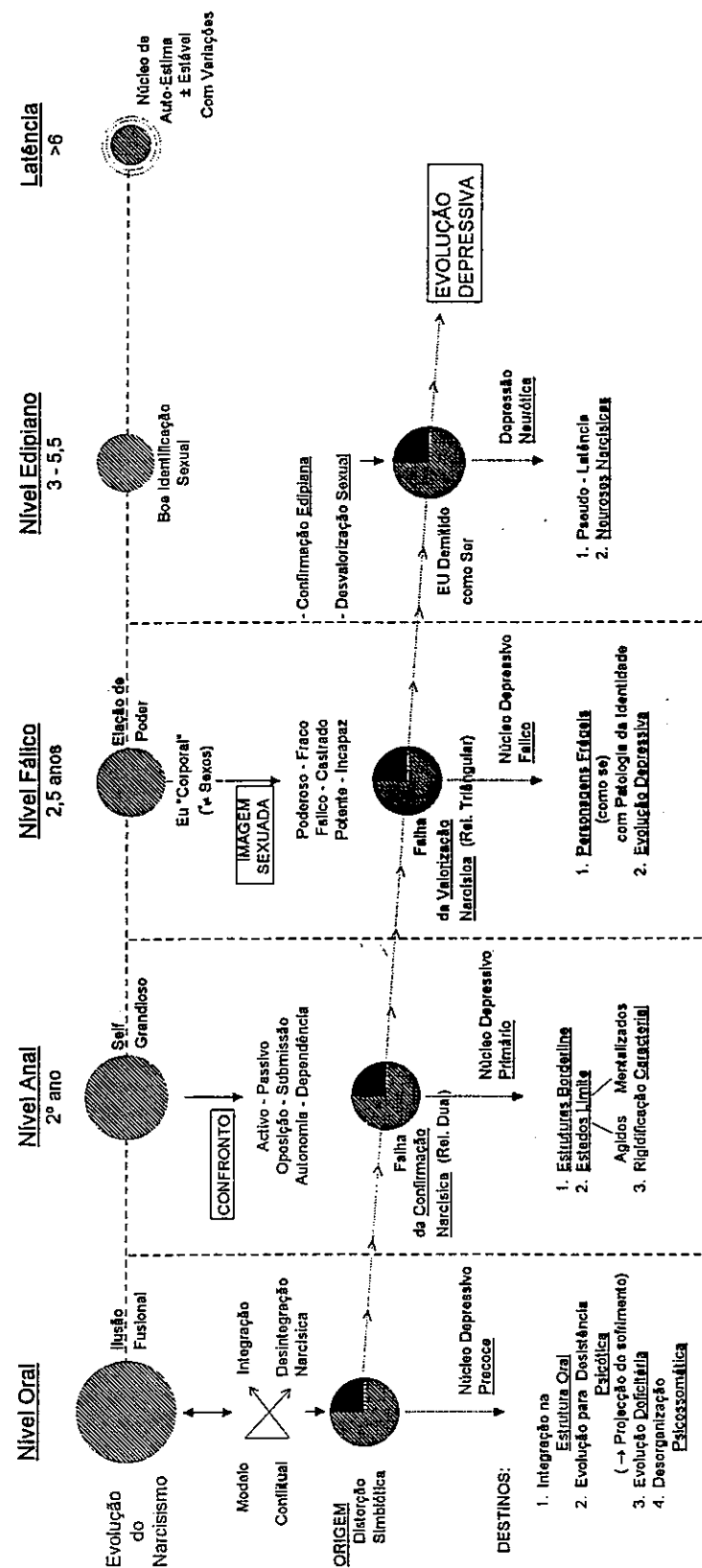


FIGURA I  
Núcleos Depressivos e Personalidade



# Psicologia clínica da saúde

JOSÉ PAIS RIBEIRO (\*)  
ISABEL PEREIRA LEAL (\*\*)

## 1. INTRODUÇÃO

A importância crescente da actividade dos psicólogos e o esclarecimento através de legislação das práticas das diversas psicologias implica, uma reflexão aprofundada sobre o que é hoje a Psicologia Clínica, que papel cumpre na sociedade e na relação com outros saberes e outros profissionais.

Se nunca é fácil estabelecer conceitos, noções, ideias, sobre actividades simultaneamente científicas e profissionais que emergem e se desenvolvem rapidamente, a Psicologia Clínica parece comportar dificuldades acrescidas já que nunca foi uma, nem mereceu consensos, e se estabeleceu de acordo com escolas de pensamento que cada um aceita, e a partir da qual propõe a «sua» Psicologia Clínica.

Nesta nossa reflexão propomo-nos, a partir da emergência da Psicologia Clínica em geral e em particular em Portugal, reconhecer percursos, traçar linhas de parentesco, mostrar continuidades, descontinuidades e rupturas e, sobretudo, propor aquilo que, do nosso ponto de vista, deverá ser a Psicologia Clínica para os próximos anos.

(\*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto. Hospital Geral de Santo António, Porto.

(\*\*) Professora Auxiliar, ISPA.

## 2. A PSICOLOGIA CLÍNICA

A divisão de Psicologia Clínica da *American Psychological Association* (APA), em 1935, 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 e, 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, p. 75).

Pierón (1968) esclarecia que a Psicologia Clínica refere-se à ciência da conduta humana baseada, principalmente, na observação e análise aprofundada dos casos individuais, tanto normais como patológicos, podendo estender-se aos grupos.

