2006), avalia e compara a oferta de psicoterapia em alguns países europeus e não europeus, que se caracterizam por terem diferentes tradições ao nível dos cuidados de saúde mental e dos seus sistemas de cuidados de saúde. Os autores deste estudo analisam os modelos de psicoterapia, os procedimentos, os custos do trabalho do psicólogo e as modalidades de financiamento, regulamentação, gestão da qualidade e resultado das avaliações do trabalho desenvolvido pelos psicólogos.

Esse estudo revela-se importante, na medida em que se deve salientar que, associado ao conceito de Psicologia Clínica, vem sempre o de Psicoterapia. A Psicologia Clínica, área com mais de cem anos de existência, encontra-se bem sedimentada e com grande tradição nos cuidados de saúde especializados, baseando-se no diagnóstico e tratamento das perturbações da saúde mental e no seu principal instrumento que são as psicoterapias.

O outro estudo foi desenvolvido por Alves (2008), em que é feita uma comparação entre Brasil, Espanha e Portugal, tendo como objectivo conhecer as intervenções dos psicólogos que trabalham nos serviços de saúde. A autora seleccionou uma região de cada país, para poder levar a cabo o estudo, sendo que no Brasil elegeu Campina Grande, em Espanha a Província de Granada e em Portugal o Concelho de Coimbra. Desta forma, na abordagem da Psicologia em Espanha, serão feitas comparações com a situação em Portugal e Brasil.

Ambos os estudos se referem às psicoterapias, de forma directa ou implícita, como instrumento de intervenção principal da Psicologia Clínica, comparando-os nessa dimensão.

5.2 A PSICOLOGIA NO CANADÁ

No Canadá, o aconselhamento ou a psicoterapia é prestado através do sistema nacional de saúde. O aconselhamento é prestado por equipas multidisciplinares constituídas por médicos de família, psiquiatras e conselheiros de saúde mental. Esses conselheiros têm origens diversas, desde a enfermagem psiquiátrica, técnicos de serviço social ou psicólogos, que tenham concluído um programa de graduação em aconselhamento.

Os doentes são habitualmente referenciados pelos médicos de família. Os conselheiros de saúde mental praticam o modelo de psicoterapias breves, gastando, em média, 6 sessões para cada cliente, com uma média de 50 minutos por cada sessão individual (Priebe & Wrigth, 2006).

O sistema de saúde do Canadá debate-se com problemas económicos, semelhantes ao de outros países ocidentais, que começaram em 1947 e se perpetuaram até aos dias de hoje, dando origem a um sistema de cuidados de saúde que custam actualmente 10% do Produto Interno Bruto do Canadá (PIB) e cerca de 40% do orçamento do governo provincial. Isso deve-se a poderosas organizações profissionais demasiado centradas no paradigma da doença e da cura. São relativamente resistentes à mudança, auto-perpetuam-se e absorvem a maior parte do financiamento para a investigação. Trata-se de um sistema médico-hospitalar que, apesar de mudar o seu nome no sistema de cuidados de saúde, continua a ser essencialmente centrado na doença e não na promoção da saúde e prevenção da doença (Romanow & Marchildon, 2003; *in* Arnett; Nicholson; Breault, 2004).

O acesso aos cuidados psicológicos é inibido, principalmente, pela falta de financiamento público para estes serviços (Dobson, 2002). Por exemplo, Collins *et al.* (2004) depararam com diversas barreiras no acesso à psicoterapia sistémica. Defendem que o acesso ao tratamento não é uma mera questão de incorporar mais práticas de tratamento e do seu alcance. As principais barreiras ao acesso à saúde mental não são a falta de tratamentos, mas sim os obstáculos substanciais no processo da procura e utilização destes tratamentos (o estigma, a limitação da divulgação e sensibilização individual

para a diversa gama de tratamentos eficazes, a incapacidade de integrar os serviços psicológicos nos Cuidados de Saúde Primários, etc.) (in Westra Henny; Eastwood, Jonh; Bouffard, Beverley; Gerritsen, Cory, 2006).

Uma gestão de saúde baseada no modelo biomédico levou o sistema de saúde do Canadá a fazer cortes nos cuidados de saúde e a reduzir ao mínimo o financiamento público dos serviços de psicologia, diminuindo o número de profissionais nesta área, apesar de estar demonstrada a sua eficácia, a sua relação custo-benefício e a sua disponibilidade não só para problemas de saúde mental, mas também para uma ampla gama de problemas de saúde física. Isso levou a um aumento da procura da prática privada de conselheiros e psicoterapeutas, cujo o custo de cada sessão varia entre os 41 e 63 euros, ficando deste modo os serviços psicológicos vedados às pessoas com menos meios financeiros (Priebe & Wrigth, 2006).

Romanov e Marchildon (2003) defendem que os serviços psicológicos deviam ser mais acessíveis no sistema de saúde do Canadá, porque as intervenções psicológicas são tão eficazes como é a prescrição farmacológica para uma variedade de problemas de saúde. Uma revisão de estudos sobre problemas de ansiedade e humor, os mais frequentes na população canadense, evidenciou que a disponibilidade de serviços psicológicos pode afectar positivamente a sua saúde (Health Canada, 2002). As terapias psicológicas também demonstraram ser mais resistentes à recidiva e apresentam menores taxas de abandono aos tratamentos. Mesmo quando a terapia psicológica é combinada com a medicação nem sempre é melhor que a terapia psicológica sozinha. Muitos estudos também vieram demonstrar que a psicoterapia e a farmacologia combinadas aumentaram os índices de recaída (Antonuccio *et al.*, 1995; Barlow *et al.*, 2000; Casacalenda *et al.*, 2002; DeRubeis *et al.*, 1999; Gould *et al.*, 1996; Haug *et al.*, 2003; Jarrett *et al.*, 1999; Keller *et al.*, 2000; Otto *et al.*, 1996; Valdivia & Rossi, 2004; Westen & Morrison, 2001; Westra & Stewart, 1998).

Além disso, o tratamento preferencial do paciente em relação à modalidade também favorece as terapias psicológicas. Walker *et al.* (2001) constataram que 59% dos pacientes preferem tratamento psicológico para a ansiedade, enquanto apenas 24% preferem medicação (in Arnett; Nicholson; Breault, 2004).

A Canadian Psychological Association, num estudo encomendado ao Dr. John Hunsley, da Faculdade de Psicologia, Universidade de Ottawa, conclui que as intervenções psicológicas tratam uma vasta gama de problemas de saúde de crianças e adultos, incluindo depressão, transtornos de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, stress pós-traumático, transtornos alimentares, abuso de substâncias e dor crónica. Observou, igualmente, crescentes evidências da eficácia dos tratamentos psicológicos ao nível das doenças e perturbações que se apresentam rotineiramente no atendimento médico nos Cuidados de Saúde Primários, mas que normalmente são difíceis de gerir por parte dos médicos, nomeadamente a diabetes tipo I, cefaleia crónica, dor lombar, síndrome de fadiga crónica, e uma ampla gama de sintomas físico inexplicáveis medicamente.

Ainda no mesmo estudo, refere-se que as intervenções psicológicas podem ser mais rentáveis em 10 a 50% que os tratamentos com fármacos nos distúrbios de pânico e depressão. Dusseldorp (1999) mostrou, a respeito das abordagens psicológicas de distúrbios físicos, que programas psico-educacionais podem reduzir a mortalidade por doença cardíaca coronária em 34% e a taxa de re-infarto em 29%, sendo assim superior ao impacto dos cuidados médicos padrão.

No contexto do sistema de saúde no Canadá, Arnett; Nicholson; Breault (2004) recomendam vivamente que a psicologia da educação deve rever os seus programas para que os alunos sejam preparados com competência suficiente em amplitude e profundidade, de forma a poderem responder eficazmente aos desafios e expectativas futuras. Defendem ainda que o novo sistema de CSP vai, certamente, exigir dos psicólogos cuidados de excelência e conhecimentos de uma forte especialização.

Neste contexto, a Canadian Psychological Association (2002) vai estar atenta ao que é dito pelos analistas políticos e pelos representantes do ministério da saúde, uma vez que as pesquisas fornecem evidências muito firmes sobre a eficácia e o menor custo das intervenções psicológicas em determinados problemas de saúde. Por isso, irá pedir um maior financiamento público para a implementação dos serviços de Psicologia em maior escala, de forma a proporcionar um melhor acesso das populações a essas intervenções.

No entanto, no Canadá há outra questão que tem suscitado algum destaque que é a discussão da autoridade prescritiva dos psicólogos, no contexto mais vasto da reforma da saúde. Exercer autoridade prescritiva é uma questão extremamente importante e controversa, que actualmente a Psicologia enfrenta. Reside aí o potencial para mudar fundamentalmente a forma como o público vê a Psicologia e os próprios serviços psicológicos. No entanto, o facto de os psicólogos adquirirem autoridade prescritiva terá implicações para a própria identidade da Psicologia em todos os aspectos, desde a investigação, passando pela formação até à sua prática. Mas esse desejo tão forte para mudar a identidade da Psicologia não pode ser tomado de ânimo leve e tem de ser abordado de forma cuidadosa. Isso exige uma grande reflexão entre os psicólogos canadenses, pois a autoridade prescritiva, sem grandes mudanças no contexto global em que é prestada assistência à saúde mental, não iria resolver o problema da falta de acesso aos cuidados psicológicos (Dozois & Dobson, 1995; Antonuccio; Danton & McClanahan, 2003; Dozois & Dobson, 2001; Hayes, Walser & Bach, 2002, *in* Westra Henny; Eastwood, Jonh; Bouffard, Beverley; Gerritsen & Cory, 2006).

Parece, então, haver poucos argumentos a favor da autoridade prescritiva dos psicólogos, pois isso não traria benefícios aos utentes nem menores gastos ao sistema de saúde do Canadá. O mais importante é promover os conhecimentos psicológicos existentes, porque são rentáveis, eficazes, bem tolerados e muito desejados. Além disso, também é importante melhorar o acesso aos mesmos, sobretudo, nos Cuidados de Saúde Primários, tendo em conta que os médicos de família não conseguem detectar 65% a 85% dos pacientes com transtornos mentais, que beneficiariam da intervenção psicológica (Hirschfeld *et al.*, 1997; Kessler, Lloyd, Lewis, & Gray, 1999; Lecrubier, 1998; Ustun & Sartorius, 1995). Dessa forma, a maioria dos problemas de saúde mental na comunidade não é tratada (Parikh *et al.*, 1997), (*in* Westra Henny; Eastwood, Jonh; Bouffard, Beverley & Gerritsen, Cory, 2006).

5.3 A PSICOLOGIA EM ESPANHA

Em Espanha, os psicoterapeutas são geralmente psicólogos ou psiquiatras, que receberam uma formação adicional em psicoterapia.

Não havendo regulamentação legal sobre esta prática profissional, a Federação Espanhola e as Associações de Psicoterapeutas, em 1964, ao abrigo da Constituição Espanhola, criaram padrões mínimos para a formação, admissão e registo dos psicoterapeutas. Os seus membros foram obrigados a ter um diploma universitário com um mínimo de três anos de formação numa pós-graduação em psicoterapia. Também passaram a ser obrigados a frequentar o mínimo de seiscentas horas de ensino, em teoria, técnicas e prática clínica, e pelo menos dois anos de prática profissional supervisionada. Os modelos teóricos habitualmente seguidos são o psicanalítico, cognitivo-comportamental, sistémico, humanístico, entre outros (Priebe & Wrigth, 2006).

Actualmente, existe uma grande Associação Profissional dos Psicólogos Espanhóis (Colégio Oficial de Psicólogos: www.cop.es) e outros mais especificamente orientados para a área da investigação e actividade académica. O Colégio Oficial de Psicólogos promove e defende interesses profissionais, principalmente quando os psicólogos prestam serviços ao abrigo de um contrato de trabalho. Este Colégio também apoia regularmente conferências nacionais, seminários e convenções incidindo sobre questões teóricas e práticas de interesse profissional (Algarabel & Juan Luciano 2003).

No que respeita ao estágio ou internato da especialidade há uma diferença básica, em relação a Portugal. Em Portugal, essa formação em serviço é realizada durante 3 anos em serviços de saúde, que a lei explicita como sendo serviços de Cardiologia, Neurologia e outros, enquanto os espanhóis devem fazê-lo apenas em serviços de saúde mental (Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 2009). Segundo Alves (2008), o trabalho do psicólogo no Sistema de Saúde Espanhol está estritamente ligado à saúde mental, dado que na maioria das comunidades autónomas deste país a presença do psicólogo está vinculada aos níveis especializados de saúde secundários e terciários. No entanto, parece estar a começar agora a reconhecer-se um papel à Psicologia, também no âmbito da Psicologia da Saúde e não apenas ao nível da saúde mental. Esta autora também encontra

uma grande diferença nos vencimentos dos psicólogos espanhóis em relação aos portugueses. Diz que trabalhando sensivelmente o mesmo número de horas, os psicólogos espanhóis ganham em média 2.295,14 euros/mês, enquanto os portugueses ganham 1.452,75 euros, ou seja, menos 842,39 euros.

Em 2001, em Espanha a maioria dos profissionais (73%) trabalhava no sector privado e quase metade trabalhava com base no modelo cognitivo-comportamental. A Psicologia é um curso muito popular em Espanha e é frequentado maioritariamente por mulheres, porque acaba por ter uma boa aplicabilidade ao nível social. Os requisitos para entrar no curso não são muito rigorosos, sendo considerado de dificuldade média. A licenciatura antes de Bolonha era de cinco anos e funcionava por seis áreas temáticas: psicobiologia; processos básicos da psicologia do desenvolvimento; psicologia educacional; psicologia social; e psicologia da avaliação da personalidade e tratamento (Salvador, Algarabel & Juan Luciano, 2003).

Apesar de não haver números para Portugal, a situação deve ser bastante semelhante à de Espanha, porque tal como neste país também em Portugal se verificou nos últimos vinte anos o surgimento de muitas Universidades privadas que formaram e lançaram muitos licenciados no desemprego, pelo que a sua actividade passa, a maior parte das vezes, pela prática da Psicologia ao nível privado.

Segundo Algarabel e Juan Luciano (2003), a investigação científica, na área da Psicologia segue uma forte tendência para a internacionalização e recomenda mesmo a consulta de uma colecção de artigos no *Spanish Journal of Psychology, 2001, volume 4, parte 2*, onde se pode ver o desenvolvimento profissional da Psicologia, de 1989 a 1998 e analisar a pesquisa em seis áreas temáticas nesse mesmo período.

Ainda segundo este autor, a grande preocupação de futuro deve ser a elevada taxa de desemprego, sendo necessário trabalhar no sentido de aumentar os postos de trabalho e não em licenciar tantos profissionais. Além disso, propõe a melhoria das condições pedagógicas, curriculares e alerta para a necessidade de manter uma boa colaboração internacional ao nível das publicações.

5.4 A PSICOLOGIA NA ALEMANHA

Na Alemanha todos os psicoterapeutas são médicos, geralmente psiquiatras, ou psicólogos e necessitam de ter uma formação adicional de vários anos num instituto acreditado, estando sujeitos a uma regulamentação própria para exercerem a actividade. Habitualmente, os tratamentos psicoterapêuticos são oferecidos em “unidades de internamento de problemas psicossomáticos”, num período que pode variar entre 4 a 6 semanas e são financiados por seguros de saúde ou por pensões em regime de seguro. A psicoterapia em ambulatório é praticada em gabinetes nos quais os psicoterapeutas trabalham os sujeitos individualmente ou em grupo. Qualquer pessoa pode encaminhar doentes para a psicoterapia, mas são muito comuns as auto-referências (Priebe & Wrigth, 2006).

Ainda segundo esta autora, no sistema de saúde alemão a psicoterapia está facilmente disponível e por isso alguns psicoterapeutas têm listas de espera de oito meses, uma vez que a escolha do psicoterapeuta é pessoal. Os métodos de abordagem habituais são a terapia cognitiva, e a psicanalítica. Os seguros de saúde chegam a pagar 77 euros por sessão, cobrem um mínimo de 25 sessões, mas podem chegar às 100 ou mais. No entanto, as empresas privadas chegam a pagar mais.

O professor Thomas Quellman, da Universidade de Duisburg, na Alemanha, afirmava, na conferência «Organização da Prestação de Cuidados» da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, que a Alemanha apesar de ter um dos sistemas de saúde mais antigos da Europa, com cerca de duzentos anos, se baseia num modelo que se está a revelar muito dispendioso, confirmando que a passagem dos utentes pelos CSP não é obrigatória, sendo livres de optar por uma consulta de especialidade.

6 Objectivos, Hipóteses e Metodologia de Investigação

6.1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo é apresentada a investigação empírica, dentro do seu enquadramento conceptual e objectivo geral.

O grande objectivo é estudar a Percepção que os elementos da equipa primária de saúde (médicos, enfermeiros e técnico de serviço social), têm da Psicologia Clínica enquanto área de ligação e prestação de um serviço aos indivíduos, famílias e à comunidade, nos Cuidados de Saúde Primários.

O conceito de “Percepção” adoptado neste estudo é aquele que habitualmente se usa em Psicologia, Neurociências e Ciências Cognitivas, semelhante ao de Magill (1984), já referido no capítulo da introdução. Assim, percepção é a função cerebral que atribui significado a estímulos sensoriais, a partir de histórico de vivências passadas. Através da percepção um indivíduo organiza e interpreta as suas impressões sensoriais para atribuir significado ao seu meio. Consiste na aquisição, interpretação, selecção e organização das informações obtidas pelos sentidos.

Resumidamente, a percepção é um processo de construção e manutenção de conhecimento acerca de algo. Neste caso concreto, o objecto da percepção é a Psicologia Clínica.

Neste capítulo também é feita a caracterização geral da população e da amostra, a metodologia utilizada na sua selecção e na recolha dos dados, além da descrição dos instrumentos utilizados. Por último, é feita a apresentação e discussão dos resultados, além da referência e justificação dos procedimentos estatísticos utilizados.

6.2 OBJECTIVOS/HIPÓTESES

É cada vez mais frequente a integração da Psicologia em serviços de saúde, concretizando-se através das consultas de Psicologia e projectos de intervenção, que se traduzem na melhoria da qualidade de vida das populações.

No entanto, em muitas unidades de saúde, quando essa integração ainda não é uma tradição, coloca-se a esses profissionais o desafio, não apenas de abordar os problemas de um determinado grupo populacional, mas também saber inserir-se, lado a lado, com outros profissionais com quem, inevitavelmente, terão de trabalhar.

A investigação realizada nos CSP tem sido escassa e só nos últimos anos sofreu algum incremento. No entanto, continua ainda pouco voltada para os aspectos psicológicos, relacionados com áreas prioritárias da saúde das populações. Também, pouco ou nada se tem investigado sobre o que os outros profissionais de saúde, que atendem essas populações, acham, pensam, imaginam e percebem acerca do trabalho dos psicólogos, na área dos CSP.

Assim, este estudo resulta, em primeiro lugar, da observação atenta dessa problemática, aquando da minha integração no centro de saúde de Cantanhede, no qual inaugurei a introdução do trabalho da Psicologia Clínica. Constatei o desejo de muitos técnicos de saúde, especialmente médicos de Clínica Geral/Familiar e enfermeiros, em trabalhar com a área da Psicologia Clínica.

Notamos que muitos partilhavam a mesma percepção acerca da Psicologia, referindo que a sua intervenção podia contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde a prestar às populações.

Mas, ao mesmo tempo, muitos desses técnicos de saúde não se pronunciavam sobre a pertinência da intervenção da Psicologia nos CSP, por não saberem exactamente o que esperar do psicólogo nessa área de cuidados. Apesar disso, eram habitualmente peremptórios ao afirmar que os psicólogos fazem falta em determinadas situações. Essas afirmações, muitas vezes, resultavam em posturas ambíguas e, ao mesmo tempo, paradoxais. Desejavam muito a intervenção do psicólogo, em determinadas situações problemáticas, embora esperassem deste uma actuação diferente daquela que na realidade lhe compete, tendo em conta os referenciais técnicos e teóricos da

Psicologia, enquanto ciência aplicada. Havia alguns técnicos de saúde, ligados à Medicina e à Enfermagem, que perguntavam se o psicólogo também prescrevia determinados medicamentos.

Começamos, progressivamente, a observar que os diversos técnicos desconheciam a Psicologia Clínica, enquanto carreira, enquanto ciência aplicada, e as opiniões acerca da mesma eram as mais diversas. Não sabíamos, no entanto, qual era a verdadeira percepção que os diversos técnicos tinham da Psicologia Clínica nos CSP. Também não sabíamos até onde ia o seu conhecimento ou desconhecimento, acerca de determinados aspectos da Psicologia Clínica, de uma forma geral.

Surgia, assim, a grande questão: *“qual será a percepção dos técnicos de saúde, especialmente aqueles com que o psicólogo trabalha em equipa (médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social), acerca da Psicologia Clínica nos CSP?”*

Neste contexto, o grande objectivo deste estudo passava a ser o de *“conhecer a Percepção que os elementos da equipa primária de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social), têm da Psicologia Clínica enquanto área de ligação e prestação de um serviço aos indivíduos, famílias e à comunidade nos CSP”*.

A partir desta questão começava a impor-se uma reflexão profunda, acerca da percepção que os outros técnicos de saúde, têm da intervenção dos psicólogos clínicos nos centros de saúde. Surgiria também, em função desta, a muito provável necessidade de contribuir para a divulgação do papel e conteúdo profissional do psicólogo clínico, nestas unidades de saúde.

Essa divulgação poderia passar, simplesmente por dar-se a conhecer. No entanto, haverá mais rigor se a *“Percepção que os técnicos de saúde têm acerca da Psicologia Clínica nos CSP”* for estudada previamente. Assim, a apresentação dos conteúdos funcionais do Psicólogo Clínico descritos na carreira dos TSS seria melhor compreendida se apresentada em simultâneo com os resultados deste estudo.

Parece óbvio pensar que a percepção, que cada técnico tem da Psicologia Clínica nos CSP, será dependente de muitas outras variáveis.

A visibilidade social que um Psicólogo tem na organização, a sua competência profissional e a sua qualidade de relação com os utentes e com os outros técnicos de saúde, podem fazer diferir, fortemente, a percepção que cada técnico de saúde constrói, acerca da Psicologia Clínica nos CSP. Deste modo, é de supor que quem trabalhou ou trabalha, em equipa, com psicólogos clínicos tenha uma percepção diferente daqueles que nunca tiveram essa experiência. O facto de o centro de saúde ter psicólogo clínico pode também ajudar a criar uma percepção diferente. Possuir formação ou tê-la frequentado na área de Psicologia Clínica é muito provável que influencie a percepção acerca da Psicologia Clínica nos CSP.

