

Introdução

Este relatório insere-se no âmbito do Estágio do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento. O estágio foi realizado no período entre o dia 28/11/2011 a 27/7/2012 na Associação Abraço. A Abraço é uma instituição de solidariedade social que presta serviços a pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA. Tendo em vista a necessidade de uma experiência prática onde se aplicou grande parte dos fundamentos aprendidos ao longo do curso, com os princípios teóricos e metodológicos estudados.

No âmbito da prática da psicologia, o estágio teve como objectivo desenvolver competências específicas na intervenção psicológica com pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA, visando o aprofundamento da formação técnica e científica numa perspectiva de desenvolver e aprofundar competências. Em termos específicos os objectivos visaram o conhecimento da organização, facilitar a interligação da teoria com a prática, desenvolver atitudes, valores éticos e profissionais, criar competências na intervenção e avaliação psicológica, participar nas atividades organizacionais e trabalhar de modo integrado em equipas.

O relatório é composto por V (cinco) partes. A parte I ilustra os agradecimentos, listas de siglas e abreviaturas, resumo, *abstract*, índice geral, índice de tabelas, índice de figuras, índice de anexos, e a introdução. A II parte refere-se à revisão de literatura, aborda vários aspectos sobre a epistemologia e a epidemiologia do VIH/SIDA. Pronunciamos no relatório, a infecção do VIH que debilita o sistema imunológico do indivíduo infectado. Os aspectos históricos e as vias de transmissão. Focaliza a importância do diagnóstico precoce, que permite a modificação do comportamento, a terapia que é feita com associações de drogas, e a importância de melhorar a qualidade de vida. O medo, a estigmatização e a falta de informação são aspectos importantes para quem vive com esta doença.

Para empreender este trabalho foi utilizada a abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers. Esta abordagem expressa que o ser humano tem capacidade para desenvolver as suas potencialidades motivando a pessoa a um processo construtivo, e de mudança. A III parte deste relatório relata as atividades realizadas no âmbito do estágio, nomeadamente conhecimento da instituição, aprofundamento dos conhecimentos, observações de atendimento, acompanhamento psicológico, avaliação psicológica, reuniões de supervisões, reuniões de sessão clínica, reuniões de equipa, formação no âmbito da prevenção de VIH/SIDA. A IV parte compreende a descrição de dois casos de acompanhamento psicológico e avaliação psicológica, com apresentação da história clínica, o genograma, o diagnóstico, projeto terapêutico e a síntese do acompanhamento psicológico.

A avaliação psicológica foi realizada a uma pessoa do sexo feminino de 14anos filha de pais separados e com episódios de inúmeras reprovações, e irritabilidade. O objectivo foi avaliar o funcionamento cognitivo, e a personalidade. Para a avaliação foram utilizados alguns instrumentos de avaliação que permitissem compreender o estado atual do sujeito. Neste contexto, foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: Rorschach e WISC- III. Posteriormente fez-se o diagnóstico multiaxial e foram analisados os resultados da avaliação. Para finalizar, a V parte compreende a transcrição das entrevistas feitas, e a descrição dos testes utilizados em (anexo).

1-Parte- Contextualização do Local de Estágio

Caracterização Da Associação Abraço

A Abraço teve origem a partir de um grupo de amigos, em que, um deles foi infectado pelo vírus do VIH. Uma vez que perderam o amigo resolveram assim dar apoio a pessoas infectadas.

Surgiu milhares de organizações não-governamentais, actuando muitas vezes a sociedade, os governos e sistemas de saúde completamente adormecidos. São organizações inovadoras, que juntam pela primeira vez os infectados e a comunidade em geral, especialmente as minorias, e são as primeiras a responder à pandemia. Portugal, não era e não é exceção. A Abraço, ao longo destes dez anos, assume o papel de estimular o debate, alertar a opinião pública, pressionar as instituições e apoiar as pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA.

Neste sentido, a Abraço realiza inúmeras campanhas de prevenção utiliza diversos meios de comunicação, que visam a banalização do uso do preservativo chamando, desde o início, a atenção de todos os sectores da sociedade para esta nova infecção. Ao realizar mais de uma centena de sessões de prevenção em escolas por todo o país, em cada ano lectivo, a Abraço responde a uma necessidade de professores, alunos e pais.

Muitos voluntários e profissionais de diversas áreas, organiza e participa em debates sobre a problemática da SIDA e todas as questões relacionadas com a discriminação e a ética, pressiona os governos, para melhores condições de atendimento e de acesso aos tratamentos, atende e apoia milhares de pessoas infectadas e afectadas. Depois de dez anos, foi estendendo a sua ação à região do Porto, Funchal e Setúbal, abriu mais centros de atendimento, surgiu mais dois programas de apoio domiciliário

para doentes e um programa de apoio a crianças filhas ou órfãs de pessoas infectadas com VIH/SIDA abrindo duas unidades residenciais.

[http // www.abraço.org.pt](http://www.abraço.org.pt) [consultada a 20 de Agosto de 2012]

A Abraço conta sobretudo com o apoio e a solidariedade de artistas, criativos e publicitários, empresas e instituições, e de milhares de anónimos, que, com a sua contribuição, tornam possível as suas diferentes atividades. Os subsídios governamentais representam, desde o início, cerca de 8% do total acumulado das receitas da associação. Através da sua atividade nas diversas áreas, a Abraço passa a ser reconhecida como uma associação parceira a nível internacional, participando em diversas redes europeias de organizações não-governamentais na área da SIDA. A nomeação de um dos membros da sua direção para o Programa *Co-ordinating Board da UN AIDS*, em Dezembro de 1999, é disso um exemplo significativo.

[http.// www.abraço.org.pt](http://www.abraço.org.pt) [consultada a 20 de Agosto de 2012]

Visão

A visão da Abraço visa uma maior abrangência dos projetos em curso, quer numa amplitude geográfica, quer no universo de pessoas apoiadas - aumento do universo de beneficiários e novos projetos envolvendo "clientes" externos diretos e indiretos. A Abraço é uma Instituição de Solidariedade Social. Organização não-governamental sem fins lucrativos de prestação de serviços na área da SIDA.

Tem o objectivo de dar apoio psicológico, social e material a seropositivos internados na Unidade de Doenças Infecciosa e Parasitárias do Hospital Egas Moniz, e tentava melhorar as condições hospitalares. A Associação apoia pessoas afectadas pelo

VIH/SIDA, treino e formação de trabalhadores e técnicos de saúde envolvidos com o VIH. Prevenção da infecção, dirigida à população em geral e, especialmente, aos jovens, utilizadores de droga, trabalhadores do sexo, mulheres, homossexuais, transgenders e reclusos. Luta contra a discriminação e defesa dos direitos das pessoas infectadas. A Associação dispõe de uma estrutura de cerca de vinte assalariados, e voluntários. A sua ação tem âmbito nacional, dispondo de três centros de trabalho na área da grande Lisboa, um no Porto, aberto em Dezembro de 1994, um no Funchal, aberto em Dezembro de 1995 e um em Setúbal, aberto em Dezembro de 2001.

A Associação está organizada por núcleos e delegações regionais, cada um deles reportando a um dos três membros da Comissão Executiva. Atualmente a Associação conta com cerca de 460 sócios e 650 voluntários. Como também desenvolve parcerias com ONG'S Africanas e Europeias.

[http// www.abraço.org.pt](http://www.abraço.org.pt) [consultada a 20 de Agosto de 2012]

Missão

No âmbito da Visão descrita, projeta-se alargar o número de apoios efetivos prestados a pessoas realmente necessitadas assim como, o número de ações de prevenção e de sensibilização para o risco de novos contágios. A forma de o fazer será através do reforço das competências da equipa técnica dos projetos e iniciar o trabalho de reconhecimento da autonomia das Delegações Norte, Sul e Ilhas. Por fim, pretende-se trabalhar todo o conceito de internacionalização da ABRAÇO através de projetos a serem elaborados em parceria, direcionado a países de expressão e língua portuguesa e arrancar com os trabalhos de investigação e desenvolvimento na área do VIH/SIDA.

[http// www.abraço.org.pt](http://www.abraço.org.pt) [consultada a 20 de Agosto de 2012]

Tabela 1

Serviços disponíveis

 Categoria

Presidente Direção

Assistente Financeiro Sede - SAF

Vogal Direção

Rececionista Sede administrativa

Animador cultural Lisboa prevenção

Tesoureiro Lisboa CAAP

Psicólogo Lisboa CAAP

Medico Dentista Lisboa CAAP

Auxiliar de acção médica Lisboa CAAP

Técnica de reabilitação Lisboa CAAP

Técnica de serviço social Lisboa CAAP

Escrituraria Funchal - ser criança

Ajudante de Acção Directa Funchal - Ser Criança

Escrituraria Funchal - Ser Criança

Cozinheira Funchal - Ser Criança

Fonte: Associação Abraço, 2012

Papel do Psicólogo na Associação

O psicólogo na associação Abraço tem múltiplas funções, pois o psicólogo é preparado para trabalhar com os indivíduos infectados e afectados por VIH/SIDA não só apresenta também um papel importante na prevenção de VIH/SIDA. Actuam individualmente ou em grupo no foco do aconselhamento, e prevenção da infecção do VIH. No âmbito do acompanhamento psicológico e psicoterapêutico, em que o psicólogo adopta em conjunto com a pessoa, estratégias de intervenção psicológica a fim de diminuir, aliviar, o sofrimento da pessoa, de modo a restabelecer o bem-estar e o equilíbrio emocional. Numa era onde os afectos foram destituídos das relações por consequência da infecção. Além de prestar assistência à saúde mental, os Psicólogos desenvolvem trabalhos de investigação científica do desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social, envolvendo os aspectos do comportamento humano.

Nestes mesmos trabalhos, podem utilizar testes de personalidade, cognitivos, de habilidades, inteligência, capacidades, psicotécnicos, etc. Através dos atendimentos, aplicação de testes, os Psicólogos formulam hipóteses, recolhem dados para testar a validade e as hipóteses com o objectivo delinear um projeto terapêutico na ajuda e solução de problemas. Realizam ações diretamente relacionadas ao funcionamento da instituição. O psicólogo na instituição também participa na formulação de estratégias para a humanização, desenvolvimento e mudanças organizacionais proporcionando assim um bom ambiente interno.

O psicólogo intervém também ao nível da orientação da família em situações de infecção, se for necessário o acompanhamento e encaminhamento da família para outros profissionais, a fim de contribuir com a melhor adaptação da família. *Fonte: Associação Abraço, 2012*

II Parte- Revisão de Literatura

VIH/SIDA

VIH significa vírus da imunodeficiência humana, tem esta terminologia porque ataca o sistema imunitário do organismo. Debilita as defesas do organismo contra doenças, e torna assim vulnerável a um conjunto de infecções. O VIH/ SIDA é de transmissão infecciosa, o que significa que pode ser transmitido de uma pessoa a outra. (ONUSIDA, 2004).

Os dados estatísticos apontam o aumento considerável de casos relacionados ao VIH/SIDA nos últimos tempos, constituindo a principal causa de mortalidade em todo mundo. O HIV/SIDA é um fenómeno que ocorre nos últimos anos. Por isso, torna-se necessário discutir as questões que e envolvem a sua temática (Schroder, 2011).

Hoje em dia existem mais de um milhão de pessoas, em todo o mundo, a viver com o VIH/SIDA, quer nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Atinge pessoas ricas ou pobres, sem distinção de idade, sexo ou raça. Ainda assim, dados estatísticos mostram que os habitantes dos países menos desenvolvidos são os mais afectados e que as mulheres, os jovens e as crianças, sobretudo as do sexo feminino, são os grupos mais vulneráveis (Rueff, 2007).

O VIH é uma enfermidade produzida por um retro vírus conhecido por imunodeficiência humana. Esse vírus armazena a sua informação genética em forma de Ácido Ribonucleico-ARN, possui uma enzima, a transcriptase reversa, que permite copiar o ARN para o ADN-províros. Este ADN provirá se integra ao ADN das células infectadas, o qual, posteriormente, é utilizado como base de replicação viral (Soberón, 1988). O vírus do VIH/SIDA tem uma afinidade particular com os linfócitos do sangue, parasita-os, perturba o seu funcionamento e introduz-se em todas as partes do organismo incluindo o cérebro e a medula óssea. Finalmente, acaba por destruir todas as defesas imunitárias (Bernex, 1986). A SIDA representa a forma mais grave da infecção

do organismo humano pelos vírus VIH. Manifesta-se quando os sistemas imunitários apresentam défices. Na evolução da infecção pelo VIH verifica-se uma destruição progressiva do sistema de defesa do organismo humano (o sistema imunológico), com estabelecimento de um estado de imunodepressão que permite o aparecimento de infecções oportunistas como, gripes, angina, bronquite, infecções digestivas ou urinárias (Barré-Sinoussi, Chermann & Rozenbaum, 1990). Quando uma pessoa infectada pelo VIH tem uma destas infecções oportunistas ou tumores, passa a dizer-se que tem SIDA.

A palavra «SIDA» significa, Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida. É um conjunto de sinais e sintomas bem definidos que podem surgir em indivíduos com a infecção pelo VIH. Desde que se adquire a infecção até que surjam sintomas de doença decorre um período de tempo, designado como fase assintomática da infecção pelo VIH, (que pode durar em média 8 a 10 anos), em que a pessoa infectada não tem qualquer sintoma e sente-se bem. Nesta fase, a infecção pode ser detectada apenas se efetuarem as análises específicas para o VIH. Esta é a fase da doença em que se diz que o indivíduo é seropositivo. Quer um seropositivo, quer um indivíduo com SIDA podem transmitir a infecção a outras pessoas através de comportamentos de risco (Lopes, 2006).

Nos anos 80, nos Estados Unidos da América havia alguns casos de doentes com infecções chamadas citomegalovirus, que só atingia homens jovens e homossexuais. Nesses doentes tinham sido detectados uma acentuada baixa de linfócitos o que levou a pensar que os seus sistemas imunitários estavam comprometidos. O CDC (*Centre of Disease Control*) fez o primeiro anúncio de cinco casos sobre a SIDA. A maioria dos doentes eram homossexuais. Passado algum tempo, o número de casos de pessoas infectadas aumentou (Margarida, & Sousa, 2001).

Em 1982 a doença foi finalmente classificada e provada a sua origem viral. O número de doentes aumentou e na sua maioria eram homossexuais, (70%); Havia também bissexuais com múltiplos parceiros e 20% heterossexuais, crianças que consomem drogas e muitos haitianos emigrantes. As pessoas que apresentavam essas características eram consideradas grupos de riscos (Margarida & Sousa, 2001).

Em 1983, segundo Daúde e Montagnier (1994) descobre-se o primeiro retro vírus da sida (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida), designado por VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana). Ainda o mesmo autor em 1986 integrado na equipa do instituto Pasteur, descobriram um segundo vírus da sida designado por HIV2, é um retro vírus com a mesma estrutura do HIV1, sobretudo pelo facto do seu código genético ser semelhante ao de um vírus que atinge o macaco africano.

Em 1983, através da equipa de Montagnier, foi possível obter testes ELISA (*enzyme-linked Immuno-sorbent Assay*) por meio de resultados da produção de reagentes que facilitasse na apreensão dos anticorpos específicos da SIDA no soro de uma pessoa doente ou suspeita (Grmek 1994, citado por Margarida & Sousa 2002). Desde então foi possível a comercialização do teste. Mas, os resultados dos testes não eram seguros. Mais tarde, a equipa Americana apresentou outros resultados melhores usando a técnica de *Western Blog*. Com essa técnica foi possível detectar o aumento da SIDA, nomeadamente em África. Segundo a estatística da OMS, só no início de 1991 registaram-se 800000 casos o que levou a deduzir que, dois terços dos casos de SIDA estavam localizados em África (Margarida & Sousa, 2001).

Segundo Daudel e Montagnier (s.d. p.44), «dizem-nos que esses dados levam a concluir que o vírus da Sida já existia em certas regiões de África. Porém de mutação a mutação ele acabou por evoluir e adquirir essa desastrosa aptidão».

A infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana é um dos maiores problemas de Saúde Pública do mundo, e Portugal não é exceção. Atualmente, a situação tem vindo a aumentar, tendo sido em Portugal notificados em 2001, um total de 18995 casos de infecção de VIH/SIDA (Dias, & Gonçalves, et. al., 2004), segundo o último relatório, realizado no âmbito da saúde em parceria com a comissão de coordenação e desenvolvimento regional do Norte e o Conselho Regional do norte, Refere de seguida um relatório do sistema nacional de notificação de casos de infeção por VIH, teve início em 1985, com o objectivo de fornecer informações de casos em todos os estádios clínicos de carácter voluntário. Desde 1 de fevereiro de 2005, os registos de infeção por VIH integrou a lista de doenças de declaração obrigatória. (Departamento de Doença infecciosa, Unidade de referencia e Vigilância Epidemiológica Núcleo de Vigilância Laboral de Doenças infecciosas 2013).