Garfield (1965), na mesma época, define Psicologia Clínica como o ramo da Psicologia que se interessa pelos problemas de ajustamento e de modificação da personalidade.

Temos assim uma primeira definição de Psicologia Clínica que, temporalmente, se estende dos seus primórdios até aos anos setenta.

Nela a tónica é colocada na análise, observação e medição dos comportamentos dos indivíduos tendo como pano de fundo e objectivo «o ajustamento».

Esta questão do «ajustamento», que nós diríamos discutível e necessitando de referências claras, decorre das próprias condições de emer-

gência da Psicologia Clínica, nomeadamente a do trabalho com deficientes.

### 2.1. *Origens de uma Psicologia Clínica*

A criação da expressão «Psicologia Clínica» é atribuída a Lightner Witmer doutorado pela Universidade de Leipzig em 1892, que sucedeu a Cattell como director do laboratório de psicologia na Universidade da Pensilvânia.

Em 1896, Witmer apresentou na reunião anual da APA, um novo método de investigação e instrução que intitulou «*the clinical method in psychology and the diagnostic method of teaching*» (Garfield, 1965). A expressão «Clínico» sublinha, em oposição ao laboratório, a função prática do psicólogo e o seu empenhamento numa função social útil.

Esta estabelecia-se na prática nos procedimentos de avaliação que eram utilizados com crianças com debilidades mentais e físicas.

Na época, de resto, a preocupação dos pioneiros da Psicologia Clínica com as crianças deficientes era grande. Disso mesmo dá testemunho a criação, em 1906, do Vineland Institute para a investigação do atraso mental, e do Chicago Child Guidance Clinic, em 1909.

Em 1916, Poppelreuther, inaugura aquilo que se poderia chamar de «readaptação psicológica» de indivíduos com ferimentos cerebrais. A partir do exame das funções mentais, ele estudou as possibilidades de retorno ao mundo laboral destes doentes, e promoveu-a efectivamente.

Se a extensão desta proposta não se pode considerar típica da época é, no entanto, relevante como exemplo daquilo que se pretendia que fosse a Psicologia Clínica: uma actividade prática e útil.

Mas, para lá desta relevância social, sem dúvida meritória, a Psicologia Clínica precisava de encontrar o seu estatuto epistemológico que a compromettesse como ciência e a alicerçasse teoricamente.

É nesse sentido que recorre à formalização de dois conceitos que acabam por ser centrais:

- o Método Clínico
- o Raciocínio Clínico

### 2.2. *O Método Clínico*

Pode-se remontar à Antiguidade Clássica para

defender o interesse e prevalência de um Método Clínico, alternativo a um método experimental.

A tradição médica assentou nele e relevou-o como «O Método» a utilizar nas ciências aplicadas ao comportamento humano.

Etimologicamente, «Clínico» tem origem no latim *clinicus*, emprestado do grego *klinikos* e que significa «o que visita o doente na cama», por sua vez com origem na palavra *klinein* que significa «estar deitado». Segundo Mucchielli e Mucchielli, (1969) o termo tem origem na medicina onde significa estar à cabeceira do doente, e salienta, simultaneamente, um *atendimento personalizado e prático*.

«O Método Clínico tem seu objectivo na colheita de dados precisos a respeito de todas as doenças que afectam os seres humanos, a saber, todas as afecções que limitam a vida em seus poderes, satisfações e duração (...). O Método Clínico prossegue sempre numa série de etapas lógicas. O estudante observador notará algumas semelhanças entre o Método Clínico e o Método Científico. Cada um deles começa com dados de observação que sugerem uma série de hipóteses. Estas são depois examinadas à luz de novas observações, algumas das quais são feitas na clínica e outras no laboratório. Finalmente, chega-se a uma conclusão que, em ciência, denomina-se teoria e em medicina, diagnóstico operacional» (Isselbacher et al., 1980, p. 4).

Mas, se o Método Clínico se encontrava razoavelmente estabelecido na Medicina, na Psicologia precisava ainda de fazer e ganhar escola.

Na Europa, Lagache e Piaget, são dois dos nomes maiores de um esforço de dotação de critérios para a constituição daquilo que deveria ser uma Psicologia Clínica (Schraml, 1973).

Em particular Piaget, foi um dos arquitectos da proposta de uma psicologia assente num Método Clínico.

No sentido de Piaget, o termo «Clínico» surge para expressar um método de investigação. Piaget fala de Método Clínico para se referir a um tipo de experimentação que faz emergir o facto psicológico em que o sujeito observado participa na medida mais ou menos idêntica à do investigador, se bem que essa participação seja uma participação natural (CERI, 1977).

Neste sentido, o Método Clínico acaba por ser uma interacção participada igualmente por investigador e investigado, na qual o primeiro

precisa de ir construindo estrategicamente a dinâmica interactiva, suportada teoricamente mas à medida do segundo.

É ainda neste sentido que vai a definição de Método Clínico em Psicologia proposto por Thines e Lempereur, em 1984, no Dicionário Geral das Ciências Humanas «conjunto de métodos que visam a aquisição de conhecimentos pela observação de fenómenos, mórbidos ou não, apresentados pelo indivíduo no quadro da sua situação, sem o recurso às técnicas de laboratório ou de psicometria (testes)».