Numa reflexão ainda mais profunda, acerca da percepção, em jeito de meta-percepção da Psicologia nos CSP, poderíamos supor que os técnicos que consideram este estudo fundamental para ajudar a conhecer melhor a Psicologia Clínica nos CSP, têm, eles próprios, uma percepção diferente daqueles que não atribuem ao estudo essa particularidade.

Nos centros de saúde, muitos técnicos trabalham em extensões e em zonas rurais, com populações de características específicas e em regiões distantes dos grandes centros. Não sabemos até que ponto, trabalhar frequentemente, ou sempre, numa extensão, pode alterar a sua “Percepção acerca da Psicologia Clínica nos CSP”. Poderão sentir-se deslocados, isolados e até desamparados, em relação aos outros colegas, no que respeita a poder contar com o apoio da Psicologia na resolução de determinados problemas das populações. Desta forma, poderá ser diferente a percepção destes técnicos de saúde acerca da Psicologia Clínica em função de trabalhar na sede ou numa extensão. Por isso, considerou-se elegível esta variável para o estudo.

O mesmo raciocínio pode ser feito em função da zona geográfica do centro de saúde em que cada profissional trabalha.

Além destes factores, podemos questionar-nos se outros factores, como o ano de licenciatura, ano de nascimento, estado civil e a profissão podem influenciar a percepção dos profissionais de saúde acerca da Psicologia, na medida em que poderão estar em causa currículos académicos diferentes,

melhor actualização em conhecimentos acerca da Psicologia e condições profissionais que impliquem uma relação diferente com os psicólogos. Além disso, estas variáveis ajudam sempre na caracterização da amostra.

Em função do exposto, são muitas as hipóteses que se levantam e se apresentam a seguir:

1. *Os sujeitos da amostra (médicos, enfermeiros e técnico de serviço social) que possuem formação na área de Psicologia Clínica obterão pontuações mais elevadas na Percepção acerca da Psicologia Clínica (enquanto Área de Ligação e Prestação de um Serviço aos Indivíduos, Famílias e à Comunidade, nos CSP) do que aqueles que não possuem qualquer formação nessa área.*

Para simplificação e evitar repetições de texto, nas hipóteses seguintes não será mais utilizado o conteúdo que está entre parêntesis na primeira hipótese, mas apenas o que está em itálico.

2. Os sujeitos que trabalham nos centros de saúde onde existe a área de Psicologia Clínica obterão pontuações mais elevadas na Percepção acerca da Psicologia Clínica quando comparados com aqueles que trabalham em centros de saúde que não possuem essa área
3. Os sujeitos com experiência de trabalho com Psicólogos Clínicos obterão pontuações mais elevadas na Percepção acerca da Psicologia Clínica quando comparados com aqueles que não possuem essa experiência.
4. Existem diferenças estatisticamente significativas na Percepção acerca da Psicologia Clínica, entre os sujeitos que trabalham habitualmente nas extensões dos centros de saúde e aqueles que trabalham habitualmente na sede.
5. Diferenças estatisticamente significativas serão obtidas na Percepção acerca da Psicologia Clínica, entre os sujeitos das zonas geográficas interior, centro e litoral.

6. Serão obtidas diferenças estatisticamente significativas na Percepção acerca da Psicologia Clínica, em função do estado civil.
7. Há diferenças estatisticamente significativas na Percepção acerca da Psicologia Clínica entre os médicos e os enfermeiros.
8. Os sujeitos dos grupos etários mais novos da amostra obterão pontuações mais elevadas na Percepção acerca da Psicologia Clínica, do que os dos grupos etários mais velhos.
9. Os sujeitos da amostra com menos anos de actividade profissional obterão pontuações mais elevadas na Percepção acerca da Psicologia Clínica que os sujeitos com mais anos de actividade.

Estas hipóteses serão objecto de verificação, apresentação, análise e discussão no capítulo dos resultados.

6.3 POPULAÇÃO E SELECÇÃO DA AMOSTRA

6.3.1 População e critério de selecção da amostra

A amostra foi extraída da população dos profissionais de saúde com quem o psicólogo trabalha, habitualmente, em equipa. Para o estudo consideramos os médicos, os enfermeiros e os técnicos de serviço social, dos 22 centros de saúde, que faziam parte da Sub-Região de Saúde de Coimbra (SRSC).

Durante a fase da colheita dos dados, de Fevereiro a Abril de 2006, a Direcção Geral dos Recursos Humanos (DGRHS) da Sub-Região de Saúde de Coimbra forneceu a estatística da população, que se apresenta na tabela 1.

Como se constata pela tabela 1, o somatório das três áreas profissionais é de 737 elementos, aparecendo os médicos e os enfermeiros em número semelhante, mas com enorme disparidade em relação aos técnicos de serviço social, em menor número.

Para a amostra ser significativa neste universo, necessitaríamos 253 elementos, tendo em conta valores da população, segundo o critério de Riles (1979).

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos da população por zona geográfica e por profissão

Centro de saúde	Zona geográfica	Nº médicos por centro de saúde	Nº médicos por zona	Nº enfermeiros por centro de saúde	Nº enfermeiros por zona	Nº técnicos de serviço social por centro de saúde	Nº técnicos de serviço social por zona	Nº de sujeitos por zona
Cantanhede	Litoral	35	129	22	111	1	5	245
Figueira da Foz		46		38		1		
Mira		13		13		1		
Montemor-o-Velho		18		18		1		
Soure		17		20		1		
Celas	Centro	36	124	27	118	1	6	248
Condeixa-a-Nova,		10		14		0		
Eiras		20		12		1		
Fernão Magalhães		20		14		1		
Norton de Matos		36		19		1		
Santa Clara		15		15		1		
S. Martinho do Bispo		23		17		1		
Góis	Interior	7	103	9	133	0	8	244
Lousã		17		15		1		
Miranda do Corvo		11		14		1		
Oliveira do Hospital		14		21		1		
Pampilhosa da Serra		4		6		0		
Penacova		14		15		1		
Penela		7		11		1		
Tábua		10		14		1		
V. N. Poiares		8		10		1		
Arganil		11		18		1		
TOTAL						356		

A nossa amostra neste estudo é de 243 sujeitos e fica ligeiramente aquém do que é proposto por este autor. No entanto, sabe-se que a técnica de amostragem pode influenciar a representatividade e, nesse sentido, tivemos o cuidado de estratificar a amostra, de forma que seja representativa de toda a população.

Com esse objectivo, dividimos a população em três zonas geográficas, partindo do princípio de que os centros de saúde, em cada zona servem populações distintas, desde as mais rurais e interiores, passando pelas populações litorais, com características mistas (rural e urbano), até às

populações predominantemente urbanas, como se pode observar pela tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra por zona e dispersão geográficas

Centro de Saúde	Distância em km tendo Coimbra Centro como referência	Zona	Nº de sujeitos por zona	%
Cantanhede	25	Litoral	87	35,8
Figueira da Foz	53			
Montemor-o-Velho	31			
Condeixa-a-Nova,	12	Centro	81	33,3
Eiras	7			
Santa Clara	3			
Fernão Magalhães	0			
Miranda do Corvo	21	Interior	75	30,9
Oliveira do Hospital	70			
Pampilhosa da Serra	68			
Penela	31			
Arganil	50			
TOTAL	334		243	100,0

Ainda com base na tabela 2, dada a enorme dispersão dos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Coimbra, tornava-se demasiado oneroso recolher dados em todos eles. Optou-se, então, por extrair, aleatoriamente, metade dos Centros de Saúde, com excepção de Condeixa-a-Nova e Cantanhede. Estas unidades de saúde foram incluídas no estudo por uma questão de conveniência, tratando-se da zona da minha residência e do meu local de trabalho, respectivamente. Assim, fazem parte da amostra 12 centros de saúde e, deste modo, conseguiu-se aumentar a amostra e ter uma representatividade mais harmoniosa e proporcional da população.

6.3.2 Caracterização da amostra

A nossa amostra é constituída por três grupos profissionais: médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social. Muitos desses médicos e enfermeiros trabalham em extensões e alguns fazem turnos, decorrendo daí grande dificuldade em os localizar.

Tendo em conta a dispersão geográfica dos sujeitos, das suas actividades e horários de trabalho não é de estranhar que resulte enorme dificuldade em conseguir uma amostra que respeite o número mínimo, de boa representatividade, para poder extrapolar a interpretação dos dados para a

população. Ficamos a 10 sujeitos de alcançar esse número. No entanto, a estratégia utilizada na colheita dos dados pode ter compensado esse facto.

A seguir são apresentados dados que caracterizam a amostra no que respeita a distribuição por centro de saúde, zonas geográficas, idade, estado civil, ano de licenciatura, local habitual de trabalho (sede ou extensão), existência ou não de Psicologia Clínica no centro de saúde.

Também são apresentadas em tabelas a distribuição dos sujeitos em função da experiência de trabalho em equipa com psicólogos clínicos e da importância dada a esta Investigação para um melhor conhecimento da Psicologia nos CSP.

Tal como na população, também na amostra, os médicos e os enfermeiros aparecem numa percentagem muito elevada, com os enfermeiros a participar mais na colheita de dados, independentemente de serem em número muito semelhante ao de médicos, como se pode ver pela tabela 1 (da população).

Os técnicos de serviço social surgem numa percentagem muito inferior, em relação aos sujeitos dos outros dois grupos de técnicos. Esse facto está relacionado com a baixa proporção destes profissionais na SubRegião de Saúde de Coimbra. No entanto, são os técnicos de serviço social que têm maior participação proporcional, como se pode observar pela tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos por profissão

Categoria profissional	n	%	Percentagem proporcional em relação a cada grupo profissional
Médico	96	39,7	26,97 %
Enfermeiro	138	57,0	38,12 %
Técnico de serviço social	8	3,3	42,11 %
Total	242	100,0	
Não respondeu	1		

Na tabela 4 está representada a contribuição de cada um dos 12 Centros de Saúde, no que respeita à participação dos sujeitos, no fornecimento dos dados para a amostra. A participação absoluta mais baixa é a do Centro de Saúde da Pampilhosa da Serra (3,7%) e a mais elevada do Centro de Saúde

da Figueira da Foz (12,8%). Isso faz todo o sentido, uma vez que se trata dos Centros de Saúde com menor e maior população, respectivamente.

A percentagem proporcional de participação variou entre 36,47% e os 90,00%, com uma média de 64,98%.

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos da amostra por centro de saúde

Elementos por centro de saúde	n	%	Percentagem proporcional em relação ao total dos técnicos por centro de saúde
Cantanhede	26	10,7	44,83
Condeixa-A-Nova	16	6,6	66,67
Eiras	22	9,1	66,67
Montemor-O-Velho	30	12,3	81,08
Miranda do Corvo	22	9,1	84,62
Pampilhosa da Serra	9	3,7	90,00
Penela	11	4,5	57,89
Fernão Magalhães	24	9,9	68,57
Santa Clara	19	7,8	61,29
Arganil	17	7,0	56,67
Figueira da Foz	31	12,8	36,47
Oliveira do Hospital	16	6,6	44,44
Total	243	100,0	(Média = 64,98%)

Neste estudo, foram também consideradas algumas variáveis biográficas como a Idade, Habilitações Literárias e o Estado Civil que, mesmo que não se venha a verificar a sua relação com a variável dependente, têm sempre o valor descritivo da amostra.

Como se pode observar pela tabela 5, quase metade (46,3%) dos técnicos tem idades compreendidas entre 47 e 56 anos e a quase todos (91,3%) os sujeitos da amostra têm idades compreendidas entre os 27 e 56 anos.

Tabela 5 – Caracterização da amostra por idade

Idade agrupada	n	%
57 – 66	8	3,5
47 – 56	106	46,3
37 – 46	51	22,3
27 – 36	52	22,7
<27	12	5,2
Total	229	100,0
Não respondeu	14	

Relativamente ao ano de término da licenciatura, o maior grupo (34,4%) dos sujeitos completou a sua licenciatura a partir do ano 2000, inclusivo. Outro grupo representativo (28.8%) terminou a sua licenciatura na década de 70.

Deve salientar-se que estes dados com duas modas, apresentados na tabela 6, poderão estar relacionados com a formação quer dos médicos quer dos enfermeiros e não tanto com o início de carreira ou de funções.

A partir da década de 90, uma grande parte dos profissionais de enfermagem, habilitados com o Bacharelato, que já trabalhava há muitos, fez os Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, com equivalência à licenciatura.

As licenciaturas das décadas de 70 e 80 estão mais de acordo com o início de funções dos médicos licenciados nessas décadas, em que iniciaram funções, independentemente de terem feito, à *posteriori*, a especialidade médica de Medicina Geral/Familiar ou de Saúde Pública.

Tabela 6 – Caracterização da amostra quanto ao ano de licenciatura

Ano de licenciatura	n	%
1960-1969	1	0,5
1970-1979	61	28,8
1980-1989	33	15,6
1990-1999	44	20,8
Maior ou igual a 2000	73	34,4
Total	212	100,0
Não respondeu	31	

Quanto ao estado civil, conforme se observa na tabela 7, predomina o estado civil tradicional, casado.

Tabela 7 – Caracterização da amostra quanto ao estado civil

Estado civil	n	%
Casado	173	73,6
Solteiro	32	13,6
Divorciado	20	8,5
Outros	10	4,3
Total	235	100,0
Não respondeu	8	

Conforme a tabela 8, mais de metade dos sujeitos trabalham habitualmente nas extensões.

Tabela 8 – Caracterização da quanto ao local habitual de trabalho (centro de saúde ou extensão)

Local habitual de trabalho	n	%
Sede	148	61,9
Extensão	91	38,1
Total	239	100,0
Não respondeu	4	

Achamos também necessário caracterizar a amostra noutras variáveis. Para tal, foram formuladas quatro questões fundamentais, que poderão estar relacionadas com a variável dependente. Foram apresentados em formato de questionário fechado, com respostas possíveis de “*Sim*” ou “*Não*”, originando dois grupos de técnicos, em função das respostas. Os resultados das respostas são apresentados nas quatro tabelas seguintes e permitem caracterizar a amostra nesses aspectos.

Assim, através da tabela 9, verificamos que cerca de três quartos dos sujeitos refere que não existe a área da Psicologia Clínica no centro de saúde onde trabalha.

Tabela 9 – Existência da área de Psicologia Clínica no centro de saúde onde trabalha

Existência da área de Psicologia Clínica no centro de saúde onde trabalha	n	%
Sim	54	24,2
Não	169	75,8
Total	223	100,0
Não respondeu	20	

Tendo os técnicos de saúde experiências prévias de trabalho com Psicólogos Clínicos, é provável que essa variável influencie a percepção acerca dos mesmos.

Relativamente a essa questão, pode ver-se pela tabela 10 que só pouco mais de um quinto da amostra responde que teve experiências de trabalho com psicólogos clínicos.

Tal como na questão anterior, é provável que os técnicos desconheçam a diferença entre psicólogos clínicos, licenciados em Psicologia e alunos da

licenciatura em Psicologia. De qualquer forma, o enfoque da questão que é caracterizar a amostra mantém-se intacto, com base na percepção acerca da Psicologia Clínica.

Tabela 10 – Trabalha em equipa com psicólogos clínicos

Trabalha em equipa com Psicólogos Clínicos	n	%
Sim	50	22,4
Não	173	77,6
Total	223	100,0
Não respondeu	20	

Possuir formação ou ter frequentado formação na área da Psicologia Clínica pode influenciar a percepção que se tem da mesma. Na amostra, a maioria afirma que não possui ou não frequentou qualquer formação na área da Psicologia Clínica, como se pode ver pela tabela 11.

Se na tabela 10 observamos que pouco mais de um quinto (22,4%) já tiveram experiência de trabalho em equipa com psicólogos clínicos, através da tabela 11 verificamos que são uma minoria aqueles que possuem ou frequentaram formação na área de Psicologia Clínica.

Tabela 11 – Possuir formação ou ter frequentou formação na área de Psicologia Clínica

Possuir formação ou ter frequentou formação na área de Psicologia Clínica	n	%
Sim	21	9,4
Não	203	90,6
Total	224	100,0
Não respondeu	19	

Para se obter um retorno acerca da forma como os técnicos de saúde vêem este estudo elaborou-se a questão, apresentada na tabela 12, que aborda a sua importância, no sentido de ajudar a obter um melhor conhecimento acerca da Psicologia Clínica nos CSP. A grande maioria respondeu que este estudo é fundamental para conhecer melhor esta área, nos CSP.

Tabela 12 – Importância deste estudo para ajudar a conhecer a área de Psicologia Clínica nos CSP

Importância deste estudo para ajudar a conhecer a área de Psicologia Clínica nos CSP	n	%
Sim	211	95,0
Não	11	5,0
Total	222	100,0
Não respondeu	21	

6.4 INSTRUMENTOS

Não se conhecendo a existência de instrumentos validados para a população portuguesa que avaliassem, quer a variável dependente, quer as variáveis independentes, relativas à especificidade deste estudo, optámos por construir instrumentos originais.

Todos os instrumentos têm o mesmo objectivo: avaliar a Percepção que os elementos da Equipa Primária de Saúde (médicos, enfermeiros e técnico de serviço social), têm da Psicologia Clínica enquanto área de ligação e prestação de um serviço aos indivíduos, famílias e à comunidade, nos CSP.

Para tal, foram desenvolvidas quatro escalas, todas com um sistema de quantificação de escala tipo *Likert*, com cinco gradientes.

A primeira trata-se de uma adaptação do DSM-IV à realidade dos CSP.

Para a segunda escala foram criados itens associados às actividades clássicas dos CSP.

A terceira escala aborda a percepção da Psicologia Clínica numa perspectiva geral.

Na quarta escala, os itens estão relacionados com o trabalho que os psicólogos deviam desenvolver nos CSP.

Para a construção destes instrumentos houve quatro fases:

Primeira fase – desenvolveu-se um trabalho de auscultação de várias pessoas da SubRegião de Saúde de Coimbra (SRSC), como médicos e enfermeiros de vários centros de saúde, o então Coordenador da Sub-Região e os responsáveis pela área de Saúde Pública, todos com profundo conhecimento e experiência na área dos CSP, os quais se pronunciaram

positivamente acerca do interesse do estudo. Com as diversas opiniões recolhidas delineamos e elaboramos os instrumentos para a colheita de dados.

Segunda fase – apresentaram-se os instrumentos de colheita de dados, já elaborados a um “painel de peritos”, constituído por seis elementos, sendo cinco médicos especialistas em Medicina Geral/Familiar e um Professor de Psicologia, pertencentes aos Centros de Saúde de Soure, Norton de Matos, São Martinho do Bispo, Condeixa-a-Nova e Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto, respectivamente. Foi nesta fase que os instrumentos de colheita de dados sofreram várias alterações, ao nível dos itens e da sua redacção, mantendo-se sempre a sua matriz, relativamente aos títulos de cada escala. Todos os peritos concordaram na pertinência e interesse do estudo e deram uma contribuição fundamental para aperfeiçoar o instrumento, ajudando a prepará-lo para a fase seguinte.

Terceira fase – fez-se um pré-teste, em que pedimos a sete profissionais, com características semelhantes à nossa amostra (três médicos, três enfermeiros e uma técnica de serviço social) para responder aos questionários. Foi-lhes pedido que eliminassem todos os itens que se lhes apresentassem confusos. Nesta fase, os instrumentos de colheita de dados sofreram a sua última alteração, com a eliminação de cerca de dez itens. Ficou, assim, redigida a última versão dos instrumentos de colheita de dados.

Quarta fase – para testar a estabilidade temporal das respostas levou-se a cabo um teste-reteste, em 33 elementos dos centros de saúde de Condeixa-a-Nova e de Cantanhede, com as mesmas características da amostra.

O teste foi aplicado no início de Novembro de 2005 e o reteste no início de Janeiro de 2006, com um intervalo de tempo de cerca de dois meses. Entre os dois momentos, para cada uma das escalas, foram encontradas as seguintes correlações de Pearson: *Escala “Adaptação do DSM-IV”* – .637; *Escala “Actividade Clássica dos CSP”* – .671; *Escala “Percepção da Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral”* – .821; *Escala “Trabalho que os Psicólogos Deviam Desenvolver”* – .809.

6.4.1 Escala “Adaptação do DSM-IV” (A-DSM-IV)

Sabe-se, por experiência, ao fim de alguns anos a trabalhar na área dos CSP que, muitos dos problemas que levam as populações a recorrer aos estes

serviços de saúde, se encontram descritos e classificados no DSM-IV. Por isso, usamos no meu local de trabalho, o sistema de classificação do DSM-IV, para os problemas que eram enviados à consulta de Psicologia. Com base nessa informação, compilada numa base de dados, foi possível ter uma imagem das frequências dos problemas, permitindo o desenvolvimento desta escala. O processo de aperfeiçoamento da escala obedeceu a várias fases, desde o momento de auscultação dos diversos profissionais da área dos CSP, até à sua aplicação. Assim, sem alterar qualquer classificação taxonómica do DSM-IV, elegemos para itens da escala as perturbações que eram enviadas à consulta de Psicologia com maior frequência, no Centro de Saúde de Cantanhede, ficando a escala completa com 48 itens.

Foram usadas as classificações de 11 dos 17 temas principais do DSM-IV, sendo constituída da seguinte forma:

1. Perturbações que aparecem habitualmente na Primeira e na Segunda Infância ou na Adolescência – 16 itens (ex: *deficiência mental, perturbações da aprendizagem da leitura, ...*).
2. Demência e Outras Perturbações Cognitivas – 3 itens (ex: *demência tipo Alzheimer, ...*).
3. Perturbações pela Utilização de Substâncias – 5 itens (ex: *perturbações induzidas pelo álcool, perturbações relacionadas com a nicotina ...*).
4. Perturbações do Humor – 2 itens (ex: *perturbações epressivas ...*).
5. Perturbações da Ansiedade – 3 itens (ex: *perturbações de pânico sem agorafobia ...*).
6. Perturbações do Comportamento Alimentar – 2 itens (ex: *anorexia nervosa ...*).
7. Perturbações do Sono – 3 itens (ex: *perturbações primárias do sono ...*).
8. Perturbações da Adaptação – 5 itens (ex: *perturbação de adaptação com ansiedade ...*).
9. Problemas Relacionais – 4 itens (ex: *problemas relacional pais-filhos ...*).
10. Problemas relacionados com Abuso ou Negligência – 3 itens (ex: *abuso físico de criança ...*).
11. Condições adicionais que podem ser foco de Atenção Médica (ex: *não adesão ao tratamento, ...*).

A Percepção dos profissionais inquiridos (médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social) acerca da Psicologia Clínica, nos CSP, resulta das respostas que os mesmos dão acerca da Pertinência e Utilidade da Colaboração da Psicologia Clínica nas Áreas predominantes de Intervenção nos CSP.

