

O Psicólogo nos Centros de Saúde: Dos Conteúdos Semânticos aos Problemas de Identidade

ANA FRANCO ()*

*ELIZABETH SOUSA (**)*

*JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (***)*

Deparamos, actualmente, com o proliferar de uma nova disciplina dentro da Psicologia — A Psicologia da Saúde.

Tendo as suas raízes na Psicologia Médica, na Medicina Comportamental e na Saúde Comportamental, a Psicologia da Saúde desenvolve-se fundamentalmente numa perspectiva holística da saúde e da doença, quer devido a pressões internas da própria ciência psicológica quer, por outro lado, como resposta a factores externos relacionados com necessidades sociais e com os desenvolvimentos e progressos da medicina.

Constitui assim, uma área de intervenção psicológica que «não só inclui a saúde física, a saúde mental, como abrange todo o campo da Medicina e o transcende em direcção aos factores sociais, económicos, culturais relacionados com a saúde e a doença» (Teixeira, 1991).

No nosso País, apesar de se tornar cada vez mais evidente uma insatisfação geral relativamente à qualidade dos serviços de saúde que são prestados, parece não existir ainda sensibilização ao nível político para a importância de uma intervenção psicológica ao nível da Saúde Pública, bem como para a necessidade de reali-

zar abordagens globalizantes nesta área, promovendo um trabalho de cariz multidisciplinar, que integre vários tipos de abordagem, entre os quais a abordagem psicológica.

Assistimos, no entanto, ao aparecimento de várias situações concretas de integração da abordagem psicológica ao nível dos cuidados de saúde, nomeadamente a inserção de profissionais de Psicologia Clínica em equipas multidisciplinares, constituídas em instituições de Saúde — por ex: Maternidade Alfredo da Costa, Hosp. Sta. Maria, Hosp. Lemos Ferreira (cf. a este propósito: Justo, 1990; Leal, 1990).

Quisemos, neste estudo, deter-nos em particular sobre algumas experiências realizadas em Centros de Saúde.

1. O PSICÓLOGO CLÍNICO NOS CENTROS DE SAÚDE

Uma vez que os Centros de Saúde são instituições, dedicadas por excelência, aos cuidados de saúde primários — tendo como áreas de intervenção a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença e do desajustamento, o tratamento e a reabilitação — pensamos que constituem também um local privilegiado para a inserção de uma abordagem psicológica que,

(*) Psicóloga Clínica.

(**) Professora Auxiliar, ISPA.

(***) Assistente, ISPA.

em conjunto com outros tipos de abordagens, possibilitará uma visão globalizante do ser humano.

O Psicólogo Clínico, trabalhando em cooperação com outros técnicos de saúde, utilizando as suas metodologias de avaliação e investigação, os seus modelos de intervenção, tem na nossa opinião, um importante papel a desempenhar nesta área da saúde.

A intervenção do Psicólogo pode ser integrada nas várias valências que os C. de Saúde possuem para o desenvolvimento das actividades de prevenção (saúde maternal, saúde infantil, planeamento familiar, saúde ocupacional, medicina familiar, saúde escolar...) e, consequentemente, dirigida a três sectores alvo: a comunidade, grupos de risco e sujeitos individuais.

Tem como objecto de intervenção a experiência psicológica e a relação que os sujeitos estabelecem com o seu estado de saúde ou de doença, ou ainda com situações normais da vida que suscitam movimentos de adaptação particulares.

Alguns exemplos do que poderá ser a sua intervenção, numa instituição como o Centro de Saúde, são os seguintes: (a) Estudo da organização e do funcionamento do próprio serviço de saúde e do seu impacto psicológico sobre as pessoas que os utilizam (Leal & Teixeira, 1990); (b) Participação na elaboração do programa de actividades do Centro de Saúde e na sua avaliação, de forma a identificar os problemas e necessidades reais em matéria de saúde (Ludovino, 1990); (c) Estudo e implementação da modificação de comportamentos e de estilos de vida necessários para a conservação da saúde e prevenção da doença (educação para a saúde, campanhas de prevenção, intervenção em grupos de risco e em sujeitos individuais) (Leal & Teixeira, 1990); (d) Identificação e suporte de sujeitos em risco psicológico, colocados perante o adoecer físico ou mesmo perante situações normais da vida que implicam adaptação psicológica (gravidez, menopausa, envelhecimento) (Leal & Teixeira, 1990; Teixeira, 1991); (e) Aconselhamento e troca de informações com outros técnicos de saúde sobre os aspectos psicológicos e psico-sociais dos doentes, particularmente em estudos de casos individuais, sensibilizando-os para os aspectos psicológicos envolvidos na promoção e manutenção da saúde, na prevenção da doença (Leal & Teixeira, 1990);