Mas, lado a lado com esta defesa de um Método Clínico surge uma outra bem prefigurada pela afirmação de Schraml: «O termo Método Clínico cobre todos os procedimentos de observação directa minuciosa, quer na entrevista, quer nas situações experimentais definidas» (situação de teste) (1973, p. 9).

Neste outro sentido, o Método Clínico em Psicologia, passa a ter uma enorme semelhança ao Método Clínico que vem da Medicina.

Integra eventualmente uma parte do que Piaget propunha como «Método Clínico» mas recorre igualmente às tais situações experimentais, que se pretendem tão objectivas quanto possível.

### 2.3. *O Raciocínio Clínico*

Igualmente comum à Prática Clínica no Sistema de Saúde em geral, e comum às disciplinas que recorrem ao procedimento Clínico, existe o Raciocínio Clínico.

Goldman (1991) explica que o Raciocínio Clínico é pouco conhecido mas que se baseia em aspectos tais como a experiência e a aprendizagem, raciocínio indutivo e dedutivo, interpretação da evidência que, ela própria varia em aspectos tais como reprodutibilidade e validade, e intuição que, frequentemente, é difícil de definir. A investigação sobre o Raciocínio Clínico forneceu alguns dados sobre a forma como este processo ocorre.

Este autor, numa abordagem compreensiva, sugere um fluxograma das diversas fases do Raciocínio Clínico. Primeiro 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 utilida-

de, validade e fidelidade, que serão umas em Medicina e outras em 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. Finalmente as várias opções são discutidas com o cliente (ou doente) e dá-se início ao plano terapêutico.

## 3. HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO

A Psicologia Clínica desenvolveu-se e adquiriu notoriedade após a Segunda Guerra Mundial na contribuição para a resolução dos problemas das vítimas da guerra, tanto na Europa (Zazzo, 1968), como nos Estados Unidos da América (Garfield, 1965) focando primariamente as perturbações mentais (Belar, Deardorff, & Kelly, 1987; Fox, 1994). Mas, como sempre, podemos recuar um pouco e referir a utilização de métodos psicológicos no domínio Clínico já no período da Primeira Guerra Mundial.

É entretanto importante constatar que nessa época, a Psicologia Clínica se alicerçava, como actividade, em torno da medição.

De facto, no período entre as duas guerras a Psicologia Clínica foi, essencialmente, um acantonamento de «medidores de funções» ao serviço das psiquiatrias e neurologias da época.

Daqui decorrem, dois eixos de análise que habitualmente se constituem, hoje como ontem, como grandes definidores da Psicologia Clínica:

- a objectivação e a medida, traduzida nos testes
- proximidade e serviço em relação à psiquiatria.

### 3.1. *Objectivação e medida*

É interessante verificar que a psicotecnia como profissão acaba por ser anterior à da Psicologia. Grace Artur na Enciclopédia de Harriman escrevia que: o Psicólogo Clínico observa o mesmo fenómeno que o Psiquiatra mas o seu fim é de «substituir as normas subjectivas por normas objectivas para acumulação de dados quan-

titativos obtidos sob o controlo de condições experimentais».

Nomes maiores da psicotecnia como Binet, Simon, Zazzo, Thorndike ou Spearman propuseram instrumentos de medida para conceitos que entretanto construíram, como fundamentais ou definidores do funcionamento psicológico. A inteligência, a memória, a atenção, a percepção mas também a personalidade passaram a ser avaliados em praticamente todos os contextos.

É curioso verificar que muitos desses instrumentos de medida revistos e reinterpretados exaustivamente, anexados a modelos teóricos ou reformulados à sua luz são ainda hoje utilizados.

Embora a psicotecnia não seja pertença da Clínica, no seu crescimento e desenvolvimento entendeu-se frequentemente que o sucesso do desenvolvimento científico dos testes psicológicos contribuiu para o entendimento que a Psicologia Clínica se baseava na aplicação destes (Fox, 1982; Garfield, 1965; Shakow, 1975; Shillito, Bhagat, & Lewis, 1986; Zazzo, 1968).

Mesmo que o entendimento actual seja o de que 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» (p. 139) a Psicologia Clínica foi, durante muito tempo uma Psicologia Diagnóstica no interior do domínio Clínico.

Segundo Heiss em 1948 (citado por Schraml, 1973), o termo de Psicologia Diagnóstica foi criado pela Escola de Fribourg-en-Brisgau (e designava uma combinação de Psicologia da Personalidade e de tentativa diagnóstica de exploração da personalidade).

### 3.2. Proximidade à psiquiatria

A expressão Psicologia Clínica tem sido utilizada pelos profissionais de psicologia desde os finais do século passado, conferindo à expressão Clínico um sentido próximo do que lhe é dado na medicina, tal como vimos. Esta similaridade de sentido derivou do facto do psicólogo profissional tender a trabalhar fisicamente próximo dos psiquiatras, em actividades semelhantes ou complementares, e pressupunha a adopção, por parte da Psicologia, do modelo biomédico.

A confusão ao nível do senso comum e, muito mais grave, ao nível dos próprios Serviços de Saúde que regularmente relacionam Psicologia Clínica e Psiquiatria assenta, por um lado, naquilo que são as raízes históricas e condições de emergência da Psicologia e por outro à própria característica da medicina psiquiátrica que se apropriou num dado momento do seu percurso de teorias e modelos psicopatológicos.

A Psicologia Clínica aparece associada ao modelo médico a que num primeiro momento recorre para se afirmar como ciência. O uso da expressão na sua forma mais populista tende a qualificar a psicologia que se faz com a pessoas com perturbações mentais (Fox, 1994) e a confundir-se com uma psicologia patológica.