Neste caso, os profissionais de saúde, enquanto parceiros profissionais do psicólogo, têm do trabalho deste uma percepção que os leva a considerar mais ou menos útil e pertinente a sua intervenção nas perturbações apresentadas.

A escala apresenta cinco gradientes, de *“Nada Útil e Pertinente (1); Pouco Útil e Pertinente (2); Útil e Pertinente (3); Muito Útil e Pertinente (4) a MUITÍSSIMO Útil e Pertinente” (5)*.

Tendo em conta as suas características não existem itens cotados na inversa, pois a atenção do inquirido deve ser orientada sempre no mesmo sentido. Assim, quanto mais elevada for a cotação na escala maior será o grau de utilidade e pertinência atribuído pelo profissional de saúde à intervenção da Psicologia Clínica, dando-nos um perfil de percepção mais ou menos abonatória a esse respeito.

Análise psicométrica da Escala “Adaptação do DSM-IV” (A-DSM-IV)

Para o estudo da dimensionalidade da escala foi efectuada uma análise em componentes principais com rotação varimax.

A medida de adequação da amostra KMO foi de .945, e o Bartlett's test of Sphericity foi significativo ($\chi^2(1128)= 13226,748, p=.000$).

As comunalidades oscilaram entre ,23 e ,66, com uma média de ,49.

Scree Plot

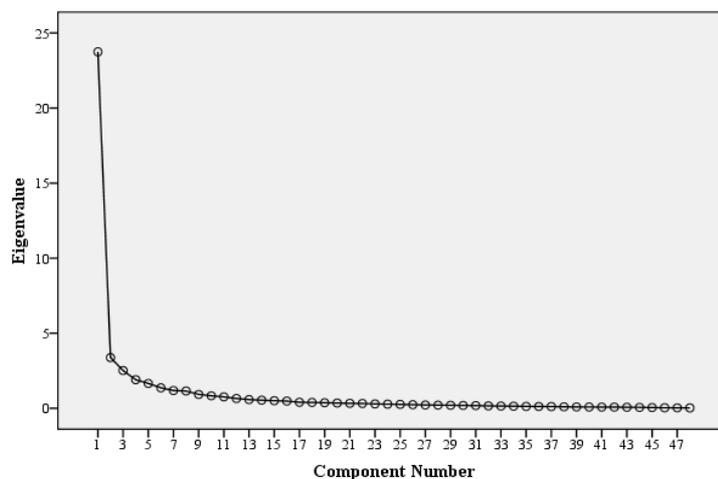


Gráfico 1: Scree plot da escala A-DSM-IV

A análise do scree plot evidencia a unidimensionalidade da escala.

Tabela 13. Médias, desvios-padrão, saturações factoriais, comunalidades e correlações corrigidas da escala A-DSM-IV

Itens	Saturação	h^2	Média	DP	r
1. Deficiência Mental	,582	,338	3,45	1,041	,574
2. Perturbações da Aprendizagem da Leitura	,670	,449	3,87	,871	,661
3. Perturbações da Aprendizagem do Cálculo	,691	,477	3,80	,870	,681
4. Perturbações da Aprendizagem da Escrita	,679	,461	3,84	,856	,671
5. Perturbações da Aprendizagem sem outra Especificação	,660	,436	3,80	,846	,645
6. Perturbações das Aptidões Motoras – ex: Coordenação	,542	,293	3,49	,993	,536
7. Perturbações da Comunicação – ex: Linguagem Expressiva – Linguagem Receptiva-Expressiva – Perturbação Fonológica – Gaguez	,601	,361	4,03	,828	,591
8. Perturbações Globais do Desenvolvimento – ex: Perturbação Autística; de Rett; Desintegrativa da Segunda Infância e Perturbação de Asperger	,676	,457	4,02	,903	,665
9. Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção – ex: Hiperactividade com Défice de Atenção; Perturbação do Comportamento; Perturbação de Oposição	,743	,553	4,22	,827	,725
10. Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar	,685	,469	3,94	,856	,669
11. Perturbação de Tiques – ex: Perturbação de La Tourette; Perturbação de Tique Motor Crónico ou Vocal; Perturbação de Tique Transitório	,732	,536	3,80	,964	,715
12. Perturbação da Eliminação – ex: Encoprese; Enurese.	,705	,497	3,88	,929	,691
13. Perturbação de Ansiedade de Separação	,766	,586	4,09	,860	,747
14. Perturbação de Mutismo Electivo	,752	,566	3,92	,944	,734
15. Perturbação Reactiva de Vinculação da Primeira Infância e Início da Segunda Infância	,749	,562	3,87	,889	,729

Itens	Saturação	h ²	Média	DP	r
16. Perturbação de Movimentos Estereotipados	,716	,512	3,62	,899	,704
17. Demência Tipo Alzheimer	,480	,230	3,41	1,096	,483
18. Demência Vasculare	,492	,242	3,25	1,070	,495
19. Demências Secundárias a: <i>HIV; Traumatismo Craniano; Doença de Parkinson; Doença de Huntington; Doença de Pick; Doença de Creutzfeldt-Jakob e Demência Persistente Induzida por Substâncias</i>	,547	,299	3,41	1,026	,551
20. Perturbações induzidas pelo Álcool – <i>Ex: Dependência, Abuso e Síndrome de Abstinência</i>	,731	,534	4,14	,865	,717
21. Perturbações relacionadas com a Nicotina – <i>Ex: Dependência, Abuso e Síndrome de Abstinência</i>	,709	,503	4,03	,871	,691
22. Perturbações relacionadas com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos – <i>Ex: Dependência, Abuso e Síndrome de Abstinência</i>	,759	,577	3,95	,950	,745
23. Perturbações relacionadas com anfetaminas ou similares – <i>Ex: Dependência, Abuso e Síndrome de Abstinência</i>	,744	,553	3,89	,984	,726
24. Outras Perturbações relacionadas com: cannabis; cocaína; alucinogénios; inalantes; opiáceos; fenciclidina (ou similares); múltiplas substâncias; e com outras substâncias (ou desconhecidas) – <i>Ex: Dependência, Abuso e Síndrome de Abstinência</i>	,750	,563	4,06	,928	,734
25. Perturbações Depressivas: <i>Depressão Major – Episódio Único ou Recorrente e Distímia</i>	,691	,478	4,03	,879	,675
26. Perturbações Bipolares: <i>Perturbação Bipolar I; Perturbação Bipolar II e Ciclotímia</i>	,754	,568	3,97	,951	,740
27. Perturbações de Pânico sem Agorafobia	,783	,612	3,92	,939	,764
28. Perturbações de Pânico com Agorafobia	,784	,614	3,96	,946	,764
29. Outras Perturbações de Ansiedade: <i>Fobia Específica; Fobia social; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Perturbação Stress Pós-Traumático; Perturbação Aguda de Stress; Perturbação de Ansiedade Generalizada; Secundária a ...; Induzida por Substância</i>	,720	,519	4,04	,897	,696
30. Anorexia Nervosa	,789	,623	4,11	,988	,767
31. Bulimia Nervosa	,779	,607	4,14	,964	,756
32. Perturbações Primárias do Sono	,652	,425	3,62	,930	,640
33. Perturbações do Sono relacionadas com outra perturbação mental	,729	,531	3,59	,937	,718
34. Outras Perturbações do Sono	,652	,425	3,55	,936	,638
35. Perturbação de Adaptação com Humor Depressivo	,772	,597	3,80	,854	,751
36. Perturbação de Adaptação com Ansiedade	,742	,551	3,84	,856	,718
37. Perturbação de Adaptação Mista com Humor Depressivo e Ansiedade	,716	,513	3,86	,846	,692
38. Perturbação de Adaptação com Perturbação do Comportamento	,780	,608	3,92	,863	,756
39. Perturbação de Adaptação com Perturbação Mista das Emoções e do Comportamento	,812	,659	3,93	,859	,790
40. Problema Relacional associado a Perturbação Mental ou o Estado Físico Geral	,737	,544	3,68	,915	,725
41. Problemas Relacional Pais-Filhos	,697	,486	4,18	,827	,676
42. Problema Conjugal	,634	,402	4,02	,925	,612
43. Problema Relacional com Irmão	,719	,517	3,93	,937	,695
44. Abuso Físico de Criança	,718	,515	4,36	,890	,700
45. Abuso Sexual da Criança	,695	,482	4,37	,911	,675
46. Negligência da Criança	,691	,477	4,40	,844	,673
47. Não adesão ao tratamento	,690	,476	3,64	,966	,675
48. Luto	,676	,457	3,99	,977	,654

Todos os itens obtiveram situações factoriais e correlações corrigidas significativas.

Tabela 14. Número de itens, média, desvio-padrão, alfa de Cronbach, valor-próprio e variância explicada da escala A-DSM-IV

Escala	Nº itens	Amplitude teórica	Amplitude observada	Média	DP	Média reduzida	Alfa	Valor próprio	Variância explicada
A-DSM-IV	48	48-240	110-240	186,63	30,70	3,90	,977	23,74	49,46%

Foi obtido um alfa de Cronbach bastante elevado, .977 e o único factor extraído explica 49,46% da variância.

Concluimos ter a escala A-DSM-IV adequadas propriedades psicométricas para continuarmos o estudo.

6.4.2 Escala “Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP)

Com esta escala pretende-se, igualmente, medir a Percepção da Psicologia Clínica nos CSP”. É semelhante à escala “Adaptação do DSM-IV”. Também aqui a Percepção é medida através de cinco gradientes de respostas, que vão de “*Nada Útil e Pertinente (1) a MUITÍSSIMO Útil e Pertinente (5)*”.

Os itens resultam de temáticas associadas a Áreas, Programas e Projectos, que habitualmente são desenvolvidos nos Centros de Saúde. É constituída por 21 itens relacionados, de forma geral, com os seguintes assuntos: *Programas de Prevenção e Promoção da Saúde; Sexualidade; Gravidez; Planeamento Familiar; Saúde Infantil; Saúde Escolar; Saúde do Adultos; Doença Crónica; Problemas de Gerontologia e Geriatria; e Cuidados Paliativos e Continuados.*

Todos os itens da escala são cotados em sentido directo e quanto maior a cotação final mais os profissionais de saúde consideram útil e pertinente a intervenção da Psicologia Clínica nessas áreas.

Análise psicométrica da escala “Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP)

O método de estudo da dimensionalidade na escala AC-CSP foi utilizado para todas as escalas em estudo, assim como a rotação varimax.

A medida de adequação da amostra KMO foi de .947, e o Bartlett's test of Sphericity foi significativo ($\chi^2(210) = 4502,218, p=.000$).

As comunalidades oscilaram entre ,48 e ,63, com uma média de ,56.

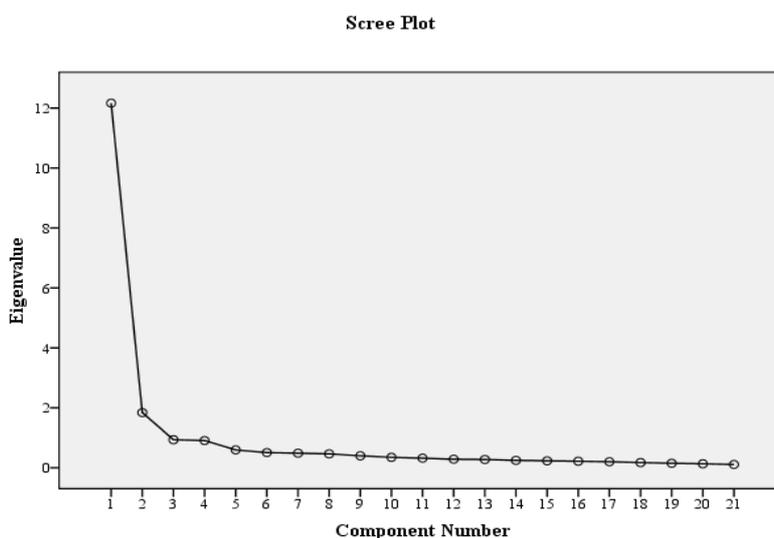


Gráfico 2: Scree plot da escala AC-CSP

Da análise do scree plot é evidente a unidimensionalidade da escala.

Tabela 15: Médias, desvios-padrão, saturações factoriais, comunalidades e correlações corrigidas da escala AC-CSP

Itens	Saturação	h ²	Média	DP	r
1. Programas de Educação para a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Acidentes em que o comportamento está fortemente implicado	,739	,547	3,694	,982	,711
2. Educação na Concepção e Planeamento Familiar	,739	,546	3,358	1,016	,711
3. Gravidez e Saúde Materna	,748	,560	3,403	,989	,721
4. Gravidez Precoce (não ajustada à idade e não planeada)	,733	,537	3,992	,918	,702
5. Sexualidade em todo o Ciclo de Vida	,780	,609	3,428	,952	,754
6. Sexualidade específica da Adolescência	,769	,592	3,762	,921	,742
7. Insucesso Escolar	,734	,538	3,983	,853	,702
8. Saúde Infantil	,739	,546	3,434	,991	,710
9. Comissão de Protecção de Menores	,739	,547	4,037	,929	,709
10. Equipa Multiprofissional de Diagnóstico e Encaminhamento	,724	,524	3,867	,962	,693
11. PIIP. Projecto Integrado de Intervenção Precoce	,689	,475	3,975	,904	,655
12. Saúde Escolar	,773	,598	3,584	,884	,746
13. Obesidade Infantil/Comportamento Alimentar	,786	,617	3,872	,934	,758
14. Saúde de Adultos	,800	,640	3,269	,970	,774
15. Saúde Ocupacional	,802	,643	3,292	,954	,777
16. Doença Crónica (ex: oncológicas, cardiovasculares, pulmonares, diabetes, HTA, etc.)	,739	,545	3,737	1,023	,708

Itens	Saturação	h ²	Média	DP	r
17. Visitação Domiciliária	,792	,628	3,543	1,041	,766
18. Problemas da Geriatria e Gerontologia	,797	,635	3,679	,943	,771
19. Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados	,745	,556	4,037	,911	,715
20. Humanização e Qualidade dos Cuidados de Saúde	,799	,639	3,794	,966	,773
21. Parcerias com outras Entidades Locais em Projectos de Saúde Comunitária	,787	,620	3,770	,969	,759

Todos os itens obtiveram saturação e correlações corrigidas significativas.

Tabela 16: Número de itens, média, desvio-padrão, alfa de Cronbach, valor-próprio e variância explicada da escala AC-CSP

Escala	Nº itens	Amplitude teórica	Amplitude observada	Média	DP	Média reduzida	Alfa	Valor próprio	Variância explicada
AC-CSP	21	21-105	36-105	77,511	15,207	3,69	.963	12.140	57.809

A escala explica cerca 58% da variância e o alfa de Cronbach obteve um valor muito elevado, de .963. A escala demonstrou possuir propriedades métricas adequadas à sua utilização no estudo.

6.4.3 Escala “Percepção da Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral” (PC-PG)

Esta escala foi construída para medir a Percepção que os sujeitos da amostra têm da Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral, mas sempre muito associada aos CSP.

É constituída por 18 itens, construídos com frases afirmativas, que implicam ora conhecimento, ora opinião, acerca da Psicologia Clínica.

O item 16 foi eliminado porque, aquando do tratamento estatístico, as respostas evidenciaram consistência baixa e será apenas objecto de análise qualitativa.

Resultam, assim, duas dimensões da escala Uma mede a Percepção, constituída por itens de Opinião, e a outra dimensão mede a Percepção, enquanto formada por itens de Conhecimento. Os 11 itens de Opinião são os

seguintes: 1,2,7,8,9,10,11,12,13,14 e15; e os 7 itens de Conhecimento são: 3,4,5,6,17,18 e 19.

Os itens de “Opinião” referem-se, de forma geral, aos contributos que a Psicologia Clínica pode dar na resolução de determinados problemas de saúde das populações, ou acerca da Psicologia Clínica, enquanto profissão. Os itens de conhecimento referem-se a afirmações, acerca da Psicologia Clínica enquanto profissão, que podem estar correctas ou não.

Apresentam-se, como exemplo da dimensão “Opinião”, os itens 8, 13 e 15, respectivamente: *“Os contributos da Psicologia Clínica são fundamentais para levar a cabo projectos de promoção da saúde e de prevenção de doenças, em especial aquelas nas quais o comportamento está implicado”*; *“É cada vez mais necessária e urgente a integração da Psicologia Clínica nos CSP”*; *“Acho que a Psicologia Clínica é, simultaneamente, uma Arte e uma Ciência”*. No que respeita à dimensão “Conhecimento” apresentam-se, como exemplo, os itens 5, 17 e 18, respectivamente: *“Conheço o Conteúdo Funcional do Psicólogo Clínico”*; *Os Psicólogos Clínicos prescrevem psicofármacos em determinadas situações clínicas*; *“A consulta da Especialidade em Psicologia Clínica insere-se no vasto conjunto de consultas das Especialidades Médicas”*.

Tal como nas escalas anteriores, também é utilizado um sistema de quantificação tipo *Likert*, com cinco gradientes, que vão do *“Discordo Totalmente (1); Discordo (2); Concordo (3); Concordo Muito (4); e Concordo Muitíssimo” (5)*.

Os itens são, na sua maioria, cotados na directa, excepto os seguintes: 17,18 e 19.

Na dimensão da escala relativa à “Opinião”, quanto mais elevado for a pontuação mais favorável é a Percepção dos sujeitos acerca da Psicologia Clínica. Na dimensão “Conhecimento”, uma pontuação mais elevada significa um melhor conhecimento que os elementos da amostra têm acerca da Psicologia Clínica.

Análise psicométrica da Escala “Percepção da Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral” (PC-PG)

A escala PC-PG foi forçada a dois factores para unificar a reprodução empírica do agrupamento teórico dos itens em “Conhecimento” e “Opinião”.

A medida de adequação da amostra KMO foi de .875, e o Bartlett’s test of Sphericity foi significativo ($\chi^2(171) = 2134,438, p=.000$).

As comunalidades oscilaram entre .16 e .67, com uma média de .41.

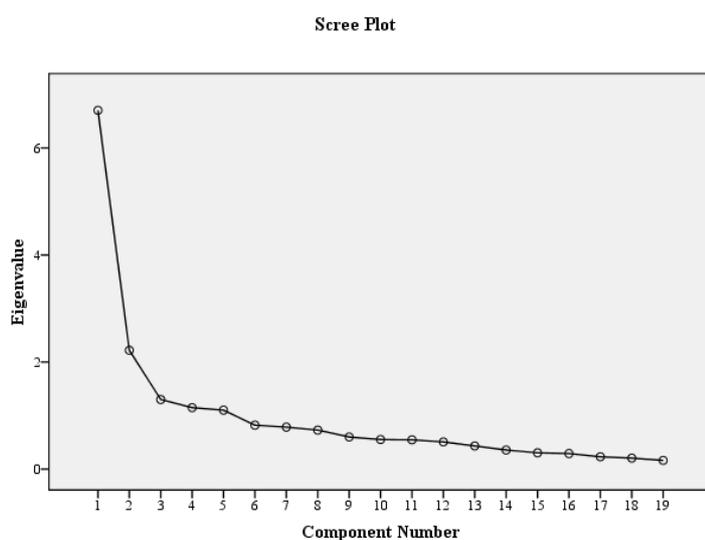


Gráfico 3: Scree plot da escala PC-PG

A análise do scree plot deixa antever a existência de dois factores na escala.

Tabela 17: Médias, desvios-padrão, saturações factoriais, comunalidades e correlações corrigidas da escala PC-PG

Itens	Saturação		h ²	Média	DP	r
1. A área da Psicologia Clínica é a que melhor pode corresponder às necessidades de formação contínua dos funcionários nos CSP, no que respeita à temática da Comunicação e Relações Interpessoais.	,674	,291	,538	3,296	,830	,639
2. No geral, a Psicologia Clínica está a revelar-se uma boa alternativa na resolução de problemas de saúde, resultantes dos estilos de vida contemporânea na medida em que intervém nos componentes psicossociais da doença.	,728	,172	,560	3,395	,761	,686
3. Para Ingressar na Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde é necessário ser detentor da Especialidade Psicologia Clínica	,206	,478	,271	2,730	,965	,350

Itens	Saturação		h ²	Média	DP	r
4. Os Psicólogos Clínicos têm uma Carreira Legal que lhes define Categorias e Conteúdo Funcional.	,297	,466	,305	3,175	,762	,428
5. Conheço o Conteúdo Funcional do Psicólogo Clínico.	,128	,621	,403	2,239	,852	,432
6. Os Psicólogos Clínicos podem criar Serviços ou Unidades Funcionais.	,387	,478	,379	2,743	,838	,453
7. O papel profissional dos Psicólogos Clínicos nos CSP é diferente do seu papel noutros Serviços de Saúde (Hospitais e Centros de Saúde Mental).	,310	,257	,163	2,831	1,000	,306
8. Os contributos da Psicologia Clínica são fundamentais para levar a cabo projectos de promoção da saúde e de prevenção das doenças, em especial aquelas nas quais o comportamento está implicado.	,778	-,027	,607	3,568	,837	,694
9. O contributo da Psicologia Clínica nos CSP é fundamental para ajudar a modificar os padrões de consumo inadequado de consultas.	,762	,124	,595	3,362	,882	,716
10. O contributo da Psicologia Clínica é fundamental para ajudar na adesão aos tratamentos e no aumento da qualidade de vida dos sujeitos doentes.	,806	,123	,664	3,407	,892	,767
11. A intervenção da Psicologia Clínica nos CSP é fundamental para ajudar a reduzir os custos com exames e tratamentos	,746	,177	,587	3,091	,886	,711
12. A intervenção da Psicologia Clínica nos CSP é fundamental para ajudar a lidar com crises pessoais e/ou familiares, motivos frequentes de consulta em Clínica Geral/Medicina Familiar.	,815	-,021	,665	3,613	,808	,739
13. É cada vez mais necessária e urgente a integração da Psicologia Clínica nos CSP.	,810	,039	,657	3,749	,909	,735
14. A Psicologia Clínica merece toda a credibilidade como parceira no plano de intervenção sobre as necessidades dos indivíduos, famílias e populações.	,811	,047	,660	3,781	,852	,744
15. Acho que a Psicologia Clínica é simultaneamente uma Arte e uma Ciência.	,614	,203	,418	3,259	,897	,567
16. Penso que a Psicologia Clínica é uma Área difusa, de difícil entendimento.	,208	-,541	,336	(2,272)	-	-
17. Os Psicólogos Clínicos prescrevem psicofármacos em determinadas situações clínicas.	-,126	,584	,357	3,880	,804	,267
18. A consulta da Especialidade em Psicologia Clínica insere-se no vasto conjunto de consultas das especialidades médicas.	,068	,661	,442	3,270	,877	,484
19. A consulta de Psicologia Clínica é comparticipada se o responsável pelo processo psicoterapêutico for um psicólogo especialista em Psicologia Clínica.	,229	,510	,313	3,200	,797	,374

Tabela 18: Número de itens, média, desvio-padrão, alfa de Cronbach, valor-próprio e variância explicada da escala PC-PG

Escala	Nº itens	Amplitude teórica	Amplitude observada	Média	DP	Média reduzida	Alfa	Valor próprio	Variância explicada
PC-PG Opinião	11	11 – 55	25-54	37,353	6,9322	3,35	,909	6,700	35,261
PC-PG Conhecimento	7	7 – 35	13 – 23	18,539	3,4926	3,45	,689	2,221	11,687

Os dois factores em conjunto explicam 46,95% da variância total. Quanto ao alfa de Cronbach o factor 1 obteve um valor de .909 e o factor 2 um valor modesto de .689, ainda assim aceitável para efeitos de investigação.