(f) Facilitação da comunicação entre as pessoas doentes e as equipas de saúde prevenindo conflitos potenciais e manejando os manifestos (Leal & Teixeira, 1990); (g) Intervenção psicoterapêutica com vista à promoção da mudança e do melhor ajustamento psicológico às situações de doença ou de risco psicológico (psicoterapia de apoio) (Leal & Teixeira, 1990); (h) Apoio de situações específicas e individuais com vista à reabilitação psicológica de doentes crónicos, prevenindo aumentos de incapacidades.

Conviria, no entanto, salientar que não existe um estatuto que defina normas quanto à actuação dos Psicólogos, nem existe nenhuma formação específica na área da Psicologia da Saúde (excepção feita ao tema aprofundado «Psicologia da Saúde», do 5º ano de Psicologia Clínica, no ISPA). O psicólogo organiza o seu próprio trabalho de acordo com a sua experiência, os seus modelos de intervenção e os condicionamentos existentes.

2. AS REPRESENTAÇÕES DO PSICÓLOGO CLÍNICO NOS CENTROS DE SAÚDE

Interessou-nos, neste estudo, saber como é que os próprios Psicólogos Clínicos (quer trabalhem ou não num Centro de Saúde) encararam as suas tarefas e o que pensam da Psicologia. Por outro lado, procurámos saber como tem sido percebida e compreendida essa sua intervenção e a própria Psicologia, por parte dos técnicos de saúde que participaram nestas experiências e mesmo dos outros técnicos, de Centros de Saúde, que nunca estiveram em contacto profissional com um Psicólogo.

2.1. *Referências Teóricas*

Como referencial teórico, optámos por nos situar no campo da Psicologia Social.

Recorreremos assim à noção de Representações Sociais (Vala, 1981; Marques, 1983; Moscovici 1984; Paez, 1987; Di Giacomo, 1987; Jodelet, 1989) enquanto abordagem psico-social, embora colocando-nos numa perspectiva crítica, o que não deixa de reflectir as discussões teóricas actuais. Não deixámos de referir alguns aspectos de outras concepções teóricas que considerámos importantes para o estudo: a da Cognição Social

(Linville, 1982; Leyens, 1985, 1987) e a da Categorização e da Identidade Social (Tajfel, 1982, 1983).

As representações (sociais) são constituídas no curso da interacção entre indivíduos. Emergem de processos cognitivos mas associados à produção grupal de formas de pensamento e determinadas todas elas pelas posições grupais (cf. por ex: Di Giacomo, 1980; Moscovici, 1982; Vala, 1984; Sousa, 1991). Desempenham uma função cognitiva mas também, e acima de tudo, funções sociais.

Uma questão em aberto, diz respeito à relação entre complexidade cognitiva e familiaridade com um objecto. Segundo a perspectiva socio-cognitivista de Linville (1982), a representação de um objecto será tanto mais complexa e menos estereotipada, quanto maior for a familiaridade e portanto o contacto com esse objecto. Curiosamente, no âmbito das Representações Sociais, esta temática está implícita aos grupos considerados embora, a nosso conhecimento nunca tenha sido abordada nesta perspectiva (cf. por ex: Vala, 1986; Rodrigues e al., 1986). Por outro lado, relativamente às dimensões sociais e avaliativo-afectivas das Representações Sociais levantam-se igualmente sérias críticas (cf. Sousa, 1991).

Objectivos e Hipóteses de estudo

Os objectivos gerais do estudo foram: (1) Saber se o contacto com um Psicólogo Clínico, suscita 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; (2) Saber se as Representações Sociais que os Psicólogos Clínicos têm da Psicologia são ou não idênticas pelo facto de trabalharem ou não num Centro de Saúde; (3) Saber se existem diferenças na sua Identidade Social e Profissional (veiculada pelas suas representações sociais) pelo facto de possuírem ou não experiência de trabalho num Centro de Saúde; (4) Saber se grupos com contacto com psicólogo (mais familiaridade) têm ou não uma representação, do Psicólogo, mais complexa e menos estereotipada, do que os grupos sem contacto com Psicólogo.