Mas se isso é verdade para a Psicologia Clínica, também é verdade que as respostas encontradas adentro do saber psiquiátrico eram insuficientes para compreender os desafios que o século XX colocavam na ordem do dia. Daí que Psicologia Clínica e Psiquiatria tomassem em comum teorias de personalidade e de comportamento que autores nas franjas destes saberes, mas também da neurologia, da filosofia e da psicopatologia, propunham.

O destaque relativo e a importância maior do estatuto médico em relação ao psicólogo alimentou a confusão ao longo de décadas entre saberes partilhados e práticas profissionais. Ainda hoje, algumas vezes, parece destacar-se a importância da formação em Medicina Psiquiátrica em relação à Psicologia Clínica quando o que efectivamente está em jogo é uma formação complementar em psicanálise, teorias cognitivas, comportamentais ou sistémicas que nada têm que ver com a formação de base destes médicos.

A indiscutível importância e contributo de alguns indivíduos de outras formações para a Psicologia em geral e a Psicologia Clínica em particular, nunca teve de ver com o facto de serem médicos ou psiquiatras mas com o facto de serem psicopatologistas, investigadores, filósofos das ciências ou psicoterapeutas.

Mas, é inegável que aquilo que a Psicologia Clínica designou como o seu domínio, acabou por englobar todas as instituições e consultas nas quais se trabalha a título terapêutico ou profilático com sujeitos doentes, frágeis ou inadaptados (Wolman, 1965).

Desta forma, a Psicologia Clínica acabou por

ser a aplicação ao domínio Clínico – pré-estabelecido e pré-existente – dos resultados e métodos de todas as disciplinas psicológicas fundamentais. Disciplinas que, por seu turno, se ofereceram como resultados de trabalhos experimentais ou, mais amiúde, como teorias de autor ou de escola, sobre o indivíduo, os comportamentos, o funcionamento psicológico ou a dinâmica interrelacional, a partir da própria experiência Clínica ou decorrente da própria teoria.

Desai em 1967 num artigo intitulado *The concept of Clinical Psychology* referia que, a Psicologia Clínica «em termos de um corpo de conhecimentos e habilidades será respondida de acordo com a escola ou escolas de pensamento psicológico que cada um aceite. Com efeito seria difícil dizer se a Psicologia Clínica é uma ciência uma tentativa de ciência ou ainda qualquer outra coisa» (p. 38). MacKay (1975), numa obra fundamental, comentando a afirmação de Desai dizia «o quadro não está certamente mais claro hoje em dia» (p. 78) e acrescentava com humor «o que tanto pode ser um inconveniente como uma benção disfarçada» (p. 78).

## 4. O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA PSICOLOGIA CLÍNICA

O primeiro comité de certificação em Psicologia Clínica foi estabelecido na APA em 1920, e interrompido em 1927 devido ao pouco interesse que pareceu despertar (Shakow, 1975). Shakow, presidente do *Committee on Training in Clinical Psychology* da APA, que em 1947 recomendou o primeiro programa significativo de formação em Psicologia Clínica (Garfield, 1965), define esta expressão como «área de conhecimento, e de habilidades (*Skills*) que visa ajudar pessoas com desajustamentos comportamentais ou perturbações mentais a alcançar modos mais satisfatórios de ajustamento pessoal ou de auto-expressão» (Shakow, 1975, p. 2376).

A partir de década de 70 ocorreram alterações importantes na concepção de saúde, por um lado, e no papel da Psicologia no Sistema de Saúde. Estas alterações conduziram a uma proliferação de expressões que pretendiam intitular o profissional de Psicologia que trabalhava no Sistema de Saúde como, por exemplo: Psicologia Clínica do Desenvolvimento que expressa o interesse

por 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).

Outras expressões tendem a confundir-se com a Psicologia Clínica como é o caso, por exemplo, de Psicologia Médica, que é um termo geral abrangendo o uso de procedimentos e princípios psicológicos no diagnóstico e avaliação da doença física e na avaliação do tratamento (Alcorn, 1991) e que, em Portugal, tende a ser exercida, quase exclusivamente por médicos; Psicossomática, que se interessa pela relação entre variáveis fisiológicas e psicossociais na doença, conceito que se baseia na ligação entre explicações psicanalíticas da personalidade e o desenvolvimento subsequente de certas doenças (Alcorn, 1991), etc.

Todas estas expressões passíveis de qualificar práticas profissionais dos psicólogos no Sistema de Cuidados de Saúde ou no Sistema de Saúde em geral podem ser, genericamente, substituídas por Psicologia Clínica.

### 4.1. A Psicologia Clínica em Portugal

A Psicologia Clínica em Portugal merece esse nome de uma forma mais generalizada a partir dos anos 60 por via das congregações religiosas que no ano de 1963 criaram o Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).

A origem da Psicologia Científica é localizada por Abreu (1990) no início do século com a criação dos primeiros laboratórios de psicologia experimental nas Faculdades de Letras das Universidades de Coimbra em 1912-14 e, posteriormente, na de Lisboa em 1930. Na mesma época refere a criação do Instituto de Orientação Profissional.

Deve ainda ser salientado nos primórdios da Psicologia em geral e de algumas preocupações clínicas em particular, a Fundação Calouste Gulbenkian através do seu Centro de Investigação Pedagógica que, durante muitos anos foi um pó-

lo de suporte da investigação aplicada à educação e ao desenvolvimento e onde inúmeros psicólogos estagiaram e se formaram profissionalmente (Jesuino, 1994).