«Informação estatística do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P, referente a 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2012. Notificada 1707 casos. (...) dos quais, 156 casos evoluíram de estágio (...). E portadores assintomáticos (903; 52,9%) a maior categoria de transmissão foi "heterossexual" (1009; 59,1%). Mencionando a transmissão entre mãe e filho, (n=70). E , 319 (41,1%)referem residir no distrito de Lisboa.549 (70,7%) forma registados em indivíduos do sexo masculino. Apurou-se uma idade mediana de 41,0. A maioria dos casos (548; 70,6%) Apurou-se a indivíduos nascidos em Portugal. O (VIH1) foi mais notificada, no entanto, o (VIH2) foram notificados 32 casos. Verifica-se assim que, nos casos diagnosticados (762), o contato sexual foi a forma mais frequente de transmissão da infeção (88,8%). Os casos envolvidos na categoria de transmissão homo – bissexual citam a 34,1% dos casos diagnosticados em homens. 496 novos casos de SIDA, dos quais 247, notificado no distrito de Lisboa (39,3%). A idade mediana dos casos referidos é de 45,0 anos. A categoria de transmissão mais frequentemente referida foi a categoria "heterossexual" registada em 66,0% dos casos, seguida das categorias "homo/bissexual" (15,8%) e "toxicodependente" (15,0%).» (Departamento de

Doença infecciosa, Unidade de referencia e Vigilância Epidemiológica Núcleo de Vigilância Laboral de Doenças infecciosas 2013, p.p. 11, 12).

Em 2013, foram notificadas 1093 Destes, 99,4% (1089) foram registados em indivíduos com idade superior ou igual a 15 anos 770 (70,7%) foram registados em indivíduos do sexo masculino, numa media de 40 anos de idade.

Nos casos cuja residência é conhecida (n=1063), 54,0% referiram residir na região de Lisboa(71,3%) dos casos com informação referente à origem geográfica dos indivíduos infectados (n=997) registou-se em naturais de Portugal.

Crianças (<15 anos). O (VIH1) foi o responsável pela maioria das infeções, no entanto, 19 dos casos com diagnóstico no ano em análise referiam infeção por (VIH2), o que corresponde a 1,8% dos casos em que o tipo de vírus é conhecido (n=1080). No que se refere à categoria de transmissão, apurou-se que 61,1% dos casos referiam transmissão heterossexual, 30,3% correspondiam a. Em 2013 foram diagnosticados quatro casos de infeção por VIH em crianças, com idades à data de diagnóstico entre os 4 e os 14 anos. A maioria era do sexo masculino (n=3), nascida fora de Portugal (n=3) e com residência na zona de Lisboa (n=3). A categoria de transmissão identificada no maior número de casos foi de transmissão mãe/filho (n=3), todos referiam infeção por VIH1 .

A SIDA em Portugal representa hoje um dos principais problemas de saúde. O primeiro caso clínico de infeção pelo VIH em Portugal foi diagnosticado em Outubro de 1983. Os dados mais recentes dizem que entre 1983 e 2012 , foram notificados em Portugal 42.350 casos de infeção de VIH SIDA. Segundo a ONU, Portugal é o segundo país da união Europeia com mais casos de SIDA (Sobral, 2008). A população portuguesa apresenta muitas falhas a nível da informação e continua a estar

insuficientemente sensibilizada para o problema da epidemia de VIH/SIDA (Sobral, 2008). Anualmente, centenas de milhares de pessoas em todo o mundo contraem a SIDA. O número crescente de pacientes infectados pelo VIH/SIDA, implica a necessidade de aperfeiçoar os planos de luta contra a doença sexualmente transmissível por parte das autoridades sanitárias (Calduch, 1991). AVIH/SIDA é uma doença transmissível e não contagiosa. Segundo (Mansinho, Vieira, Soares, & Marques, 2005) existem três vias através das quais se transmite o HIV/ SIDA. Transmissão Sexual, Transmissão Parentérica, e Transmissão Vertical.

Transmissão Sexual- Esta via constitui 70% de transmissão. A relação sexual anal é o maior risco de transmissão do HIV, porque o revestimento do ânus rompe-se facilmente durante sexo anal.

Transmissão Parentérica- Resulta através de injeções diretas de sangue infectado por VIH. Pode ocorrer a partir de partilha de seringa de uma pessoa infectada por HIV durante uma picada acidentalmente provocada com material perfurante contaminado, e através de transfusão de sangue.

Transmissão Vertical- É a transmissão de mulher grávida infectada para o recém-nascido embora o risco seja maior durante o trabalho de parto, e através da amamentação.

Para Daudele & Montagnier (1994) transmite-se pelo sangue e pelas secreções sexuais (espermas, secreções vaginais) não se transmite pelo ar, beijo, por aperto de mão, um abraço, nem por constipação. O vírus pode ser detectado em pequenas quantidades na urina, lágrimas, na saliva, mas estas quantidades não são suficientes para contaminar outra pessoa. Não é transmissível no contacto habitual da vida profissional, doméstica ou social. Pode também transmitir-se da mãe grávida contaminada para o filho, através do sangue. O vírus pode passar através da vagina, colo do útero, do ânus,

do recto, e do orifício uretral. Podemos concluir que a SIDA só é transmissível por contacto sexual não protegido. O vírus veicula através da corrente sanguínea. A prática de relações sexuais anais representa um factor de risco suplementar. Raparigas com menos de 20 anos e as mulheres com mais de 45 anos, mulheres que se encontram em período menstrual, estão mais propensas em contrair o vírus, por terem as mucosas mais frágeis. Pessoas com infecções genitais, herpes e micose, favorecem igualmente a transmissão do vírus da SIDA (Daudel & Montagnier, 1994).

A realização de um diagnóstico e tratamento precoces sobre a SIDA, torna-se um aspecto muito importante porque representa um benefício em termos de saúde pública. O teste só se realizará em maior escala se as pessoas estiverem sensibilizadas para a importância do diagnóstico, se o acesso ao teste for facilitado, se as pessoas tiverem informação sobre a doença e se não houver discriminação das pessoas infectadas consegue-se dar passos seguros para a prevenção da SIDA. Existem factores considerados importantes para a prevenção da doença tais como: o uso sistemático do preservativo, evitar beijos enquanto houver ferimentos na boca, fidelidade entre os parceiros e a abstinência (Gir, Vaichulonis, & Oliveira, 2005).

Um dos caminhos mais importantes para lutar contra a proliferação dos vírus da SIDA são medicamentos moleculares, também chamados antivirais, capazes de evitar a entrada dos vírus nas células humanas. O tratamento com anti-retrovirais permite impedir que o vírus se reproduza e se prolifere (Gir, Vaichulonis, & Oliveira, 2005).

Gir, Vaichulonis e Oliveira (2005) postularam em 1996, que o tratamento da SIDA fosse feito com associação de drogas ARV, inibidoras de duas enzimas essenciais para a multiplicação viral efetiva, a transcriptase reversa e a prótase. Assim, a introdução da terapia com essa associação de drogas, desenvolveu o potencial de transformar a HIV/Sida em doença crónica. A terapia tem uma grande importância e

benefícios, porque origina uma melhoria da qualidade de vida, diminuição de episódios mórbidos e diminuição do número e frequência de internamentos. Tratar o HIV/SIDA significa aumentar o nível de sobrevivência do doente. Era comum pensar que alguém diagnosticado como portador de HIV/ SIDA, logicamente caminhava para a morte; a SIDA era sinónimo de morte. Tal situação gerava preocupações logo no início da epidemia. Houve uma grande necessidade de reestruturação de mentalidades, a fim de que se pudesse conviver com a presença do vírus no organismo (Carvalho, Morais & Kolleret. al. 2007). Os avanços que se têm dado no diagnóstico e tratamento do VIH/ geraram um impacto considerável na vida dos portadores de VIH/SIDA, diminuindo o medo sobre a iminência da morte e possibilitando a permanência de relações sociais, de trabalho, de lazer e afectivas na vida (Carvalho, Morais, &Koller, et. al., 2007).

Há um benefício no incentivo do diagnóstico precoce. Este constitui um ponto positivo permitindo a modificação dos comportamentos no sentido de adoptarem medidas de protecção. As pessoas mudam os seus comportamentos (no sentido de não infectarem outras pessoas) quando sabem que estão infectadas. O diagnóstico tardio da infecção por VIH tem um impacto negativo quer para as pessoas quer para o Sistema Nacional de Saúde. O diagnóstico e o acesso aos cuidados de saúde precoces garantem benefícios em termos de redução da morbilidade da pessoa infectada. O diagnóstico precoce representa um benefício individual e colectivo. Um benefício individual porque se o diagnóstico for feito antes do sistema imunitário estar muito debilitado e se o paciente beneficiar de cuidados de saúde adequados, há um menor risco de morbilidade. Um benefício colectivo porque os comportamentos de riscos são muito menores quando as pessoas sabem que estão infectadas e porque os cuidados de saúde às pessoas diagnosticadas precocemente são menos dispendiosos para o Sistema Nacional de Saúde do que nos casos em que as pessoas são diagnosticadas tardiamente, já têm o

sistema imunitário muito debilitado e morbilidades associadas, tendo um maior risco de mortalidade e menores hipóteses de eficácia dos tratamentos (Khalid, 2009).

Uma grande parte dos casos de infecção pelo VIH é diagnosticada muito tarde. O rastreio sobre a SIDA deve ser visto como um modo de intervenção na área da prevenção e também como modo de facilitar o acesso precoce aos cuidados de saúde. Deste modo, é necessário desdramatizar a prática do teste. O diagnóstico faz parte da prevenção, é um instrumento importante na prevenção do HIV/SIDA. Também a educação sexual é um outro instrumento de prevenção que é muito negligenciado em Portugal (Matos, et. al. 2003).

É urgente perceber quais são os comportamentos de risco, as percepções que as pessoas têm do risco; porque é que chegam tarde ao diagnóstico; avaliar a estigmatização; perceber as consequências da discriminação dos seropositivos, e por conseguinte, para a situação da epidemia, (Matos, et. al. 2003).

É muito frequente o medo, a estigmatização, estabelecer dificuldades no diagnóstico. Indivíduo discriminado favorece o comportamento de risco e a não-aceitação aos tratamentos. É necessário terminar com práticas que contagiam a estigmatização das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, e promover a educação terapêutica a população em geral (Kaleeba, et. al.1997). A estigmação e a falta de informação constitui ameaça a saúde pública, porque existe indivíduos que não têm uma auto percepção adoptam comportamentos de risco. Existe na nossa sociedade, a não interiorização do risco, as consequências por falta de informações, e medos irracionais despoletas a perpetuação das atitudes e atos de discriminação. As mídias e os meios laborais deveriam informar mais sobre o assunto, principalmente, impactar informações mais científicas e menos empíricas no sentido de informar, sensibilizar e educar a população, á nível da sexualidade em geral, as doenças sexualmente transmissível, a

importância dos testes, a proteção dos direitos humanos, a luta contra a discriminação, e assegurar um acesso à saúde (Lopes, 2006).

(Kaleeba, et al. 1997). Enfatiza que a falta de informação, existe nos dias de hoje, discursos de culpabilidade por pessoas infectadas e não só, discursos e pensamentos moralistas, e um tratamento judicial da transmissão, muitas vezes sem o conhecimento científico. É neste sentido que se destaca um conhecimento preciso da realidade da prevalência das informações que as mídias ajudam a compreender os panoramas e possibilitam na aquisição de actitudes favoráveis sobre as dificuldades existentes nos impactos emocionais e estigmatização da transmissão viral. (Barré-Snoussi, Chermann, & Rozenbaum, 1990).

As pessoas contaminadas pelo VIH seja qual for o estado de momento, sofrem de uma inquietação, desassossego, agitação etc. devido a falta de domínio. A depressão também é muito frequente. Estão presentes pensamentos de que a vida acabou, a angústia da morte persegue todos esses pacientes. Estão cercadas de um halo de incertezas, difíceis de suportar. O indivíduo auto exclui-se do meio familiar. Os problemas que surgem não se devem à gravidade da infecção e da eventualidade da morte, mas da atitude perante a doença. Torna-se difícil o indivíduo falar sobre o modo da sua contaminação, com medo de revelar os vários aspectos íntimos da sua vida. Esta suspeita pode prejudicar as suas relações sociais, familiares e profissionais, cuja evocação só por si aumenta a angustia (Barré-Snoussi, Chermann, & Rozenbaum, 1990).

Outra questão que é muito negada é o facto de aceitar a doença e começar com o tratamento por causa da vergonha. O paciente sofre não por causa da doença em si, mas por causa do medo de morrer (Sontag, 1998).

O portador do VIH e sua família

A descoberta de VIH influencia as relações sociais no quotidiano pessoal, o preconceito, o estigma, o medo da morte são emoções que alveja não só a pessoa infectada sobre tudo familiares também agonizam-se sobre esta descoberta. As reações familiares e da pessoa infectada pelo VIH decorrem da percepção sobre a doença, e é influenciada pelas suas crenças e valores que foram formados ao longo da existência. (Matão, Miranda, & Campos, et. al. 2010).

A falta de informação dos familiares sobre a VIH é um factor que influência esta estigmatização da pessoa infectada. Pode haver preconceito que leva ao abandono de um calor humano e à não-aceitação da doença pela família. É comum que os familiares não estejam preparados para as mudanças que o VIH virá produzir na vida do indivíduo na esfera pessoal, representadas por incerteza quanto ao futuro, aproximação da morte, discriminação e mudanças na aparência e também, na esfera afectiva, acarreta dificuldades de estabelecer novos vínculos afectivos. Na esfera familiar, percebe-se hostilidade e discriminação, levando a mudanças no projeto de vida (Botti, Leite,& Prado, et. al, 2009).

Em alguns contextos, a família pode ser reconhecida como uma unidade de saúde e surge como uma fonte de ajuda para o ser humano com VIH contribuindo para o seu equilíbrio físico e mental (Botti, Leite, & Prado, et. al, 2009).

O apoio familiar, constitui um elo fundamental para o portador, contribuindo para melhorar a qualidade de vida mas também contribui para uma melhor adesão ao tratamento. Assim, a família passará usualmente, a conviver com o portador e prestar cuidados diários e independentemente de sua condição de saúde. Mas nem sempre a família consegue apoiar e sustentar o portador em todos os momentos. Esse

comportamento seja resultante de um processo dinâmico, que se altera frente à complexidade da situação vivida no momento, ele tende a transitar entre dois polos: em algumas situações superprotege e hipervaloriza as queixas do indivíduo e noutras se fecha, independente dessas necessidades, numa tentativa de se auto proteger e de obter maior segurança no enfrentamento da situação (Botti, Leite, & Prado, et. al, 2009).

Terapia centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa (ACP)

Carl Rogers desenvolveu a abordagem Centrada na Pessoa a partir da década de 40 nos Estados Unidos da América. Foi do seu interesse abordar as questões principais da psicologia sob o âmbito da saúde mental. Traz para a psicoterapia uma perspectiva diferente do Homem e, conseqüentemente, uma forma diferente de encarar a pessoa (Santos, 2004).

O pensamento de Carl Rogers sofreu uma evolução de um modo que a própria denominação foi se modificando surgindo assim na psicoterapia a Psicoterapia Não-Directiva ou Aconselhamento Não-Directivo, Posteriormente passa a denominá-la Terapia Centrada na Cliente, Ensino Centrado no Aluno, Liderança Centrada no Grupo e, por último, Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) que, é a denominação mais aceite (Rogers, 1983 cit. por Moreira 2010). A abordagem centrada na pessoa está ligada à definição da tendência atualizante, que é vista como uma força existente em todos os seres humanos, que o move na direção do crescimento, ou mesmo um impulso ou tendência básica que impele todos os organismos e todas as pessoas a atualizar, manter e desenvolver o seu potencial experiencial (Leal, 2005).