Tendo em conta os objectivos expostos, estabelecemos as seguintes Hipóteses exploratórias:

- H1 — Os grupos sem contacto com Psicólogo, no âmbito de uma equipa multidisciplinar de um Centro de Saúde, terão Representações da «Psicologia» do «Psicólogo» e das «Tarefas do Psicólogo» diferentes dos grupos sem contacto com o Psicólogo.
- H2 — O grupo de Psicólogos Clínicos com experiência em C. de S. terá uma Representação da «Psicologia» idêntica ao grupo de Psicólogos Clínicos sem experiência em Centros de Saúde.
- H3 — O grupo de Psicólogos Clínicos com experiência em C. de S. terá uma Identidade Social e Profissional diferente do grupo de Psicólogos Clínicos sem experiência em Centros de Saúde.
- H4 — Os grupos de Psiquiatras e Médicos de Família, com contacto com Psicólogos, terão uma representação do Psicólogo menos estereotipada que os grupos de Psiquiatras e Médicos de Família sem contacto com Psicólogo.

3. MÉTODO

3.1. Sujeitos

Foram inquiridos 72 indivíduos (31 M e 41 F), com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos.

Estes indivíduos estão divididos em oito grupos de sujeitos, respectivamente:

- MFC — 12 Médicos de Família (6 M e 6 F) com contacto com Psicólogo, no âmbito de uma equipa multidisciplinar (do Centro de Saúde de Sintra);
- PQC — 6 Psiquiatras (4 M e 2 F) com contacto com Psicólogo, no âmbito de uma equipa multidisciplinar;
- UTC — 12 Utentes (6 M e 6 F) do Centro de Saúde de Sintra (no qual esteve inserido um Psicólogo);

- PCC — 12 Psicólogos Clínicos (1 M e 5 F) com experiência de trabalho em Centros de Saúde;
- MFS — 12 Médicos de Família (6 M e 6 F) sem contacto com Psicólogo (do Centro de Saúde do Cacém);
- PQS — 6 Psiquiatras (4 M e 2 F) sem contacto com Psicólogo no contexto de Centros de Saúde;
- UTS — 12 Utentes do Centro de Saúde do Cacém (no qual nunca esteve um Psicólogo);
- PCS — 6 Psicólogos Clínicos (1 M e 5 F) sem experiência em Centros de Saúde.

No caso dos grupos PCC e PQC, sendo a população mais reduzida, os sujeitos inquiridos foram todos os possíveis de contactar.

3.2. *Recolha e Tratamento dos Dados*

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um Questionário composto por um conjunto de 11 questões (7 de resposta aberta e 4 questões fechadas) que versavam sobre a «Psicologia», o «Psicólogo» e as «Tarefas do Psicólogo». Os questionários foram aplicados por uma experimentadora que se apresentou como Psicóloga.

Todos foram recolhidos no espaço de tempo compreendido entre Janeiro e Julho de 1990.

Para o tratamento das respostas abertas do questionário aplicado, utilizámos a técnica de Análise de Conteúdo Categorical, Temática (Bardin, 1977).

Os grupos de categorias estabelecidos para as várias perguntas com as respectivas frequências ($f > 1$), foram sujeitas a uma Análise Factorial de Correspondências, binária.

3.3. *Resultados e Discussão*

Os factores 1 e 2, em conjunto explicam 43% da variabilidade da matriz do objecto «Psicologia».

Em primeiro lugar torna-se evidente um afastamento do grupo PCC em relação a todos os outros grupos. Este grupo contribui apenas para o segundo factor encontrando-se aí bem representado. Os seus conteúdos remetem para uma representação geral da Psicologia («educação»,

«desenvolvimento», «o que é o homem», «análise de contextos») e que podemos considerar um pouco distante da prática clínica.

Os grupos PQC, PQS e PCS (os dois últimos têm uma contribuição elevada para o primeiro factor, encontrando-se bem representados, e uma baixa contribuição para o segundo factor) aparecem próximos. Os seus conteúdos («pouca objectividade», «testes», «avaliação de capacidades», «utilização de conhecimentos», «ciências humanas») parecem remeter para uma representação negativa da Psicologia e também para um desconhecimento do que ela abarca.