Nos anos seguintes indivíduos formados em diferentes universidades europeias e americanas, e indivíduos provenientes dos cursos de filosofia com uma especialização em Psicologia esboçam os primeiros programas de intervenção na área da Psicologia Clínica.

A década de 70 vê nascer os cursos de Psicologia nas universidades estatais, com os primeiros licenciados a aparecerem no final da década. Com efeito, nesta década foram inauguradas em Lisboa, Porto e Coimbra as três Faculdades de Psicologia e de Ciências da Educação que iniciam, simultaneamente, a criação do ensino superior oficial em Psicologia e a segunda geração de psicólogos portugueses. Surge, entretanto, uma quinta escola de Psicologia, deste feita, na Universidade do Minho, e logo a seguir, na década de 80 multiplicam-se os cursos de psicologia em inúmeras escolas privadas.

A diversidade de formações dos professores destas escolas implica que, cada uma delas acabe por privilegiar áreas bem específicas, teóricas ou metodológicas, que se transformam no cerne dos conhecimentos transmitidos na geração seguinte.

Decorre deste facto, currículos académicos com diferenças sensíveis de escola para escola. No caso específico do ensino da Psicologia Clínica, verifica-se que apenas é comum o tempo de especialidade: dois anos. Algumas escolas promovem o ensino da clínica sem destaque especial para o referencial teórico enquanto outras se repartem por modelos teóricos que se constituem como áreas ou departamentos relativamente autónomos. Assim, e neste último caso, os Psicólogos Clínicos são-no desde logo de acordo com uma teoria.

#### 4.2. A prática da Psicologia Clínica

Mercê da sua própria história a Psicologia Clínica exerceu-se tradicional e predominantemente em dois contextos específicos e bem diferenciados entre si: em clínica privada e no contexto hospitalar dos hospitais psiquiátricos. Apesar de todas as diferenças que estas situações comportam, ambas se inscrevem num quadro de

prestação de cuidados de saúde que se inscrevia no domínio que, então, se intitulava de «psiquiátrico»: fora dele a relação entre psicólogos e médicos era inexistente. Shillitoe, Bhagat e Lewis (1986) confirmavam que na década de 70, no cenário europeu, a relação entre os Psicólogos Clínicos e os Médicos que actuavam fora do contexto psiquiátrico era inexistente. A mesma constatação era feita pela APA Task Force on Health Research (1976) para a América do Norte.

Mas a década de 70 marcou uma mudança na maneira de conceptualizar o Sistema de Saúde em geral e o de Cuidados de Saúde em particular. No cerne dessa mudança estiveram as críticas ao modelo biomédico (Engel, 1977) que vieram a dar origem àquilo que ficou conhecido por «Segunda Revolução da Saúde» (Michael, 1982; Ribeiro, 1994). Marcos históricos, formais, desta perspectiva são o Relatório Lalonde (Lalonde, 1974) o Programa Saúde para Todos no Ano 2000 definido em 1977 (OMS, 1986) e o Relatório Richmond (Richmond, 1979).

Simultaneamente reconhecia-se que uma parte importante dos problemas com que lidava o médico não-psiquiatra eram de índole psicológica. Por exemplo, Shillitoe, Bhagat e Lewis (1986) citam um comentário publicado no *Journal of the Royal College of General Practitioners*, em que se diz que «compreendiam claramente que muitos dos problemas que se lhes deparavam eram de origem comportamental tratando-os com aquilo que na época era o único tratamento comportamental à sua disposição – drogas psicótropas» (p. 303).

O aumento da compreensão de que a acção em contexto de cuidados de saúde é uma prática cada vez mais multidisciplinar tem conduzido, nomeadamente, a mudanças de terminologia. Por exemplo, Enright et al., (1990) referem a tendência dos serviços públicos para alterarem o nome de departamentos de «psiquiátrico» para «saúde mental». Também em Portugal, em 1985, os Institutos de Assistência Psiquiátrica foram substituídos pelas Direcções dos Serviços de Saúde Mental e os ainda existentes hospitais psiquiátricos são «a extinguir quando vagarem».

Toda esta mudança genérica de pensar a Saúde deu origem a uma nova área de interesse na Psicologia que se passou a chamar Psicologia da Saúde (APA Task Force on Health Research,

1976) e deu origem, em 1978 à Divisão 38 da APA, que passou a editar, em 1982 o periódico *Health Psychology*.

Em Portugal, só em 1995 foi criada a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, embora há pelo menos dez anos já se desenvolvessem entre nós actividades académicas e profissionais que se reclamavam da Psicologia da Saúde.

Na sua origem, a Psicologia da Saúde apontava para uma separação entre esta área epistemológica e a de Psicologia Clínica. No relatório da APA Task Force on Health Research já referido, afirmava-se «*The focus of the task force has been on research contributions by psychologists who are working on health and illness problems lying outside the traditional concerns with mental health and mental illness*» (p. 269). A palavra «*outside*» é sublinhada no original. Ou seja, entendia-se que a intervenção da Psicologia Clínica tendia a centrar-se na saúde mental e nas doenças mentais enquanto o foco da Psicologia da Saúde centrar-se-ia em todas as outras doenças.