A abordagem sugerida por Carl Rogers vê o ser humano como inerente de liberdade e de poder de escolha. Deste modo, esta teoria trata o homem como pessoa

seja nos vários aspectos da cultura e da sociedade. O homem pode preservar e desenvolver alguma capacidade de autonomia e autodeterminação. Rogers acredita que o ser humano tem capacidade para desenvolver as suas potencialidades e pode assim motivar a pessoa a um processo construtivo, e de mudança, que o leva a sobreviver, a manter a sua organização, e a evoluir na direção de uma crescente complexidade e autonomia (Messias, & Curry, 2006). Rogers diz que o ser humano tem a possibilidade de tomar decisões e ser responsável por elas. Vê o homem em todas as situações nas quais ele se encontra. É dada a oportunidade ao homem, desde si mesmo, a partir de uma força interior inerente a cada um de nós, de tornar-se, para além dessa liberdade de decidir. Ainda Rogers diz que temos a liberdade de escolher e tomar decisões para crescermos e termos uma vida realizada.

Assim, a psicoterapia elaborada por Carl Rogers seguirá a tendência de olhar o homem como pessoa e, por isso, centrará seus esforços no cliente. Assim, tal tipo de terapia depende da relação do terapeuta com o cliente e, sobretudo do cliente consigo mesmo (Vieira, & Freire 2006).

Branco (2012), refere que quando o Rogers segue esta tendência aparecem como dados imediatos da vivência do organismo, surge a consciência como função simbolizadora do que é vivenciado. Deste modo, o organismo reage às suas vivências e ao ambiente, de acordo com o que ele experimenta e percebe. Assim, a realidade é constituída com base no que o indivíduo experimenta, percebe e reage conforme o seu campo fenomenológico.

"Rogers, diz que existem seis condições necessárias e suficientes para desencadear a mudança de personalidade.

(1) Que o psicoterapeuta e cliente estejam em contacto. Esta é uma condição mínima de relação em que um indivíduo percebe ou sente a presença do outro.

- (2) Que o cliente esteja vivenciando um estado de incongruência, de modo que, de modo perceptível ou subperceptivo, ele sinta que está vulnerável a algo que possa desorganizá-lo psiquicamente. Por exemplo, um estado de angústia em que se sente um mal-estar, mas não se tem a consciência de qual é o objecto disso.
- (3) Que o psicoterapeuta esteja congruente, presente e disponível para se relacionar com o cliente.
- (4) Que o psicoterapeuta permaneça aberto à experiência de consideração positiva incondicional, que significa uma atitude de apreciação da experiência do outro conforme ela se manifesta no momento clínico. Apreciar é um ato de evitar impor preço (julgamentos) ao que o cliente traz na relação.
- (5) Que o psicoterapeuta se esforce para compreender empaticamente o campo fenomenológico do cliente, pois isso constitui a forma como ele vivencia, percebe e reage a uma realidade. A empatia trata-se de "Sentir o mundo privado do cliente como se ele fosse o seu, mas sem perder a qualidade 'como se'"
- 6) Que o cliente sinta e/ou perceba minimamente que o psicoterapeuta esteja sustentando as condições 3, 4 e 5. Se estas não forem efectivadas, poderá haver falhas no processo psicoterapêutico"(Rogers, 1957/2008, p. 151).

As seis condições que Rogers propõe têm como o objectivo proporcionar um ambiente em que liberta emocionalmente em relação aos seus problemas e à forma como os vivência, e deste modo, ajudar o outro a encontrar as suas próprias soluções. Assim, as condições são necessárias para desencadear a mudança de personalidade. A abordagem Rogeriana tem como principal objectivo estabelecer uma Relação de Ajuda que se caracteriza pela confiança, aceitação e compreensão mútua entre o terapeuta e o cliente (Rafael, 2007).

A partir da implementação da empatia por Carl Rogers na década de 50 passou a ser investigada com maior profundidade e aplicada na prática psicoterapêutica e tornou-se conhecida como Abordagem Centrada na Pessoa. Nesta, o terapeuta busca

desenvolver sentimentos empáticos pelo cliente, propiciando-lhe um ambiente de aceitação incondicional e sendo extremamente autêntico na comunicação de seus comportamentos, pensamentos e sentimentos. A empatia assumiu uma grande importância na teoria Rogeriana, é necessário que o terapeuta desenvolva uma compreensão empática pelo cliente. Assim, a empatia era vista por Rogers como uma resposta reflexa ao comportamento do outro, e envolve o estabelecimento de vínculos cognitivo-afectivos entre duas ou mais pessoas, durante os quais alguém se permite, deliberadamente, sensibilizar-se e envolver-se com a vida privada de outros (Almeida 2009).

Para Rogers a compreensão empática vai além de um entendimento exterior sobre os pensamentos e sentimentos da outra pessoa, atinge a compreensão isso implica a sensibilização do terapeuta por tudo que o cliente está a relatar no momento, a apreensão e a compreensão de seus estados internos, ou seja dos seus sentimentos sem fazer nenhum julgamento de valor sobre a subjetividade do cliente (Sampaio, Camino, & Roazzi, 2009). Deste modo, Messias e Cury, (2006) referem que Rogers diz que a resposta empática deve ser dirigida à experiência subjetiva que o cliente tem de um assunto e não ao assunto em si.

Hipólito (1999) refere que para entender o mundo perceptual da pessoa e envolver-se totalmente dentro do cliente é importante demonstrar sensibilidade constante face às mudanças que se verificam nessa pessoa, em relação aos significados que ela esteja vivenciar e ao mesmo tempo estar disponível para a diferença do outro, respeitando-a e transmitindo ao cliente o que o terapeuta está a sentir em reação ao mundo, à medida que examina sem viés e sem medo os aspectos que a própria teme.

A compreensão empática é dada também mesmo quando o cliente permanece em completo silêncio durante toda a sessão. Mesmo que o cliente não esteja a relatar, está a

comunicar, neste aspecto, é importante que o terapeuta esteja atento à expressão não-verbal do cliente (Barrett-Lennard, 1993).

No âmbito da relação com o cliente a Congruência é vista por Rogers, como uma postura de autenticidade ou seja os sentimentos que o terapeuta está a vivenciar é capaz de viver estes sentimentos, senti-los na relação e capaz de comunicá-los, deste modo, quanto mais o terapeuta é capaz de ouvir e aceitar o que ocorre em seu íntimo, maior é o grau da sua congruência (Bohart, 2007). Além destas considerações sobre a congruência (Hipólito, 2011) diz que a congruência não é só vista por parte do terapeuta, é também vista nas duas figuras quer para o cliente quer para o terapeuta, do maior espaço possível para se ser si mesmo. Ainda o Almeida, (2009) diz que a congruência é o retorno para si, a concentração em si e de verificar se é verdadeiro e real.

Cuidado incondicional positivo e uma aceitação do cliente e do seu discurso sem juízo de valor facilitadora da automatização do outro permite criar e dirigir a sua própria experiencia na relação. Significa aceitar o outro com as suas emoções, e sentimentos apesar de não estar de acordo aos nossos projetos pessoais, aceitar a mudança que ele próprio escolher (Hipólito, 2011).

Para Almeida (2009) cuidado incondicional positivo inclui uma separação de si, e o terapeuta concentra-se mais no cliente. Então, é preciso que se distancie o suficiente de si mesmo, para que se tenha cuidado com o outro. Neste ponto, trata-se de acolher o outro.

Através da empatia, o psicoterapeuta busca perceber e compreender o mundo do cliente na perspectiva dele. A aceitação positiva incondicional consiste no respeito incondicional por parte do psicoterapeuta à individualidade do cliente (Moreira, 2010). A congruência, ou autenticidade, é descrita como o grau de correspondência entre o que

o terapeuta experiência e o que comunica ao cliente, sendo ele mesmo na relação terapeuta-cliente (Moreira, 2010).

Em suma, a relação de consulta psicológica representa um tipo de relação social que difere de todas aquelas que o cliente experimentou. Existe uma capacidade de resposta por parte do terapeuta que torna a relação possível e a faz evoluir gradualmente ao nível afectivo mais profundo. É uma relação afectiva e controlada com limites definidos exprime por um interesse pelo paciente e pela sua aceitação como pessoa. O terapeuta deve estar sensível às necessidades do paciente para controlar a sua própria identificação de modo a servir melhor a pessoa que está ajudar (Rogers, 1974).

O psicólogo deve ser permissivo em relação à expressão de sentimentos, o psicólogo deve aceitar tudo que o cliente diz sem qualquer atitude moralista ou judicativa. Estas relações merecem atenção especial mas, o terapeuta deve ter cuidado para que essa relação não ultrapasse os limites (Rogers, 1974).

Qualquer consulta psicológica tem limites. Numa situação terapêutica quer com uma criança quer um adulto, surgem exigências exprimem-se desejos, em relação aos quais os terapeutas têm de tomar uma atitude. Os limites devem estar claramente bem definidos, compreendidos e construtivamente utilizados de modo a não afectar o cliente. Ex: se o cliente num momento de carência descobre subitamente limites erguidos contra ele pode ser entendido como barreiras no que pode afectar a relação. Os limites são de extrema importância porque permitem ao terapeuta estar mais à vontade e atuar com mais eficácia fornecendo um quadro de referência dentro do qual o terapeuta se sente livre e natural nas suas relações com o cliente. Quando a relação está mais definida existe sempre a possibilidade de o paciente exigir demasiado do terapeuta. O terapeuta deve manter-se subtilmente vigilante em relação às necessidades e sentimentos do paciente para que o desejo do cliente não prejudique a relação. O terapeuta pode

desempenhar um papel estável na relação que permita ao paciente reorganizar-se (Rogers, 1974).

Em suma, a relação psicológica, por parte do psicólogo enfatiza a aceitação permite a expressão máxima de sentimentos do cliente, a relação deve estar bem estruturada, com limites de tempo, dependência, e de atitudes agressivas que se aplicam de modo particular do cliente, nesta relação o cliente é livre para reconhecer e compreender os seus impulsos e modelos de conduta quer positivos quer negativos o que não se verifica em qualquer outra relação. Esta relação é distinta da maior parte das relações de autoridade na vida (Rogers, 1974).

Rogers, (1980) diz que a relação procura promover o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma melhor capacidade de enfrentar a vida.

Pinheiro, (2004 cit. por Miranda 2009) refere que Rogers refere que a terapia é feita através de dois processos terapêuticos que podem consideradas antagónicas. De um lado uma postura mais voltada para o método das ciências naturais, vinculando-se ao pragmatismo, em contraponto a uma compreensão mais existencial da relação genuína entre terapeuta e clientes.

Segundo Rogers (1987), aborda que a relação terapêutica é um dos factores de extrema importância porque é através desta que influencia o processo terapêutico. A existência de clientes sem motivação para a psicoterapia é frequente portanto, faz com que esta relação seja vista como uma tarefa bem diferente da psicoterapia. Esta forma de relação é caracterizada geralmente a clientes com perturbação esquizofrenia, ou de qualquer outra categoria que limite e negue uma maior autonomia.

Contudo, o importante numa perspectiva centrada na pessoa é as atitudes que favoreça a construção a partir de um relacionamento que possibilite o crescimento do cliente. (Miranda 2009).

Através das relações estabelecidas e as atitudes postuladas na terapia pode gerar mudanças. Um indivíduo diante de um conflito, através desta abordagem, objectiva modificar padrões de comportamento inapropriados que dificultam o processo do desenvolvimento pessoal. Neste sentido, a terapia tem a intenção de mudar pessoas (Bechelli, & Santos, 2002).

Rogers(2004) refere que um dos elementos importantes na relação terapeuta e cliente é que o cliente é responsável por si mesmo na relação quando isto é sentido pelo cliente deduz-se ter havido alguma estruturação da relação. O terapeuta leva o cliente a pensar de tudo de si mesmo, ainda para manter esta relação o terapeuta deve explorar as atitudes que o cliente faz ou seja responder à linguagem não-verbal do cliente, falar de forma aberta, exprimir atitudes livremente, levando o cliente a descobrir contradições que antes não tinha notado. Desta forma Branco (2011) refere que quando estabelecida a relação, favorece o desenvolvimento psicológico do cliente como também, a reorganização do *Self* surge na medida que os elementos rejeitados da experiencia acedem à consciência, ou pode surgir uma grande reorganização do *Self* em si e nas suas relações com a realidade.

III Parte - Atividades Realizadas no Âmbito do Estágio

Atividades Realizadas

Este estágio acadêmico teve o seu início no dia 28 de Novembro de 2011 e o seu término no dia 26 Julho de 2012. De acordo com o regulamento de estágio de psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, foi realizada uma contabilização das horas despendidas no estágio, onde resultaram 601 horas de estágios.

Tabela: 2

Número de horas de estagio por mês

Mês	Número de Horas
Novembro	12 Horas
Dezembro	52 Horas
Janeiro	64 Horas
Fevereiro	104 Horas
Março	104 Horas
Abril	88 Horas
Maio	64 Horas
Junho	50 Horas
Julho	63 Horas
Total de Horas	601 horas

Tabela: 3

Atividades realizadas

Atividades Realizadas	Mês
Conhecimento da instituição Novembro./	Desemb.2011
Aprofundamento dos conhecimentos teóricos	Novembro/ Dezembro. 2011
Observação de atendimentos	Dezembro./Janeiro 2012
Acompanhamento psicológica	Dezembro.-2010/Agosto201
Avaliação psicológica	Setembro 2012
Reuniões de supervisões	Dezembro/Agosto 2012
Reuniões de sessão clínica	Dezembro/Agosto 2012
Reuniões de equipa	Maio /Julho 2012
Prevenção HIV/SIDA	Junho/ Julho

Tabela: 4

Atividades realizadas (Horas)

Atividades Realizadas	Horas
Conhecimento da instituição	Um dia
Aprofundamento dos conhecimentos teóricos	Dois meses
Observação de atendimentos	Dois atendimentos
Acompanhamento psicológica	6 casos
Avaliação psicológica	Um caso
Reuniões de supervisões	Uma vez por semana
Reuniões de sessão clínica	Uma vez por semana
Reuniões de equipa	Uma vez por semana
Prevenção HIV/SIDA	Durante o mês de Julho

Observação.

A observação constitui a primeira etapa do estágio. É um momento crucial para a integração na instituição. Primeiramente realizou-se a observação das interações entre os intervenientes, de um modo geral, observar toda a dinâmica institucional.

A observação foi portanto, um componente essencial para a intervenção no estágio. É um momento de realização de diagnóstico local, verificar como ocorre a prática e a rotina da instituição. Nesse momento, tivemos a oportunidade de verificar como surgiu a instituição, e o seu desenvolvimento. Foi um processo criador e inovador de análise e de reflexão, aproximámos a toda realidade da instituição, a fim de compreender melhor os desafios a enfrentar no momento da prática do estágio, de forma crítica e consciente. Pois somente com base nos dados obtidos e registados nos é possível proceder à elaboração de um plano de intervenção. Neste sentido, o período de observação durante o estágio tornou-se importante para a nossa formação profissional.

Em seguida, fizemos a descrição da observação de casos clínicos e de outras atividades institucionais que tivemos a possibilidade de participar. Por último, apresentamos os casos que acompanhamos.

Observação de uma consulta

A observação de uma consulta procurou desenvolver competências, possibilitou mais conhecimentos a nível na qualidade da aprendizagem, constituiu uma primeira fase pois é muito importante, implica aperfeiçoar da prática do psicólogo de acordo às características de qualquer modelo de formação através dela, refletimos a maneira de organizar e ordenar podemos estar preparados a enfrentar os desafios de uma profissão constituiu uma fonte de inspiração e motivação e um forte catalisador de mudança no modo de relacionar com o cliente.

Acompanhamento de casos clínicos

Realizamos avaliação, intervenção psicológica e acompanhamento/apoio psicológico a utentes infectados e afectados pelo VIH/SIDA. Esta é uma necessidade da associação Abraço. Os utentes são encaminhados para o departamento de psicologia através das assistentes sociais da associação.

Tabela:5

Clientes acompanhados pela unidade funcional de psicologia

Acompanhamentos	
Clientes acompanhados	6
Nº de sessão individual	1 sessão por semana

Prevenção Com Jovens

É um projecto conduzido por diversos profissionais da instituição no campo da prevenção do VIH integrado numa iniciativa de cooperação internacional para a prevenção do VIH nos jovens. O objectivo da Prevenção é de promover ações que visam evitar a infecção na população ou seja, visam a diminuição da incidência da infecção e promoção da saúde e proteção específica.

Na falta de informações e de métodos preventivos eficazes, as possibilidades de evitar a sua proliferação tem sido abordada no trabalho educativo. Este real paradigma, prolifera um constante aprofundamento debates e reflexão em torno das práticas educativas, de modo a aumentar sua eficácia e demonstrar caminhos que clarifica aos diversos desafios a elas relacionados.