Os grupos UTC, UTS e MFS aparecem também próximos e em oposição aos anteriores no primeiro factor (contribuindo para o posicionamento deste). Os seus conteúdos parecem reenviar para o Psicólogo («bom ouvinte», «ajuda o outro», «Estudo do ser Humano», «pessoa muito útil», poder de ver sem falar»), o que evidencia o seu desconhecimento da Psicologia. Podíamos considerar uma conotação positiva nestes conteúdos, mas, este aspecto não foi directamente medido.

Existe uma certa oposição entre grupos de técnicos de saúde mental e grupos não técnicos de saúde mental.

O facto de PCC aparecer isolado poderá estar ligado ao facto de não existir oposição entre grupos com e sem contacto com Psicólogo o que, por seu lado, poderá estar relacionado com a clivagem entre representação e prática dos próprios Psicólogos. No entanto isso poderá também ser motivado pelo quanto é difícil transformar uma representação pré-existente.

As hipóteses exploratórias 1 e 2 parecem não obter suporte nos dados. Relativamente à hipótese exploratória 3 estes dados sugerem diferenças entre estes dois grupos de psicólogos.

Para «Psicólogo», a representação no espaço de factores 1 e 2 aparece associada a 47% da variância total, sendo o primeiro factor um factor de escala.

Aqui aparece bem nítida a oposição entre grupos técnicos de Saúde mental (Psiquiatras e Psicólogos) e grupos não técnicos de saúde Mental (Médicos de Família e Utentes) marcada pelo eixo II.

Os grupos de Utentes (UTC e UTS) aparecem próximos de conteúdos que parecem remeter para capacidades pessoais do Psicólogo

(«amigo», «perseverante», «calmo», «comunica», «pessoa», «perspicaz») e não enquanto profissional; o que evidencia o seu desconhecimento deste profissional (que não é de estranhar pois nenhum dos grupos teve contacto com o Psicólogo).

O grupo MFC parece remeter para uma aceitação do psicólogo enquanto membro de uma equipa de Saúde («capacidade de discutir», «atento aos vários contextos», «capaz de trabalhar em equipa», «Não directivo», «não formula juízos»).

Os grupos de Psiquiatras e Psicólogos, em oposição aos restantes grupos, apresentam conteúdos muito ligados a aspectos relacionados com a formação do Psicólogo e capacidades pessoais. Relativamente à Hipótese exploratória 3 e por oposição aos dados sobre a representação de «Psicologia», os dados sugerem aqui semelhança de perspectivas, independentemente do contacto com centros de saúde.

O grupo PQS apresenta um número muito reduzido de conteúdos para Psicólogo (PQS=4, PQC=36) o que evidencia também a sua falta de contacto com este profissional. O grupo MFS apresenta também um número mais reduzido de conteúdos que o grupo MFC (MFC=58, MFS=34) provavelmente pela mesma razão. A Hipótese exploratória 4 encontra aqui suporte.

Para «Tarefas do Psicólogo», os factores 1 e 2, associados a 41% da variância total, mostra-nos: (a) Novamente a oposição entre técnicos de Saúde Mental e não técnicos de Saúde Mental, marcada pelo eixo II; (b) Os grupos de utentes aparecem isolados e os seus conteúdos («importante para a sociedade», «devíamos ter direito a um psicólogo», «tenta criar um método», «tenta criar uma ciência») parecem evidenciar um desconhecimento das tarefas do Psicólogo, embora pareçam reenviar para uma avaliação positiva do Psicólogo; (c) Curiosamente o grupo MFS apresenta uma grande quantidade de conteúdos (MFC=41, MFS=59) para tarefas do Psicólogo, o que parece remeter para um pedido de «ajuda» relativamente aos Psicólogos, pedido este muito concreto: «ajuda a nível consciente/inconsciente», «auxílio individual», «ajuda a relacionarem-se melhor»; (d) Os grupos de Psiquiatras parecem apresentar conteúdos que remetem para a indefinição das tarefas do Psicólogo («tarefas múltiplas», «depende da

área de formação», «investigação», «colabora no tratamento»), com excepção para «avaliação psicológica» que é a categoria com uma maior contribuição; (e) O grupo PQS apresenta um baixo número de conteúdos (PQC=40, PQS=21) relativamente a PQC o que parece evidenciar um maior desconhecimento das tarefas do Psicólogo por parte deste grupo. Este dado é consistente com a Hipótese 4.