A evolução da concepção do Sistema de Saúde em geral, acabando com os hospitais psiquiátricos, passando a área da saúde mental a ser mais um dos departamentos dos hospitais gerais contribuiu, significativamente, para diluir esta diferença. De facto, quer na prática quer na filosofia, parece cada vez menos eficaz manter esta divisão conceptual entre Saúde Mental e Saúde Física.

Não tanto porque o próprio Sistema de Saúde se encarregou de esbater fronteiras mas porque resultaria bizarro a continuação da manutenção de categorias que são, ou necessariamente interpenetradas ou abusivamente utilizadas.

Parece hoje consensual que qualquer alteração ou perturbação na saúde comporta necessariamente 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.

A emergência e rápida implementação da Psicologia da Saúde é de resto e em si mesmo um testemunho óbvio da falência dos modelos tradicionais de uma Psicologia Clínica ligada aos

hospitais psiquiátricos e subordinada aos saberes e aos informes psicopatológicos.

Verificou-se na prática que a mera transposição de técnicas de avaliação, investigação e intervenção subsidiárias da psicopatologia resultava, quando transpostas para outros serviços de saúde, descontextualizada, inoperante, e ineficaz.

#### 5. PSICOLOGIA CLÍNICA DA SAÚDE

O Decreto Lei que institucionalizou a actividade profissional dos psicólogos no sistema de saúde em Portugal intitula-os de Psicólogos Clínicos (Dec.-Lei n.º 241/94 de 22 de Setembro), passando a constituir um dos «ramos» da carreira dos técnicos superiores. Da análise das funções que lhes são adstritas, tal como podem ser lidas no articulado do Artº 2.º, na realidade o Decreto-Lei promove aquilo que poderíamos designar como *Psicologia Clínica da Saúde* (Belar, Deardorff, & Kelly, 1987; Millon, 1982).

Ou seja, depois de um primeiro momento em que a Psicologia da Saúde aparecia como um conjunto de práticas do Psicólogo com as populações sem doença mental, surgiu um outro, decorrente e natural, em que a tónica era colocada na Psicologia realizada em contexto do Sistema de Saúde em geral, e no de Cuidados de Saúde.

A *Psicologia Clínica da Saúde* foi, assim, definida como a aplicação dos 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, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou «distress».

Considerou-se que a expressão «Psicologia Clínica da Saúde, representava uma fusão da Psicologia Clínica, com o seu foco na avaliação e tratamento de indivíduos em distress, com o conteúdo da Psicologia da Saúde» (Millon, 1982, p. 1). Como acrescentam Belar, Deardorff e Kelly (1987), «*obviously, clinical health psychologists engage in the same broad range of functions as more traditional clinical psychologists*» (p. 8).

Promoveu-se assim a ideia de que estas duas áreas – Psicologia Clínica e Psicologia da Saúde – pudessem ser consideradas como apenas uma

dado que, «*Clinical psychology was misguided in its evolution when it followed a dualistic mind-body model and there by limited itself to ministering to the "mentally" disordered. Health psychology came into being in great measure as an antidote to the deficits and imbalance this created*» (Millon, 1982, p. 9).

A designação «*Psicologia Clínica da Saúde*» implica, na nossa opinião, a síntese e o compromisso entre duas gerações de perspectivas sobre a Psicologia.

A Psicologia Clínica, como vimos, enuncia no essencial, uma metodologia. É discutível se um campo aplicado da Psicologia deve designar-se pela metodologia que promove. Já Schraml (1973) afirmava a sua convicção de que não era feliz escolher um método como critério, tanto mais que nas ciências aplicadas se utilizam habitualmente diferentes métodos, e considerava que a única opção racional era a de definir em função do seu campo de aplicação.

Mas, como sabemos, foi essa a opção que vigorou durante décadas, sem nenhum problema grave decorrente até porque toda a Psicologia Clínica se esgotava num campo pré-estabelecido pela psiquiatria.

As mudanças de que temos vindo a falar e que se exprimem em diferentes registos, devem entretanto ser capazes de implicar uma reconceptualização das nossas categorias.

De facto, não foram só os sistemas de saúde que mudaram. Mudou igualmente a realidade social em que os psicólogos se movem. Mudaram os saberes, os discursos e até, muitas zonas disciplinares.

Os anos 80, promoveram e desenvolveram a ideia de que era necessário definir as psicologias, aplicadas a campos de intervenção específicos, aquilo que nós designamos como psicologias temáticas, ideia partilhada, aliás, por outros autores (Fox, 1994; Fox et al., 1982; Matarazzo, 1987). Como defende este último num texto cujo título é sugestivo – *There is only one psychology, no specialities, but many applications* –, e utilizando como exemplo o campo da Saúde, «*the term health is an adjective that defines the arena in which the core knowledge in the science and profession of psychology is applied and, thus, there is not today a health psychology that differs from psychology proper*» (p. 899).

Assiste-se assim a dois movimentos paralelos

e simultâneos que dão conta, antes de mais, da vitalidade da Psicologia. Por um lado temos ainda, psicologias metodológicas, que se instalaram ao longo dos anos como verdadeiras psicologias profissionais. Lado a lado com a Clínica, existem psicologias ministradas no ensino regular que se dizem educacionais, sociais ou organizacionais de acordo com o objecto o objectivo e o método que escolhem. Por outro lado, temos, campos de intervenção, cada vez mais extensos e específicos em que se exige uma formação específica e não só a mera transposição de metodologias gerais. Está neste caso a Psicologia da Saúde, mas também a Psicologia Legal, a Psicologia Desportiva, a Psicologia Comunitária e muitas, muitas outras.

A designação de Psicologia Clínica da Saúde prefigura assim, a aplicação ao campo da Saúde, e ao universo dos Serviços e Sistemas de Saúde existentes, de uma tradição de privilégio de uma metodologia: a Clínica.

Convém entretanto esclarecer, que outras filiações metodológicas têm seguramente cabimento e lugar no extenso campo coberto pela Psicologia da Saúde. O Decreto Lei que entretanto regulamentou a actividade dos psicólogos no Sistema de Saúde, destina-se, sem sombra de dúvida a esta prática profissional.

### 5.1. *Psicologia Clínica versus Psicologia da Saúde*

Nos Países onde a Psicologia Clínica está, formalmente, institucionalizada há muito, caso dos Estados Unidos da América ou da Inglaterra, há tendência para defender uma formação específica em Psicologia da Saúde em oposição às existentes para a Psicologia Clínica: é o caso, por exemplo, de Belar, Deardorff, e Kelly (1987) e de Matarazzo (1987). Sherr (1996) refere figurativamente uma relação entre problemas e intervenções feitas no Sistema de Saúde, do modo apresentado na Figura 1.

Nesta matriz, a área A refere-se a problemas psicológicos com intervenção psicológica. A área B refere-se a problemas médicos necessitando de tratamento psicológico. A área C cobre cuidados médicos para problemas psicológicos. A área D abrange problemas médicos com intervenção médica. Nesta matriz, a área A é tradicionalmente concebida como a área pertencente à

FIGURA 1

		problemas	
		psicológicos	médicos
intervenção	psicológica	A	B
	médica	C	D

Psicologia Clínica e a D como pertencente à medicina. A área C pertenceria à psiquiatria. A área B seria, segundo a autora, a área privilegiada pela Psicologia da Saúde.

Compreende-se a posição destes autores que lutam pela institucionalização da Psicologia da Saúde em contextos onde a Psicologia Clínica está instalada há muito e é difícil introduzir alterações nos programas de formação nessa área. Ora em Portugal, talvez infelizmente, a Psicologia Clínica foi institucionalmente definida pelo Decreto Lei já referido, em 1994, e são-lhe atribuídas funções claramente no âmbito do que é, hoje, coberto pela Psicologia no Sistema de Saúde, ou seja, do que temos vindo a designar por Psicologia Clínica da Saúde.

## 6. CONCLUSÕES

Os percursos e trajectos dos saberes e das disciplinas que se vão constituindo na Psicologia como em todas as ciências humanas, acabam por também ser fruto do seu tempo.

Fruto deste tempo, o nosso tempo de participação e intervenção numa Psicologia Clínica que se exerce em contextos de saúde, é a reflexão aqui apresentada.

Mais do que fazer um historial, tomar posição sobre questões de moda ou afirmar a nossa visão do que é ou devia ser a Psicologia Clínica, pretendemos clarificar o estatuto epistemológico da nossa prática.

Do ponto de vista que aqui defendemos a discussão de uma Psicologia Clínica *versus* uma Psicologia da Saúde é uma discussão encerrada.

Já não faz (se é que alguma vez fez) sentido, opor uma Psicologia Clínica dirigida a quadros psicopatológicos e centrada na doença mental, a

uma Psicologia da Saúde dirigida ao sofrimento (*distress*) associado ou concomitante às doenças físicas.

Diferentes gerações de conceitos, de uma e outra origem, e mesmo externos em relação a estas Psicologias relativizaram os radicalismos destas noções.

A Psicologia Clínica, mais do que referida a uma população ou a uma nosologia, descreve uma metodologia de intervenção que privilegia o relacional, quer dizer a qualidade de relação entre o Psicólogo e o seu utente. Neste sentido, o Psicólogo Clínico, seja qual for o quadro teórico que utilize e que lhe permite referenciar e descodificar o que lhe é trazido como sofrimento, mal estar ou desadaptação, persegue delineamentos de intervenção capazes de implicar uma diminuição, desvalorização ou reequilíbrio dos problemas que lhe são apresentados.

A característica definidora da Clínica reside na possibilidade de utilização de todos os informes psicológicos na resolução de uma problemática colocada por um indivíduo, um grupo, ou uma população, tomado como objecto de análise e Intervenção Clínica.

A Psicologia da Saúde, tal como a pensamos e a praticamos, tem rigorosamente os mesmos objectivos dentro dos limites e das propostas que os contextos de saúde lhe propiciam e oferecem.

Falar de uma *Psicologia Clínica da Saúde*, é assim, do nosso ponto de vista, exprimir num único enunciado uma perspectiva metodológica e uma perspectiva contextual, que eventualmente em anos vindouros se tornará redundante ou obsoleto.

Não o é entretanto, e ainda, neste final de século em que se assiste, simultaneamente, a uma implementação notável da *Psicologia Clínica da*

Saúde e a uma confusa mixogenização de Psicologia Clínica feitas na Saúde.

No primeiro caso temos um processo de crescimento e adaptação que pressupõe vitalidades, maturidade e, por isso mesmo, rupturas com propostas inúteis ou anquilozadas em territórios restritos.

No segundo caso temos uma mera transposição de teorias, técnicas e instrumentos pensados num contexto específico para outro radicalmente diferente.

Inevitavelmente que consideramos que esta segunda perspectiva, que alguns pretenderam purista, é apenas, e só, imobilista.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. (1990). Os primeiros laboratórios de Psicologia em Portugal: contexto e sentido da sua criação. *Jornal de Psicologia*, 9 (1), 3-7
- Alcorn, J. D. (1991). Counseling psychology and health applications. *The Counseling Psychologist*, 19 (3), 325-341.
- APA task Force on Health Research (1976). Contributions of psychology to health research: patterns, problems, and potentials. *American Psychologist*, 31, 263-274.
- Belar, C. D., Deardorff, W. W., & Kelly, K. E. (1987). *The practice of clinical health psychology*. New York: Pergamon Press.
- Bibace, R., & Walsh, M.E. (1979). Developmental stages in children's conceptions of illness. In G. C. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler (Eds.), *Health psychology - a handbook*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc., Publishers.
- CERI (1977). *Inventaires piagetiens*. Paris: Organisation de Coopération et de Développement Économiques.
- Desai, M. M. (1967). The concept of clinical psychology. *Bulletin of the British Psychological Society*, 20, 29-39.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Enright, M., Resnick, R., DeLeon, P., Sciara, A., & Tanney, F. (1990). The practice of psychology in hospital settings. *American Psychologist*, 45 (9), 1059-1065.
- Fox, R. (1982). The need for a reorientation of clinical psychology. *American Psychologist*, 37 (9), 1051-1057.
- Fox, R. (1994). Training professional psychologists for the twenty-first century. *American Psychologist*, 49 (3), 200-206.
- Fox, R., Barclay, A., & Rodgers, D. (1982). The foundations of professional psychology. *American Psychologist*, 37 (3), 306-312.
- Garfield, S. L. (1965). Historical Introduction. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology* (pp. 125-140). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Goldman, L. (1991). Quantitative aspects of clinical reasoning. In J. Wilson, E. Braunwald, K. Isselbacher, K. R. Petersdorf, J. Martin, A. Fauci, & R. Root (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (12th Edition). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Isselbacher, K., Adams, R., Braunwald, E., Petersdorf, R., & Wilson, J. (1980). *Harrison's principles of internal medicine* (9th Edition). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Jesuino, J. (1994). *O que é a psicologia*. Lisboa: Difusão Cultural.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare.
- MacKay, D. (1975). Clinical psychology: theory and therapy. In Peter Herriot (Dir.), *Essential psychology*. London: Ed. Methuen & Co Ltd.
- Maddux, J., Roberts, M., Sleden, E., & Wright, L. (1986). Developmental issues in child health psychology. *American Psychologist*, 41 (1), 25-34.
- Matarazzo, J. D. (1987). There is only one psychology, no specialities, but many applications. *American Psychologist*, 42 (10), 893-903.
- Michael, J. (1982). The seconde revolution in health: health promotion and its environmental base. *American Psychologist*, 37 (8), 936-941.
- Millon, T. (1982). On the nature of clinical health psychology. In T. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 1-27). New York: Plenum Press.
- Mucchielli, A., & Mucchielli, R. (1969). *Lexique de la psychologie*. Paris: Editions Sociales Françaises.
- OMS (1986). *As metas de saúde para todos: metas da estratégia regional Europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- Piéron, H. (1968). *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: PUF.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In T. McIntire (Ed.), *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33-55). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Richmond, J. (1979). *Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U. S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Shakow, D. (1975). Clinical psychology. In A. Freedman, H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* II (Vol. 1, pp. 2376-2386). Baltimore: The Williams & Wilkins Company.

- Schraml, J. W. (1973). *Précis de psychologie clinique*. Paris: PUF. (Tradução do Alemão de 1972).
- Sherr, L. (1996). Challenges for tomorrow. *Psychology, Health & Medicine*, 1 (1), 5-6.
- Shillitoe, R., Bhagat, M., & Lewis, A. (1986). Clinical psychology in general practice. In M. Christie, & P. Mellett (Eds.), *The psychosomatic approach: Contemporary practice of whole-person care* (pp. 299-322). New York: John Wiley & Sons Limited.
- Wolman, B. B. (Ed.) (1965). *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Zazzo, R. (1968). *Conduites et conscience*. Paris: De-lachaux et Niestlé.

#### RESUMO

No presente artigo, após explicarmos a evolução da Psicologia Clínica das suas origens até ao presente, defendemos que a Psicologia da Saúde e a Psicologia Clínica atingiram um ponto de fusão que é fruto das mudanças sociais e políticas e, principalmente das mudanças ocorridas no campo específico da saúde. Assim, embora o título profissional do psicólogo que

exerce a sua prática no Sistema de Saúde em geral e no de Cuidados de saúde, seja o de Psicólogo Clínico, na realidade o conteúdo das suas funções seria melhor chamado de Psicologia Clínica da Saúde.

*Palavras-chave:* Psicologia Clínica, Saúde.

#### ABSTRACT

In the present text we defend that the practice of psychology in health settings must be called Clinical Health Psychology instead of Clinical Psychology, because this one was misguided in its evolution when it followed a dualistic mind-body model and there by limited itself to ministering to the mentally disordered. The recent Portuguese Law defining the functions of Clinical Psychologist surpass the dualistic mind body model and came into being in great measure as an antidote to the deficits and imbalances created by the biomedical model. Then, when we call «Clinical Psychologist» we, really are calling «Clinical Health Psychologist».

*Key words:* Clinical Psychology, Health.