A Prevenção Realizada no dia 24 /4/ 2012

Feita no auditório da instituição com jovens pertencentes à escola secundária de Lisboa tinha como objectivo salientar a história da associação, a população alvo em que se destina atuar, as interações do VIH com o organismo, sua epidemiologia e sobre os principais determinantes sociais dessa epidemia.

Prevenção na escola seixal

Esta formação teve como objectivo a prevenção e sensibilização para o uso de preservativo para evitar a transmissão de VIH através da demonstração de uso de preservativo masculino ou feminino.

Formação Activismo, Liderança e Adesão em tratamento para o VIH/SIDA no GAT 17- 05-2012

O objectivo desta sessão foi o de demonstrar como o estigma e a discriminação podem impedir o acesso aos tratamentos, cuidados de saúde e apoio para as pessoas que vivem com VIH/SIDA .

Falou-se sobre o significado e sobre algumas definições para dar a conhecer e evidenciar o facto de existirem alguns documentos reconhecidos internacionalmente sobre VIH.

Depois de exposição deste tema preenchemos um questionário,

Temas abordados

2- O que é o activismo em tratamentos para a infecção pelo VIH. O objectivo foi introduzir o termo activismo, explicar o seu significado e dar algumas definições.

-Diferenças entre o activismo e lóbi

-Especificidades do activismo em tratamentos da infecção pelo VIH

-Áreas no activismo em tratamento de infecção pelo VIH

-Como identificar problemas específicos nos tratamentos de infecção pelo VIH cuidados de saúde e apoio para as pessoas que vivem com VIH/SIDA que podem necessitar de resposta na área do activismo.

3- Quais os documentos internacionais que podem ser usados no activismo para os tratamentos da infecção pelo VIH. Objectivo é dar a conhecer e por em evidencia o facto de existirem alguns documentos reconhecidos internacionalmente VIH/SIDA que podem ser usados no trabalho de activismo. A sessão centra-se sobretudo na declaração de Dubim, visto ser um dos documentos mais relevantes da região europeia.

4- Como se desenvolve um plano de activismo para os tratamentos da infecção pelo VIH. O objectivo desta sessão foi demonstrar na prática como um activista ou um grupo de activistas pode desenvolver um plano de ação. Após a participação na sessão ficamos a saber identificar as diferenças entre uma meta e um objecto.

-Definir critérios para um objectivo de activismo.

-Estabelecer um objectivo de activismo de acordo com as questões listadas.

-Criar um mapa dinâmico para identificar relações de poder, suporte de apoio e obstáculo.

-Criar um plano de ação.

-Depois de exposição deste tema preenchemos um questionário,

5- Quais são as técnicas de ativismo. O objectivo desta sessão foi apresentar diferentes métodos práticos de ativismo para os tratamentos.

No final desta sessão tivemos algumas noções base de alguns métodos sobre o ativismo,

-Dicas para escrever uma carta de ativismo,

-Dicas para se encontrar com os decisores políticos.

6- Estigma e Discriminação. Objectivo foi de determinar como o estigma e a discriminação podem impedir o acesso aos tratamentos, cuidados de saúde e apoio para as pessoas que vivem com VIH/SIDA. Após a leitura ou a participação na sessão o formando terá o conhecimento base sobre os assuntos abordados.

Como conhecer um ambiente de pertença a uma comunidade e construir a abertura e confiança para se falar sobre VIH e estigma. Identificar diferentes formas de estigma e discriminação que constituem barreiras para o acesso ao tratamento. Partilhar e descrever experiencias de exposição ao estigma. Identificar de que forma o estigma afecta as pessoas que vivem com VIH/SIDA e identificar as causas subjacentes.

Sessão Clínica:

Decorre uma vez por semana no Auditório da Instituição Abraço dirigida a psicólogos, assistentes sociais e estagiário. Cada um agenda e apresenta um tema ao seu critério.

Tabela: 6

Sessão Clínica		
Data	Temas	Oradores
16-2 2012	Projecto	Dr. Gonçalo
29-2 2012	Contraceptivo	Dr., Esperança
12-4-2012	Avaliação	Dr. Ana
19-4-2012	Conference: Dept. of psychology tel University Team: Fear of insignificance psychologies existentialist	Dr. Prof. Carlos Strenger
3-5-2012	VIH, Gravidez e Saúde da Mulher	Estagiária Mariza
14-6-2012	Traços da personalidade	Dr. Filipa
28-6-2012	Traços da personalidade:	Dr. Filipa
4-7-2012	Avaliação e diagnóstico da delinquência	Estagiária Vilma Assis

Oficina de Emprego

Tem a função de dar orientação a utentes, em todos os processos que incluem a procura ativa de emprego. Uns dos aspectos importantes é de orientar o utente a utilizar ferramentas que a possibilita a percorrer todo este processo com sucesso, faz apelo a um conjunto de capacidades bastante diversificado, incutir estratégias de procura ativa de emprego. Estas competências são as capacidades de comunicação, capacidade de relacionamento, iniciativa e criatividade, auto segurança, etc.

Os principais objectivos é de ajudar e ensinar o utente a responder a anúncios, da Internet, Jornais, locais públicos, feira de emprego, empresas de Recrutamento e Selecção, etc. Através da oficina de emprego o utente tem a oportunidade de aprender

a redigir uma carta de apresentação, os aspectos a ter em conta ao redigir um currículo vitae, o objectivo a que se destina, como responder um anúncio, como enviar e abrir um correio electrónico, e como fazer uma candidatura espontânea etc.

Workshop de Emprego em Agosto 2012

Destinado aos utentes da instituição que pretendam aprofundar as diferentes técnicas de procura ativa de emprego, procura desenvolver competências, atitudes face à procura de emprego. Teve o objectivo de atribuir competências e atitudes pró-ativas face ao mercado de trabalho e de habilitar os formandos à utilização dos diversos instrumentos de procura de emprego. Fomentar as capacidades de planeamento estratégico e gestão de tempo, e de desenvolver capacidades comunicacionais adequadas aos diferentes contextos de procura de emprego. No início da formação o formando realizou um teste como forma de verificar o nível de conhecimento dos formandos face ao tema a desenvolver. No final da formação realizou-se um teste escrito individual para avaliação de forma a obter uma noção mais específica dos conhecimentos adquiridos por cada formando.

De seguida fez-se uma simulação de uma empresa que estava a recrutar pessoal para trabalhar. Desta forma os formandos deveriam aplicar todos os conhecimentos adquiridos. A simulação consistia:

- O formando lia o anúncio e se fosse do seu interesse ligava á empresa;
- Avaliava-se todos os aspectos da comunicação, as entrevistas etc.

IV Parte - Apresentação de Casos Clínicos

Apresentação de casos clínicos

Caso A.

História clínica

A.C. do sexo feminino 31 anos nascida a 20-8-1980, de nacionalidade Portuguesa, escolaridade 7º ano e profissão hotelaria, vive em união de facto. Está desempregada há um ano. Deixou o trabalho por causa de um acidente que teve à ida para o trabalho (torceu o pé). Viveu com a mãe, o padrasto e os irmãos, tem dois irmãos, a mais velha de 33 anos e o rapaz de 23 anos. Encontra-se na segunda posição numa fratria de três, ela e a irmã mais velha são irmãs dos mesmos pais o mais novo, é irmão só por parte de mãe. Não tem filhos. Recorda-se que na infância gostava muito de defender as outras crianças. Completou o 7º ano do ensino básico. Por terem dificuldades financeiras, no seio familiar, foi obrigada a deixar de estudar e passar a trabalhar.

Teve 2 abortos espontâneos, o primeiro aos 5 meses de gestação por volta de Setembro, Outubro de 2010. Em 2011 volta a engravidar e por volta dos 6-8 semanas de gestação, em Agosto, teve o outro aborto espontâneo. A partir deste período passou a ter ideias paranoides como sensações de que alguém está a observa-la, falarem dela em casa, e na rua, ouve vozes de noite e principalmente momentos em que estaria mais por baixo. Ou seja mais deprimida. Não gosta de olhar ao espelho quando olha ao espelho vê que é uma pessoa velha e gorda. Apresenta uma grande desconfiança e suspeita em relação aos outros.

Relativamente à menstruação: quando está no período menstrual apresenta muito desconforto não usa apenas um penso de cada vez tem a tendência de usar dois ou mais em simultâneo. Ela relata que quando ficou hospitalizada devido ao aborto, teve

hemorragias, por este motivo usou fraldas desde então sempre que a menstruação aparece em cada mês tem a tendência de usar mais de um penso.

A cliente apareceu com as seguintes queixas: episódios recorrentes de que está a ser observada quer em casa, quer na rua. Sensação de que a cabeça está a balançar e quando anda não sente os pés no chão. Antes saía mais, ia ao cinema e hoje em dia não sai como antes e quando sai, vai para agradar os outros. Relativamente a doenças anteriores ela relata que nunca teve doenças. A sua mãe é diabética há muitos anos, tem problemas da coluna e foi operada ao polegar esquerdo, A sua tia da parte da mãe também é diabética, está a fazer um tratamento psiquiátrico. Há três anos que o seu irmão sofre de epilepsia. O seu padrasto morreu de um acidente. Filha de pai incógnito não conhece o seu pai biológico. Em 2007 saiu da casa dos pais e passa a viver com o P. seu esposo até a presente data.

Tabela: 7

Diagnóstico. caso A

Diagnóstico multiaxial	
Eixo I	F 32 Episodio depressivo F32.1 Episódio depressivo moderado
Eixo II	F 60.0 Transtorno da Personalidade Paranoide
Eixo III	Descrito por Condições Médicas Gerais. Segundo a história clínica. Não indica nenhum aspecto clinico relacionado aos transtornos mentais .
Eixo IV	Problemas Psicossociais e Ambientais sem Diagnóstico
Eixo V	Não cumpre nenhum critério de diagnostico para
<i>Avaliação Global do Funcionamento</i>	

Justificação do Diagnóstico

A cliente, manifesta episódios depressivos com evidência de sintomas emocionais (tristeza) dificuldades no relacionamento social, familiar, e isolamento. A cliente apresenta humor tímido, redução da energia e diminuição da atividade, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, e existe também uma diminuição da autoestima. Uma depressão reativa, por manifestar-se após a um acontecimento doloroso.

O Transtorno de personalidade paranoide, segundo DSM-IV (2006), é um padrão invasivo de desconfiança e suspeita quanto aos outros, Os indivíduos com o transtorno supõem que as outras pessoas os exploram, prejudicam ou enganam, ainda que não exista qualquer evidência apoiando esta ideia. Eles suspeitam, com base em poucas ou nenhuma evidência, que os outros estão conspirando contra eles. Podem ter dificuldades em se relacionar. Suas desconfianças são excessivas, revelando hostilidade manifestando-se queixas recorrentes ou afastamento silencioso e visivelmente hostil.

(DSM-IV, 2006). A cliente apresenta episódios de desconfiança que podem provocar uma resposta hostil dos outros. Não confia nos outros, demonstra uma necessidade excessiva de auto-suficiência e um forte sentido de autonomia. A cliente suspeita das outras pessoas com base em nenhuma evidência, que os outros estão a observar, e a falar dela. Tem medo de que as informações que compartilha seja usada contra ela.

Podendo também preencher parcialmente os critérios da perturbação de personalidade esquizoide segundo DSM-IV é caracterizado pela falta de interesse em relações sociais, tendência ao isolamento e à introspecção, e frieza emocional. Ela prefere passar maior parte do seu tempo sozinha, é socialmente isolada. As Perturbações de personalidade do Eixo II estão relacionadas com a depressão, refere-se a uma doença caracterizada pela presença dos critérios de DSM - IV E SID10 uma vez que preenche uma parte dos critérios, pode ser considerada perturbação. Posto isto, a paciente preenche alguns dos critérios de diagnóstico. Apesar de apresentar sintomatologia no isolamento não se verifica um défice significativo nas relações para preencher o critério de diagnóstico de perturbação de personalidade esquizoide.

Projecto Terapêutico

Facilitar a auto- estima e aumentar a sua capacidade de auto confiança e auto conceito promovendo assim uma melhor capacidade de estruturação do *Self*. A partir disso descobrir o seu papel nas relações interpessoais estabelecendo assim uma melhor harmonia com o seu *Self*. Deste modo, será um facilitador para que possa enfrentar com mais precisão as suas angústias.

Síntese do acompanhamento psicológico

Primeira consulta: Não se encontrava à-vontade por ser a primeira vez a ter uma consulta de psicologia, (citada pela cliente). Estava totalmente resiliente, um ar de desconfiança que poderia estar alguém a ouvir a nossa consulta.

Segunda consulta: A cliente aparenta comportamentos depressivos e ansiosos, dado que as suas expressões faciais e atitudes demonstrava claramente o desconforto devido ao contexto. Parecia muito preocupada com a confidencialidade, foi assegurado todos os aspectos da confidencialidade. Falou sobre os abortos mas não aprofundou devido ao seu desconforto (citada pela cliente). Referiu também o seu desconforto de olhar ao espelho.

Terceira consulta: Referiu um descontentamento por falta de trabalho e o seu desagrado por inúmeras tentativas sem êxitos. Mostrava um desagrado por ter feito muitas entrevistas, sentia que seria positivo a contratação, mas não recebia nenhum *feedback*. Falou-nos das reservas de não expor os seus problemas aos familiares devido as sensações de que posteriormente conspiravam-na.

Quarta consulta: Iniciou a falar sobre a angústia da falta de emprego, o seu cansaço, e a esperança de conseguir o mais desejado. Foi para clarificar o motivo da consulta. Fala da injustiça que sente por causa das alterações do humor do marido, dá uma justificação sobre as alterações do humor. Fala também que está sempre a suprimir as suas emoções perante as pessoas, fala das sensações de que as pessoas falam dela quer na rua quer em casa.

Quinta consulta: Começou a falar sobre o trabalho, desejando trabalhar, seria um ponto positivo para ela pois influenciaria mais a estabelecer as relações e os aspectos comunicacionais. Falamos sobre alguns aspectos relacionais no trabalho, mostrando ser muito reservada, e por outro lado muito disponível a ajudar os outros, sendo assim, desconfia que as pessoas falam dela. Revelou que esta desconfiança foi desde o aborto, passou a ter sensações que estão a ouvir em casa, na rua falam dela, e retracts alguns aspectos da infância.

Sexta consulta: Manifestou interesse para procurar o seu pai mas com um sentimento de ambivalência por dizer que não tem interesse de o conhecer. Mas interessa-se a procurar o pai para ajudar a irmã e comprovar se é mesmo parecida ao pai como as pessoas dizem.

Sétima consulta: No princípio mostrou-se entusiasmada com o facto de ter começado a trabalhar relatando que o trabalho além de proporcionar a independência, ficaria com a cabeça ocupada e não pensaria nos seus problemas. No trabalho, teve um momento de revolta e injustiça com o patrão, no mesmo dia em casa não conseguiu dormir ouviu uma voz e tentou relacionar a voz com uma voz familiar mas sem êxito. Faz de tudo para deixar de ouvir a voz e de ter sensações de que estão a falar dela, mas não consegue por isso, sente-se angustiada. Um ponto importante é que está ciente que as suas sensações não são reais.

Oitava consulta: Mostrou-se muito triste por ter sido dispensada do trabalho, e injustiçada por não ter sido informada no dia da entrevista que trabalharia para cobrir férias de outra funcionária. Depois de ser dispensada retomou a ter sensações de que alguém a observava, sentiu que as pessoas falavam dela na rua. Diz que é frequente ter sensações sempre que ocorre algo de negativo na sua vida. Está ciente que as pessoas

não estão a falar dela mas não consegue deixar de ter sensações depois de inúmeras estratégias para evitar. Sente-se angustiada por ter este quadro e procura ter respostas para tudo isto.

Nona consulta - Está entusiasmada e determinada por ter tomado uma decisão que traduz-se numa mudança de país a procura de trabalho, e de melhor vivência. Sabe que no princípio será difícil mas tem esperança que vai adaptar-se. Pensa que vai passar por um período de aprendizagem e adaptação. Está convicta que a viagem será um ponto de partida para esquecer os seus problemas, e que pode constituir novas relações.

Análise do Caso A

Segundo o seu desenvolvimento relata ter sido normal, revelando uma estrutura mental que lhe permite resolver novos problemas e ajustar-se à situação.

Durante a adolescência passou períodos de desistência escolar, reveladora de desinteresse pela aprendizagem formal. Demonstrou dificuldade de se adaptar às exigências da escola, e a dificuldades financeiras da família impulsionando a desistência e embarcar para o mundo de trabalho.