Apenas para este objecto (Tarefas do psicólogo) nos aparece na organização dos factores 1 e 4, associada a 34% da variância, significativa ainda, uma certa oposição entre grupos com contacto e sem contacto com Psicólogo (com excepção dos grupos de utentes, o que não é de estranhar pois mesmo o grupo UTC não teve contacto com Psicólogo pessoalmente).

Parece assim que, como afirma Leyens (1985), são mais os casos concretos e vividos que os abstractos e gerais que facilitam a mudança das Representações. Neste caso parece ter tido lugar uma mudança ao nível das representações das «tarefas do psicólogo» (aspecto mais vivido na prática) nos grupos que estiveram em contacto com este profissional, no Centro de Saúde (Médicos de Família e Psiquiatras).

4. CONCLUSÕES

A conclusão global do presente estudo é que encontramos Representações Sociais definidas em termos de «imagens que condensam um conjunto de significações partilhadas por um conjunto de indivíduos» (Moscovici, 1984; Jodelet, 1984; Abric, 1987), apesar da limitação da Amostra considerada quanto às produções discursivas, não é evidente que tenhamos obtido conjuntos de opiniões que comportam elementos emocionais, unidos a comportamentos específicos, o que, segundo Di Giacomo (1987), seria condição necessária para afirmarmos que estamos perante Representações Sociais. Implicitamente poderíamos inferir algumas conotações avaliativas e afectivas nos conteúdos analisados; no entanto, este aspecto não foi directamente medido. Não obstante, apresentou-se-nos um conjunto de dados que nos parecem relevantes e passíveis de reflexão.

Assim, contrariamente às nossas Hipóteses

exploratórias, a análise das produções discursivas que os grupos dos Centros de Saúde considerados fazem da Psicologia, do Psicólogo e das suas tarefas, não revelaram oposição entre grupos com e sem contacto com Psicólogo e sim entre técnicos de Saúde Mental e não técnicos de Saúde Mental. Este facto poderá reflectir, por um lado a existência de um conflito e, por outro, a tendência dos Psicólogos e Psiquiatras para formarem um único grupo, com uma imagem diferente do objecto.

A proximidade dos Psicólogos Clínicos e Psiquiatras, levanta ainda outras questões. Uma delas, é a de que, na ausência de definição de atribuições para um dos grupos, que na matriz social e no Ministério da Saúde tem um estatuto de inferioridade — o grupo dos Psicólogos — será muito difícil a estes afirmar-se e fazer validar socialmente as suas posições. A sua credibilidade, neste contexto, é inferior à dos Psiquiatras. Os Psicólogos não detêm ainda qualquer forma de afirmação que lhe seja reconhecida, o que significa que não conseguiram ainda um espaço próprio no âmbito destas instituições (os Centros de Saúde). Por outro lado, estes aspectos, conduzem-nos à problemática da Identidade Socio-Profissional dos Psicólogos Clínicos: é evidente a distância entre o grupo com experiência profissional em Centros de Saúde e o grupo sem experiência profissional, o que nos remete para a indefinição dessa identidade. A discontinuidade total de conteúdos elimina a hipótese de menor complexidade representacional.

Levantamos a hipótese de que este facto esteja relacionado quer com a ausência de um estatuto do Psicólogo, quer com aspectos relativos à sua formação, possivelmente adequada ao contexto do desempenho profissional.

Tendo em atenção as conclusões e as especulações realizadas, pensamos poder assinalar algumas sugestões decorrentes do presente estudo. Apontamos assim para a necessidade de: (a) Sensibilizar os Psicólogos, ao longo da sua formação teórica académica e do seu estágio escolar, para o carácter multidisciplinar do trabalho num Centro de Saúde ou noutras Instituições de Saúde, e para a importância da sua acção ao nível dos cuidados Primários de Saúde; (b) Estudar a possibilidade de criar uma eventual

pós-formação dos Psicólogos, essencialmente dedicada ao campo específico da saúde, possibilitando assim um melhor enquadramento destes técnicos em Instituições dedicadas a esta área; (c) Fomentar o contacto dos Psicólogos formandos com técnicos de outras áreas, ligadas à temática da saúde, possibilitando assim um intercâmbio de conhecimentos e de perspectivas que decerto facilitará um futuro trabalho em equipa; (d) Implementar acções de formação junto de técnicos de outras áreas, nomeadamente Médicos de Família e Psiquiatras, que visem informar qual o espaço da Psicologia e quais os contributos que esta ciência e os Psicólogos Clínicos podem prestar no campo da saúde; (e) Realização de mais estudos que abordem esta temática, com uma maior amplitude, quer em Centros de Saúde quer noutras instituições de Saúde (Hospitais, Centros de Saúde Mental), e que tenham em conta alguns aspectos e limitações presentes neste nosso estudo.