6.4.4 Escala “Trabalho que os Psicólogos Deviam Desenvolver” (PC-TDD)

A escala (PC-TDD) mede outra dimensão da Percepção. É constituída por 19 itens. São apresentados sob a forma de afirmações, acerca do trabalho que os psicólogos deveriam desenvolver ao nível dos CSP.

Os profissionais de saúde são convidados a classificar essas afirmações através de um sistema de quantificação tipo *Likert*, com cinco gradientes, do “*Discordo Totalmente (1); Discordo (2); Concordo (3); Concordo Muito (4); até ao Concordo Muitíssimo (5)*”.

Todos os itens são cotados na directa, de 1 a 5. Assim, quanto mais elevada for a cotação mais significativa é a percepção que os técnicos de saúde têm acerca da Psicologia Clínica, o que se traduz numa maior concordância com as actividades desta, declaradas nos itens.

A percepção não será considerada melhor ou pior, mas será analisada, sem adjectivos, tendo em conta os objectivos deste trabalho.

Os itens 17 e 18 foram eliminados, aquando do tratamento estatístico, porque as respostas evidenciaram consistência baixa. Por isso, serão objecto de análise qualitativa.

Apresentam-se, como exemplo de itens desta escala, os itens 2, 5 e 8, respectivamente: “*Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam promover o*

desenvolvimento de competências e aptidões nos outros técnicos de saúde de forma a prevenir o stress ocupacional; Os Psicólogos Clínicos nos CSP deveriam dar a conhecer melhor os Modelos Gerais de Colaboração e Articulação com as Equipas de CSP; O Trabalho dos Psicólogos Clínicos nos CSP deverá ir muito além do atendimento dos casos referenciados pelos médicos de família; A actividade principal da Psicologia Clínica nos CSP deveria ser a de aplicar testes psicológicos e consequente elaboração de relatórios psicológicos, pedidos por outros profissionais”.

Análise psicométrica da escala (PC-TDD)

Foi efectuada uma análise psicométrica com rotação varimax.

A medida de adequação da amostra KMO foi de .913, e o Bartlett's test of Sphericity foi significativo ($\chi^2(210) = 3042,015, p=.000$).

As comunalidades oscilaram entre ,02 e ,62, com uma média de ,03.

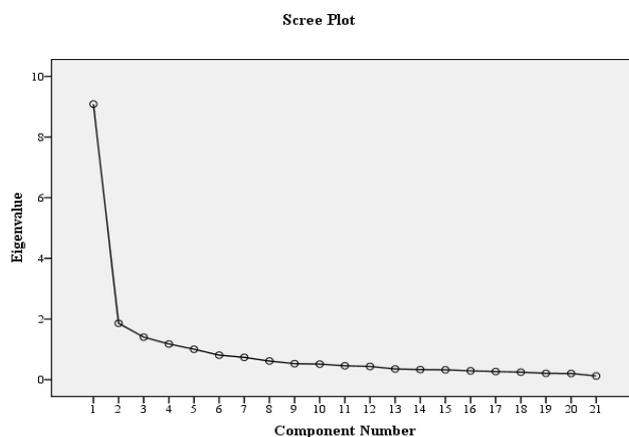


Gráfico 4: Scree plot da escala PC-TDD

Da análise do scree plot podemos concluir ser a escala tendencialmente unidimensional.

Tabela 19: Médias, desvios-padrão, saturações factoriais, comunalidades e correlações corrigidas da escala PC-TDD

Itens	Saturação	h ²	Média	DP	r
1. A Área da Psicologia Clínica deve dar um forte contributo para a Formação dos funcionários nos CSP, na área das Relações Interpessoais, no que respeita à comunicação entre Profissional-Utente e Profissional-Profissional.	,788	,621	3,554	,823	,750

Itens	Saturação	h ²	Média	DP	r
2. Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam promover o desenvolvimento de competências e aptidões nos outros técnicos de saúde de forma a prevenir o stress ocupacional.	,764	,584	3,656	,819	,723
3. Na consulta de Psicologia Clínica deveriam atender-se, em primeiro lugar, os funcionários da Instituição, pela via do Serviço Interno de Saúde Ocupacional nos CSP (primeiro cuidar dos cuidadores).	,603	,364	3,261	1,018	,551
4. Os Psicólogos Clínicos nos CSP deveriam divulgar mais e melhor, junto de outros técnicos de saúde, as potencialidades da Intervenção Psicológica nos CSP.	,676	,457	3,723	,830	,628
5. Os Psicólogos Clínicos nos CSP deveriam dar a conhecer melhor os Modelos Gerais de Colaboração e Articulação com as Equipas de CSP.	,704	,495	3,690	,838	,660
6. As Equipas de CSP também deveriam ser apoiadas, entre outras formas, por um Processo de Consultadoria (que identifica, clarifica e sugere opções para a resolução de problemas), através da Área de Psicologia Clínica.	,776	,602	3,399	,753	,741
7. Um “Serviço de Psicologia Clínica” dos CSP deveria traduzir-se na criação duma Consulta de Psicologia em todos os Centros de Saúde.	,677	,459	3,650	,878	,623
8. O Trabalho dos Psicólogos Clínicos nos CSP deverá ir muito além do atendimento dos casos referenciados pelos médicos de família.	,795	,633	3,565	,910	,761
9. O papel profissional dos Psicólogos Clínicos nos CSP deverá apostar mais na prevenção dos problemas e na promoção da saúde das populações do que no atendimento de casos isolados.	,566	,321	3,392	,955	,525
10. Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam levar a cabo Estudos Psicológicos a Indivíduos e a Grupos Populacionais para fins de Prevenção e Tratamento.	,755	,571	3,504	,761	,718
11. A Intervenção da Psicologia Clínica dos CSP devia incidir prioritariamente nos problemas que surgem desde a Concepção até à Adolescência.	,394	,155	3,061	,926	,351
12. Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam contribuir para projectos de promoção da saúde e de prevenção das doenças, em especial aquelas nas quais o comportamento está implicado.	,766	,587	3,550	,782	,726
13. Os Psicólogos Clínicos dos CSP poderiam ajudar a modificar os padrões de consumo inadequado de consultas.	,691	,477	3,398	,781	,649
14. Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam ajudar na adesão aos tratamentos e no aumento da qualidade de vida dos sujeitos doentes.	,754	,568	3,433	,769	,711
15. A intervenção da Psicologia Clínica dos CSP deveria ajudar a reduzir os custos com exames e tratamentos.	,675	,455	3,212	,829	,630
16. A intervenção dos Psicólogos Clínicos dos CSP deveria ajudar a lidar com as crises pessoais e/ou familiares, inerentes ao ciclo de vida familiar.	,732	,535	3,714	,770	,684
17. A actividade principal da Psicologia Clínica nos CSP deveria ser a de aplicar testes psicológicos e consequente elaboração de relatórios psicológicos, pedidos por outros profissionais.	,157	,025	(2,520)	-	-
18. A principal actividade da Psicologia Clínica nos CSP deveria ser as Psicoterapias Individuais.	,141	,020	(2,467)	-	-

Itens	Saturação	h ²	Média	DP	r
19. As actividades da Área da Psicologia Clínica dos CSP (Clínica, Avaliação, Formação, Investigação, etc.) deveriam ser coordenadas por um Psicólogo Clínico.	,608	,370	3,227	,814	,556
20. A Avaliação do Desempenho dos Psicólogos Clínicos de cada Centro de Saúde, deveria estar a cargo do Psicólogo Coordenador do Serviço de Psicologia da SRSC.	,562	,316	3,207	,760	,511
21. Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam integrar o Staff (Órgão Consultivo) da Gestão e Planeamento em Saúde, ao nível dos Órgãos Centrais (ARS) e Locais (CS e SRSC), ajudando na tomada de decisões que estejam relacionadas com: motivação, rendimento, satisfação, condições de trabalho etc.	,685	,469	3,209	,802	,639

Foram excluídos os itens com saturação e comunalidades inferiores. Os restantes itens obtiveram correlações corrigidas significativas.

Tabela 20: Número de itens, média, desvio-padrão, alfa de Cronbach, valor-próprio e variância explicada da escala PC-TDD

Escala	Nº itens	Amplitude teórica	Amplitude observada	Média	DP	Média reduzida	Alfa	Valor próprio	Variância explicada
PC-TDD	19	19-95	38-95	65,406	10,749	3,44	,934	9,085	43,261

A escala é composta por 19 itens e a sua pontuação pode variar entre 19, que corresponde à menor concordância possível, e 95 que vai então corresponder à máxima concordância possível. O alfa de Cronbach obtido foi de .934. A escala apresenta boas propriedades métricas.

6.4.5 Questionário Demográfico

Este questionário também foi elaborado, especificamente, para este estudo, e trata-se da última parte do instrumento de colheita de dados. Nas variáveis de identificação consideramos o ano de nascimento (para cálculo da idade), ano de licenciatura, estado civil, profissão, local habitual de trabalho dentro da instituição (sede ou extensão). Foram elaboradas outras questões de resposta fechada, do tipo “Sim” e “Não”, para obter um melhor conhecimento da amostra em outras variáveis independentes. Os sujeitos são questionados sobre se esta investigação ajuda a conhecer melhor a área de Psicologia

Clínica nos CSP; se possuem formação ou frequentaram formação na área de Psicologia Clínica; se existe a área de Psicologia Clínica no centro de saúde em que trabalham e; se trabalham ou trabalharam em equipa com psicólogos clínicos.

Com a elaboração destas questões pretendia-se pesquisar e descrever possíveis diferenças na “Percepção”, em função das respostas dadas e das características biográficas.

6.5 PROCEDIMENTOS

O planeamento da colheita dos dados teve duas fases, que se apresentam a seguir:

1ª Fase – Nesta fase, procedeu-se à “Estratificação” dos Centros de Saúde em 3 Zonas Geográficas:

- Litoral (Mira, Figueira da Foz, Cantanhede, Montemor-o-Velho, Soure);
- Centro (Condeixa-a-Nova, Celas, Eiras, Fernão Magalhães, Norton de Matos, Santa Clara, S. Martinho do Bispo);
- Interior (Penela, Miranda do Corvo, Lousã, V. N. Poiares, Penacova, Tábua, Arganil, Góis, Pampilhosa da Serra, Oliveira do Hospital).

2ª Fase – Nesta fase, foram extraídas, aleatoriamente, metade das Unidades de Saúde, com excepção das que participaram no pré-teste (Cantanhede e Condeixa-a-Nova), mas que fizeram parte da amostra, por motivos de conveniência, por serem o meu local de trabalho e por e ser o local da minha residência, respectivamente. Os sujeitos da amostra, nestes dois Centros de Saúde, não participaram no pré-teste.

A amostra ficou, assim representada pelos seguintes Centros de Saúde:

- Litoral (Figueira da Foz, Montemor-o-Velho, Cantanhede);
- Centro (Eiras, Fernão Magalhães, Santa Clara, Condeixa-a-Nova);
- Interior (Penela, Miranda do Corvo, Arganil, Pampilhosa da Serra, Oliveira do Hospital).

A fase da colheita dos dados decorreu de Fevereiro a Abril de 2006. Dadas as características da população a estudar, desde a sua dispersão geográfica ao tipo de actividade que cada área profissional desenvolve, foi necessário desenvolver uma estratégia que permitisse recolher o maior número de dados. Iniciamos esta tarefa por um contacto telefónico prévio, a cada Director dos Centros de Saúde seleccionados, e marcamos o dia da recolha dos dados. Na maioria dos Centros de Saúde, a colheita dos dados coincidiu com o dia das reuniões e, assim, foi possível reunir o máximo de profissionais. Deslocamo-nos pessoalmente a todos os Centros de Saúde, explicando o propósito do estudo, entregando em mão cada um dos questionários e fazendo a recolha a seguir.

Nesse contexto, os sujeitos puderam colocar as suas dúvidas no momento da aplicação do instrumento de colheita de dados, não havendo nenhum profissional presente que se tenha recusado a responder. Assim, aumentou-se significativamente a amostra, porque foram inutilizados apenas dez questionários.

Por ausência de alguns profissionais nas reuniões, houve a necessidade de deixar questionários para os mesmos responderem, sendo recolhidos uma semana depois.

A estratégia de colheita de dados utilizada, caracterizada por um curto período de tempo, em que os sujeitos respondiam no dia e no momento em que era apresentado o estudo e os seus objectivos, aproveitando o clima de encontro de reunião de serviço, gerida pelos diversos directores, terá, certamente, diminuído os vieses e aumentado a qualidade dos dados recolhidos.

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Como já foi referido anteriormente, neste estudo foram desenvolvidas quatro escalas para avaliar igualmente quatro aspectos distintos da percepção dos técnicos sobre o papel da psicologia clínica nos centros de saúde. Passamos a descrever os procedimentos adoptados

Tratando-se da construção de escalas foi necessário efectuar estudos de validação, nomeadamente a sua análise psicométrica (Vallejo; Sanz. & Blanco, 2003; Netemeyer, Bearden, & Sharma, 2003).

O primeiro passo na análise psicométrica consiste no estudo da dimensionalidade da escala. A dimensionalidade das escalas em estudo foi apurada com recurso à Análise em Componentes Principais (ACP) por ser largamente utilizada e recomendada nos procedimentos psicométricos (Stevens, 1986). A ACP em termos matemáticos não é equivalente à Análise Factorial mas, na prática, é utilizada com os mesmos objectivos e com interpretação idêntica.

Foi calculado o índice de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que como o próprio nome indica é um índice que nos informa acerca do grau de adequação da amostra à factorização (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1995). Para Kaiser (1974) um valor de .90 neste índice poderia ser considerado “maravilhoso”, .80 “meritório e .70 ”mediano”. Será também considerado o Bartlett's Test of Sphericity para a avaliação da factorabilidade da matriz de correlações (Catena, Ramos, & Trujillo, 2003).

Clarificado o método de extracção dos factores importa referir quais as estratégias utilizadas para a retenção de factores, ou seja, como foi suportada a decisão de qual o número de factores a reter em cada escala (Yela, 1997). Para determinar o número de factores a reter foi analisado o scree plot de Cattell e considerada a variância explicada por cada factor (Pasquali, 2003, Hair, et al., 1995).

Após a extracção dos factores é habitual o recurso à sua rotação com o objectivo de obter uma estrutura factorial mais interpretável. Na rotação da matriz factorial a variância dos factores é redistribuída de modo a obter um padrão factorial mais simples e mais significativo teoricamente. Na rotação ortogonal (como é o caso da rotação varimax) os ângulos entre os eixos são mantidos. Na rotação oblíqua (como é o caso da rotação oblimin) os eixos podem ter ângulos variáveis. Isto significa que se assume teoricamente a

possibilidade das dimensões estarem correlacionadas (Hair, Anderson, Tatham Black, 1995; Yela, 1997).

A saturação factorial é a correlação entre o factor e o item (Yela, 1997). Para determinar quais as saturações factoriais significativas Stevens (1986) propõe como critério a duplicação do valor crítico da correlação para $p < .01$, considerado o tamanho da amostra. Tabachnick e Fidell (2007) sugerem .32 como uma boa regra de ouro para a saturação de um item no factor, o que significa que o item partilha aproximadamente 10% de variância com os outros itens que saturam no factor. Na bibliografia encontram-se outros critérios baseados em convenções, mas destacamos o valor crítico de .40 por ser muito utilizado.

Para todos os itens em cada escala são apresentadas as comunalidades. A comunalidade é a medida em que o item em questão pode ser explicado pelos outros itens. Um valor ideal para as comunalidades é acima de .40, mas é satisfatório se o factor contiver vários itens nestas condições (Hair, Anderson, Tatham, Black, 1995).

Para cada item foi calculada a média, o desvio-padrão e a homogeneidade (correlação do item com a escala excepto o próprio item). Para a correlação ser sensível ao tamanho da amostra foi considerado um nível de significância de .01. Um item é homogéneo relativamente a um teste se tende a medir o mesmo que os restantes itens do teste (Cueto, 1993). O índice de homogeneidade é obtido através da correlação do item com o teste quando é eliminada a influência desse item da pontuação total do teste (correlação item-total corrigida) (Muñiz, 2003; Vallejo, Sanz & Blanco, 2003). Outra designação encontrada na literatura para a homogeneidade é a de índice de discriminação (Muñiz, Fidalgo, Cueto, Martinez & Moreno, 2005). Na palavras de Muñiz (2003) diz-se que um item tem poder discriminativo se distingue ou discrimina, os sujeitos que obtém pontuações altas num teste em relação aqueles que obtém pontuações baixas.

Foi calculado, para cada escala e respectivas subescalas, o valor da consistência interna através do alfa de Cronbach, procedimento considerado

como a melhor estimativa da fidelidade de um teste (Nunnally, 1978; Anastasi, 1990; Cronbach, 1951). Para Nunnally (1978) e Cronbach (1951) um valor de alfa de .70 pode ser considerado aceitável. Para diversos autores um valor de alfa igual ou superior a .80 é considerado bastante bom (Nunnally, 1978; Cronbach, 1951; DeVellis, 1991)

Relativamente ao teste das hipóteses, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA). A ANOVA permite testar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias de uma variável contínua nos níveis de uma variável nominal (Hair et al., 1995). Foi testada a homocedasticidade com o teste de Levene para as variáveis dependentes. A homocedasticidade ou homogeneidade das variâncias significa que tendo dois grupos a comparar a sua variância não difere estatisticamente se $\sigma_1^2 = \sigma_2^2 = \sigma^2$. A prova Brown-Forsythe é utilizada quando se verifica heterocedasticidade na variável dependente entre os níveis da variável independente. Nestes casos a ANOVA não é adequada para a comparação entre os grupos.

O teste de Sheffé foi escolhido para as comparações post hoc por ser o mais adequado a comparações não planeadas (Kiess & Bloomquist, 1985; Reis, 1997; Hair et al., 1995) e foi substituído pelo teste Games-Howell nas situações de heterocedasticidade.

Quando as variáveis em comparação eram ambas nominais foi utilizada a prova estatística Qui-quadrado (χ^2). O teste de Qui-quadrado permite verificar se a distribuição de uma variável é contingente de uma segunda variável, ou seja, se as duas variáveis são estatisticamente independentes. Optámos por não efectuar o cálculo sempre que a tabela de contingência apresentava frequências esperadas inferiores a 5 (Reynolds, 1984; Howell, 2002).

Foi adoptado o nível de significância de $p < .05$ (Howell, 2002) e os cálculos foram efectuados com recurso ao programa SPSS 16.0.

Capítulo VII

7 Apresentação e discussão dos resultados

7.1 RESULTADOS

No final do anterior capítulo foi clarificada a análise estatística, com referência e justificação das estatísticas utilizadas, o grau de significância utilizado e o programa estatístico que permitiu os cálculos.

Tentou-se verificar se podíamos rejeitar a “hipótese nula” e aceitar as hipóteses alternativas.

A seguir são apresentados os resultados, em função de cada uma das hipóteses, previamente, estabelecidas.

Assim, em relação à hipótese “Os sujeitos da amostra (médicos, enfermeiros e técnico de serviço social) que possuem formação na área de Psicologia Clínica obterão pontuações mais elevadas na Percepção acerca da Psicologia Clínica (enquanto Área de Ligação e Prestação de um Serviço aos Indivíduos, Famílias e à Comunidade, nos CSP) do que aqueles que não possuem qualquer formação nessa área”, tal como mostra a tabela 21, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Tabela 21 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função de possuir formação ou ter frequentado formação na área de Psicologia Clínica (fpc2n1)

Escala	fpc2n1	Média	DP	Levene		ANOVA	
				L	p	F	p
A-DSMIV	Sim	191,49	34,67	,773	,380	,552	,458
	Não	186,29	30,11				
CSP	Sim	78,19	16,00	,020	,887	,028	,866
	Não	77,72	14,64				
PCG-C	Sim	21,43	2,58	,133	,716	,862	,354
	Não	20,89	2,52				
PCG-O	Sim	18,83	3,48	,013	,910	,177	,674
	Não	18,49	3,45				
PC-tdd	Sim	67,61	13,46	3,67	,057	,991	,321
	Não	65,17	10,38				

Em relação à hipótese “Os sujeitos que trabalham nos centros de saúde onde existe a área de Psicologia Clínica obterão pontuações mais elevadas na Percepção acerca da Psicologia Clínica quando comparados com aqueles que trabalham em centros de saúde que não possuem essa área”, também não

foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, conforme tabela 22.

Tabela 22 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função da existência ou não da área de Psicologia Clínica no centro de saúde (pccs3n1)

Escala	pccs3n1	Média	DP	Levene		ANOVA	
				L	p	F	p
A-DSMIV	Sim	186,55	33,28	1,055	,305	,000	,985
	Não	186,62	29,30				
CSP	Sim	78,95	13,35	,845	,359	,392	,532
	Não	77,50	16,00				
PCG-C	Sim	21,22	2,22	1,423	,234	,817	,367
	Não	20,87	2,57				
PCG-O	Sim	18,86	2,77	3,289	,071	,731	,394
	Não	18,40	3,62				
PC-tdd	Sim	66,77	11,14	1,810	,180	1,211	,272
	Não	64,94	10,44				

Na hipótese “Os sujeitos com experiência de trabalho com psicólogos clínicos obterão pontuações mais elevadas na Percepção acerca da Psicologia Clínica quando comparados com aqueles que não possuem essa experiência”, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na Percepção da dimensão “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Conhecimento” (PCG-C), como se pode ver pela tabela 23.

Os sujeitos que trabalham ou trabalharam em equipa com psicólogos clínicos obtiveram médias estatisticamente superiores.