O trabalho, para ela, foi uns dos grandes motivos que a levou a abandonar a escola, como também a falta de motivação deixou de fazer sentido na sua vida, escolheu assim a desistência de frequentar as aulas.

Em termos de relação nesta altura é marcada por capacidades para interagir com os outros. Apresenta uma personalidade introvertida torna-se reservada, comunica e interage, pouco principalmente com pessoas estranhas. Tenta selecionar uma amiga.

Bowlby (1951) Enfatizou os efeitos da separação. O autor postulou que, para desenvolver-se normalmente, a criança necessitaria ter durante os primeiros anos de vida uma relação afectiva e íntima com sua mãe ou mãe substituta. Mais recentemente, o mesmo autor acrescentou que essa relação afectiva e contínua entre mãe e filho, em que ambos encontrem satisfação, é imprescindível para a saúde mental do indivíduo adulto.

Em relação a cliente, o primeiro cuidado materno com a sua mãe consiste em uma continuação de ligação, com o factor adicional do toque ou contacto. E sobre a relação de apego com a sua mãe é considerado de grande importância no seu desenvolvimento, dado ser esta a responsável por amenizar e acompanhá-la em todos os seus problemas.

Segundo a cliente, durante o seu desenvolvimento, teve na sua vida vínculos com certas figuras indispensáveis. Cita os pais, no entanto, refere que o facto de o Pai não ser o Pai biológico não teve influencia pois sempre foi a figura com que teve ligação e construiu vínculo por considerar uma figura importante no seu desenvolvimento.

Referiu que o pai biológico não esteve presente no seu desenvolvimento e nem o conheceu, deixou-a em completo abandono, mas, foi o pai de criação que dedicou todo o amor e carinho. Não mostra nenhum interesse conhecer o seu pai, mas, procura-o para satisfazer o desejo da irmã mostra um comportamento ambivalente, não manifesta nenhum interesse nem emoções relativamente ao pai mas ao mesmo tempo ela diz fazer favor a terceiros para encontrar o seu próprio pai. Mostra uma fase de negação dos seus próprios sentimentos, porque mostrou neutralidade relativamente ao pai sem

sentimentos de raiva ou tristeza, sendo assim, corre o risco de encontra-lo dizendo que quer apenas comprovar se tem a mesma aparência como as pessoas dizem.

A cliente tem a tendência fraternal pelos familiares e amigos desde a infância, é humilde, tendência de auxiliar está sempre a ajudar os amigos pratica a caridade, vivencia o problema dos outros, mas nunca manifesta os seus problema. Age sempre na caridade e com humildade.

Acredita-se que o facto de estar sempre a ajudar outras pessoas é um subterfúgio que encontrou para encobrir os seus problemas e utiliza uma mascara para esconder quem é realmente. Afirmou que isso acontece porque quando alguém está conectado a um grupo e se sente responsável por outras pessoas usa uma mascara para escapar de problemas do mau humor.

Reflexão Pessoal Caso A

Durante o acompanhamento psicológico permitiu compreender a anamnese, e a história pessoal, bem como identificar sintomas psicopatológicos, alterações cognitivas, emocionais, e comportamentais. Desde a primeira entrevista, a cliente apresentava quadros depressivos, e comportamentos psicóticos. Contudo, a quantidade de informações, e a forma como expressava as emoções sobre os acontecimentos vividos, foram marcantes para nós. Entendia que para ela era muito difícil pelo facto de apresentar um quando psicótico, como isolamento, e falhas de relacionamento social. Deste modo, sentimos dificuldades ao tentar separar os nossos sentimentos durante o processo de atendimento. Por ser uma experiencia primária, foram inúmeras vezes que imaginava numa situação semelhante pelo facto de cumprir atitudes empáticas. Levou-

nos a pensar na necessidade de uma introspecção, ou mesmo um desenvolvimento pessoal.

Houve momentos que sentíamos marcados por emoções e desconforto por falta de experiência de gerir os nossos próprios sentimentos.

O ato de relatar a situação traumatizante é importante para a cliente por uma série de factores, pela possibilidade de confiar em nós como profissionais, visto que no início apresentava várias desconfianças. Isto para nós foi um gesto salutar, sentimo-nos mais confiantes e com um peso de responsabilidade acrescida.

Caso B**Dados de identificação**

Sexo masculino 32 anos de nacionalidade portuguesa, vive em união de facto, habilitações literárias 10º ano. Profissão motorista de pesados. Situação face ao emprego, desempregado, não tem nenhum rendimento.

Tem três irmãos Andreia de 27 anos, David 21 anos por parte só de mãe e Joana 20 anos parte só de pai. Tem três filhos: A menina a mais velha de 13 anos, o segundo tem 7 anos e o rapaz de 10 meses.

Foi enviada pelo Dr. Rita Barbosa Assistente Social da Associação Abraço a 14.05.2012

Primeira consulta realizada a 27-06-2012

Motivo da Consulta

Quer trabalhar as emoções (a irritabilidade) auto controle;

Criar capacidade de gerir, sistematizar, para resolver os seus problemas;

Auto estima (1º Sensibilizar a esposa que apoia na resolução dos problemas);

Sente-se desapoiado. Sente um peso nas costas.

Estratégias de *couping*

História do Problema Actual

Está desempregado há 3 e três anos. O cliente relata que anteriormente tinha uma vida estável não faltava nada, trabalhava, tinha as suas contas pagas e que nunca tivera recorrido a ajudas de assistentes sociais e nem de nenhum outro apoio. Pois isto faz-lhe sentir muito preocupado e frustrado porque tem que depender dos outros até mesmo para as pequenas necessidades pessoais.

Hoje em dia está angustiado por estar numa fase decisiva sobre a sua casa, ou paga a renda ou abandona a casa, uma vez que este não tem condições monetárias para liquidar as dívidas, por sua vez está com medo que lhe retirem a guarda da filha. Sente-se muito desorientado, falta de concentração para resolver os seus problemas chegando ao ponto de irritar-se por qualquer coisa por mais ínfima que seja. Está ainda mais preocupado porque os amigos já repararam a sua mudança.

Tem mágoa, e revolta pela família da mulher porque depois de saberem que a esposa está infectada, descriminaram-na. Segundo o cliente: chegaram ao ponto de separar os talheres copo, e pratos só para ela.

A falta de boas relações da sua família com a sua esposa, e a falta de conhecimentos destes sobre a VIH e a discriminação que estes podem ter perante a esposa, e com o objectivo de resguardar a esposa da reação, assumiu perante a família que está infectado pelo VIH, o que o leva a sentir uma grande revolta por assumir algo que não tem, ou seja revolta-se por as duas famílias não serem informadas nem se fazerem informar sobre o VIH.

Personalidade prévia

Apresenta uma mudança na sua personalidade depois de ter sofrido alguma condição existencial. É como se passasse a ser outra pessoa, com reações e comportamentos bem diferentes daqueles que o caracterizavam, tais como aspectos emocionais e comportamentais. Não apresenta desvios extremos ou significativos do modo como percebe, pensa, sente e, particularmente se relaciona com os outros. Antes tinha um relacionamento sadio com os seus amigos.

Doenças anteriores

Aos 17 anos foi diagnosticado eczema, a partir dos 23 anos começou a consumir cocaína (apenas fumava) nunca inalou nem injetou. Foi por opção própria e por influência de amigos. Aos 28 anos começa a trabalhar como motorista deixa de consumir sem nenhum acompanhamento nem medicação, teve algumas reações mas conseguiu ultrapassar. Em 2010 Foi operado ao apêndice e varizes. Em 2011 teve quistos na pele derivada a eczema. Teve um acidente de moto que levou a ser operado à perna.

Doenças da Família

O avô teve um enfarto do miocárdio (ataque cardíaco) e o Pai cancro na garganta.

História Pessoal

Teve uma infância boa nunca faltou nada, foi educado pelos avós demonstrando ter uma vinculação segura com os avós sendo estes responsáveis pela sua educação descreve o avó como "é um espetáculo". O avô morre de infarto em 2009 aos 94 anos, ele descreve que foi uma desgraça.

Nuca viveu com os pais, o seu pai foi muito agressivo com a mãe mas este nunca sofreu nenhuma violência por parte do pai. Classifica assim como uma relação distante. O pai D. morre com 77 anos em 2010 de cancro na garganta. Revela que não ficou tão abalado com a morte do Pai como do avô, porque estava preparado. Tem uma relação distante com a mãe M. (71 anos)

Lembra que quando começou a estudar era o avô que o levava a escola, gostava de brincar com outras crianças, tinha uma relação normal com os professores. Tinha boas notas.

Adolescência relata que tem boas lembranças da adolescência, recorda dos momentos que passou com os avós, e na escola era muito divertido, tinha muita facilidade de fazer amizades, em suma tinha boa capacidade de relações interpessoais era bom aluno gostava de estudar.

O primeiro namoro e a relação sexual que teve foi com a M. aos 15 anos e aos 19 anos casa-se com a M. e tem uma filha atualmente com 13 anos. Depois de 3 anos de casados separam-se. Segundo o cliente, diz que ela não estava preparada para casar, não tinha a responsabilidade de tratar de uma casa por Ex: ela esperava-me para cozinhar, e decidimos melhor separarmo-nos.

Passa a viver com a S. durante 4 anos, teve uma filha separa-se dela porque passou a acusa-lo da morte do irmão. O irmão suicidou-se na casa dele no dia do seu aniversário. A sua esposa foi abusada.

Passa a viver com a Mar. desde há três anos e tem um filho de 10 meses.

Atualmente

Nunca viveu com os pais tendo uma relação distante. Tem uma relação próxima com os irmãos, considera que o seu irmão D. o tem como seu ídolo e a J. é como se fosse o segundo pai inclusive quando começou a namorar e a ter relações foi o primeiro a saber.

Figura: 3 Caso B

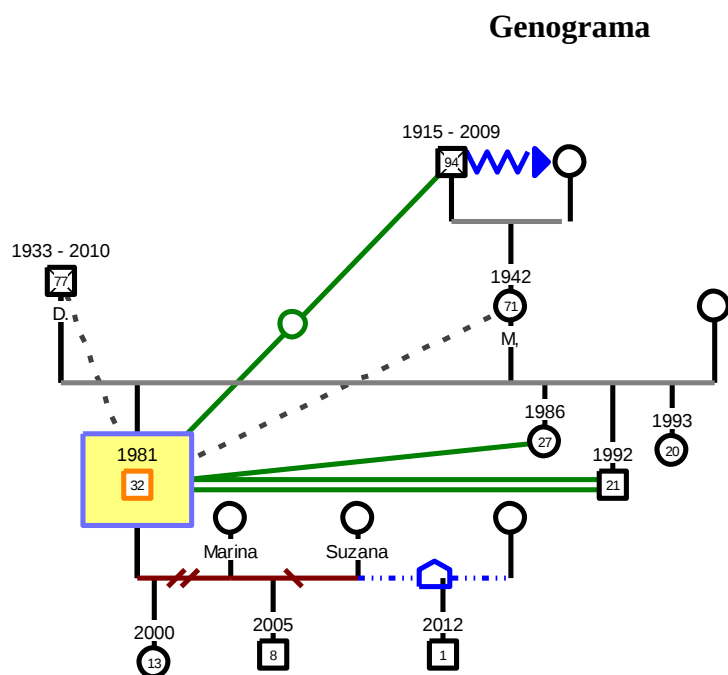


Tabela:8

Diagnostico Multiaxial Caso 2	
Eixo I	Não preenche os critérios de Diagnóstico para o Transtorno Mental
Eixo II	É usado para indicar aspectos predominantemente mal adaptativos da personalidade. Não preenche os critérios que alcançam o limiar para um Transtorno de Personalidade
Eixo III	Descrito por Condições Médicas Gerais. Segundo a história clínica não estão relacionadas aos transtornos mentais.
Eixo IV	Problemas Psicossociais e Ambientais
Eixo V Funcionamento	Não cumpre nenhum critério de diagnostico para Avaliação Global do

Justificação do Diagnóstico

Eixo III - Condições médicas gerais potencialmente relevantes para o entendimento ou manejo do transtorno mental do indivíduo. Podem estar relacionadas aos transtornos mentais de diversas maneiras. Uma vez que o cliente apresenta na sua história clínica condições médicas como operação na apêndice e nas varizes, eczema, e operação na perna

Não desenvolveu nenhum transtorno mental associado ao eixo I e eixo II. Quando um transtorno mental é considerado consequência fisiológica direta de uma condição médica geral Um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral deve ser diagnosticado no Eixo I e Eixo II

O Eixo IV relacionado a Problemas Psicossociais e Ambientais utilizado para relatar problemas psicossociais e ambientais que podem afectar o diagnóstico, um problema psicossocial ou ambiental.

O cliente apresenta evento vital negativo, stress familiar e interpessoal, problemas de moradia, problemas económicos, morte de um membro da família, problemas de saúde na família ruptura da família por separação, divórcio ou desavença, problemas ligado a discriminação, problemas ocupacionais como desemprego. Esses problemas podem desenvolver-se em consequência da psicopatologia da pessoa.

Objectivo Terapêutico

Criar capacidade de reorganizar as suas capacidades de enfrentar e resolver os seus problemas, encarar e entender mais positivamente a ausência de estímulos positivos de terceiros para a resolução dos problemas.

Síntese do Acompanhamento Psicológico

Primeira consulta: Tinha uma postura adequada atitude colaborante ar descontraído muito à-vontade, linguagem coerente, discurso fluente organizado, e pensamento crítico (principalmente sobre as famílias). Sem alterações de consciência, nem da memória psicomotor estável aparência cuidada. Apresenta borbulhas nas pernas nos braços e ligeiramente na cara.

Segunda consulta: começou por fazer uma comparação com muita mágoa e desespero da sua vida, quando tinha boas condições de vida, o quanto tinha uma vida estável, e no presente perdera tudo que tinha. Passando assim a depender de apoio social. Relata que estava à beira de perder a casa, e por consequência perderia a guarda da filha. Estava confuso sentia-se com as mãos atadas sem nenhuma direção para poder resolver os seus problemas, com um nível de irritabilidade elevado prejudicando assim as suas relações conjugais e sociais

Terceira consulta: Exploração do motivo da consulta abordada como o desejo de ter a sua vida como antes, melhorar a autoestima e a resolução dos seus problemas mais sistematicamente. Apresentava-se muito desorientado face à resolução dos seus problemas, não sabendo que direção seguir, mostrou muito empenhado e necessidade de ter apoio psicológico abordando que seria de grande valia para o seu percurso.

Quarta consulta: Começou a falar da sua esposa sobre aspectos relacionais e o facto de ser seropositiva a família rejeita, e ele sente ser o único que a auxilia protege mostrou muito magoado pela discriminação que a sua família procede por falta de conhecimento. Mostrou-se interessado a informar a família de como se contrai o VIH mas sem êxito. A família continua a discriminar o que faz sentir muito revoltado.

Quinta consulta: Revela a revolta que sente pela família da esposa pela discriminação à sua esposa. E esta mágoa não era só pela família da esposa era também pela sua família porque teve de mentir a sua família que ele é seropositivo não a esposa, por falta de um relacionamento não sadio sentiu-se obrigado a mentir o seu estado serológico por medo da reação da família contra ela.

Análise do Caso B

O cliente passou por inúmeras situações na sua vida que causou sensações de mal irreparável envolvendo perdas e grandes mudanças como doenças, condições sociais, e emprego.

O desemprego é um factor que influencia no mal-estar da pessoa, é como se a identidade dependesse do trabalho. Quando conhecemos uma nova pessoa, uma das primeiras perguntas que fazemos é: Onde trabalha? Parece que muito do nosso valor está diretamente relacionado ao nosso trabalho. Nosso trabalho se torna a nossa identidade quando perdemos um emprego sentimo-nos como se tivéssemos perdido a nossa identidade, o nosso valor. O cliente está com sensações de que perdeu a sua vida, está a passar por um processo doloroso que envolve sofrimento, raiva, revolta, culpabilidade isolamento desinteresse pelas atividades sociais como também interpessoais. O facto de já ter tido uma vida estável gera um sentimento de impotência.

Ocorrendo assim stress decorrente de um evento causador de um choque ou trauma emocional na pessoa. Com isso, desenvolveu irritabilidade.

Para contornar o stress pós-traumático, uma das saídas é retomar a vida em sua normalidade, com suas atividades, como o trabalho. No entanto, o cliente luta para

encontrar um rumo na sua vida, tem perspectiva de um dia voltar a normalidade, apresenta com grande força para encontrar um trabalho .