BIBLIOGRAFIA

- Di Giacomo, J. (1987). Teoria y métodos de analisis de las Representaciones Sociales. In *Pensamiento, Individuo e Sociedade: Cognicion y Representacion Social*, Madrid: Editorial Fundamiento.
- Jodelet, D. (1989). Representations Sociales: un domaine en expansion. In *Les Representations Sociales* (Jodelet, Ed.), pp.: 9-61, Paris: PUF.
- Justo, J.M. (1990). Gravidez e Mecanismos de Defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4 (VIII): 371-376.
- Leal, I. & Teixeira, J.A.C. (1990). Psicologia da Saúde: Contexto e Intervenção. *Análise Psicológica*, 4 (VIII): 453-458.
- Leyens, J.P. (1985). *Teorias da personalidade na Dinâmica Social*. Lisboa: Verbo.
- Leyens, J.P. (1987). Teorias Implícitas de la personalidad y Representation Social. In *Pensamiento, Individuo y Sociedade: Cognicion y Representations Sociales* (Paez e col., Eds.), pp.: 199-220, Madrid: Editorial Fundamiento.
- Linville, P.W. (1982). Attitudes and Social Cognition-on the complexity-extremity effect and age-based Steriotyping. *J.P.S.P.*, 42: 93-211.
- Ludovino, A. (1990). O Psicólogo nos Centros de Saúde. In *A Psicologia nos Serviços de Saúde* (I. Botelho, J.P. Almeida, M. Geada & J. M. Justo, Eds.), pp.: 27-30, Lisboa: A.P.P.O.R.T.

- Marques, J. (1983). Das estruturas cognitivas às representações sociais. *Psicologia*, 4: 239-250.
- Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image e son public*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1984). *Social Representations*. Paris-London: Maison des Sciences de l'Homme — Cambridge Press.
- Paez e col. (1987). *Pensamiento, Individuo y Sociedad: Cognicion y Representacion Social*. Madrid: Editorial Fundamiento.
- Rodrigues, A., Marques, J. & Sousa, E. (1986). A representação social da Justiça em Portugal. *Análise Psicológica*, 3/4 (IV): 377-460.
- Sousa, E. (1991). *Dos conteúdos Representacionais às Representações Sociais*. *Análise Psicológica*, 1(IX): 25-32.
- Tajfel (1982). *Grupos Humanos e Categorias Sociais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Tajfel (1983). *Grupos Humanos e Categorias Sociais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Teixeira, J.A.C. (1991). *Psicologia da Saúde: Estado Actual e Perspectivas Futuras*. Comunicação apresentada no VII Seminário da AEISPA (No Prelo).
- Vala, J. (1981). Grupos Sociais e Representações Sociais da Violência. *Psicologia*, 4(II): 329-342.
- Vala, J (1986). Sobre as Representações Sociais: Para

uma análise da epistemologia do senso comum. *Cadernos de Ciências Sociais*, 4: 5-29.

RESUMO

Neste artigo é apresentado um estudo monográfico sobre o Psicólogo Clínico e o seu papel no contexto dos Centros de Saúde.

Mais do que chegar a conclusões, tornam-se sobretudo relevantes as sérias questões evidenciadas pelos resultados, no que respeita à identidade Socio-Profissional do psicólogos, à sua formação e às relações que estabelecem com outros profissionais.

ABSTRACT

A monographic study concerning Clinic Psychologist's professional identity is presented. Results showed impact of contact with Health Centers on the mental representations of Psychology for psychologists but not for other professional groups such as physicians and psychiatrists. Further, it was found a very similar perspective of psychiatrists and psychologists for what concerns psychologist's image.

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



MESTRADO

EM

**COMPORTAMENTO
ORGANIZACIONAL**

1992 – 1993

1993 – 1994

Informações: Gabinete de Mestrados e Estudos Pós-Graduados

Rua Jardim do Tabaco, 44 1100 Lisboa
Tel: 86 31 84/5/6 Fax: 86 09 54