Tabela 23 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função de trabalhar ou ter trabalhado em equipa com psicólogos clínicos (wpc4n1)

Escala	wpc4n1	Média	DP	Levene		ANOVA	
				L	p	F	p
A-DSMIV	Sim	192,28	32,82	,574	,449	1,666	,198
	Não	186,06	29,17				
CSP	Sim	79,08	16,03	1,000	,318	,312	,577
	Não	77,76	14,36				
PCG-C	Sim	21,62	2,30	,754	,386	4,368	,038
	Não	20,78	2,56				
PCG-O	Sim	18,66	3,14	,280	,597	,073	,787
	Não	18,51	3,55				
PC-tdd	Sim	65,97	12,69	7,152	,008	,071	,791
	Não	65,45	,312				

Pela tabela 24, e em relação à hipótese “Existem diferenças estatisticamente significativas na Percepção acerca da Psicologia Clínica, entre os sujeitos que trabalham habitualmente nas extensões dos centros de saúde e aqueles que trabalham habitualmente na sede”, podemos constatar que se

verificam diferenças estatisticamente significativas na Percepção da dimensão “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Opinião” (PCG-O).

Os que trabalham habitualmente em extensões dos centros de saúde obtiveram médias significativamente superiores.

Tabela 24 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função do local habitual de trabalho (lwn1)

Escala	lwn1	Média	DP	Levene		ANOVA	
				L	p	F	p
A-DSMIV	Sede	189,90	29,52	3,561	,060	3,453	,065
	Extensão	182,29	31,48				
CSP	Sede	76,78	15,11	,111	,740	1,636	,202
	Extensão	79,34	14,85				
PCG-C	Sede	21,05	2,69	,943	,333	,151	,698
	Extensão	20,91	2,49				
PCG-O	Sede	18,01	3,42	,034	,854	9,775	,002
	Extensão	19,45	3,49				
PC-tdd	Sede	65,57	10,26	2,019	,157	,017	,896
	Extensão	65,38	11,65				

Conforme tabela 25, na hipótese “Diferenças estatisticamente significativas serão obtidas na Percepção acerca da Psicologia Clínica, entre os sujeitos das zonas geográficas interior, centro e litoral”, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na Percepção, em relação às escalas “Adaptação do DSM-IV” (A-DSM-IV) e “Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP).

Na escala “A-DSMIV” os sujeitos que exercem a sua actividade na zona interior pontuaram mais que os seus colegas que exercem no centro e no litoral.

Na escala “CSP” os sujeitos que exercem no centro obtiveram em média pontuações inferiores aos seus colegas que exercem no litoral e no interior.

Tabela 25 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função das zonas a que pertencem os centros de saúde (ncsn1)

Escala	ncsn1	Média	DP	Levene		ANOVA		Post hoc
				L	p	F	p	
A-DSMIV	Litoral	182,65	31,73	,785	,457	5,224	,000	I>L, p=.016 I>C, p=.020
	Centro	182,95	30,23					
	Interior	196,20	27,03					
CSP	Litoral	79,46	14,34	,193	,825	6,278	,002	L>C, p=.018 I>C, p=.006
	Centro	72,96	15,25					
	Interior	80,63	14,54					
PCG-C	Litoral	21,13	2,20	3,064	,049	1,030	,359	
	Centro	20,65	2,63					
	Interior	21,20	2,95					
PCG-O	Litoral	18,94	3,48	1,545	,215	2,241	,109	
	Centro	17,88	3,02					
	Interior	18,55	3,91					
PC-tdd	Litoral	65,01	12,03	2,222	,111	,923	,399	
	Centro	64,55	9,79					
	Interior	66,78	10,23					

Em relação à hipótese “Serão obtidas diferenças estatisticamente significativas na Percepção acerca da Psicologia Clínica, em função do estado civil”, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas conforme mostra a tabela 26.

Tabela 26 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função do estado civil (ecivn1)

Escala	ecivn1	Média	DP	Levene		ANOVA	
				L	p	F	p
A-DSMIV	Casado	187,48	31,35	2,159	,118	,465	,629
	Solteiro	182,11	22,85				
	Divorciado	184,57	32,09				
CSP	Casado	77,84	15,37	1,833	,162	,828	,438
	Solteiro	75,65	12,86				
	Divorciado	81,05	11,29				
PCG-C	Casado	37,73	6,90	,119	,888	1,612	,202
	Solteiro	35,38	6,80				
	Divorciado	37,90	7,37				
PCG-O	Casado	21,03	2,66	,426	,514	,000	,995
	Solteiro	21,03	2,51				
	Divorciado	21,03	2,63				
PC-tdd	Casado	65,57	10,88	1,578	,209	,301	,741
	Solteiro	63,96	8,87				
	Divorciado	65,30	12,95				

No que respeita à hipótese “Há diferenças estatisticamente significativas na Percepção entre os médicos e os enfermeiros”, pela análise da tabela 27, encontram-se diferenças estatisticamente significativas da Percepção dos grupos, nas escalas “Adaptação do DSM-IV” (A-DSM-IV) e “Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP). Não foi possível fazer a comparação de médias com o terceiro grupo, dos Técnicos de serviço social devido ao seu número reduzido.

Os enfermeiros obtêm pontuações significativamente superiores, nas escalas “A-DSMIV” e “CSP”, em relação aos médicos.

Tabela 27 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função da profissão (cpn1)

Escala	cpn1	Média	DP	Levene		ANOVA	
				L	p	F	p
A-DSMIV	Médico	180,79	31,32	1,120	,291	5,853	,016
	Enfermeiro	190,46	29,19				
CSP	Médico	74,64	14,75	,003	,960	6,445	,012
	Enfermeiro	79,68	15,06				
PCG-C	Médico	21,29	2,83	2,156	,143	1,802	,181
	Enfermeiro	20,83	2,37				
PCG-O	Médico	18,70	3,59	,427	,514	,215	,643
	Enfermeiro	18,49	3,44				
PC-tdd	Médico	63,85	10,86	,103	,749	3,860	,051
	Enfermeiro	66,66	10,66				

Em relação à hipótese “Os sujeitos dos grupos etários mais novos da amostra obterão pontuações mais elevadas na Percepção acerca da Psicologia Clínica, que os dos grupos etários mais velhos”, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na Percepção, em função da idade, nas escalas “Adaptação do DSM-IV” (A-DSM-IV) e “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Conhecimento” (PCG-C). Ver tabela 28.

Na escala “A-DSMIV” os sujeitos com idades entre os 37 e os 46 anos obtêm médias significativamente superiores aos mais jovens (<37 anos) e aos mais velhos (entre 47 e 66 anos).

Na escala “PCG-C” são os sujeitos com idades entre os 47 e 66 anos que se distinguem dos que têm menos de 37 anos.

Tabela 28 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função da idade (idn1)

Escala	idn1	Média	DP	Levene		ANOVA		Post hoc
				L	p	F	p	
A-DSMIV	47-66	179,40	31,76	1,34	,265	5,96	,003	(37-46)>(47-66), p=.007 (37-46)>(<37), p=.041
	37-46	194,92	28,11					
	<37	190,82	26,96					
CSP	47-66	76,46	15,78	,720	,488	1,25	,289	
	37-46	80,43	14,14					
	<37	77,49	13,89					
PCG-C	47-66	21,30	2,73	,990	,373	4,82	,009	(47-66)>(<37), p=.041
	37-46	21,25	2,12					
	<37	20,13	2,49					
PCG-O	47-66	18,69	3,39	,105	,900	,533	,587	
	37-46	18,08	3,36					
	<37	18,48	3,76					
PC-tdd	47-66	64,70	10,92	1,258	,286	1,44	,240	
	37-46	67,49	10,96					
	<37	64,57	9,51					

Como se pode ver pela tabela 29, em relação à hipótese “Os sujeitos da amostra que terminaram a licenciatura há menos tempo obterão pontuações mais elevadas na Percepção acerca da Psicologia Clínica que os sujeitos com mais anos de actividade”, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na Percepção, nas escalas “Adaptação do DSM-IV” (A-DSM-IV), “Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP) e “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Conhecimento” (PCG-C).

Na escala “A-DSM” os sujeitos cujas licenciaturas foram concluídas depois de 1990 apresentaram médias significativamente superiores aos que terminaram entre 1960 e 1979.

Na escala “CSP” os sujeitos que terminaram a licenciatura entre 1990 e 1999 apresentam médias significativamente superiores aos que terminaram entre 1980 e 1989.

Na dimensão “PCG-C” os sujeitos licenciados entre 1960 e 1979 apresentam médias significativamente superiores aos licenciados depois de 2000.

Tabela 29 – Médias, desvios-padrão e ANOVA da Percepção em função do ano de licenciatura (al1n1)

Escala	al1n1	Média	DP	Levene		ANOVA		Post hoc
				L	p	F	p	
A-DSMIV	1960-1979	175,95	30,57	,599	,616	7,936	,000	1990-1999>1960-1979, p=.001 (≥ 2000)>1960-1979, p=.008 1990-1999>(≥ 2000), p=.008
	1980-1989	176,61	30,88					
	1990-1999	199,50	27,49					
	≥ 2000	192,46	27,89					
CSP	1960-1979	74,30	15,39	,710	,547	4,001	,008	1990-1999>1980-1989, p=.041
	1980-1989	71,56	16,45					
	1990-1999	80,91	13,43					
	≥ 2000	79,57	13,90					
PCG-C	1960-1979	21,55	2,49	2,189	,090	2,970	,035	1960-1979 > (≥ 2000), p=.049
	1980-1989	20,56	3,39					
	1990-1999	21,41	2,44					
	≥ 2000	20,34	2,57					
PCG-O	1960-1979	18,50	3,00	3,44	,018	,354	,786	
	1980-1989	18,45	3,32					
	1990-1999	18,75	4,51					
	≥ 2000	18,09	2,95					
PC-tdd	1960-1979	62,93	10,76	,602	,615	2,351	,073	
	1980-1989	62,84	9,72					
	1990-1999	67,13	10,05					
	≥ 2000	66,43	10,68					

Além da verificação das hipóteses levantadas quisemos saber da distribuição das respostas “Sim” ou “Não” às seguintes questões do estudo em função da profissão e das zonas a que pertencem os centros de saúde:

- *Este trabalho de investigação é fundamental para ajudar a conhecer a área de Psicologia Clínica nos CSP”?*
- *Possui formação ou frequentou formação na área de Psicologia Clínica?*
- *Existe a área de Psicologia Clínica no centro de saúde em que trabalha?*
- *Já trabalhou ou trabalha em equipa com psicólogos clínicos?*
- *“Local habitual de trabalho”*

Usamos o teste Qui-Quadrado (χ^2) por se tratar de variáveis com nível de mensuração nominal. Os resultados são apresentados a seguir.

Assim, conforme a tabela 30 mostra, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as profissões, pelo facto de terem ou não participado em acções de formação na área da Psicologia Clínica.

Tabela 30 – Distribuição da Profissão (cpn1) em função de ter frequentado ou possuir formação na área da Psicologia Clínica (fpc2n1)

		Profissão (cpn1)			χ^2	p
		Médico	Enfermeiro	Total		
Possuir formação ou ter frequentado formação na área de Psicologia Clínica (fpc2n1)	Sim	9 10,3%	12 9,3%	21 9,7%	,000	,984
	Não	78 89,7%	117 90,7%	195 90,3%		
	Total	87 100,0%	129 100,0%	216 100,0%		

Pela tabela 31, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas respostas dos grupos profissionais em relação à questão “*Existe a área de Psicologia Clínica no centro de saúde em que trabalha?*”.

Tabela 31 – Distribuição da Profissão (cpn1) em função da existência da área de Psicologia Clínica no centro de saúde (pccs3n1)

		Profissão (cpn1)			χ^2	p
		Médico	Enfermeiro	Total		
Existência da área de Psicologia Clínica no seu centro de saúde (pccs3n1)	Sim	24 28,2%	29 22,1%	53 24,5%	,732	,392
	Não	61 71,8%	102 77,9%	163 75,5%		
	Total	85 100,0%	131 100,0%	216 100,0%		

Pela tabela 32, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre médicos e enfermeiros pelo facto de ter ou não experiência de trabalho em equipa com psicólogos clínicos.

Tabela 32 – Distribuição da Profissão (cpn1) em função de ter trabalhado ou trabalhar em equipa com Psicólogos Clínicos (wpc4n1)

		Profissão (cpn1)			χ^2	p
		Médico	Enfermeiro	Total		
Trabalhou ou trabalha em equipa com Psicólogos Clínicos (wpc4n1)	Sim	22 26,2%	24 18,3%	46 21,4%	1,446	,229
	Não	62 73,8%	107 81,7%	169 78,6%		
	Total	84 100,0%	131 100,0%	215 100,0%		

Tal como nas situações anteriores e, como mostra a tabela 33, os Médicos e os Enfermeiros não deram respostas com diferenças estatisticamente significativas à questão *Este trabalho de investigação é fundamental para ajudar a conhecer a área de Psicologia Clínica nos CSP*?

Tabela 33 – Distribuição da Profissão (cpn1) em função das respostas à questão “importância deste estudo para ajudar a conhecer a área de Psicologia Clínica nos CSP (dgnst1n1)”

		Profissão (cpn1)			χ^2	p
		Médico	Enfermeiro	Total		
Importância deste estudo para ajudar a conhecer a área de Psicologia Clínica nos CSP (dgnst1n1)	Sim	77 93,9%	126 95,5%	203 94,9%	,033	,856
	Não	5 6,1%	6 4,5%	11 5,1%		
	Total	82 100,0%	132 100,0%	214 100,0%		

O mesmo sucede em relação à questão *“Local habitual de trabalho”*, também não se verificando diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos.

Tabela 34 – Distribuição da Profissão (cpn1) em função do local habitual de trabalho (lwn1)

		Profissão (cpn1)			χ^2	p
		Médico	Enfermeiro	Total		
Local habitual de trabalho (lwn1)	Sede	56 60,2%	84 60,9%	140 60,6%	,000	1,000
	Extensão	37 39,8%	54 39,1%	91 39,4%		
	Total	93 100,0%	138 100,0%	231 100,0%		

A seguir são apresentadas as distribuições das respostas às questões já referidas em função das zonas a que pertencem os centros de saúde.

Assim, conforme a tabela 35 mostra, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas respostas dos profissionais na variável *“Este estudo para ajudar a conhecer a área de Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde”*, em função da zona em que exerce a sua actividade profissional.

Apesar do reduzido número de sujeitos que responderam não (n=11), a sua maioria trabalha no litoral (72,7%).

Tabela 35 – Distribuição das respostas à questão “Importância deste estudo para ajudar a conhecer a área de Psicologia Clínica nos CSP (dgnst1n1)” em função da zona do centro de saúde (ncsn1)

		Este estudo para ajudar a conhecer a área de Psicologia Clínica nos CSP (dgnst1n1)			χ^2	p
		Sim	Não	Total		
Zona do centro de saúde (ncsn1)	Litoral	72 34,1%	8 72,7%	80 36,0%	7,963	,019
	Centro	72 34,1%	3 27,3%	75 33,8%		
	Interior	67 31,8%	0 0,0%	67 30,2%		
	Total	211 100,0%	11 100,0%	222 100,0%		

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas pelos técnicos de saúde em função de terem ou não participado em acções de formação na área da Psicologia Clínica, conforme tabela 36.

Tabela 36 – Distribuição das respostas à questão “Possuir ou ter frequentado formação na área da Psicologia Clínica (fpc2n1)” em função da zona do centro de saúde (ncsn1)

		Possuir ou ter frequentado formação na área da Psicologia Clínica (fpc2n1)			χ^2	p
		Sim	Não	Total		
Zona do centro de saúde (ncsn1)	Litoral	11 52,4%	70 34,5%	81 36,2%	2,905	,234
	Centro	6 28,6%	67 33,0%	73 32,6%		
	Interior	4 19,0%	66 32,5%	70 31,3%		
	Total	21 100,0%	203 100,0%	224 100,0%		

Pela análise da tabela 37, constatamos que foram encontradas diferenças significativas nas respostas em cada zona à questão que se refere à existência ou não de Psicologia Clínica.

A percentagem de respostas afirmativas é superior no centro e de respostas negativas é superior no interior.

Tabela 37 – Distribuição das respostas à questão “Existência da área de Psicologia Clínica no centro de saúde (pccs3n1)” em função da zona do centro de saúde (ncsn1)

		Existência da área de Psicologia Clínica no centro de saúde (pccs3n1)			χ^2	p
		Sim	Não	Total		
Zona do centro de saúde (ncsn1)	Litoral	21 38,9%	60 35,5%	81 36,3%	35,990	,000
	Centro	32 59,3%	40 23,7%	72 32,3%		
	Interior	1 1,9%	69 40,8%	70 31,4%		
	Total	54 100,0%	169 100,0%	223 100,0%		

Também foram encontradas diferenças significativas nas respostas dos sujeitos das diferentes zonas à questão “*Já trabalhou ou trabalha em equipa com psicólogos clínicos?*”. Ver tabela 38.

No interior os inquiridos trabalharam menos com psicólogos clínicos.

Tabela 38 – Distribuição das respostas à questão “Trabalhar ou ter trabalhado em equipa com psicólogos clínicos (wpc4n1)” em função da zona do centro de saúde (ncsn1)

		Trabalhar ou ter trabalhado em equipa com Psicólogos Clínicos (wpc4n1)			χ^2	p
		Sim	Não	Total		
Zona do centro de saúde (ncsn1)	Litoral	23 46,0%	59 34,1%	82 36,8%	13,881	,001
	Centro	22 44,0%	49 28,3%	71 31,8%		
	Interior	5 10,0%	65 37,6%	70 31,4%		
	Total	50 100,0%	173 100,0%	223 100,0%		

Tal como nas duas situações anteriores, existem diferenças significativas nas respostas dos técnicos das diferentes zonas em função do “*Local habitual de trabalho*”, como é evidente na tabela 39.

Os sujeitos do litoral trabalham mais em extensões do centro de saúde enquanto que os do interior trabalham mais na sede.

Tabela 39 – Distribuição das respostas à questão “Local habitual de trabalho (lwn1)” e a zona do centro de saúde (ncsn1)

		Local habitual de trabalho (lwn1)			χ^2	p
		Sede	Extensão	Total		
Zona do centro de saúde (ncsn1)	Litoral	36 24,3%	51 56,0%	87 36,4%	28,802	,000
	Centro	52 35,1%	27 29,7%	79 33,1%		
	Interior	60 40,5%	13 14,3%	70 30,5%		
	Total	148 100,0%	91 100,0%	239 100,0%		

A seguir são apresentados os valores médios de cada um dos itens, de cada escala, por ordem descendente, de forma a podermos fazer uma leitura rápida daqueles que obtiveram pontuações mais elevadas, e poder associar os valores aos gradientes de pontuação e classificação na Percepção.

Assim, como se pode ver pela tabela 40, a respeito da Escala “Adaptação do DSM-IV”, existe um grupo de itens que variou entre 4,02 e 4,4, significando que a colaboração da Psicologia Clínica, é vista como “Muito Útil e Pertinente” ou “Muitíssimo Útil e Pertinente” para a resolução dos problemas que esses itens representam. No outro grupo de itens, a média variou entre 3,25 e 3,99, significando que os sujeitos da amostra consideram a colaboração da Psicologia Clínica, como “Útil e Pertinente” ou “Muito Útil e Pertinente”, para a resolução desses problemas.

Tabela 40 – Apresentação descendente da média dos itens na escala “Adaptação do DSM-IV” (A-DSMIV).

Itens	Média	Itens	Média
Negligência da Criança	4,4	Luto	3,99
Abuso Sexual da Criança	4,37	Perturbações Bipolares ...	3,97
Abuso Físico de Criança	4,36	Perturbações de Pânico com Agorafobia	3,96
Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção ...	4,22	Perturbações relacionadas com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ...	3,95
Problemas Relacional Pais-Filhos	4,18	Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar	3,94
Perturbações induzidas pelo Alcool	4,14	Perturbação de Adaptação com Perturbação Mista das Emoções e do Comportamento	3,93
Bulimia Nervosa	4,14	Problema Relacional com Irmão	3,93
Anorexia Nervosa	4,11	Perturbação de Mutismo Electivo	3,92
Perturbação de Ansiedade de Separação	4,09	Perturbações de Pânico sem Agorafobia	3,92
Outras Perturbações relacionadas com: cannabis; cocaína; ...	4,06	Perturbação de Adaptação com Perturbação do Comportamento	3,92
Outras Perturbações de Ansiedade	4,04	Perturbações relacionadas com anfetaminas ou similares ...	3,89
Perturbações da Comunicação	4,03	Perturbação da Eliminação ...	3,88

Itens	Média	Itens	Média
Perturbações relacionadas com a Nicotina ...	4,03	Perturbações da Aprendizagem da Leitura	3,87
Perturbações Depressivas ...	4,03	Perturbação Reactiva de Vinculação da Primeira Infância e Início da Segunda Infância	3,87
Perturbações Globais do Desenvolvimento ...	4,02	Perturbação de Adaptação Mista com Humor Depressivo e Ansiedade	3,86
Problema Conjugal	4,02	Perturbações da Aprendizagem da Escrita	3,84
		Perturbação de Adaptação com Ansiedade	3,84
		Perturbações da Aprendizagem do Cálculo	3,8
		Perturbações da Aprendizagem sem outra Especificação	3,8
		Perturbação de Tiques ...	3,8
		Perturbação de Adaptação com Humor Depressivo	3,8
		Problema Relacional associado a Perturbação Mental ou o Estado Físico Geral	3,68
		Não adesão ao tratamento	3,64
		Perturbação de Movimentos Estereotipados	3,62
		Perturbações Primárias do Sono	3,62
		Perturbações do Sono relacionadas com outra perturbação mental	3,59
		Outras Perturbações do Sono	3,55
		Perturbações das Aptidões Motoras ...	3,49
		Deficiência Mental	3,45
		Demência Tipo Alzheimer	3,41
		Demências Secundárias a ...	3,41
		Demência Vascular	3,25

Na tabela 41 são representados os itens da escala “Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP), por ordem descendente em função das suas pontuações. Os sujeitos da amostra classificaram a colaboração da Psicologia Clínica nessas áreas como “Útil e Pertinente”; “Muito Útil e Pertinente”; ou “Muitíssimo Útil e Pertinente”.