O cliente vive num meio familiar conflituoso e apesar de tudo, com poucas informações sobre o VIH dado o relacionamento não sadio que a sua família tem com a sua companheira, de modo de minimizar os conflitos preferiu assim mentir sobre o seu estado serológico, é um modo de sobreviver às rejeições no seio das suas famílias. Esta situação faz-lhe sentir muita mágoa.

Como se vive assumindo ser portador de VIH pelo resto da vida dado que não é portador deste vírus? Além de assumir isto terá de alimentar cada dia a mentira, de certo modo a família poderá preocupar-se com o seu estado de saúde surgindo perguntas. Com uma mentira deste nível poderá sustentar cada dia, não só a mentira como também a estigmatização da família por parte da companheira.

À estigmatização e a luta pela vida num ambiente em que nem as próprias famílias apoiam, o cliente padece de mágoas e um sentimento de dever cumprido mas sem sucesso desde que tentou informa-los sobre a infecção do VIH à família, mesmo assim sucumbem entre discriminação e preconceitos, então tenta suportar a dor, a rejeição pela própria família por causa da infecção pelo vírus do VIH.

Reflexão Pessoal do Caso B

O presente caso clínico demonstra a importância de intervenção psicológica de uma pessoa afectada pelo VIH/SIDA como fonte de ajuda e apoio para enfrentar as dificuldades decorrentes, sentimos uma responsabilidade em proporcionar uma qualidade de vida eficaz, uma vez que apresentava desequilíbrio emocional, e sobre tudo relacional sentimos que o cliente apresentava indignação com as famílias por descriminarem a esposa por falta de informação do VIH.

Sentimos um vazio e preocupação por constatararmos que existem indivíduos que não têm informação sobre o VIH/SIDA .

As alterações psicológicas associadas à infeção por VIH/SIDA como ansiedade, depressão, e culpa são muito frequentemente, a ansiedade é a reação mais comum , o medo de adoecer gravemente e de morrer e sentir-se descriminado socialmente são também algumas reações psicológicas que mais frequentemente se associam à doença. Verificamos que a depressão, a ansiedade, e o medo podem diminuir consideravelmente quando sentimos apoio, e empatia da família. A família tem um papel muito importante no enfrentar da infeção. É de salientar que não só sofre o individuo infectado mas também as pessoas com quem se relaciona. Deste modo, gera no seio familiar uma sucessão de emoções défices de enfrentar, elementos pertencentes neste seio por vezes ficam num estágio de negação adotando assim estigma contra o familiar infectado. Foi notada uma atitude que nos repletou de interrogações quando este dizia ter assumido a família que estava infectado pelo vírus de VIH. Nos reporta a refletir que para chegar a estas acções, estava movido por inúmeros sentimentos. Por um lado, é um acto de coragem e proteção a sua esposa. Por outro lado, este comportamento nos reflete angustia e um desejo de conquistar paz e harmonia familiar. Por ele, este foi o único

caminho para atingi-lo. Muitas vezes quando não temos o amor desejado da família procuramos meios para tê-lo não importa qual será o caminho para atingi-lo, o mais importante é chamar atenção.

Uma vez vividas demasiadas perdas ao decorrer da sua vida profissional e social, por consequência afecta as relações, e contagia uma irritabilidade no seu íntimo, e fraca capacidade de gerir as suas próprias emoções. Por nos analisado, este sentimento , referimos uma projeção de sentimentos de si mesmo aos outros pelas suas perdas.

A postura adotada durante a nossa relação terapêutica era de atuar a nível do comportamento, emoções, e aprender a dominar situações e problemas para que não haja alterações de humor.

Avaliação psicológica

Caso C

Sexo feminino 14 anos de nacionalidade portuguesa, filha de pais separados, vive com a mãe (41 anos) irmão e os avós, está numa posição de dois numa fratria de três irmãos, o mais velho tem 18 anos está no 9º ano e tem um irmão de 3 anos. Habilitações literárias 6º ano.

ANAMNESE

História e Problemas Atuais

A paciente começou a ser seguida nas consultas de psicologia encaminhada pela assistente social da escola em 2012 realizou-se um pedido à uma consulta de psicologia sendo que a paciente apresentava muitas faltas escolares e reprovações. Durante as consultas de psicologia, o pai não colaborava no processo e não aceitava que a sua filha fosse acompanhada por um psicólogo.

História Pessoal

Aos 8 anos de idade os pais separam-se. O Pai é de nacionalidade Argelina e a mãe de nacionalidade Portuguesa. A sua mãe atualmente desempregada, tem três filhos cada um é de pais diferentes, o mais velho tem 18 anos não conhece o seu pai, a irmã mais nova de três anos.

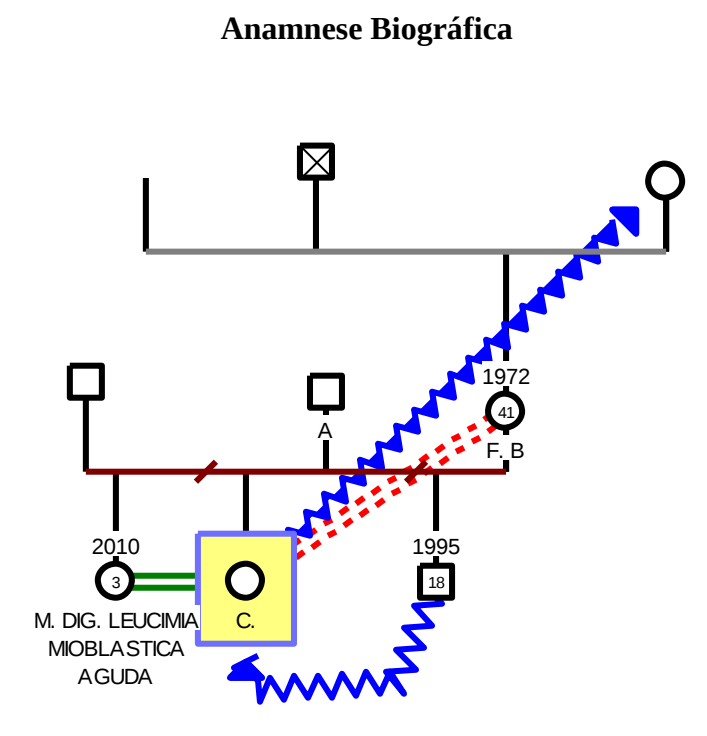
História Clínica

De acordo com as informações obtida a cliente, não teve nenhum problema aparente de saúde, não há, nenhuma história clínica significativa durante o seu desenvolvimento.

Doença Familiar

A sua mãe, em 2011 foi internada no Hospital psiquiátrico Júlio de Matos com distúrbios mentais segundo a cliente (cortava os pulsos, histérica, alterações de humor, violenta com a família). A sua irmã mais nova de três anos foi diagnosticada Leucemia Mioblástica aguda em 2010 no hospital IPO de Lisboa.

Figura: 4



História Do Desenvolvimento Psicossocial (Anamnese)

Relacionamento Com a Mãe

A relação entre ambas é caracterizada por constantemente em discussão. Fica muito irritada quando a mãe informa ao pai sobre o seu comportamento, como também se irrita quando a mãe faz arrumações e se guardar um objecto dela, é capaz de gritar dizendo que não pode e dizer palavrões à mãe.

Relacionamento Com o Pai

A C. descreve a relação entre pai e filha como afectuoso, carinhosa, no entanto, como o pai está ausente quando regressa a mãe diz coisas da filha, e o pai tenta impor alguns limites o que impulsiona, por vezes, discussões entre pai e filha. Mas o pai está sempre presente quando pode e participa no seu desenvolvimento.

Relacionamento Entre os Pais

De acordo com a cliente o relacionamento entre os pais não é saudável muitas das vezes ele tem que visitar as filhas sem que a mãe o veja para evitar conflitos.

Relacionamento Com Irmãos

Relata ter uma relação conflituosa com irmão mais velho que por vezes têm batido nela. Mas com a irmã mais nova relaciona-se bem uma vez que lhe foi diagnosticada, leucemia tem estado o maior tempo com a irmã no hospital

Relacionamento Com Família Alargada (avós)

A C. desde o nascimento ficou aos cuidados da avó materna. Atualmente, a avó cuida dela e dos deveres de casa. A cliente relata que agride a avó principalmente quando a avó se encontra embriaga.

Gravidez e Parto

A gravidez da C. não foi planeada, durante o percurso gestacional ocorreu normalmente sem qualquer complicação. A mãe engravidou aos 26 anos, a gestação foi até ao termo. Teve um parto eutócito, segundo a mãe, o parto correu bem, a C. foi amamentada até aos 9 meses de idade porque ela tinha bastante leite e, usou muito biberão até aos três anos. Segundo a mãe, a paciente desde bebé não gostava de comer.

Relativamente a nível motor, e linguístico, desenvolveram nos parâmetros normais, a mãe diz que teve um desenvolvimento sem complicações segundo os estádios de desenvolvimento.

A nível da autonomia C. toma decisões com muita autonomia, não gosta de ajudar nos deveres de casa.

História Escolar

Nunca frequentou infantário ou ama, entrou na escola aos 6 anos de idade onde frequentou todo período do primeiro até ao quarto ano.

Já no quinto ano passou a frequentar outra escola, reprova por faltas neste mesmo corrente ano, quando a irmã fica hospitalizada pela primeira vez repetia o quinto ano mas as faltas continuaram. Consciencializada que poderia repetir o ano de novo, pensa que a sua professora ajudou a passar de ano.

Já no sexto ano as faltas prosseguiram, este ano lectivo frequentou apenas o primeiro mês de aulas (Setembro). O mês de Novembro e as duas semanas do mês de Dezembro não foi às aulas, relativamente às notas escolares é retratada por inúmeras negativas.

História Social

A C. revela ter amigos na escola e gosta muito de brincadeiras. Tem estado essencialmente mais com duas amigas íntimas. No entanto, na escola há colegas que não lidam bem com ela. Estão sempre em conflitos. Segundo a cliente diz que não quer continuar a estudar na mesma escola e pretende mudar e fazer novas amigas.

Observação Comportamental

Durante às consulta a cliente apresentava uma postura adequada aspecto cuidado, um discurso coerente e organizado. Atitude cooperante, à-vontade, motivada a colaborar e desenvolvimento motor estável.

Avaliação Psicológica

No presente caso, seria pertinente recorrer à aplicação de alguns instrumentos de avaliação com o intuito de obter mais informação que permitisse compreender o estado atual da paciente, assim como tornar viável e fundamentar a intervenção para a problemática apresentada. Neste contexto, foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: Teste do Rorschach, e WISC- III.

Objectivo da Avaliação

O objectivo é avaliar a personalidade, a irritabilidade, e o funcionamento cognitivo uma vez que apresenta insucesso escolar. Queremos verificar se apresenta um

transtorno de aprendizagem, ou uma desordem pela qual influencia a capacidade de aprendizagem efectivamente, ou se apresenta no seio familiar aspectos que poderam afectar o seu desempenho. A compreensão das dificuldades e dos recursos é ponto de partida para uma melhor abordagem psicoterapêutica, psicopedagógica e averiguar as dimensões emocionais e sócio-afectivas.

Diagnóstico Multiaxial

EIXO IV problemas relacionados a nível social, e as relações familiares.

Foram aplicados o teste da WISC-III visto ser uma Escala de Inteligência para Crianças, e o teste de Rorschach que tem como objectivo avaliar a personalidade do sujeito.

A aplicação dos testes foi feita através desta ordem visto ser o mais conveniente e propício.

Escala de Inteligência de Wechsler para crianças (WISC-III)

A primeira versão do teste foi elaborada em 1949 na América, depois foi expandida e editada em 1970 em Portugal. Tem como objectivo de avaliar a inteligência dos indivíduos entre os 6 e os 16 anos. A WISC-III permite analisar o desempenho do sujeito através das aptidões intelectuais tais como, QI Verbal, QI de Realização e também do QI da Escala Completa, que além destes pontos a WISC-III avalia também os Índices Factoriais, que correspondem à Compreensão Verbal, Organização Perceptiva e Velocidade de Processamento. Tem como objectivo avaliar de uma forma completa o funcionamento intelectual do indivíduo. Os Sub-testes da WISC-III estão organizados de modo a estudar o indivíduo a nível de aptidões mentais (Wechsler,2006)

Material e Procedimento

A WISC-III é de aplicação individual e é administrado através de 13 Sub-testes sendo alguns de aplicação opcional e aplicados pela ordem seguinte: completamento de gravuras, informação, código, semelhanças, disposição de gravuras, aritmética, cubos, vocabulário, composição de objectos, compreensão, pesquisa de símbolos (opcional), memória de dígitos (opcional) e labirintos (opcional) (Wechsler, 2006).

No primeiro Sub-testes "Complemento de Gravuras" é utilizado um caderno de estímulos com 31 gravuras, e um cronómetro. No segundo Sub-testes "Informação" tem avalaia o meio socioeconómico da criança e a capacidade de compreensão e pensamento associativo. No terceiro sub-teste "Código" avalaia a capacidade de memória e de aprendizagem, facilidade de adaptação, atenção/concentração, rapidez e coordenação visuo-motora. No quarto sub-teste "Semelhanças" avalaia a capacidade de generalização, pensamento categorial e abstracção. No quinto sub-teste "Disposição de gravuras" avalaia a organização espaço-temporal, a capacidade de relacionar o todo com as partes, a percepção a compreensão verbal e o planeamento de situações. No sexto sub-teste "Aritmética" avalaia a agilidade mental, adaptação escolar e a capacidade cognitiva. No sétimo sub-teste "Cubos" avalaia a capacidade de abstracção, a capacidade conceptual de análise e síntese e representação mental. No oitavo sub-teste "Vocabulário" avalaia a informação, rigidez das riquezas, linguagem, pensamento abstracto e processos de pensamento. No nono teste "Composição de objectos" é avalaia a estrutura espacial, lateralidade, organização corporal, motricidade fina, memória de formas, persistência, capacidade de raciocínio, organização mental, percepção, manipulação visual-motora e por fim as relações espaciais entre o todo e as partes. (Wechsler, 2004).

Critérios de Garantia

WISC-III

"Foram realizadas várias análises factoriais, exploratórias e confirmatórias, com base nos resultados obtidos através de vários métodos de extracção e de rotação" (Wechsler, 2004, p.85).

As análises feitas coincidiram com uma amostra total (N= 1354) indivíduos do sexo masculino e feminino de vários escalões etários entre os seis e os 16 anos de idade. (Wechsler, 2004).

Os resultados obtidos indicam assim a presença de uma solução para os três factores da WISC-III da aferição portuguesa, ou seja, compreensão verbal, organização verbal e índice de velocidade de processamento (Wechsler, 2004).

Na aferição portuguesa cada um destes factores poderá ser calculado com o respectivo índice factorial. Foram realizados várias análises quantitativas e rotações factoriais, que tiveram como objectivo determinar o número de factores presentes na escala. Os factores e os resultados do teste WISC-III apresentam assim estabilidade nas correlações. (Wechsler, 2004).

A validade de um teste refere-se à precisão e à consistência da medida, bem como à estabilidade temporal dos seus resultados. Existe muitos índices estatísticos que permitem mostrar a fidelidade de um teste. No caso do teste WISC-III, os estudos da validade implicam o cálculo de coeficientes de validade, de erros - padrão de medida (EPM) e de intervalos de confiança. (Wechsler, 2004).

Teste Rorschach

Em 1921, Hermann Rorschach elaborou uma obra denominada de Psicodiagnóstico. O teste Rorschach configura-se como um dos principais instrumentos de avaliação psicológica, permite uma vasta análise de vários aspectos do funcionamento psicológico dos indivíduos no âmbito de personalidade, cognição, relacional, etc. (Castro, 2012).

É um instrumento psicodiagnóstico reconhecida a validade e a profundidade da investigação. A interpretação possibilita uma análise da personalidade dos indivíduos em termos estruturais e psicodinâmicos, garante uma contextualização segundo o objectivo do quadro que se está a investigar. Permite um trabalho quantitativo, e qualitativo. É possível uma investigação empírica e estatística de qualquer aspecto da personalidade do indivíduo sob o enfoque estrutural. Os aspectos qualitativos da personalidade dos sujeitos podem ser analisados. Permite a compreensão do funcionamento, e a relação consigo e com o mundo, Só é possível através da análise das verbalizações. (Castro, 2012).

Hermann Rorschach fez uma sistematização com as manchas de tinta, focalizou tanto aspectos formais como outros que envolviam as manchas. Iniciou os estudos com os borrões em 1910. Em 1918, o próprio Rorschach confeccionou e elaborou as pranchas do teste e passou a aplicá-las experimentalmente no Hospital de Herisau (Vaz, 1997cit. por Castro, 2012).

Muitas pesquisas empíricas foram desenvolvidas com o material deixado por Rorschach e diferenciam--se entre si no que tange aos aspectos de análise das respostas e compreensão das vicissitudes do sujeito no momento do teste (Mangabeira, 2011).

A classificação depende da identificação do clínico ou do pesquisador. Trata-se apenas de uma escolha técnico-metodológica do uso do instrumento o teste garante ser de carácter científico, por causa de intensas pesquisas nos mais diferentes níveis, configurando-se como um importante instrumento para a investigação da personalidade. Revela-se que o teste se destaque entre as técnicas projectivas no trabalho clínico, mostrando-se sempre actual e de extrema valia aos profissionais que se preocupam em realizar um psicodiagnóstico (Castro, 2012). O Método de Rorschach foi publicado no início do século XX e cada vez mais se mostra um instrumento atual, com qualidades e estudo sobre a produção científica em avaliação psicológica, enfatiza a importância da área, por ser de uso exclusivo do profissional psicólogo, para compreensão dos aspectos psíquicos envolvidos em todas as práticas profissionais (Castro, 2012).

Característica do Rorschach

Aplicação pode ser feita Individual ou em grupo.

Materiais: 10 Cartões com manchas de tinta.

Descrição: São mostrados alguns cartões um a um.

Instruções: O psicólogo explica o teste de seguida mostra as figuras.

Os sujeitos devem preencher a tabela de modo as imagens forem apresentadas. No teste individual, provavelmente não haverá exigência de tempo, e transcrição das respostas feito pelo psicólogo (Mangabeira, 2011).

A aplicação

O psicólogo pergunta o que está a ver nas pranchas e o cliente recebe as pranchas, pode movimentá-las à vontade, em qualquer direcção. O sujeito tem a total liberdade para dizer tudo que imagina sobre as manchas. Não existem resposta certa nem erradas. A partir do que for visto, a prova teria a capacidade de examinar, separadamente, diferentes componentes da inteligência do paciente.

O teste situa-se no âmbito de um teste de imaginação. Contudo, a interpretação insere-se no contexto da percepção e das ideias. Posteriormente, poderá ser analisado tudo que está subjacente na impressão que os borrões passam, ao mesmo tempo em que se ligam a sensações antigas de experiências anteriores. Além disso, analisa-se sobre tudo três processos interrelacionados na percepção: sensação, evocação e associação (Rorschach, 1967, p.17 cit. Mangabeira, 2011).

O teste de Rorschach não avalia a imaginação do sujeito, mas sim a forma singular como o sujeito dá sentido e interage com o mundo à sua volta. O mais importante na técnica projectiva de Rorschach é o modo em que o sujeito dá sentido às manchas de tinta que não tem um significado pré-estabelecido. As respostas revelam a tentativa de reencontrar o equilíbrio perdido. Neste ponto de vista Rorschach apela à percepção que faz emergir no sujeito palavras-imagem que vão no sentido de tornar coerente o que lhe é exterior enquanto objecto potencial e imaginado torna a percepção uma elaboração em função do material interno do sujeito (Mangabeira, 2011).

A interpretação do Rorschach, procura compreender o indivíduo como um todo, onde cada índice possui o seu valor interpretativo em si, porém, deve ser relacionado e comparado com os demais índices também encontrados. Na medida em que cada

conjunto de prancha revela o modo como o sujeito se relaciona com diferentes situações de vida (Mangabeira, 2011).

Através da análise das pranchas pode-se verificar como o sujeito lida com diferentes situações de vida, a cor é entendida como um estímulo que toca os indivíduos e desse modo, a maneira do sujeito a reagir frente às pranchas coloridas revelam seu modo de lidar com as situações que o mobilizam no nível dos afetos e a ausência da cor pranchas cromáticas nos indicariam a maneira de o indivíduo reagir frente a situações onde a afetividade é menos intensa, mais neutra (Mangabeira,2011).

O objectivo do teste é de confirmar através do psicograma em que o instrumento se propõe a avaliar as características da personalidade. Verifica-se o modo de ser e de reagir do indivíduo que se diferencia em situações diversas, cujo objetivo é determinar um perfil o mais fiel e profundo possível de personalidade do sujeito quanto aos aspectos estruturais (Mangabeira,2011).

Dado que o nosso objetivo é verificar de que maneira o indivíduo percebe o ambiente, e estabelece relações entre a familiar bem como de que o modo se adapta à realidade externa, deste modo verificamos como funciona o trabalho mental de observação, elaboração, comunicação e adaptação à realidade externa. (Mangabeira,2011).

Desse modo, abordaremos a dinâmica psíquica do indivíduo, seu modo de reagir, emocionalmente e intelectualmente, bem como sua maneira de estabelecer relacionamentos interpessoais. (Mangabeira,2011).

No final elaboramos uma síntese onde são enfatizados os aspectos mais relevantes fornecendo uma conclusão a respeito da personalidade, bem como o prognóstico (Mangabeira, 2011).

Resultados da Avaliação: Teste Rorschach

Segundo o número de respostas (R-60), encontra-se dentro da média. Traduz-se que tem capacidade associativa ou seja, sua capacidade de produção intelectual no meio. (Psicograma em anexo VIII).

Relativamente à sensibilidade das cores, revela que a cliente não tem sensibilidade às cores cromáticas revelando dificuldade em produzir frente a situações onde é pouco mobilizado pelo afeto, tratando-se de indivíduo intensamente suscetível para com as implicações afetivas do ambiente. Nesse sentido, através da análise dos modos de apreensão podemos verificar se tende a captar as situações como um todo, se é capaz de perceber os aspectos negativos e os obstáculos das situações.

Os resultados revelam um tipo de percepção que se encontra dentro do esperado, se está elevada, baixa ou ausente .

Espera-se que o indivíduo normal apresente como resultados que revelam que de modo genérico, que o cliente é capaz de perceber os aspectos mais amplos e os detalhes das situações.

Durante o protocolo, o sujeito utilizou excessivamente o modo de apreensão Detalhes e deu poucas respostas G Global e não utilizou outros modos de apreensão. Através deste índice podemos observar a capacidade da utilização da memória. Observamos a capacidade de atenção e concentração e, verificamos o quanto a cliente é capaz de ter uma noção objetiva e crítica dos fatos externos.

A %F+↓inferior a 80% -90% podemos intuir que a cliente, indica dificuldade de atenção e concentração de autocontrolo e incapacidade de objetivação. Segundo os determinantes significa que o sujeito utiliza pouco o pensamento racional socializado.

O modo de apreensão Detalhes revela que a cliente presta atenção aos detalhes das situações, e faz análise dos fatos de forma detalhada.

Através dos conteúdos que aparecem no protocolo, observamos que a cliente apresenta variação de interesses pelo ambiente relativamente aos aspectos afetivos. Uma vez que H↓(baixo) ou seja não teve nenhuma resposta que indicasse o conteúdo H (humano) o que pode indicar uma grande dificuldade nas relações interpessoais caracterizado por um desinteresse pelos outros como também nos relacionamentos, possivelmente apresenta conflitos nos relacionamentos.

A% (animal) mostra-nos a ligação afetiva do sujeito com o meio, explica o quanto se envolve emocionalmente com as situações.

É esperado um resultado entre 35% - 45% que revela fraca ligação com o ambiente, pouco envolvimento emocional com o meio, e instabilidade emocional. Dado que o resultado não é muito baixo não podemos aferir com muita precisão que a cliente apresenta instabilidade emocional com o meio nem que indica apatia ou embotamento afetivo com o meio.

Resultados da Avaliação: Teste WISC-III

Podemos verificar que a diferença entre QIV e QIE é significativo porque uma vez que o QIV = 59 e o QIE=67 neste caso, encontra-se num intervalo inferior a 12 pontos. (Folha de registo e protocolo de teste WISC-III, perfil de Resultados Padronizados e Scatter em anexos IX, X, XI).

Análise Qualitativa dos Sub-testes

Escala verbal - indica-nos que a escala informação, aritmética, e vocabulário encontra-se abaixo da média, a escala semelhanças e compreensão encontra-se acima da média.

Informação - Avalia conhecimentos que se obtém formalmente ou informalmente, conhecimento obtido por educação escolar e na família, dificuldades de aprendizagem, desatenção impulsividade etc. Uma vez que a nossa cliente teve um índice abaixo da média e segundo a anamnese relativamente ao percurso escolar é retratado por inúmeras negativas e reprovações. Isto indica-nos que a sua capacidade intelectual, o interesse, ambição intelectual e a aprendizagem escolar sobretudo o seu rendimento académico, está num nível baixo.

Aritmética- Mede a capacidade de raciocínio e do cálculo mental, requer uma boa capacidade de memória de trabalho, mede a habilidade numérica agilidade e vida mental, concentração, conhecimentos adquiridos, e memória a longo prazo de operações matemáticas.

Pontuação baixa - Indica-nos uma possível distração causada pela ansiedade que invade os processos de pensamento. Pode indicar-nos também o fracasso escolar, ou uma possível deficiência no hemisfério esquerdo.

A cliente manifestou pouco interesse nas respostas do item pois pareceu muito ansiosa e mostrou-nos falta de atenção no respectivo item.

Vocabulário - Este item mede a capacidade linguística, os conhecimentos léxicos, e a capacidade de elaboração de discurso. A pontuação baixa pode indicar-nos dificuldades escolares baseadas na leitura, escrita, compreensão. Um desempenho baixo pode traduzir uma falta de familiarização de experiência escolar.

Semelhanças- é um item que mede os aspectos qualitativos das relações de classificação que o sujeito reconhece no meio. Avalia a capacidade de estabelecer relações lógicas e a formação de conceitos verbais e ou de categoria, avalia a capacidade de síntese e de integração de conhecimentos. Pontuação alta indica-nos um elevado nível de inteligência.

Compreensão - É um item que avalia o estilo de personalidade do sujeito seus valores éticos e seus antecedentes sociais e culturais. Avalia a capacidade do sujeito de exprimir as suas experiência, apela ao conhecimento de regras e de relacionamento social.

Pontuação alta indica-nos maturidade social organização do conhecimento noções das convicções sociais. O sujeito consegue utilizar factos de uma forma pertinente, significativa e emocionalmente apropriada. Boa capacidade para verbalizar ações.

Segundo a Escala Realização

Pontuação baixa na escala

Composição de figura - esta escala avalia a atenção que o sujeito presta ao seu ambiente. Avalia a memória visual a longo prazo, identificação reconhecimento discriminação visual. Pontuação abaixo da média pode resultar de uma componente emocional, ansiedade, ou uma lentidão da resposta.

Complemento de figura - É a capacidade para captar visualmente objectos e determinar a ausência de detalhes essenciais. É uma medida válida da inteligência. Permite avaliar fundamentalmente o seu grau de alerta visual, identificação reconhecimento descrição visual bem como a memória visual a longo prazo.

Pontuação baixa - Pode dever-se a lentidão da resposta, clinicamente a lentidão da resposta pode associar-se a problemas depressivos. Pontuação baixa pode ser devida a componente emocional, ou ansiedade.

Código - Avalia a capacidade do sujeito de realizar a tarefa mais rapidamente, avalia a capacidade de seguir instruções a velocidade e a adequação das tarefas rotineiras a psicomotricidade e a memória visual a longo prazo.

Pontuação alta - É o resultado da combinação de uma alta motivação destreza para memorizar símbolos e rapidez perceptivo - motora, resulta de um estilo sequencial preferencial.

Cubos - Examina a capacidade de organização e processamento Visuo - espacial não-verbal a capacidade de hábitos de trabalho e o enfoque na resolução de problemas. Avalia a capacidade para decompor mentalmente os elementos constituintes do modelo a reproduzir. É considerado uma resolução de um modelo não-verbal.

Pontuação elevada - Indica boa capacidade de conceptualização atitudes análise e síntese rapidez, e exatidão para focar-se no problema adopção e rapidez do método ensaio -erro, flexibilidade na resolução de problemas e boa coordenação.

Composição de objectos - É um item que avalia a inteligência requer agudez visual adequada, percepção de estímulos significativos boa coordenação viso - motora e capacidade para efetuar justaposição. A tarefa requer capacidade construtiva, velocidade e precisão da actividade motora, persistência, e memória visual a longo prazo. Mede fundamentalmente a adaptação no sentido de uma integração plástica de assimilação e acomodação.

Pontuação média - Indica boa capacidade motora, iniciativa para experimentar soluções novas e utilização acertada.

Análise final / Reflexão pessoal

Revendo a anamnese notamos que a cliente se defronta com a separação dos pais desde a idade infantil, a representação da figura paterna é fundamental, no desenvolvimento e construção social, emocional e psicológica da criança. Dado que o pai não convive integralmente com o filho existe uma ruptura na relação associado a perda de uma figura parental originando mais problemas do que os filhos de pais casados. Também enfrenta outro aspecto do adoecimento da irmã e da mãe. É portadora de transtorno mental. Nesse contexto, toda a família sofre as consequências, principalmente os filhos, porque o seu desenvolvimento e sua saúde dependem de seus pais. Apesar de viver também com o avô, é uma figura que participa no seu desenvolvimento, a figura da mãe tem recebido enfoque privilegiado na sua saúde mental é apontada como variável relevante. Pode influenciar na composição de um ambiente favorável ou desfavorável ao desenvolvimento da filha. Um filho necessita de

apoio, de carinho, protecção, companhia, cuidados e regras. É fundamental o papel dos pais no desenvolvimento do filho, pois é através desta ligação que se desenvolve um apego afectivo. (Bowlby, 1988. cit. por Gomes, & Melchiri, 2011) fundamenta que tudo o que sucede nos primeiros anos de vida seria essencial para a saúde mental isto indica que tem grande importância no desenvolvimento da personalidade da criança Bowlby demonstra que a separação de uma criança pequena de sua mãe, na primeira infância pode gerar um conflito (Bowlby, cit. por Casellato, 2012).

Tendo em vista a teoria do Bowlby, a cliente é criada com referência masculina do pai esporadicamente, porém isso não quer dizer que crianças criadas somente pela mãe vão ter algum transtorno emocional. Mas dado que o seu comportamento diário é registado por agressões emocionais e físicas na família, que podem ter consequências graves para a criança.

Referindo as teorias da personalidade, segundo o (Freud cit. Schultz, & Schultz 2006) o desenvolvimento da personalidade, refere que todos comportamentos são defensivos mas nem toda a gente utiliza a mesma defesa, ou seja utilizamos todos o mesmo impulso do *id* mas não a mesma universidade na natureza do *ego* e do *superego*, o seu conteúdo varia de pessoa para pessoa, elas diferem porque são formadas pelas experiências vividas de cada um, e cada pessoa não tem a mesma experiência do outro. O tipo de carácter que se desenvolve na infância com a interacção dos pais, a criança tenta maximizar o prazer satisfazendo as demandas do *id*. Enquanto os pais, como representantes da sociedade para Freud a experiência da infância é tão importante na formação da personalidade.

Para o (Jung, 2006) a personalidade se desenvolve na infância no início da idade adulta. O *ego* começa a desenvolver no início da infância primeiro na maneira primitiva

porque nesta fase, a criança não formou a identidade peculiar. Nesta fase aquilo que se poderia dizer sobre a personalidade da criança, é pouco mais do que um reflexo da personalidade dos pais no que exercem influencia na formação da personalidade da criança. Os pais podem ampliar ou impedir o desenvolvimento da personalidade dependendo da maneira como se comportam em relação à criança (Jung, cit. Schultz, & Schultz, 2006).

Rogers, 2006 diz que as crianças encontram satisfação em receber considerações positivas e se frustram ao não recebe-la ou se lhe for retirada. Como a consideração positiva é crucial para o desenvolvimento da personalidade, o comportamento da criança é direccionado pela quantidade de afecto e do amor que são dados. E se a mãe não oferecer consideração positiva a criança, então a tendência inata da criança em direcção à actualização e ao desenvolvimento do auto imagem será dificultada (Rogers cit. por Schultz, & Schultz, 2006).

A sua família passou por transições, mas que se expressam em readaptações e reestruturação de papéis. Deste modo existem várias crises do ciclo evolutivo vital que atravessa a família.