Tabela 41 – Apresentação dos itens por ordem descendente da escala “Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP)

Itens	Média
Comissão de Protecção de Menores	4,04
Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados	4,04
Gravidez Precoce (não ajustada à idade e não planeada)	3,99
Insucesso Escolar	3,98
PIIP. Projecto Integrado de Intervenção Precoce	3,98
Obesidade Infantil/Comportamento Alimentar	3,87
Equipa Multiprofissional de Diagnóstico e Encaminhamento	3,87
Humanização e Qualidade dos Cuidados de Saúde	3,79
Parcerias com outras Entidades Locais em Projectos de Saúde Comunitária	3,77
Sexualidade específica da Adolescência	3,76
Doença Crónica (ex: oncológicas, cardiovasculares, pulmonares, diabetes, HTA, etc.)	3,74
Programas de Educação para a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Acidentes em que o comportamento está fortemente implicado	3,69
Problemas da Geriatria e Gerontologia	3,68
Saúde Escolar	3,58
Visitação Domiciliária	3,54
Saúde Infantil	3,43

Itens	Média
Sexualidade em todo o Ciclo de Vida	3,43
Gravidez e Saúde Materna	3,40
Educação na Concepção e Planeamento Familiar	3,36
Saúde Ocupacional	3,29
Saúde de Adultos	3,27

As pontuações dos itens na Dimensão “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Conhecimento” (PCG-C) adoptam as posições “Discordo”; “Concordo”, e “Concordo Muito”, como se pode ver pela tabela 42.

Tabela 42 – Apresentação descendente das médias dos itens na dimensão “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Conhecimento” (PCG-C)

Itens	Média
Os Psicólogos Clínicos prescrevem psicofármacos em determinadas situações clínicas (<i>cotação inversa</i>).	3,88
A consulta da Especialidade em Psicologia Clínica insere-se no vasto conjunto de consultas das especialidades médicas (<i>cotação inversa</i>).	3,27
A consulta de Psicologia Clínica é comparticipada se o responsável pelo processo psicoterapêutico for um psicólogo especialista em Psicologia Clínica (<i>cotação inversa</i>).	3,20
Os Psicólogos Clínicos têm uma Carreira Legal que lhes define Categorias e Conteúdo Funcional.	3,18
Os Psicólogos Clínicos podem criar Serviços ou Unidades Funcionais.	2,74
Para Ingressar na Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde é necessário ser detentor da Especialidade Psicologia Clínica	2,73
Conheço o Conteúdo Funcional do Psicólogo Clínico.	2,24

À semelhança da situação anterior, as pontuações dos itens na Dimensão “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Opinião” (PCG-O) adoptam as posições “Discordo”; “Concordo”, e “Concordo Muito”, como se pode ver pela tabela 43.

Tabela 43 – Apresentação descendente das médias dos itens na dimensão “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Opinião” (PCG-O).

Itens	Média
A Psicologia Clínica merece toda a credibilidade como parceira no plano de intervenção sobre as necessidades dos indivíduos, famílias e populações.	3,78
É cada vez mais necessária e urgente a integração da Psicologia Clínica nos CSP.	3,75
A intervenção da Psicologia Clínica nos CSP é fundamental para ajudar a lidar com crises pessoais e/ou familiares, motivos frequentes de consulta em Clínica Geral/Medicina Familiar.	3,61
Os contributos da Psicologia Clínica são fundamentais para levar a cabo projectos de promoção da saúde e de prevenção das doenças, em especial aquelas nas quais o comportamento está implicado.	3,57
O contributo da Psicologia Clínica é fundamental para ajudar na adesão aos tratamentos e no aumento da qualidade de vida dos sujeitos doentes.	3,41
No geral, a Psicologia Clínica está a revelar-se uma boa alternativa na resolução de problemas de saúde, resultantes dos estilos de vida contemporânea na medida em que intervém nos componentes psicossociais da doença.	3,40
O contributo da Psicologia Clínica nos CSP é fundamental para ajudar a modificar os padrões de consumo inadequado de consultas.	3,36
A área da Psicologia Clínica é a que melhor pode corresponder às necessidades de formação contínua dos funcionários nos CSP, no que respeita à temática da Comunicação e Relações Interpessoais.	3,30
Acho que a Psicologia Clínica é simultaneamente uma Arte e uma Ciência.	3,26
A intervenção da Psicologia Clínica nos CSP é fundamental para ajudar a reduzir os custos com exames e tratamentos	3,09
O papel profissional dos Psicólogos Clínicos nos CSP é diferente do seu papel noutros Serviços de Saúde (Hospitais e Centros de Saúde Mental).	2,83
Penso que a Psicologia Clínica é uma Área difusa, de difícil entendimento.	-

As pontuações dos itens na Escala “Trabalho que os Psicólogos Deviam Desenvolver” (PC-TDD) adoptam as posições “Concordo”, ou “Concordo Muito”, como se pode ver pela tabela 44.

Tabela 44 – A apresentação descendente das médias dos itens na escala “Trabalho que os psicólogos deviam desenvolver” (PC-TDD)

Itens	Média
Os Psicólogos Clínicos nos CSP deveriam divulgar mais e melhor, junto de outros técnicos de saúde, as potencialidades da Intervenção Psicológica nos CSP.	3,72
A intervenção dos Psicólogos Clínicos dos CSP deveria ajudar a lidar com as crises pessoais e/ou familiares, inerentes ao ciclo de vida familiar.	3,71
Os Psicólogos Clínicos nos CSP deveriam dar a conhecer melhor os Modelos Gerais de Colaboração e Articulação com as Equipas de CSP.	3,69
Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam promover o desenvolvimento de competências e aptidões nos outros técnicos de saúde de forma a prevenir o stress ocupacional.	3,66
Um “Serviço de Psicologia Clínica” dos CSP deveria traduzir-se na criação duma Consulta de Psicologia em todos os Centros de Saúde.	3,65
O Trabalho dos Psicólogos Clínicos nos CSP deverá ir muito além do atendimento dos casos referenciados pelos médicos de família.	3,57
A Área da Psicologia Clínica deve dar um forte contributo para a Formação dos funcionários nos CSP, na área das Relações Interpessoais, no que respeita à comunicação entre Profissional-Utente e Profissional-Profissional.	3,55
Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam contribuir para projectos de promoção da saúde e de prevenção das doenças, em especial aquelas nas quais o comportamento está implicado.	3,55
Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam levar a cabo Estudos Psicológicos a Indivíduos e a Grupos Populacionais para fins de Prevenção e Tratamento.	3,50
Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam ajudar na adesão aos tratamentos e no aumento da qualidade de vida dos sujeitos doentes.	3,43
As Equipas de CSP também deveriam ser apoiadas, entre outras formas, por um Processo de Consultadoria (que identifica, clarifica e sugere opções para a resolução de problemas), através da Área de Psicologia Clínica.	3,40
Os Psicólogos Clínicos dos CSP poderiam ajudar a modificar os padrões de consumo inadequado de consultas.	3,40
O papel profissional dos Psicólogos Clínicos nos CSP deverá apostar mais na prevenção dos problemas e na promoção da saúde das populações do que no atendimento de casos isolados.	3,39
Na consulta de Psicologia Clínica deveriam atender-se, em primeiro lugar, os funcionários da Instituição, pela via do Serviço Interno de Saúde Ocupacional nos CSP (primeiro cuidar dos cuidadores).	3,26
As actividades da Área da Psicologia Clínica dos CSP (Clínica, Avaliação, Formação, Investigação, etc.) deveriam ser coordenadas por um Psicólogo Clínico.	3,23
A intervenção da Psicologia Clínica dos CSP deveria ajudar a reduzir os custos com exames e tratamentos.	3,21
Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam integrar o Staff (Órgão Consultivo) da Gestão e Planeamento em Saúde, ao nível dos Órgãos Centrais (ARS) e Locais (CS e SRSC), ajudando na tomada de decisões que estejam relacionadas com: motivação, rendimento, satisfação, condições de trabalho etc.	3,21
A Avaliação do Desempenho dos Psicólogos Clínicos de cada Centro de Saúde, deveria estar a cargo do Psicólogo Coordenador do Serviço de Psicologia da SRSC.	3,21
A Intervenção da Psicologia Clínica dos CSP devia incidir prioritariamente nos problemas que surgem desde a Concepção até à Adolescência.	3,06
A principal actividade da Psicologia Clínica nos CSP deveria ser as Psicoterapias Individuais.	2,47
A actividade principal da Psicologia Clínica nos CSP deveria ser a de aplicar testes psicológicos e conseqüente elaboração de relatórios psicológicos, pedidos por outros profissionais.	2,52

7.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo é pioneiro na maneira como aborda o tema. As escalas são originais e foram construídas para levar a cabo este estudo exploratório. Por essa razão não é possível estabelecer comparações com resultados de estudos anteriores. Permite-nos fazer apenas ligeiras alusões aos dois estudos relacionados com o tema deste estudo, descritos no capítulo IV, a respeito da inserção dos psicólogos nos CSP em Portugal, e aos seus subcapítulos, no geral.

Foram estabelecidas previamente nove hipóteses. Pretendia-se apurar se havia diferenças estatisticamente significativas na Percepção (medida em cinco dimensões) dos médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social acerca da Psicologia Clínica nas seguintes variáveis independentes:

1. *“Possuir formação ou ter frequentado formação na área de Psicologia Clínica” (fpc2n1);*
2. *“Existência ou não da área de Psicologia Clínica no centro de saúde” (pccs3n1);*
3. *“Trabalhar ou ter trabalhado em equipa com psicólogos clínicos” (wpc4n1);*
4. *“Local habitual de trabalho” (lwn1);*
5. *“Zonas a que pertencem os centros de saúde” (ncsn1);*
6. *“Estado civil” (ecivn1);*
7. *“Profissão” (cpn1);*
8. *“Idade” (idn1);*
9. *“Ano de licenciatura”(al1n1).*

A Percepção é medida nas seguintes dimensões:

1. *“Adaptação do DSM-IV” (A-DSM-IV);*
2. *“Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP);*
3. *“Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Dimensão Conhecimento” (PCG-C);*
4. *“Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Opinião” (PCG-O);*
5. *“Trabalho que os Psicólogos Deviam Desenvolver” (PC-TDD).*

Em função das hipóteses levantadas neste estudo, são apresentados seguidamente os resultados gerais, para depois se proceder a uma discussão mais alargada desses mesmos resultados.

Síntese dos resultados gerais

Deve, no entanto, começar-se por referir que a grande maioria (95,0%) dos sujeitos defende que este trabalho de investigação é fundamental para ajudar a conhecer melhor a área de Psicologia Clínica nos CSP.

A Percepção acerca da Psicologia Clínica, medida na escala “Adaptação do DSM-IV” (A-DSM-IV), traduzida na Pertinência e Utilidade da Colaboração da Psicologia Clínica na abordagem dos problemas referidos nos seus itens, apresenta diferenças estatisticamente significativas em função da profissão, das zonas em que os sujeitos trabalham, da idade e do ano de licenciatura. Assim verifica-se que:

- Os sujeitos que exercem a sua actividade na zona interior consideram mais útil e pertinente a colaboração da Psicologia Clínica na resolução dos problemas referidos nos itens da escala “Adaptação do DSM-IV” que os seus colegas que exercem no centro e no litoral.
- Os enfermeiros consideram igualmente mais útil e pertinente a colaboração da Psicologia Clínica na resolução desses problemas que os médicos.
- Os sujeitos com idades entre os 37 e os 46 anos também consideram igualmente mais útil e pertinente a colaboração da Psicologia Clínica na resolução desses problemas que os mais jovens (<37) e os mais velhos (47-66).
- Da mesma maneira, os sujeitos que concluíram a licenciatura mais recentemente (depois de 1990) consideram mais útil e pertinente a colaboração da Psicologia Clínica na resolução dos problemas referidos nos itens da escala “Adaptação do DSM-IV”, que os que a terminaram há mais tempo (entre 1960 e 1979).

A Percepção acerca da Psicologia, medida na escala “Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP), traduzida na Pertinência e Utilidade da Colaboração da Psicologia Clínica na abordagem dos problemas referidos nos seus itens, apresenta diferenças estatisticamente significativas em função da profissão, do ano em que terminaram a licenciatura e da zona em que trabalham. Verifica-se assim que:

- Os enfermeiros consideram mais útil e pertinente a colaboração da Psicologia Clínica, na resolução dos problemas referidos nos itens da escala, que os médicos.
- Os sujeitos que terminaram a licenciatura mais recentemente (entre 1990 e 1999) consideram mais útil e pertinente a colaboração da Psicologia Clínica, na resolução dos problemas referidos nos itens da escala, que os terminaram há mais tempo (entre 1980 e 1989).
- Os sujeitos que trabalham nas zonas litoral e interior também consideram mais útil e pertinente a colaboração da Psicologia Clínica, na resolução dos problemas referidos nos itens da escala que os seus colegas que trabalham na zona centro.

A Percepção acerca da Psicologia, medida na escala “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Dimensão Conhecimento” (PCG-C) apresenta diferenças estatisticamente significativas em função da idade, ano de licenciatura, e pelo facto de trabalhar ou ter trabalhado em equipa com psicólogos clínicos. Verifica-se que:

- Os sujeitos mais velhos (com idades entre 47 e 66 anos) apresentam melhor conhecimento da Psicologia Clínica do que os mais novos (idade inferior a 37 anos).
- Os sujeitos licenciados há mais tempo (entre 1960 e 1979) apresentam melhor conhecimento da Psicologia Clínica do que aqueles que se licenciaram há menos tempo (depois de 2000).
- Os sujeitos que trabalham ou trabalharam em equipa com psicólogos clínicos apresentam melhor conhecimento da Psicologia Clínica do que os restantes colegas.

- De uma maneira geral, os sujeitos da amostra revelam um conhecimento ambíguo acerca da Psicologia Clínica.

A Percepção acerca da Psicologia, medida na escala “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Opinião” (PCG-O) apresenta diferenças estatisticamente significativas em função do local habitual de trabalho. Os sujeitos que trabalham habitualmente em extensões dos centros de saúde têm uma conotação mais positiva da Psicologia Clínica que os colegas que trabalham na sede.

A Percepção acerca da Psicologia, medida na escala “Trabalho que os Psicólogos Deviam Desenvolver” (PC-TDD), não apresenta diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis independentes.

Além da verificação das hipóteses levantadas quisemos saber da distribuição das respostas a algumas questões em função da *profissão* e das *zonas* em que os sujeitos trabalham.

Assim, foram encontradas diferenças significativas nas respostas à questão “*Existe a área de Psicologia Clínica no centro de saúde onde trabalha?*”, em função da zona. A percentagem de respostas afirmativas é superior no centro e de respostas negativas é superior no interior.

No entanto, esta conclusão carece de uma análise mais apurada. Aquando da colheita de dados para este estudo, apenas dois centros de saúde da zona centro e um do litoral tinham a área de Psicologia Clínica assegurada por psicólogos clínicos, quer dizer especialistas em Psicologia Clínica. Um desses faz parte da amostra. Outros dois centros de saúde, em que um também faz parte da amostra, asseguravam a área de Psicologia recorrendo a licenciados em Psicologia. Outros, também incluídos na amostra, asseguravam esta área através do trabalho temporário de alunos de Psicologia. Nestas duas últimas situações alguns sujeitos da amostra responderam afirmativamente à pergunta em causa.

Desta forma, parece que alguns sujeitos da amostra não distinguem a Psicologia Clínica da Psicologia no geral, ao considerarem que no centro de

saúde onde trabalham existe esta área, independentemente de serem alunos, licenciados ou especialistas em Psicologia Clínica a desempenhar funções.

Também foram encontradas diferenças significativas nas respostas à questão “*Já trabalhou ou trabalha em equipa com psicólogos clínicos?*” em função da zona. No interior os inquiridos trabalharam menos com psicólogos clínicos.

Foram igualmente encontradas diferenças significativas nas respostas à questão “*Local habitual de trabalho*”, em função da zona. Os sujeitos do litoral trabalham mais em extensões do centro de saúde enquanto os do interior trabalham mais na sede, ou seja, no próprio centro de saúde.

Discussão alargada dos resultados por escalas

Escala “Adaptação do DSM-IV”

Em relação à Percepção acerca da Psicologia Clínica, medida na escala “*Adaptação do DSM-IV*” (*A-DSM-IV*), como foi referido, são os enfermeiros, os sujeitos que trabalham em centros de saúde na zona interior, os que têm idades entre 47 e 66, e os que concluíram a licenciatura entre 1960 e 1979, que se referem de forma mais favorável à intervenção da Psicologia Clínica nas diversas problemáticas representadas pelos itens da escala.

Recorrendo à tabela 40, tendo em conta os gradientes de pontuação, os sujeitos consideram a colaboração da Psicologia Clínica para a resolução das problemáticas referidas nos itens da escala, como “*Muito Útil e Pertinente*”. Pois a média de cotação de todos os itens foi acima de 3,25 pontos.

Existe um grupo de itens em que a cotação variou entre 4,02 e 4,04, significando que nesses a colaboração da Psicologia Clínica, é vista como “*Muito Útil e Pertinente*” ou “*Muitíssimo Útil e Pertinente*” para a resolução dos problemas que esses itens representam. Entre esses itens, cotados acima de 4 pontos, estão várias “*perturbações devidas a substâncias (nomeadamente o álcool), perturbações alimentares, perturbações de ansiedade e do humor, além de problemas conjugais*”.

No outro grupo de itens, a média variou entre 3,25 e 3,99, significando que os sujeitos da amostra consideram a colaboração da Psicologia Clínica como “Útil e Pertinente” ou “Muito Útil e Pertinente”, para a resolução desses problemas. São exemplo desses itens, a “situação de luto, seguidos de perturbações mais relacionadas com problemas de aprendizagem” e, com as médias mais baixas, aparecem os itens associados às “demências”.

No capítulo IV, a respeito da inserção dos psicólogos nos CSP é referido um estudo, levado a cabo por Vilhena e Carvalho Teixeira (2000), que encontra um vasto leque de motivos para a maioria dos médicos referenciar utentes para a consulta de psicologia, com destaque para o “insucesso escolar, dificuldades de adaptação a fases do ciclo de vida, conflitos conjugais, adaptação à doença física e o luto, etc”. Como este estudo inclui todos esses aspectos, verifica-se consonância de conteúdo e de semântica das respostas entre os sujeitos nesse e neste estudo. De acordo com outras conclusões do estudo de Vilhena e Carvalho Teixeira (2000), os sujeitos da amostra apresentaram uma conotação positiva do psicólogo, embora persista o desconhecimento acerca do verdadeiro conteúdo funcional da Psicologia Clínica.

Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP)

A Percepção da Psicologia Clínica medida na escala “*Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP)* apresenta diferenças estatisticamente significativas em função da profissão, ano de licenciatura e das zonas em os sujeitos trabalham.

Assim, os enfermeiros, os licenciados da década de 1990 e 1999 e os sujeitos que trabalham nas zonas do interior e litoral são mais favoráveis à colaboração da Psicologia Clínica nas áreas predominantes de intervenção nos CSP.

Tendo em conta os gradientes de quantificação, os sujeitos da amostra classificaram a colaboração da Psicologia Clínica nessas áreas como “Útil e

Pertinente”, *“Muito Útil e Pertinente*”, ou *“Muitíssimo Útil e Pertinente*”, uma vez que os itens são cotados, em média, acima de 3,27 pontos.

Nos itens *“Comissão de Protecção de Menores”* e *“Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados”*, a colaboração e intervenção da Psicologia Clínica é vista como *“Muito Útil e Pertinente”* ou *“Muitíssimo Útil e Pertinente”*, com uma cotação média de 4.04 pontos.

Imediatamente a seguir vêm a *“Gravidez Precoce (não ajustada à idade e não planeada); Insucesso Escolar; Projecto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP)”*, e os menos cotados são *“Educação na Concepção e Planeamento Família; Saúde Ocupacional; Saúde de Adultos”*. Mesmo assim, os sujeitos consideram a colaboração da Psicologia Clínica nessas áreas como *“Útil e Pertinente”* ou *“Muito Útil e Pertinente”*, com cotações que variam entre 3,27 e 3,99 pontos.

Os itens da escala, *“Actividade Clássica dos CSP” (AC-CSP)*, são enquadráveis em todo o desenvolvimento da revisão bibliográfica do capítulo IV, nomeadamente, no ponto *“Caracterização do papel profissional do psicólogo nos CSP”*.

Escala “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral (PCG)

O item 16, que diz *“Penso que a Psicologia Clínica é uma área difusa, de difícil entendimento”* foi eliminado, porque no tratamento estatístico, revelou ambiguidade, e consistência baixa. Carece, pela importância, de uma análise de conteúdo. As respostas dos sujeitos ao item foram mais frequentes para o *“Discordo”* que para o *“Concordo”*, o que parece traduzir um entendimento tendencialmente positivo da Psicologia Clínica.

Escala “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Dimensão Conhecimento” (PCG-C).

A Percepção da Psicologia Clínica, medida através da escala *“Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Dimensão Conhecimento” (PCG-C)*, apresenta diferenças estatisticamente significativas, em função da idade, do

ano de licenciatura, e em função dos técnicos de saúde trabalharem com psicólogos clínicos.

Assim trabalhar em equipa com psicólogos clínicos, ser mais velho e ter terminado a licenciatura há mais tempo, parece ser determinante para ter um melhor conhecimento da Psicologia Clínica.

É compreensível que uma situação de proximidade, trabalhando em equipa com os Psicólogos Clínicos promova o conhecimento sobre a Psicologia Clínica, nos aspectos abordados pelos itens.

No entanto, o simples facto de existir a área de Psicologia Clínica no centro de saúde onde os sujeitos trabalham não contribui para um melhor conhecimento da mesma, concluindo o contrário da hipótese previamente estabelecida. O mesmo sucede em relação à formação. Esta situação será normal se pensarmos que a formação recebida não terá sido dirigida a temas relacionados com a caracterização da Psicologia Clínica, enquanto carreira e profissão, tendo em conta os itens da dimensão em causa.

No entanto, não deixa de ser curioso o facto dos mais velhos e licenciados há mais tempo revelarem um melhor conhecimento da Psicologia Clínica, contrariando também as hipóteses levantadas inicialmente. Assim, pode concluir-se que a experiência acumulada ao longo dos anos faz a diferença.

No entanto, de uma maneira geral, os sujeitos da amostra revelam um conhecimento ambíguo acerca da Psicologia Clínica, oscilando as suas respostas entre o “Concordo” e o “Discordo”.

Aqui, à semelhança das conclusões do estudo de Franco e Carvalho Teixeira (1992), referido no capítulo IV, a propósito da “Inserção dos psicólogos nos CSP em Portugal”, os sujeitos da amostra apresentem desconhecimento acerca do conteúdo funcional da Psicologia Clínica e aspectos da carreira. Convém, a esse propósito, recordar alguns itens desta dimensão como, por exemplo, *“Para ingressar na carreira dos Técnicos Superiores de Saúde é necessário ser detentor da especialidade em Psicologia Clínica; os Psicólogos Clínicos prescrevem psicofármacos em determinadas situações clínicas; a consulta da especialidade em Psicologia Clínica insere-se no vasto conjunto de consultas das especialidades médicas”*, entre outros.

Dimensão “Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Opinião” (PCG-O)

A dimensão *“Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral – Opinião” (PCG-O)* apresenta diferenças estatisticamente significativas apenas em função do local onde os sujeitos trabalham habitualmente, ou seja, no centro de saúde (sede) ou numa extensão do mesmo. Ou seja, os sujeitos que trabalham habitualmente em extensões dos centros de saúde têm uma conotação mais positiva da Psicologia Clínica que os colegas que trabalham na sede.

Tendo em conta os gradientes de quantificação, de uma maneira geral os sujeitos da amostra respondem com *“Concordo”* ou *“Concordo Muito”*. Apenas o item *“O papel profissional dos psicólogos clínicos nos CSP é diferente do seu papel noutros Serviços de Saúde (Hospitais e Centros de Saúde Mental)”*, foi cotado com uma média de 2,83 pontos.

Os restantes itens foram cotados com médias de 3,09 a 3,78 pontos. Como exemplo de itens com cotações mais elevadas temos *“A Psicologia Clínica merece toda a credibilidade como parceira no plano de intervenção sobre as necessidades dos indivíduos, famílias e populações; é cada vez mais necessária e urgente a integração da Psicologia Clínica nos CSP; e a intervenção da Psicologia Clínica nos CSP é fundamental para ajudar a lidar com crises pessoais e/ou familiares, motivos frequentes de consulta em Clínica Geral/Medicina Familiar”*.

Também aqui, como verificou Franco e Carvalho Teixeira (1992) no seu estudo com os médicos de família, os sujeitos da amostra apresentam, igualmente, uma conotação positiva da Psicologia Clínica, tendo em conta que os itens são afirmações abonatórias e eles responderam com *“Concordo”* ou *“Concordo Muito”*.

Escala “Trabalho que os Psicólogos Deviam Desenvolver” (PC-TDD)

Os itens 17 e 18 foram eliminados, aquando do tratamento estatístico, porque as respostas evidenciaram consistência baixa. Pela importância do seu conteúdo (*“A principal actividade da Psicologia Clínica nos CSP deveria ser as*

Psicoterapias Individuais; a actividade principal da Psicologia Clínica nos CSP deveria ser a de aplicar testes psicológicos e consequente elaboração de relatórios psicológicos, pedidos por outros profissionais”), são agora objecto de uma análise qualitativa.

Foram os únicos itens desta escala pontuados com “Discordo” ou “Concordo”, o que significa que os sujeitos da amostra se mostram confusos quanto à principal actividade da Psicologia Clínica nos CSP. Esta conclusão corrobora as anteriores, no que respeita ao conhecimento dos sujeitos da amostra acerca da Psicologia Clínica.

Escala “Trabalho que os Psicólogos Deviam Desenvolver” (PC-TDD)

A Percepção acerca da Psicologia Clínica medida na escala “Trabalho que os Psicólogos Deviam Desenvolver” (PC-TDD), não apresenta diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis independentes.

Os itens 17 e 18 foram eliminados, aquando do tratamento estatístico, porque as respostas evidenciaram consistência baixa. Referem: “A principal actividade da Psicologia Clínica nos CSP deveria ser as Psicoterapias Individuais; A actividade principal da Psicologia Clínica nos CSP deveria ser a de aplicar testes psicológicos e consequente elaboração de relatórios psicológicos, pedidos por outros profissionais”. São os únicos classificados entre o “Discordo” e “Concordo”.

Os restantes itens foram classificados com “Concordo” e “Concordo Muito”. Exemplos de itens com pontuação mais elevada são: “Os Psicólogos Clínicos nos CSP deveriam divulgar mais e melhor, junto de outros técnicos de saúde, as potencialidades da Intervenção Psicológica nos CSP”; “A intervenção dos Psicólogos Clínicos dos CSP deveria ajudar a lidar com as crises pessoais e/ou familiares, inerentes ao ciclo de vida familiar”; “Os Psicólogos Clínicos nos CSP deveriam dar a conhecer melhor os Modelos Gerais de Colaboração e Articulação com as Equipas de CSP”.

Ao analisar o conteúdo destes torna-se evidente a manifestação dos sujeitos em relação à necessidade da divulgação das potencialidades da Psicologia Clínica no âmbito dos CSP. Também aqui, os sujeitos corroboram o que é apresentado na revisão bibliográfica no capítulo IV, a propósito das “Funções e os Papéis do Psicólogo nos CSP”, defendidos por Trindade e Carvalho Teixeira (2000).

CONCLUSÕES

No presente trabalho partiu-se do pressuposto de que o mau reconhecimento entre parceiros profissionais pode obstaculizar o trabalho em equipa, constituindo-se assim num dos maiores problemas quer de relação, quer de articulação.

O principal objectivo era, basicamente, avaliar a percepção dos técnicos de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social) sobre o papel da psicologia clínica nos Cuidados de Saúde Primários. Tratou-se de levar a cabo um estudo exploratório de forma a poder caracterizar essa percepção.

Penso ter respondido ao objectivo principal, concluindo pela existência de diferenças estatisticamente significativas da percepção em função de algumas variáveis independentes. Demonstrou-se que a idade, ano de licenciatura, profissão, trabalhar em equipa com psicólogos clínicos, trabalhar habitualmente numa extensão ou na sede, numa zona interior, do centro ou do litoral, são factores que parecem influenciar a percepção que os sujeitos desenvolveram acerca da Psicologia Clínica.

Os sujeitos apresentam uma conotação positiva da Psicologia Clínica, enquanto área que é chamada a participar na abordagem de determinados problemas de saúde das populações. No entanto, apresentam um considerável desconhecimento acerca da mesma, nos aspectos associados à carreira, e manifestando a necessidade da Psicologia Clínica se dar a conhecer melhor.

Ao terminar este trabalho fico com a sensação de dever cumprido. No entanto, o atraso que sofreu, pelos motivos já referidos no preâmbulo, poderá ter quebrado o ímpeto com que foi iniciado. Fica a vontade de divulgar as conclusões deste estudo, especialmente para aqueles que contribuíram com os dados, constituindo-se assim uma boa oportunidade para clarificar melhor determinados aspectos.

BIBLIOGRAFIA

A Organização dos Cuidados de Saúde Primários em Espanha, Itália, Finlândia e Alemanha. [Em linha. [consult. 20 Julho 2009]. Disponível na www: http://www.fundacaoastrazeneca.org/pdf/CC_newsletter.pdf

ABREU, M. (1990) – *Os primeiros laboratórios de psicologia em Portugal: contexto e sentido da sua criação*. *Jornal de Psicologia*. 9 (1), p. 3-7

ABREU, M. V.; OLIVEIRA, A. M. (1999) – O Laboratório de psicologia experimental da Universidade de Coimbra: o primeiro laboratório de psicologia fundado em Portugal (1912). Coimbra: Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social.

Acto Médico em debate - Indefinição legislativa conduz a conflitualidade. Actualidade [Em linha]. Nº 156 (2009). [consult. 28 Junho de 2009]. Disponível na www: http://www.medi.com.pt/actualidade_dentro.asp?id=355

ALVES, R. F. (2008) – Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: estudo antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal. Granada: Departamento de Antropología. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. ISBN: 978-84-691-5982-8. Tese de Doutoramento.

ALVES, R. F. (2008) – Intervenciones de Profissionais en el Campo de la Salud: estudo antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal. Granada: Departamento de Antropología. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. ISBN: 978-84-691-5982-8. Tese de Doutoramento.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994) – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª Edição, Lisboa, 1996.

ANASTASI, A. (1990) – Psychological testing. 6ª ed. New York: Mc Millan.

APA (1998) - Interprofessional Health Care Services in Primary Care Settings: Implications for the Education and Training of Psychologists. U.S. Department of Health and Human Services Project on Managed Behavioral Health Care and Primary Care. American Psychological Association.[Em linha. [consult. 20 Julho 2009]. <http://www.apa.org/ed/samhsa.pdf>

APM defende participação das consultas de psicologia [Em linha]. [acedido em 28 de Junho de 2009].

http://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=1177:apm-defende-competicacao-das-consultas-de-psicologia-&catid=140:diario-de-noticias&Itemid=305 .

ARAUJO, T. C. C. F. (2007) – Psicologia da reabilitação: pesquisa aplicada à intervenção hospitalar. Rev. SBPH . ISSN 1516-0858.Vol. 10, nº 2, p. 63-72

ARNETT, J. L.; NICHOLSON, I. R.; BREAUULT, L. (2004) – Psychology's Role in Health in Canada: Reaction to Romanow and Marchildon. ProQuest Psychology Journals: Canadian Psychology. Vol. 45, nº 3, p. 228

Associação Pró-Ordem dos Psicólogos. Directório. [Em Linha]. [Consult. 28 Maio 2009]. Disponível na www: www.ordemdospsicologos.org.

BORGES, M. I. (1986) – História da psicologia em Portugal (VII): antecedentes das Faculdades de Psicologia e de Ciências da Educação. Jornal de Psicologia. Vol. 5, nº 1, p. 7-12.

BROWN, M. B.; A. B. FORSYTHE (1974a) – The small sample behavior of some statistics which test the equality of several means. Technometrics. Vol 16. p. 129-132.

BROWN, M. B.; A. B. FORSYTHE (1974b) – Robust tests for the equality of variances. Journal of the American Statistical Association. Vol 69. p. 364-367.

Canadian Psychological Association (2002) – The Cost-Effectiveness of Psychological Interventions. [em linha]. Ontario. [Consult. 28 Maio 2009] Disponível na www: <http://www.cpa.ca/documents/Cost-Effectiveness.pdf> .ISBN 1896538703.

CATENA, A., RAMOS, M.; TRUJILLO, H. (2003) – Análisis multivariado. Un manual para investigadores. Madrid: Biblioteca Nueva.en psicología y pedagogía. Madrid:

EYSENCK, M. E KEANE, M. (1994) – Psicologia Cognitiva. Um Manual Introdutório. Porto Alegre: Artes Médicas.

FLECK, M. P. A., et al (2002) – Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev. Saúde Pública . ISSN 0034-8910.Vol.36, nº 4, p. 431-438.

FOUCAULT, M. (1991) – História da loucura. São Paulo: Editora Perspectiva.

FOUCAULT, Michel (1987) – O Nascimento da clínica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FRAISSE, P.; PIAGET, J. (1968) – Tratado de psicologia experimental: história e método. Rio de Janeiro: Forense. Vol. 1.

FRANCO, A. I.; SOUSA, E.; TEIXEIRA, C. J. A. (1992) – O Psicólogo nos Centros de Saúde: dos conteúdos semânticos aos problemas de identidade. Análise. Psicológica. ISSN 08 70-8231. Vol.10, no.2, p. 205-211.

FULGENCIO,L. (1998) – O abandono da hipnose e a leitura metapsicológica dos sintomas. Percurso. Vol. 11, nº 21, p. 59-66.

GARCÍA-CUETO, E. (1993) – Introducción a la Psicometría. Madrid: Siglo XXI.

GARFIELD, S. L. (1965). – Historical Introduction. In WOLMAN, B. B. - Handbook of clinical psychology. New York: McGraw-Hill Book Company. p. 125-140.

GUADALBERT, B. C.; VICENTE E. C.; SIERRA, J. C. (1996) – Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. In Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Siglo XXI de España. ISBN: 84-323-0917-6. p. 3-11.

HAIR, J. F.; ANDERSON, R.; TATHAM, R.; BLACK, W. (1995) – Multivariate data: Analysis with readings. New Jersey: Prentice Hall.

HANNS, L. A. (2004) – Regulamentação em debate. Psicologia, Ciência e Profissão. Diálogos. Vol. 1, nº 1 p. 6-13.

HIGGINS, E. S. (1994) – A review of unrecognized mental illness in primary care: prevalence, natural history, and efforts to change the course. Archives of Family Medicine. 3, p. 908-917.

HOWELL, D. (2002) – Statistical methods for psychology. 5ª ed. Duxbury: Pacific Grove.

http://www.snp.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=49&Itemid=11
Instituto Superior de Psicologia Aplicada. [Em linha]. [Consult. 12 Julho 2009].
Disponível na www: <http://www.ispa.pt/ispa/vpt/dfp>

ISSELBACHER, K. J. (1980) – Harrison's principles of internal medicine. 9ª ed. New York: McGraw-Hill.

KAISER, H. F.; LITTLE JIFFY, MARK Iv (1974) – Educational and

LAGACHE, D. (1983) – Psychologie expérimentale et psychologie clinique. 6ª ed. Paris: PUF.

LAGACHE, D. (1988) – A unidade da psicologia. Lisboa: Ed. 70. (Conferência pronunciada em 1949).

MACKAY, D. (1975). Clinical psychology: theory and therapy. London: Methuen. Essential Psychology; p.142).

MAGILL, R. (1984) – Aprendizagem motora: Conceitos e aplicações. São Paulo: Editora Edgard Blucher.

MILLER, W.R., ROLLNICK, S. (2001) - Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997). A saúde dos portugueses/1997. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde.

MINTZBERG, H. (1986) – Trabalho do executivo: o folclore e o fato. São Paulo, Coleção Harvard de Administração. Nova Cultural.; n.º 3. p. 5-57 .

MORIN, E. (1999) – Complexidade e Transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal, Edufrn. p. 45.

MUCCHIELLI, A., MUCCHIELLI, R. (1969) – Lexique de la psychologie. Paris: Editions Sociales Françaises.

MUÑIZ, J. (2003) – Teoría clásica de los tests. Madrid: Pirámide.

MUÑIZ, J.; FIDALGO, A.M.; GARCÍA-CUETO, E.; MARTÍNEZ, R. J.; ORENO, R. (2005) – Análisis de los ítems. Madrid: La Muralla.

NETEMEYER, R. G.; BEARDEN, W. O.; SHARMA, S. (2003) – Scaling procedures: Issues and applications. Thousand Oaks: Sage.

NUNNALLY, J.C. (1978) – Psychometric theory. New York: Mc Graw-Hill.

OMS (1978). Saúde Para Todos no Ano 2000 (Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários)Declaração de Alma-Ata.

PAÉZ, D. E MARQUES, J. (2000) – Processos cognitivos e estereótipos sociais. In JORGE VALA; MARIA MONTEIRO (2006) Psicologia Social. 7ª ed., Lisboa, Fundação Galouste Gulbenkian. ISBN 9789723108453. p. 333-386.

PASQUALI, L. (2003) – Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Editora Vozes.

PAVIANI, J. (2003) - Seminário Internacional Interdisciplinaridade, Humanismo. [Em linha]. Porto: Faculdade de Letras, Universidade do Porto. [Consult. 1 Julho 2009]. Disponível na www: <http://www.humanismolatino.online.pt>>

PEDINIELLI, Jean-Louis (1994) – Introduction à la psychologie clinique. Paris: Nathan Université.

PEREIRA, M. G. (1996) – O psicólogo no contexto de saúde: Modelos de colaboração. Análise Psicológica. ISSN 08 70-8231. Vol. 14, nº 2/3, p. 357-361.

PIAGET, J. (1955) – Les lignes générales de la épistémologie génétique. In Actes du deuxième congrès internationale de L'Union internationale de philosophie des sciences. Neuchâtel : Ed. du Griffon. Vol 1, p. 26-45.

PIAGET, J. (1966) – Sagesse et illusions de la philosophies. Paris: Presses Universitaires de France. p. 27.

PIAGET, J. ; INHELDER, B. I (1966) – A imagem mental na criança: estudo sobre o desenvolvimento das representações imagéticas. Porto: Livraria Civilização. p. 528.

Plano Nacional e Saúde Mental 2007—2016: coordenação nacional para a saúde mental [Em linha]. [consult. 8 Julho 2009]. Disponível na www: http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016_resumoexecutivo.pdf

Portal de Saúde Pública: Sistema de Saúde Português [Em linha]. [consult. 15 Julho 2009]. Disponível na www: http://www.saudepublica.web.pt/01-Administracao/Sistema_saude_pt.htm

PORTUGAL. AVISO n.º 5/2008/M. D.R. II Série. 45 (2008-03-04) 8971-8972.

PORTUGAL. DECRETO REGULAMENTAR n.º 29/81. D.R. I Série. 142 (1981-06-24) 1459-1462.

PORTUGAL. DECRETO-LEI n.º 241/94. D.R. I Série. 220 (1994-09-22) 5671-5673.

PORTUGAL. DECRETO-LEI n.º 38/2002. D.R. I-A Série. 48 (2002-02-26) 1621-1623.

PORTUGAL. DECRETO-LEI n.º 28/2008. D.R. I Série. 38 (2008-02-22) 1182-1189.

PORTUGAL. DECRETO-LEI n.º 28/2008. D.R. I Série. 38 (2008-02-22) 1182-1189.

PORTUGAL. DECRETO-LEI n.º 35/99. D.R. I-A Série. 30 (1999-02-05) 676-681. Ministério da Saúde.

PORTUGAL. DECRETO-LEI n.º 414/91. D.R. I Série. 243 (1991-10-22) 5448-5459.

PORTUGAL. DESPACHO n.º 8738/2004. D.R. II Série. 103 (2004-05-03) 6771-6839.

PORTUGAL. LEI n.º 57/2008. D.R. I Série. 171 (2008-09-04) 6211-6229.

PORTUGAL. LEI n.º 36/98. D.R. I-A Série. 169 (1998-07-24) 3544-3550.

PORTUGAL. PORTARIA n.º 171/96. D.R. I Série. 119 (1996-05-22) 1236-1237.

PORTUGAL. PORTARIA n.º 191/97. D.R. I-B Série. 67 (1997-03-20) 1298-1299.

PORTUGAL. PORTARIA n.º 1109/95. D.R. I-B Série. 209 (1995-09-09) 5705.

PORTUGAL. PORTARIA n.º 796/94. D.R. I-B Série. 207 (1994-09-07) 5307-5311.

PRÉVOST, C. M. (1988) – La Psychologie clinique. Que sais-je ? 4^a ed. Paris: PUF.

PRIEBE, S.; WRIGTH, D. (2006) – The provision of psychotherapy: an international comparison. Journal of Public Mental Health. Brighton. ISSN 1746-5729. Vol. 5, nº 3, p. 12-22.

RIBEIRO, J. P.; LEAL, I. P. (1998) – Psicologia clínica da saúde. Análise Psicológica. Vol. 4, nº 14, p. 589-599.

RILES, W. (1979) – Program Evaluator's Guide. Califórnia State Department of Education. Princeton: Educational Testing Service.

ROUDINESCO, E. (1988) – História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos – 1925-1985. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. ISBN 85-7110-053-5

RUIPEREZ, M. A. (1997) – Políticas de salud. In ORTS, M. L. P.; ARNAL, R. B. – La práctica de la Psicología de la Salud: programas de intervención. Valência: Promolibro. p. 315-330.

SALVADOR ALGARABEL, Juan V. Luciano (2003) – Psychology in Spain. ProQuest Psychology Journals. Canadian Psychology . Vol. 16, nº 4, p. 192

SCHRAML, J. W. (1973) – Précis de psychologie clinique. Paris: Presses Universitaires de France. p. 201.

Sindicato Nacional dos Psicólogos [Em linha]. [Consult. 7 Julho 2009]. Disponível na www: <http://www.snp.pt/>

Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica [Em linha]. [Consult. 8 Julho 2009]. Disponível na www: <http://www.sppc-pt.com/>

Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. [Em linha]. [Consult. 11 Julho 2009]. Disponível na www: <http://www.sp-ps.com/Default.aspx?tabid=147>

Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. [Em linha]. [consultado 11 Julho 2009]. Disponível na www: <http://www.sp-ps.com/Default.aspx?tabid=147>

STEVENS, J. (1986) – Applied multivariate statistics for the social sciences. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. (2007) – Using Multivariate Statistics. 5.^a ed. Pearson Education.

TEIXEIRA, J. A. C. (2000) – Psicologia da saúde em Portugal (II): Notas didáticas. Análise Psicológica. ISSN 0870-8231. Vol.18, no.3, p. 381-386.

TEIXEIRA, J. A. C. (2002) – Psicologia da saúde em Portugal: panorâmica breve. Análise Psicológica. ISSN 0870-8231. Vol. 20, nº.1, p. 165-170.

TEIXEIRA, J. A. C.; CIMA, M.; CRUZ, C. S. (1999) – Psicologia da saúde em Portugal. Análise Psicológica ISSN 0870- 8231. Vol. 17, nº 3, p. 435-455

Tratado de Bolonha [Em linha]. [consult. 13 Julho 2009]. Disponível na www: <http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=12054>

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. C. (1998) – Intervenção psicológica em centros de saúde: O psicólogo nos cuidados de saúde primários. Análise Psicológica. ISSN 0870-8231. Vol. 16, nº 2, p. 217-229

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. C. (2000)– Intervenção psicológica em centros de saúde. In TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. C. (2000). Psicologia nos cuidados de saúde primários. Lisboa. Gráfica de Coimbra. ISSN 972-8449-60-7. p.23-36.

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J.A.C. (2000)– Competências do Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários: In TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. C. (2000) – Psicologia nos cuidados de saúde primários. Lisboa. Gráfica de Coimbra. ISBN 972-8449-60-7. p. 37-46

VALLEJO, G.; ESCUDERO, R. (2000) – An examination of the robustness of the modified Brown-Forsythe and the Welch-James tests in the multivariate Split-Plot designs. Psicothema. Vol 12. n °4. p. 701-711.

VALLEJO, P.; SANZ, B.; BLANCO, Á. (2003). Construcción de escalas de actitudes tipo Likert. Madrid: La Muralla.

VALLEJO, P.; SANZ, B.; BLANCO, Á. (2003) – Construcción de escalas de Actitudes tipo Likert. Madrid: La Muralla.

VILHENA, J. M.; TEIXEIRA, J. A. C. (2000) – Os clínicos gerais e a inserção profissional de psicólogos em centros de saúde. In TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. C. (2000). Psicologia nos cuidados de saúde primários. Lisboa. Gráfica de Coimbra. ISSN 972-8449-60-7. p. 87-93.

WESTRA, Henny A.[et al.]. (2006) – Psychology's Pursuit of Prescriptive Authority: Would it Meet the Goals of Ca... ProQuest Psychology Journals. Canadian Psychology. Vol. 47, nº 2, p. 7

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) – The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting health lifestyles. Geneva: World Health Organization.

YELA, M. (1997) – La técnica del análisis factorial. Un método de investigación

ANEXOS

Anexo I

Documento da autorização do estudo

Ex.mo Senhor
Dr. Francisco Anjos Pires Ferreira
Ao C/ do Centro de Saúde de Cantanhede
Av. 25 de Abril, 44

3060 – 123 CANTANHEDE

000217

Sua Referência

Sua comunicação de

Nossa referência
CSRSC

2006-02-16

ASSUNTO: Projecto de Investigação

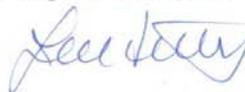
Pelo presente informo a V. Ex.^a, de que, por meu despacho de 15FEV06, foi autorizada a recolha de dados para o projecto de investigação sobre "Percepção da Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários".