Referindo a anamnese revela - nos que enquanto criança, tal crise vem ocorrendo e é resultado de um processo de acontecimentos históricos, dentre elas as agressões entre os pais sendo que este relacionamento é marcado por influência dos comportamentos dos pais como diz o Jung, (2006) na sua teoria da personalidade na formação da personalidade da cliente é marcado pelo distanciamento afectivo que pode gerar angústia e ansiedade. Como vimos a nossa cliente apresenta padrões desajustados por influência do relacionamento familiar. O ambiente em que vive constitui um factor contingente comportamentais, expressa difíceis relacionamentos com os pais, é uns

problemas que pode gerar dificuldades futuras. Neste contexto, o papel da família é um catalisador importante para que haja uma continuidade do desenvolvimento, sem frustrações e angústias. Citar que uma abordagem psicoterapêutica sistémica no sentido de orientar as dificuldades de desenvolvimento, e aclarar sobre a melhor forma de enfrentar às situações. Foi marcado por nós, a reflectir que a cliente não concorda com a formação que recebe dos pais por consequência, auto impõe-se e valoriza-se causando muita discordância no seu seio. Sentimos que os desentendimentos familiares restringem-se mais nas questões do quotidiano como (onde colocou o objecto X, quem tirou, etc.) os valores não são transmitidos pela família. Acrescer que a cliente não banaliza o valor dos pais apenas enfatiza os conflitos entre ambos. Reflectindo a relação com o irmão, vimos uma sucessão de agressões e irritabilidade, e ao mesmo tempo tenta despoletar na sua avó, é um comportamento socialmente não aceite. A agressão de uma figura como avô, este é um comportamento que merece intervenções com objectivo de ajudar a intender as suas angústias e saber lidar com eles para que futuramente não ocorra episódios destes.

Pires e Eder (2000) referem que o problema da criança geralmente está relacionado ao ambiente familiar (alcoolismo do pai, divórcio, etc.). É necessário, para se reconhecer o que pode estar associado a dificuldades de aprendizagem, primeiramente entender o que nela interferem. Pode-se dizer que a aprendizagem é um processo complexo que se realiza no interior do indivíduo (Ferreira, 2008). Para o autor o que está associado a dificuldades escolares é uma mudança de comportamento, o desenvolvimento cognitivo que determina a aprendizagem.

Uns dos objectivos da avaliação é de avaliar a personalidade, e o funcionamento cognitivo uma vez que é dotada de insucesso escolar. Queremos verificar se apresenta um transtorno de aprendizagem. Segundo a avaliação podemos averiguar que a cliente

tem dificuldades de aprendizagem, desatenção impulsividade etc. o seu rendimento académico, está num nível baixo. A estrutura cognitiva é um factor a considerar na aprendizagem situa no domínio cognitivo a aquisição dos conhecimentos e a cliente durante o seu trajecto educativo não teve a possibilidade de adquirir uma estrutura cognitiva clara, estável e organizada de forma adequada. A estrutura cognitiva da cliente pode ser influenciada, pelo poder de exposição de ambiente pouco saudável para a aquisição de aprendizagem.

Prognostico

Apesar de ter resultados baixos nos itens cognitivos, não indicia um transtorno no foro cognitivo, e se for exposta a estimulações cognitivas e bom ambiente familiar poderá apresentar melhores resultados escolares.

Avaliação do Estágio/Conclusão

Este relatório objectivou á dar a conhecer o trabalho desenvolvido ao longo do período de estágio. Foi um processo que na qual aprendemos muito. Foi um enriquecimento profissional. O mesmo consta de momentos de reflexão sobre o papel do psicólogo e a sua actuação profissional como em equipa, e não só tivemos a oportunidade de vivenciar problemas, conflitos e desafios do trabalho do psicólogo.

Pois, foi no estágio que constitui a primeira experiência em que associamos os conhecimentos teóricos obtidos, à prática, de modo a realizar um entendimento geral do cliente. O momento de estágio foi caracterizado por inúmeras dúvidas, incertezas, angústias, e ansiedades. Passámos por momentos diversos e ambíguos durante o estágio.

Sentíamos felizes dentro da instituição mas ao mesmo tempo, vivenciamos momentos de muita tristeza ao relacionar com pessoas infectadas com VIH, muitas das vezes imaginava o quanto estas pessoas sofrem. E essa ambivalência era muito visível, pois ao mesmo tempo sentíamos felizes por estar a passar por experiencias que enriqueciam a nossa aprendizagem, estava numa área que cada vez mais sentíamos apaixonados estávamos conscientes que o trabalho por nós elaborados, era o que gostamos. Não foi uma área que ansiava seguir no futuro, no princípio, tinha dúvidas e muitas incertezas.

Porém, esses sentimentos foram se diluindo. Pensávamos que ainda seria prematuro para ter a certeza de tudo, então, decidimos enfrentar o estágio mais no presente e aproveitar cada passo que influencia na nossa aprendizagem.

Assim tornou-se um ponto positivo para nós, reduziu muito a angústia e melhorou o nosso trabalho, pois transpareceu mais aliviados.

A supervisão teve uma grande importância para mim, teve como objectivo promover o desenvolvimento de habilidades e competências. Portanto, foi um momento crucial de transição entre a função estudantil e profissional de forma a ter a possibilidade de desenvolver um raciocínio clínico e a postura ética. Deste modo, foi considerada uma etapa fundamental para a formação do futuro profissional. Nesse sentido, pode-se dizer que a supervisão é um processo de ensino e de aprendizagem que representaria a aquisição das habilidades terapêuticas, através dela criamos mudanças com finalidade de facilitar um comportamento mais profissional. Durante as supervisões deparei-me com várias emoções de angústia e de felicidade. Chorava, desabafava, apesar de tudo sentíamos acolhidos. Muitas vezes nos dava conta que poderíamos ter feito melhor.

Durante o percurso desta caminhada fica marcada por diversos momentos, destacando dificuldades e autonomia que adquirimos durante todo o percurso. O estágio torna um meio para aplicar e distender conhecimentos de acordo com a realidade do profissionalismo.

Neste âmbito, a realização do estágio contribuiu particularmente na formação, instrução, e no crescimento pessoal. Potencializa a experiência profissional e através disso obtivemos particularmente grandes desenvolvimentos nas nossas competências práticas no contacto com o mundo real.

Passando pela experiência muito diversificada como o vínculo que obtivemos na medida em que frequentávamos a instituição que possui características próprias, dotado pelos seus objectivos e políticas institucionais.

A missão da instituição é de dar apoio a pessoas infectadas e afectadas assim como, ações de prevenção e de sensibilização para o risco de novos contágios. É de

salientar que no início do estágio fica marcado por dificuldades que clarearam em nós alguma desmotivação e descontentamento ao ponderar na desistência. No entanto, com o apoio familiar, e o desejo pela conquista de uma identidade pessoal e profissional é através dessa força e motivação que foi possível ultrapassar todos os obstáculos e continuar com a caminhada, mas, dizemos que foi uma caminhada difícil de concretizar. Apesar de tudo, sentimos mais confiança tendo em vista a eficácia do estágio e sobre tudo as intervenções.

As intervenções desenvolvidas neste âmbito parecem ter ido de encontro às nossas expectativas, investimos o máximo e tentamos dar o melhor de nós .

Devo salientar que foi o primeiro contacto com a realidade ou seja com o mundo profissional suscitou em nós muita ansiedade tinha medo de errar e isto por sua vez prejudicou-me ainda mais.

O medo do investimento parece ter estado subjacente às minhas inquietações, associado às minhas dificuldades comunicacionais que considero serem importantes. Estes aspectos levaram-no a refletir acerca da importância do papel do psicólogo na adaptação dos métodos de intervenção. De um modo geral, estamos satisfeitos e orgulhosos do trabalho que fizemos dedicamo-nos muito para poder ultrapassar as nossas dificuldades. E, acima de tudo, foi um período de conquistas, aprendizagem e crescimento profissional e pessoal.

Todo este processo de estágio, seguimos essencialmente a Abordagem Centrada na Pessoa do Carl Rogers, que assenta numa visão do homem como um ser essencialmente livre e que está inerente dentro de si mesmo, potencialidades para a alteração das suas atitudes e dos seus comportamentos.

Ao longo do nosso trabalho, na relação com indivíduos infectados e afectados pelo VIH/SIDA através das experiencias vividas notamos que estes indivíduos, sofrem de inquietação, desassossego, agitação etc. As depressões também são muito frequentes. Estão presentes pensamentos de que a vida terminou, são perseguidos pela angústia da morte. Estão cercadas de um halo de incertezas, difíceis de suportar. Muitas vezes o individuo auto exclui-se do meio familiar, ou são descriminados pelos próprios familiares. Ao utilizarmos a abordagem Rogeriana para auxiliar neste processo de mudor procuramos manter uma postura na qual foi-nos possibilitado a cumprir as condições necessárias para a mudança da personalidade, as atitudes de congruência, consideração positiva incondicional, sobretudo a compreensão empática.

Proporcionamos uma atitude para promover condições facilitadoras. Neste contexto, procuramos o máximo possível desenvolver sentimentos empáticos pelo cliente, proporcionando-lhes um ambiente de aceitação, e sendo autêntico na comunicação de seus comportamentos.

Muitas das vezes torna-se difícil o indivíduo falar sobre o modo do seu estado emocional, com medo de revelar os vários aspectos íntimos da sua vida. Proporcionamos condições de aceitação do cliente sem juízo de valor, significa aceitar o outro com as suas emoções, e sentimentos. A relação que estabelecemos com os clientes favoreceu a livre expressão deste potencial construtivo e que conduziu ao equilíbrio psicológico. O que está implícita na relação podemos concluir que foi sentido muito particularmente, que durante as intervenções tivemos de retirar o "eu" uma "parte de nós fica da porta para fora " portanto é a nossa dedicação para ir com o cliente, na direcção do cliente, no ritmo do cliente. São estas atitudes que transporta para a relação e que constituem um imenso factor que direciona a mudança. Assim que a relação estiver bem definida, os problemas do cliente podem não interferir na sua vida diária e passará a

entender melhor os seus problemas e desenvolve processos para poder lidar com eles. Foi de enorme satisfação poder experienciar diretamente este processo, e senti-lo com enorme alegria. Gera um sentimento de dever cumprido, asseguramos que futuramente vamos engrenar neste caminho no sentido de aprofundar ainda mais os nossas conhecimentos, pois estas não terminaram, temos sonhos de profissionalizarmo-nos cada vez mais.

Referência bibliográfica

Almeida, L. R. (2009). Consideração Positiva Incondicional no sistema teórico de Carl Rogers. *Temas psicol.* Vol.17, n.1 pp. 177-190.

Branco, P. C. C.(2012). Revisão dos aspectos monadológicos da teoria de Carl Rogers à luz da fenomenologia social. *Rev. NUFEN*, vol.4, n.2, pp. 83-98.

Barré-Sinoussi, F. Chermann J. C. &Rozenbaum, W. (1990). *Sida perguntas e respostas*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.Vol.10, n.3 pp. 383-391.

Botti M. L., Leite, G.B., Prado M.F, & Walkman M. A. P, et. al. (2009). Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de VIH/AIDS. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 17, p. 400-405.

Bohart, A.C. (2007). Taking steps along a path: Full functioning, openness and creativity. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6 (1), 14-29.

Campos, A. P. S. &Cury, V. E. (2009). Atenção psicológica clínica: encontros terapêuticos com crianças em uma creche. *Pediatrics*.Vol. 19, N. 42, 115-121.

Casellato, G. (2012). Bullying in school: where the danger is? A reflection based on the Attachment Theory on the dynamics abuser/abused. *Review Paper*. 36(1):41-48

Cardoso, A. L. Marcon, S. S. &Waidmani, M. A. P. (2008). El impacto de ladescubierta de la serologia positiva para el portador de VIH/sida y su familia. 16(3):326-32.

Carvalho, F. T. Morais, N. A. & Koller, S. H. ed.et. (2007) . Factores de protecção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cad. Saúde Pública*. vol.23, n.9, pp. 2023-2033.

Calduch, J. H. (1991). *Doenças de transmissão sexual e sida*. Lisboa: Edições Paulistas.

Castro, P.F. (2012). Meta-analysis of the effects of the method: international and national productions. *revista educação*. v.7, n.1, 2012.

Daudel R. & Montagnier L. (1994). *A sida*. Lisboa: Instituto Piaget

Departamento de Doença infecciosa, Unidade de referência e Vigilância Epidemiológica
Núcleo de Vigilância Laboral de Doenças infecciosas (2013). *Infeção VIH|SIDA: a situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2012*. Lisboa: Instituto Nacional da Saúde
Doutro Ricardo Jorge.

Dias, S. Gonsalves, A. Luck, M. & Fernandes M. J. (2004). Risco de infecção por HIV/Sida. Utilização acesso aos Serviços de saúde numa comunidade migrante: *Acta Med Port*. 17: 211-218.

(DSM-IV-TR, (2006). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Fekhri, K. (2009). Combats da Epidemia de VIH/SIDA: Proposta para Optimizar a política de Prevenção e de Diagnóstico Precoce. *Arq Med*, mar. Vol.23, no.2, p.73-75.

Hipólito, J. (1999). Biografia de Carl Rogers. In *A Pessoa como Centro - Revista de Estudos Rogerianos*, N.º 3 APPCPC.

Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade. Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.

Gir, E., Vaichulonis, C. G. & Oliveira, M. D. (2005). Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. vol.13, n.5, pp. 634-641.

Gomes, A. L. & Melchiori, L. E. (2011). *A teoria do apego no contexto da produção científica contemporânea*. São Paulo: Editora UNESP

Kaleeba, N. *et al.* (1997): "Participatory Evaluation of Counselling, Medical and Social Services on The Aids Support Organisation (TASO)", *Aids Care*, 9, 13-14.

Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Fim de Século: Lisboa.

Lopes, O. (2006). *Sida :os media são Deuses de dujascabeças*.Viseu.: Psicossoma

Mansinho, K. Vieira, A. Antunes,F. & Soares, A. et id. (2005). *Manual Pratico para a pessoa com VIH*. Lisboa: Permanyer Portugal

Matos, M. G. & Battistutta ed. e. (2003). Conhecimento e atitude sobre o VIH/SIDA em adolescentes Portugueses :*Psicologia , Saúde & Doenças* . 4 (1) 3-20.

Matão M, Miranda D.B, Campos, P.H. F. et al. (2010). Segredo: estratégia de soropositivos para o HIV na superação do preconceito. *Rev. enferm UFPE*. 4(1):279-88

Mangabeira, C. (2011). Morcego e borboleta: indagações semióticas sobre o Teste de Rorschach. *Estudos semióticos*. vol. 7, no 2 p. 34 -43

Margarida, M. & Sousa, O.(2001). *Sida: E a vida continua*. Lisboa: Associação Portuguesa se Enfermeiros.

Messias, J. C. C. & Cury, V. E. (2006). Psicoterapia centrada na pessoa e o impacto do conceito de experiencia. *Psicol. Reflex. Crit.* vol.19, n.3 pp. 355-361.

- Miranda, C.S.N. (2009). Fotografias do uso do diagnóstico no pensamento rogeriano. *Rev. Nufen*, vol.1, n.2 pp. 20-32
- Moreira, V. (2010). Fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia* 27(4) I 537-544
- ONUSIDA, (2005). *Viver num mundo confrontado ao VIH e a SIDA*. Grnebra: Publicações da Biblioteca da OMS.
- Rafael, M. G.). A relação de ajuda e a acção social no contexto universitário: a entrevista de ajuda nos serviços de acção social em Portugal. *Revista Textos & Contextos*. v. 6 n. 2 p. 252-263.
- Roger, C. R. (1974). *Psicoterapia e consulta psicológica*. Lisboa: Morais editores.
- Roger, C. R. (1980). *Tornar-se pessoa*. (5º edição). Lisboa: Morais editores.
- Roger, C, R. (2004). *Terapia centrada no cliente*. Lisboa: Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Rueff, M. C. (2007). Direitos humanos, acesso à saúde e VIH/sida. *ArqMed*, vol.21, n.2 pp. 59-65 .
- Sampaio, L. R. Camino. C. P. S. &Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicol. cienc. prof.* vol.29, n.2 pp. 212-227 .
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2006). *Teorias aa personalidade*. São Paulo: Thomson
- Schroder, E. F. (2011). Mulheres, HIV/AIDS e aconselhamento pastoral. PERETTI, Clélia (Org.) Congresso de Teologia da PUCPR, 10,
- Sobral J. M. B. (2008). Orientação vocacional e indivíduos portadores de HIV/Sida.

Soberón G. (1988). SIDA: características generales de un problema de salud pública. *Salud Publica Mex* . 30: 504-512.

Wechsler, D. (2004). *Escala de inteligência de Wechsler para crianças-III*. Lisboa: Cegoc.