Mais informo que nesta data foi dado conhecimento aos Directores dos Centros de Saúde envolvidos.

Com os mais respeitosos cumprimentos



A Coordenadora da Sub-Região de Saúde de Coimbra



(Isabel Maria Dinis Alves dos Santos Ventura, Dr.^a)

Na sequência indicar as referências desta ofício

IV. / MC.

Anexo II

Instrumento de colheita de dados

CENTRO DE SAÚDE DE CANTANHEDE

PSICOLOGIA CLÍNICA

**“PERCEPÇÃO DA PSICOLOGIA CLÍNICA NOS
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS”**

Investigação-Acção – Estudo Exploratório

FRANCISCO DOS ANJOS PIRES FERREIRA

Psicólogo Clínico – Especialista em Psicologia Clínica

NOTA INTRODUTÓRIA

Comparativamente a outros países desenvolvidos, no nosso país, a Psicologia é uma Área de Intervenção muito recente nos Hospitais e quase inexistente nos Centros de Saúde. Por isso, caracterizar e contextualizar a intervenção da psicologia em Centros de Saúde torna-se uma tarefa urgente e necessária, em particular porque a integração relativamente recente dos psicólogos nestes é a mais prioritária e, paradoxalmente, a mais desconhecida, quer dos responsáveis pelas políticas de saúde, quer dos próprios psicólogos e dos outros técnicos das equipas de saúde.

Constata-se e compreende-se que muitos dos colaboradores (funcionários) destas instituições não tenham ainda uma ideia bem formada acerca do que a Psicologia Clínica, como Especialidade, pode oferecer, quer às populações quer aos próprios profissionais de saúde. No entanto, não sabemos, com rigor, qual a percepção e a ideia que fazem desta área. Mesmo assim, este é um serviço cada vez mais requisitado pelas equipas de saúde.

Nesse sentido, proponho-me estudar a “Percepção que os colaboradores da Sub-Região de Saúde de Coimbra, que lidam directamente com os utentes (Equipa de Saúde: Médico, Enfermeiro e Técnico de Serviço Social), têm da Psicologia Clínica como Área de Ligação e Prestação de um Serviço aos Indivíduos, Famílias e à Comunidade”.

Como Psicólogo Clínico, a exercer funções na área da saúde, ausculto frequentemente dos demais profissionais que o mau conhecimento e reconhecimento entre parceiros profissionais pode obstaculizar um trabalho em equipa, constituindo-se num dos maiores problemas quer de relação, quer de articulação.

Com este trabalho pretende-se, além dos objectivos referidos abaixo, promover abertura e motivação por parte dos elementos das Equipas de Saúde e dos Psicólogos, para um conhecimento e reconhecimento mútuos e trabalho em equipa, permitindo a clarificação da delimitação das áreas de colaboração interprofissional, no que respeita à Psicologia Clínica.

Objectivos:

Tratando-se de uma Investigação, pretende-se:

1. Conhecer a Percepção da Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).
2. Descrever a Percepção que as Equipas de CSP têm da Psicologia Clínica.
3. Contribuir para uma adequada clarificação do Estado da Psicologia Clínica nos CSP.

Finalidades:

Tratando-se também de uma Acção, pretende-se:

1. Devolver aos colaboradores os resultados dos dados da investigação;
2. Dar a conhecer a Psicologia Clínica aos elementos das Equipas de Saúde como Área de Ligação e Prestação de Cuidados de Saúde aos sujeitos, famílias e comunidade.
3. Esclarecer as entidades competentes das necessidades das Equipas dos Cuidados de Saúde Primários, no que respeita à contribuição da Psicologia Clínica na ajuda aos sujeitos, famílias e comunidades a ter mais ganhos em saúde.
4. Contribuir para uma melhor organização, estruturação e gestão dos recursos da Psicologia Clínica nos CSP.

QUESTIONÁRIO

PARTE – I

Instruções: Nesta parte do Questionário pretende-se conhecer a sua Percepção acerca da Pertinência e Utilidade da Colaboração da Psicologia Clínica nas Áreas Predominantes de Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários.

Marque com uma cruz (X) a resposta que melhor represente a sua opinião, de acordo com a seguinte escala:

- 1 – Nada Útil e Pertinente
- 2 – Pouco Útil e Pertinente
- 3 – Útil e Pertinente
- 4 – Muito Útil e Pertinente
- 5 – Muitíssimo Útil e Pertinente

Não há respostas Verdadeiras nem Falsas. A sua resposta será correcta, se indicar o que sinceramente pensa no momento da resposta. Seja espontâneo(a).

Adaptação do DSM-IV					
1. Perturbações que aparecem habitualmente na Primeira e na Segunda Infâncias ou na Adolescência.	1	2	3	4	5
	Nada Útil e Pertinente	Pouco Útil e Pertinente	Útil e Pertinente	Muito Útil e Pertinente	Muitíssimo Útil e Pertinente
1.1. Deficiência Mental.	<input type="checkbox"/>				
1.2. Perturbações da Aprendizagem da Leitura.	<input type="checkbox"/>				
1.3. Perturbações da Aprendizagem do Cálculo.	<input type="checkbox"/>				
1.4. Perturbações da Aprendizagem da Escrita.	<input type="checkbox"/>				
1.5. Perturbações da Aprendizagem sem outra Especificação.	<input type="checkbox"/>				
1.6. Perturbações das Aptidões Motoras – <i>ex: Coordenação.</i>	<input type="checkbox"/>				
1.7. Perturbações da Comunicação – <i>ex: Linguagem Expressiva – Linguagem Receptiva-Expressiva – Perturbação Fonológica – Gaguez.</i>	<input type="checkbox"/>				
1.8. Perturbações Globais do Desenvolvimento – <i>ex: Perturbação Autística; de Rett; Desintegrativa da Segunda Infância e Perturbação de Asperger.</i>	<input type="checkbox"/>				
1.9. Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção – <i>ex: Hiperactividade com Défice de Atenção; Perturbação do Comportamento; Perturbação de Oposição.</i>	<input type="checkbox"/>				
1.10. Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar.	<input type="checkbox"/>				
1.11. Perturbação de Tiques – <i>ex: Perturbação de La Tourette; Perturbação de Tique Motor Crónico ou Vocal; Perturbação de Tique Transitório.</i>	<input type="checkbox"/>				
1.12. Perturbação da Eliminação – <i>ex: Encoprese; Enurese.</i>	<input type="checkbox"/>				
1.13. Perturbação de Ansiedade de Separação.	<input type="checkbox"/>				
1.14. Perturbação de Mutismo Electivo.	<input type="checkbox"/>				
1.15. Perturbação Reactiva de Vinculação da Primeira Infância e Início da Segunda Infância.	<input type="checkbox"/>				

1.16. Perturbação de Movimentos Estereotipados.	<input type="checkbox"/>				
2. Demência e Outras Perturbações Cognitivas.	1	2	3	4	5
	Nada Útil e Pertinente	Pouco Útil e Pertinente	Útil e Pertinente	Muito Útil e Pertinente	Muitíssimo Útil e Pertinente
2.1. Demência Tipo Alzheimer.	<input type="checkbox"/>				
2.2. Demência Vascular.	<input type="checkbox"/>				
2.3. Demências Secundárias a: <i>HIV; Traumatismo Craniano; Doença de Parkinson; Doença de Huntington; Doença de Pick; Doença de Creutzfeldt-Jakob e Demência Persistente Induzida por Substâncias.</i>	<input type="checkbox"/>				
3. Perturbações pela Utilização de Substâncias.	1	2	3	4	5
	Nada Útil e Pertinente	Pouco Útil e Pertinente	Útil e Pertinente	Muito Útil e Pertinente	Muitíssimo Útil e Pertinente
3.1. Perturbações induzidas pelo Álcool – <i>Ex: Dependência, Abuso e Síndrome de Abstinência.</i>	<input type="checkbox"/>				
3.2. Perturbações relacionadas com a Nicotina – <i>Ex: Dependência, Abuso e Síndrome de Abstinência.</i>	<input type="checkbox"/>				
3.3. Perturbações relacionadas com sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos – <i>Ex: Dependência, Abuso e Síndrome de Abstinência.</i>	<input type="checkbox"/>				
3.4. Perturbações relacionadas com anfetaminas ou similares – <i>Ex: Dependência, Abuso e Síndrome de Abstinência.</i>	<input type="checkbox"/>				
3.5. Outras Perturbações relacionadas com: cannabis; cocaína; alucinogénios; inalantes; opiáceos; fenciclidina (ou similares); múltiplas substâncias; e com outras substâncias (ou desconhecidas) – <i>Ex: Dependência, Abuso e Síndrome de Abstinência.</i>	<input type="checkbox"/>				
4. Perturbações do Humor.	1	2	3	4	5
	Nada Útil e Pertinente	Pouco Útil e Pertinente	Útil e Pertinente	Muito Útil e Pertinente	Muitíssimo Útil e Pertinente
4.1. Perturbações Depressivas: <i>Depressão Major – Episódio Único ou Recorrente e Distímia.</i>	<input type="checkbox"/>				
4.2. Perturbações Bipolares: <i>Perturbação Bipolar I; Perturbação Bipolar II e Ciclotímia.</i>	<input type="checkbox"/>				
5. Perturbações da Ansiedade.	1	2	3	4	5
	Nada Útil e Pertinente	Pouco Útil e Pertinente	Útil e Pertinente	Muito Útil e Pertinente	Muitíssimo Útil e Pertinente
5.1. Perturbações de Pânico sem Agorafobia	<input type="checkbox"/>				
5.2. Perturbações de Pânico com Agorafobia	<input type="checkbox"/>				
5.3. Outras Perturbações de Ansiedade: <i>Fobia Específica; Fobia social; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Perturbação Stress Pós-Traumático; Perturbação Aguda de Stress; Perturbação de Ansiedade Generalizada; Secundária a ...; Induzida por Substância.</i>	<input type="checkbox"/>				
6. Perturbações do Comportamento Alimentar.	1	2	3	4	5
	Nada Útil e Pertinente	Pouco Útil e Pertinente	Útil e Pertinente	Muito Útil e Pertinente	Muitíssimo Útil e Pertinente
6.1. Anorexia Nervosa.	<input type="checkbox"/>				
6.2. Bulimia Nervosa.	<input type="checkbox"/>				

7. Perturbações do Sono.	1	2	3	4	5
	Nada Útil e Pertinente	Pouco Útil e Pertinente	Útil e Pertinente	Muito Útil e Pertinente	Muitíssimo Útil e Pertinente
7.1. Perturbações Primárias do Sono.	<input type="checkbox"/>				
7.2. Perturbações do Sono relacionadas com outra perturbação mental.	<input type="checkbox"/>				
7.3. Outras Perturbações do Sono.	<input type="checkbox"/>				
8. Perturbações da Adaptação.	1	2	3	4	5
	Nada Útil e Pertinente	Pouco Útil e Pertinente	Útil e Pertinente	Muito Útil e Pertinente	Muitíssimo Útil e Pertinente
8.1. Perturbação de Adaptação com Humor Depressivo.	<input type="checkbox"/>				
8.2. Perturbação de Adaptação com Ansiedade.	<input type="checkbox"/>				
8.3. Perturbação de Adaptação Mista com Humor Depressivo e Ansiedade.	<input type="checkbox"/>				
8.4. Perturbação de Adaptação com Perturbação do Comportamento.	<input type="checkbox"/>				
8.5. Perturbação de Adaptação com Perturbação Mista das Emoções e do Comportamento.	<input type="checkbox"/>				
9. Problemas Relacionais.	1	2	3	4	5
	Nada Útil e Pertinente	Pouco Útil e Pertinente	Útil e Pertinente	Muito Útil e Pertinente	Muitíssimo Útil e Pertinente
9.1. Problema Relacional associado a Perturbação Mental ou o Estado Físico Geral.	<input type="checkbox"/>				
9.2. Problemas Relacional Pais-Filhos.	<input type="checkbox"/>				
9.3. Problema Conjugal.	<input type="checkbox"/>				
9.4. Problema Relacional com Irmão.	<input type="checkbox"/>				
10. Problemas relacionados com abuso ou negligência.	1	2	3	4	5
	Nada Útil e Pertinente	Pouco Útil e Pertinente	Útil e Pertinente	Muito Útil e Pertinente	Muitíssimo Útil e Pertinente
10.1. Abuso Físico de Criança.	<input type="checkbox"/>				
10.2. Abuso Sexual da Criança.	<input type="checkbox"/>				
10.3. Negligência da Criança.	<input type="checkbox"/>				
11. Condições adicionais que podem ser foco de atenção médica.	1	2	3	4	5
	Nada Útil e Pertinente	Pouco Útil e Pertinente	Útil e Pertinente	Muito Útil e Pertinente	Muitíssimo Útil e Pertinente
11.1. Não adesão ao tratamento.	<input type="checkbox"/>				
11.2. Luto.	<input type="checkbox"/>				

Actividade Clássica dos CSP

Áreas, Programas e Projectos.	1	2	3	4	5
	<small>Nada Útil e Pertinente</small>	<small>Pouco Útil e Pertinente</small>	<small>Útil e Pertinente</small>	<small>Muito Útil e Pertinente</small>	<small>Multíssimo Útil e Pertinente</small>
1. Programas de Educação para a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Acidentes em que o comportamento está fortemente implicado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Educação na Concepção e Planeamento Familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gravidez e Saúde Materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gravidez Precoce (não ajustada à idade e não planeada).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sexualidade em todo o Ciclo de Vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sexualidade específica da Adolescência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Insucesso Escolar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Saúde Infantil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Comissão de Protecção de Menores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Equipa Multiprofissional de Diagnóstico e Encaminhamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. PIIP. Projecto Integrado de Intervenção Precoce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Saúde Escolar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Obesidade Infantil/Comportamento Alimentar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Saúde de Adultos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Saúde Ocupacional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Doença Crónica (ex: oncológicas, cardiovasculares, pulmonares, diabetes, HTA, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visitação Domiciliária.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Problemas da Geriatria e Gerontologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Humanização e Qualidade dos Cuidados de Saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Parcerias com outras Entidades Locais em Projectos de Saúde Comunitária.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE – II

Instruções: Esta parte do questionário contém Afirmações acerca da Forma como a Área da Psicologia Clínica pode ser Percebida e Traduzida pelos Elementos das Equipas dos Cuidados de Saúde Primários, constatando assim a sua Percepção a respeito dessa Disciplina Científica:

- a) Numa perspectiva geral;
- b) Numa perspectiva específica da Sub-Região de Saúde de Coimbra (SRSC):
 - Trabalho que deveria desenvolver.

Marque com uma cruz (X) a resposta que melhor represente a sua opinião, de acordo com a seguinte escala:

- 1 – Discordo Totalmente
- 2 – Discordo
- 3 – Concordo
- 4 – Concordo Muito
- 5 – Concordo muitíssimo

Não há respostas Verdadeiras nem Falsas. A sua resposta será correcta, se indicar o que sinceramente pensa no momento da resposta. Seja espontâneo(a).

Percepção da Psicologia Clínica numa Perspectiva Geral	1	2	3	4	5
	Discordo Total/te	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Concordo MUITÍSSIMO
1. A área da Psicologia Clínica é a que melhor pode corresponder às necessidades de formação contínua dos funcionários nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), no que respeita à temática da Comunicação e Relações Interpessoais.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo MUITÍSSIMO
2. No geral, a Psicologia Clínica está a revelar-se uma boa alternativa na resolução de problemas de saúde, resultantes dos estilos de vida contemporânea na medida em que intervém nos componentes psicossociais da doença.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo MUITÍSSIMO
3. Para Ingressar na Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde é necessário ser detentor da Especialidade Psicologia Clínica.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo MUITÍSSIMO
4. Os Psicólogos Clínicos têm uma Carreira Legal que lhes define Categorias e Conteúdo Funcional.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo MUITÍSSIMO
5. Conheço o Conteúdo Funcional do Psicólogo Clínico.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo MUITÍSSIMO
6. Os Psicólogos Clínicos podem criar Serviços ou Unidades Funcionais.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo MUITÍSSIMO
7. O papel profissional dos Psicólogos Clínicos nos CSP é diferente do seu papel noutros Serviços de Saúde (Hospitais e Centros de Saúde Mental).	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo MUITÍSSIMO
8. Os contributos da Psicologia Clínica são fundamentais para levar a cabo projectos de promoção da saúde e de prevenção das doenças, em especial aquelas nas quais o comportamento está implicado.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo MUITÍSSIMO
9. O contributo da Psicologia Clínica nos CSP é fundamental para ajudar a modificar os padrões de consumo inadequado de consultas.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo MUITÍSSIMO
10. O contributo da Psicologia Clínica é fundamental para ajudar na adesão aos tratamentos e no aumento da qualidade de vida dos sujeitos doentes.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo MUITÍSSIMO

	1	2	3	4	5
	Discordo Total/te	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Concordo Multíssimo
11. A intervenção da Psicologia Clínica nos CSP é fundamental para ajudar a reduzir os custos com exames e tratamentos.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
12. A intervenção da Psicologia Clínica nos CSP é fundamental para ajudar a lidar com crises pessoais e/ou familiares, motivos frequentes de consulta em Clínica Geral/Medicina Familiar.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
13. É cada vez mais necessária e urgente a integração da Psicologia Clínica nos CSP.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
14. A Psicologia Clínica merece toda a credibilidade como parceira no plano de intervenção sobre as necessidades dos indivíduos, famílias e populações.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
15. Acho que a Psicologia Clínica é simultaneamente uma Arte e uma Ciência.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
16. Penso que a Psicologia Clínica é uma Área difusa, de difícil entendimento.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
17. Os Psicólogos Clínicos prescrevem psicofármacos em determinadas situações clínicas.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
18. A consulta da Especialidade em Psicologia Clínica insere-se no vasto conjunto de consultas das especialidades médicas.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
19. A consulta de Psicologia Clínica é compartilhada se o responsável pelo processo psicoterapêutico for um psicólogo especialista em Psicologia Clínica.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
Percepção da Psicologia Clínica nos CSP	1	2	3	4	5
Trabalho que Deveria Desenvolver	Discordo Total/te	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Concordo Multíssimo
1. A Área da Psicologia Clínica deve dar um forte contributo para a Formação dos funcionários nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), na área das Relações Interpessoais, no que respeita à comunicação entre Profissional↔Utente e Profissional↔Profissional.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
2. Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam promover o desenvolvimento de competências e aptidões nos outros técnicos de saúde de forma a prevenir o stress ocupacional.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
3. Na consulta de Psicologia Clínica deveriam atender-se, em primeiro lugar, os funcionários da Instituição, pela via do Serviço Interno de Saúde Ocupacional nos CSP (primeiro cuidar dos cuidadores).	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
4. Os Psicólogos Clínicos nos CSP deveriam divulgar mais e melhor, junto de outros técnicos de saúde, as potencialidades da Intervenção Psicológica nos CSP.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
5. Os Psicólogos Clínicos nos CSP deveriam dar a conhecer melhor os Modelos Gerais de Colaboração e Articulação com as Equipas de CSP.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
6. As Equipas de CSP também deveriam ser apoiadas, entre outras formas, por um Processo de Consultadoria (que identifica, clarifica e sugere opções para a resolução de problemas), através da Área de Psicologia Clínica.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo

	1	2	3	4	5
	Discordo Total/te	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Concordo Multíssimo
7. Um "Serviço de Psicologia Clínica" dos CSP deveria traduzir-se na criação duma Consulta de Psicologia em todos os Centros de Saúde.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
8. O Trabalho dos Psicólogos Clínicos nos CSP deverá ir muito além do atendimento dos casos referenciados pelos médicos de família.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
9. O papel profissional dos Psicólogos Clínicos nos CSP deverá apostar mais na prevenção dos problemas e na promoção da saúde das populações do que no atendimento de casos isolados.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
10. Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam levar a cabo Estudos Psicológicos a Indivíduos e a Grupos Populacionais para fins de Prevenção e Tratamento.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
11. A Intervenção da Psicologia Clínica dos CSP devia incidir prioritariamente nos problemas que surgem desde a Concepção até à Adolescência.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
12. Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam contribuir para projectos de promoção da saúde e de prevenção das doenças, em especial aquelas nas quais o comportamento está implicado.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
13. Os Psicólogos Clínicos dos CSP poderiam ajudar a modificar os padrões de consumo inadequado de consultas.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
14. Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam ajudar na adesão aos tratamentos e no aumento da qualidade de vida dos sujeitos doentes.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
15. A intervenção da Psicologia Clínica dos CSP deveria ajudar a reduzir os custos com exames e tratamentos.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
16. A intervenção dos Psicólogos Clínicos dos CSP deveria ajudar a lidar com as crises pessoais e/ou familiares, inerentes ao ciclo de vida familiar.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
17. A actividade principal da Psicologia Clínica nos CSP deveria ser a de aplicar testes psicológicos e conseqüente elaboração de relatórios psicológicos, pedidos por outros profissionais.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
18. A principal actividade da Psicologia Clínica nos CSP deveria ser as Psicoterapias Individuais.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
19. As actividades da Área da Psicologia Clínica dos CSP (Clínica, Avaliação, Formação, Investigação, etc.) deveriam ser coordenadas por um Psicólogo Clínico.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
20. A Avaliação do Desempenho dos Psicólogos Clínicos de cada Centro de Saúde, deveria estar a cargo do Psicólogo Coordenador do Serviço de Psicologia da SRSC.	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo
21. Os Psicólogos Clínicos dos CSP deveriam integrar o Staff (Órgão Consultivo) da Gestão e Planeamento em Saúde, ao nível dos Órgãos Centrais (ARS) e Locais (CS e SRSC), ajudando na tomada de decisões que estejam relacionadas com: motivação, rendimento, satisfação, condições de trabalho etc..	<input type="checkbox"/> Discordo Total/te	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Muito	<input type="checkbox"/> Concordo Multíssimo

PARTE FINAL/DADOS BIOGRÁFICOS

1. Este trabalho de investigação é fundamental para ajudar a conhecer a Área de Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários? SIM ; NÃO
2. Possui formação ou frequentou formação na Área de Psicologia Clínica? SIM ; NÃO .
3. Existe a Área de Psicologia Clínica no Centro de Saúde em que trabalha? SIM ; NÃO .
4. Já trabalhou ou trabalha em equipa com Psicólogos Clínicos? SIM ; NÃO

Ano de Licenciatura: _____

Ano de Nascimento: _____

Estado Civil: Casado ; Solteiro ; Divorciado ; Outros .

Categoria Profissional: Médico ; Enfermeiro ; Assistente Social .

Local habitual de trabalho: Extensão Sede

A sua colaboração é fundamental e desde já lhe fico grato!

Por favor, rubrique esta página como prova de que aceita participar nesta investigação:
