

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

ESPECIALIDADE EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

A Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autor: Marta de Lourdes Isaac Monteiro Cabral

Orientador: Professora Doutora Paula Pires

Número do candidato: 20150137

abril de 2018

Lisboa

*“Enraizados e edificados nele, firmados na fé, como
foram ensinados, transbordando de gratidão”
(Colossenses 2:7).*

Agradecimentos

Este relatório constitui uma parte importante de um processo de aprendizagem que culminou com o estágio académico. Este conjunto de vivências e experiências que este percurso proporcionou foi imprescindível para cimentar conhecimentos e formação na perspetiva de futura psicóloga e simultaneamente ao nível pessoal. Este percurso, sendo pessoal, não foi seguramente solitário. Assim, expresso aqui os meus sinceros agradecimentos:

Aos meus colegas de turma pela alegria, amizade e camaradagem.

A todos os professores que ao longo de 5 anos de formação tanto me ensinaram com a partilha do seu saber e das suas experiências.

Um especial agradecimento à Professora Doutora Mónica Pires pelo apoio e compreensão no processo de candidatura do estágio autoproposto e orientação nas aulas de supervisão, onde a partilha de experiências funcionou como grande momento de aprendizagem, mas essencialmente sentido como relação de ajuda.

Obrigada à Dr.^a Luísa Ferreira pela disponibilidade e espírito de ajuda.

Às minhas colegas do estágio pela alegria e paixão pelas aprendizagens e pelo espírito de cooperação e amizade. A partilha do conhecimento e o quanto aprendi ouvindo outros modelos teóricos em contexto laboral.

Ao Dr. Vítor Branco, orientador do estágio local, pelo acolhimento, disponibilidade, confiança, sabedoria e ensinamento.

À Professora Doutora Paula Pires pela disponibilidade, incentivo e alegria na orientação do relatório de estágio.

Aos meus amigos pelas palavras de incentivo e carinho.

À toda a minha família pelo carinho, compreensão e preocupação constante.

Aos meus filhos André e Gonçalo.

Resumo

Este relatório corresponde à parte final do percurso académico para a conclusão de estudos e obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialidade em Psicologia Clínica e de Aconselhamento do Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa.

O estágio realizou-se num Agrupamento de Centros de Saúde, na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, durante oito meses, perfazendo um total de 450 horas. Estes serviços, têm como objetivo principal, a prevenção e a promoção da saúde nas diversas fases da vida do indivíduo.

O trabalho desenvolvido durante este período foi fundamental para a prática profissional e formação, tendo originado um importante desenvolvimento de competências técnicas e relacionais.

Esta fase de aprendizagem, proporcionou a proximidade com a conjuntura profissional, a prática das referências obtidas anteriormente e também estimulou momentos de pura reflexão relativamente a execução das atividades desenvolvidas junto da população alvo da consulta de psicologia desta instituição.

Está patente neste relatório o trabalho realizado no âmbito da psicologia clínica e simultaneamente, relacionado com a ciência para um melhor entendimento e explanação das problemáticas que surgiram e também no que concerne aos dois casos estudados e aqui apresentados.

Salienta-se que os dois casos acima referenciados são distintos, sendo que um se relaciona com o acompanhamento psicológico, registo das respetivas sínteses das sessões, análise clínica e reflexão. O outro refere-se à avaliação psicológica, e apresentam-se os resultados dos testes aplicados, análise e conclusão.

Assim, consideramos relevante organizar este relatório em quatro partes.

Na primeira parte apresentamos a contextualização do local do estágio.

A segunda parte refere-se ao enquadramento teórico da psicologia clínica e das problemáticas mais comuns nos Cuidados de Saúde Primários.

A terceira parte dedica-se à atividade clínica desenvolvida durante o estágio.

A quarta e última parte, centra-se na apresentação detalhada dos dois casos estudados e analisados: um em acompanhamento psicológico – mulher vítima de violência doméstica; e outro em avaliação psicológica – depressão na mulher adulta.

Palavras-chave: Estágio, Psicologia Clínica, Cuidados de Saúde Primários, Violência Doméstica, Depressão.

Abstract

This report corresponds to the final part of the academic course for the completion of studies and obtaining a master's degree in Clinical Psychology and Counseling from the Department of Psychology of the Universidade Autónoma de Lisboa.

The internship took place in a Group of Health Centers in the Shared Care Resource Unit for eight months, totaling 450 hours. These services have as main objectives the prevention and promotion of health in the various phases of the individual's life.

The work developed during this period was fundamental to professional practice and training, leading to an important development of technical and relational skills.

This period of learning provided the proximity to the professional context, the practice of references obtained previously and also stimulated moments of pure reflection regarding the execution of the activities developed with the population targeted by the psychology consultation of this institution.

It is clear in this report the work carried out in the field of clinical psychology and simultaneously, related to science for a better understanding and explanation of the issues with regard to the two cases studied and presented here.

It should be noted that the two cases referenced above are distinct, one of which is related to the psychological follow-up and respective synthesis of the sessions, clinical analysis and reflection. The other one refers to the psychological evaluation, and the results of the applied tests, analysis and conclusion are presented.

We therefore consider it relevant to organize this report into four parts.

In the first part we present the contextualization of the stage location.

The second part refers to the theoretical framework of clinical psychology and the most common problems in primary health care.

The third part is dedicated to the clinical activity developed during the training.

The fourth and last part focuses on the detailed presentation of the two cases studied and analyzed: one in psychological counseling - a woman victim of domestic violence; and another in psychological evaluation - depression in the adult woman.

Keywords: Internship, Clinical Psychology, Primary Health Care, Domestic Violence, Depression.

Índice

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Índice.....	V
INDICE DE FIGURAS.....	IX
INDÍCE DE QUADROS	X
Introdução	11
PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	13
1. Caracterização da Instituição	14
1.1 Caracterização socioeconómica	14
1.2 População alvo	15
1.3 Identificação das necessidades.....	17
1.4 Principais problemáticas	18
1.5 A consulta de psicologia	19
1.6 Funções do Psicólogo	23
1.6.1 Contribuição	24
1.6.2 O profissional de psicologia na instituição	25
2. Descrição do Projeto de Estágio.....	27
2.1 Objetivos	27
2.1.1 Objetivos gerais.....	27
2.1.2 Objetivos específicos.....	27
2.2 Cronograma de estágio curricular	29
2.3 Atividades desenvolvidas.....	29
PARTE II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	31
3. A Psicologia Clínica.....	32
4. Psicologia da Saúde.....	35

5. Os Cuidados de Saúde Primários	37
6. Problemáticas Mais Comuns	38
6.1 A Violência doméstica	39
6.1.1 Ciclo da violência.....	41
6.1.2 Tipos de violência.	42
6.1.2.1 Violência conjugal.....	46
6.1.2.2 Violência de género.	47
6.1.2.3 Homens vítimas de violência.....	48
6.1.2.4 Violência contra mulheres.	49
6.1. 3 Teorias explicativas da violência doméstica.	51
6.1.3.1 Perspetiva socio cultural.	51
6.1.3.2 Perspetiva didática familiar.	51
6.1.3.3 Perspetiva psicológica/ intraindividual.....	52
6.1.3.4 Perspetiva biológica e psicofisiológica.....	53
6.1.4 Perfil do agressor.....	53
6.1.5 A vítima.....	54
6.1.6 Dados estatísticos.	55
6.1.7 Consequências.....	56
6.1.8 Impacto na saúde da mulher.....	57
6.2 A Depressão	59
6.2.1 A expressão	60
6.2.2 Sintomas.....	64
6.2.2.1 Psíquicos.....	64
6.2.2.2 Fisiológicos.....	65
6.2.2.3 Manifestações do comportamento.	65
6.2.3 Risco de suicídio	67
6.2.4 As perspetivas e a depressão	68

6.2.4.1 Perspetiva biológica.....	68
6.2.4.2 Perspetiva psicodinâmica	69
6.2.4.3 Perspetiva analítica	69
6.2.4.4 Perspetiva comportamentalista	70
6.2.4.5 Perspetiva existencial	71
6.2.4.6 Perspetiva cognitiva.....	71
6.2.4.7 Perspetiva humanista	72
6.2.5 O tratamento.....	73
PARTE III – ATIVIDADE DESENVOLVIDA AO LONGO DO ESTÁGIO	74
7. Observação	75
8. Intervenção	76
9. Modelo terapêutico utilizado.....	77
9.1 Abordagem Centrada na Pessoa.....	77
9.2 O processo terapêutico	78
PARTE IV – APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS	82
10. Caso A – Acompanhamento Psicológico	83
10.1 Dados bibliográficos	84
10.2 Motivo do pedido.....	84
10.3 Observação.....	84
10.4 Doenças e antecedentes familiares	84
10.5 História pessoal.....	85
10.6 Síntese das sessões.....	87
10.7 Genograma	94
10.8 Discussão e análise clínica.....	94
10.9 Reflexão sobre o caso	97
10.10 Conclusão	98
11. Apresentação do Caso B - Avaliação psicológica	98

11.1	Identificação.....	100
11.2	História clínica	100
11.3	Motivo do pedido.....	100
11.4	Síntese da 1ª sessão	100
11.5	Descrição da história clínica	102
11.6	Resultado dos instrumentos de avaliação utilizados.....	102
11.6.1	Teste de Rorschach (Rorschach, 1921).....	103
11.6.2	Análise dos Traços Salientes.....	104
11.7	S.C.L. 90-R – Symptom Checklist (Derogatis, Rickels & Rock, 1976).....	106
11.7.1	Valores em escala.....	107
11.8	Durante o exame psicológico.....	108
11.9	Genograma	109
11.10	Análise clínica.....	109
11.11	Conclusão do caso	110
12.	Reflexão Crítica.....	112
13.	Reflexão Pessoal do Estágio.....	113
14.	Conclusão	115
REFERÊNCIAS.....		117

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Genograma 1	93
Figura 2 – Genograma 2	107

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1 - Cronograma das atividades.....	29
Quadro 2 - Formas de exercício da violência doméstica	44
Quadro 3 – Comparação da prevalência das perturbações	49
Quadro 4 - Principais doenças associadas	66
Quadro 5 - Observações e avaliações realizadas	81

Introdução

Este relatório¹ faz parte integrante do processo de avaliação com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialidade em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, pela Universidade Autónoma de Lisboa.

Explana o trabalho realizado durante estágio no serviço de psicologia do Agrupamento de Centros de Saúde que abrange dois concelhos do distrito de Setúbal. Integra-se na Unidade Curricular de Seminário de Estágio I e II, e decorreu durante o período compreendido entre 14 de outubro de 2016 e 30 de junho de 2017, perfazendo um total de 450 horas.

A evolução do estágio foi acompanhada em aulas de supervisão na Universidade Autónoma de Lisboa pela Professora Doutora Mónica Pires que muito ajudou e colaborou para que o processo fosse concluído com êxito.

No local de estágio realizaram-se semanalmente reuniões de supervisão, conduzidas por Dr. Vítor Branco, orientador institucional. Iniciou-se com uma vertente teórica que incluiu a leitura e pesquisa, seguindo-se a observação que se prolongou até o final do estágio, e também pela prática de intervenção.

Foram dois os objetivos que nortearam este estágio:

1) convocar as diversas abordagens teóricas nas múltiplas circunstâncias da realidade psicológica, fomentando a proximidade e a aquisição de boas práticas e assim desenvolver as competências profissionais adequadas e a autonomia;

2) adquirir formação complementar utilizando os instrumentos de avaliação psicológica respeitante à aplicação, cotação e explanação de resultados.

O estágio possibilitou a aquisição de conhecimentos e prática no âmbito da psicologia clínica e da saúde.

Este período permitiu realizar um trabalho de proximidade com a população alvo, e em simultâneo, desenvolver competências no domínio da psicologia clínica nos Cuidados de Saúde Primários, cuja curiosidade e interesse há muito se havia revelado.

Foi assim possível conhecer a população relacionada com as consultas de psicologia, aprofundar conhecimentos acerca das problemáticas mais comuns no contexto laboral em que se inseriu este ciclo de estudo.

Durante este período foi ainda possível aprofundar, especificamente, os seguintes conhecimentos:

¹ Este relatório foi escrito através do novo acordo ortográfico.

- a) entendimento da avaliação psicológica; aprender a aplicar em contexto real os testes cognitivos e projetivos;
- b) desenvolver competências relacionais; definir o modelo teórico que melhor se adequa; articular com elementos de outras especialidades; realizar acompanhamento psicológico; realizar avaliação psicológica;
- c) elaborar relatórios de avaliação psicológica; ajudar a ultrapassar as dificuldades que surgiam no decorrer das atividades do estágio e inerentes à componente psicológica.

No decorrer do estágio, as atividades incluíram a observação de consultas de triagem, acompanhamento e avaliação de casos clínicos, participação em ações de formação, reuniões multidisciplinares, reuniões de supervisão, intervenção e avaliação psicológica individual.

Este relatório descreve com principal destaque dois casos estudados de forma detalhada, quer em sessões de acompanhamento, quer em avaliação psicológica, realizadas em contexto real de trabalho na consulta de psicologia clínica nos Cuidados de Saúde Primários.

Apesar de coexistirem outros modelos teóricos no local de estágio, a intervenção utilizada e explanada neste relatório como referência, é a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers - Terapia Centrada na Pessoa, que ao longo do relatório se desenvolve e reflete.

PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1. Caracterização da Instituição

A instituição onde foi concretizado o estágio, assume-se como uma unidade pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). O Agrupamento de Centros de Saúde insere-se na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

O Dec. Lei 28/2008 preconiza que os serviços de saúde se constituam de várias unidades funcionais com autonomia administrativa cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Segundo o Dec. Lei 157/99, os centros de saúde, ao abranger uma área geográfica, privilegiam a melhoria do nível de saúde dessas populações.

O ACES formou-se tendo por suporte a portaria nº 394-B/2012 de 29/11 e integra na sua área geográfica de influência dois concelhos.

Os objetivos gerais desta instituição, são: assegurar a acessibilidade aos cuidados de saúde aos utentes com e sem médico de família; reorganizar as unidades funcionais de saúde pública, recursos assistenciais partilhados e equipa de cuidados continuados integrados; diminuir os custos de fornecimento e serviços.

Missão-Assegurar a promoção da saúde, a prestação de cuidados e a sua continuidade através da racionalização da utilização de recursos, num quadro de articulação entre entidades e de um processo de melhoria contínua, envolvendo o cidadão.

Visão-Desenvolver capacidade para a elaboração de uma estratégia local de saúde que permita o funcionamento integrado das unidades funcionais e outras instituições com quem se articula.

Valores-Melhorar a acessibilidade, a qualidade e a efetividade; melhorar a gestão dos recursos; promover o trabalho em equipa, em parceria e em complementaridade; estimular o trabalho na comunidade; utilizar a avaliação como ferramenta de motivação e envolvimento (Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde, 2014).

1.1 Caracterização socioeconómica.

Os órgãos desta instituição constituem-se a partir do diretor executivo, conselho executivo, conselho clínico e de saúde e o conselho da comunidade, sendo que o conselho clínico e de saúde se compõem por um presidente (médico) e até quatro vogais (pelo menos um médico, um enfermeiro e um outro profissional de saúde), todos em

exercício de funções. No caso deste ACES, este órgão integra também uma técnica superior da área da Psicologia.

Existem serviços de apoio que dependem do diretor executivo: a Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e o Gabinete do Cidadão.

Na prestação direta dos cuidados de saúde, a sua composição inclui 25 unidades funcionais que se interligam entre si, designadamente:

- 18 Unidades de saúde familiar que atuam segundo legislação própria;
- 3 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, sob a coordenação de médicos de medicina geral e familiar;
- 2 Unidades de Cuidados na Comunidade, com localização individual nos concelhos abrangentes e coordenadas por uma enfermeira, visando a prestação de cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário. A equipa de cuidados continuados e integrados atua em projetos da saúde escolar, preparação para o parto, entre outros.
- 1 Unidade de Saúde Pública que integra médicos de saúde pública e técnicos de saúde ambiental. Funciona como observatório da saúde, assegurando atividades no campo da proteção e promoção da saúde;
- 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, onde se insere a Psicologia e outros serviços tal como: Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição, Terapia da Fala, Saúde Oral, Cardiopneumologia, Ortótica e Pediatria médica.

O serviço de psicologia é composto por 10 Psicólogos do quadro dos técnicos superiores de saúde e 6 estagiários do 2º ano de mestrado em psicologia clínica. Encontram-se distribuídos por 4 polos com o objetivo de cuidar da população que abrange estes concelhos (Decreto-Lei n.º 253/2012).

1.2 População alvo.

Segundo dados do instituto nacional de estatística (censos de 2011), nestes concelhos e no seu conjunto residem cerca de 332.299 habitantes.

Comparativamente, a estrutura etária da população de um dos concelhos, é mais jovem. Todavia, a tendência da estrutura etária, é de envelhecimento relevante com mais de 60% da população com idade igual ou superior a 65 anos, tendo registado também uma ligeira redução de nascituros na última década.

Este índice de envelhecimento de ambos os concelhos na última década, suscita preocupações no sentido de que pode este fator ser determinante quanto ao estado de saúde desta população como elemento importante para a procura dos serviços de saúde.

Salienta-se que em ambos os concelhos, o rejuvenescimento da população ativa tende a baixar.

Além da fragilidade relacionada com a idade, outras causas se destacam na saúde desta população. Os fatores biológicos são considerados importantes, designadamente a gravidez na adolescência ou nas mulheres com idades acima dos 35 anos. Existe uma grande preocupação no sentido de disponibilizar a prestação de serviços de cuidados de saúde de acompanhamento adequados ao planeamento familiar, saúde materna e saúde infantil. A mortalidade em ambos os concelhos constitui também motivo de preocupação. A taxa de mortalidade neonatal e infantil é baixa. No entanto, destaca-se que a taxa bruta de mortalidade por doenças do aparelho circulatório num dos concelhos variou entre 3,5%-4,1% e a taxa bruta de mortalidade por tumores malignos cresceu 1,3% e 2,0% em ambos os concelhos (INE, 2011).

Em Portugal, a morbilidade e a mortalidade estão significativamente associadas ao comportamento individual. É de tal forma relevante que o comportamento do sujeito pode influenciar tanto o aparecimento da alteração do estado de saúde como a própria evolução desta, podendo refletir-se na obesidade, diabetes mellitus, doença coronária e enfarte do miocárdio, doenças sexualmente transmissíveis, e também nas dependências com o álcool, doenças cancerosas, acidentes trabalho e de viação (Decreto-Lei nº 122/97).

É neste contexto sócio-económico que a psicologia intenta prestar cuidados de saúde primários, designadamente ao nível da consulta psicológica individual, nos projetos de saúde e nos diferentes tipos de problemas institucionais e humanos. O serviço de psicologia está, por isso, interligado com todas as unidades funcionais, ao prestar serviços de assistência e consultoria, estabelecendo contato com as unidades de atendimento do hospital de referência.

Preconiza como objetivos principais:

- a formação técnica;
- a promoção para a saúde;
- a intervenção na doença e na educação para a saúde.

Possibilita a inclusão da vertente psicológica de forma específica no que às diversas fases do ciclo de vida diz respeito. Interfere de forma adequada e conveniente

no seio da clínica geral, saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar e saúde escolar. As atividades desenvolvem-se satisfazendo as solicitações das unidades funcionais, escolas, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Para tal houve necessidade de adaptação aos objetivos do próprio serviço, tendo em conta o importante papel do Psicólogo. Durante as atividades diárias aplicam-se abordagens teóricas diferentes aos diversos contextos da atividade psicológica bem como a aprendizagem de boas práticas, forma potenciando assim as competências para a autonomia e adequação – Documento de Apoio aos Estágios Académicos do Núcleo de Psicologia Aplicada (DAEANPC, 2013).

Os instrumentos de avaliação psicológica que este serviço dispõe são os seguintes: Teste de Rorschach, Teste de Avaliação do Exercício Voluntário de Atenção, Figura Complexa de Rey, Matrizes Progressivas de Raven (PM38), WAIS, WISC III.

1.3 Identificação das necessidades.

A avaliação das necessidades é realizada e averiguada pela Psicóloga Clínica e Coordenadora da unidade funcional, que de forma periódica efetua o levantamento e os apresenta à direção, procurando dar resposta às dificuldades imediatas deste serviço.

Porém, existe uma grande procura de consultas de psicologia e geralmente por referência do médico de família e escolas. A resposta ao avultado número de pedidos de consulta em tempo útil, torna-se difícil face à insuficiência de profissionais nos quadros da instituição. Verifica-se um intenso movimento de estágios académicos que procuram trabalho nos centros de saúde, onde os dispositivos de treino e formação não estão acessíveis (Cima & Carvalho Teixeira, 1997).

Segundo os autores Franco, Sousa e Teixeira (1992), os trabalhos de investigação junto de médicos e de utentes de centros de saúde, tiveram como o resultado o distanciamento no que às abordagens da psicologia diz respeito.

Noutros países, os psicólogos têm uma contribuição significativa nas várias situações tais como a promoção da saúde, os programas de prevenção, a humanização dos serviços de saúde e a promoção da qualidade dos cuidados. A tendência é para a modificação desta situação que se manifesta de forma lenta, e isto distancia Portugal relativamente às outras realidades onde os serviços do psicólogo são uma constante bem presente nas instituições (Blanco & León, 1994).

No Serviço Nacional de Saúde, a identidade e o papel do psicólogo da saúde, os procedimentos de formação, urgem ser definidos, bem como a constituição e execução

de procedimentos para a melhoria da qualidade dos serviços prestados por estes profissionais (Teixeira & Trindade, 2012)

Para Trindade e Teixeira (1998), nos centros de saúde a intervenção psicológica constitui uma missão urgente e imperiosa. Desta forma, torna-se importante assinalar e revelar a intervenção psicológica, essencialmente porque a colocação dos psicólogos na carreira de técnicos superiores de saúde assim o exige. Torna-se tão revelante pois, os próprios profissionais bem como os responsáveis políticos, desconhecem a realidade local relativas à intervenção de Psicólogos nos serviços de saúde.

Excetuando os serviços de psicologia dos hospitais psiquiátricos e dos departamentos de psiquiatria e saúde mental, em Portugal, verifica-se uma escassa implantação dos Psicólogos nos serviços de saúde em geral e particularmente nos Centros de Saúde e nos Hospitais centrais e distritais.

Corroborando com os autores acima, durante o estágio foi notório o número insuficiente de profissionais na área da psicologia para fazer face às solicitações de consultas.

A intervenção e o acompanhamento psicológico aos utentes teriam melhores resultados com o aumento de técnicos de saúde nos quadros do Serviço Nacional de Saúde, principalmente nos Cuidados de Saúde Primários.

1.4 Principais problemáticas.

As situações que registam maior predominância e referenciadas à consulta de psicologia, relacionam-se com as seguintes queixas: indícios de perturbação psicológica, perturbações psicofisiológicas, crises (na família ou pessoal), perturbação ou problemática da vivência da sexualidade em determinada fase do ciclo de vida, emergência de queixas físicas ou somáticas/fisiológicas sugestivas de distúrbio somatoforme, estados emocionais perturbados na circunstância da menarca, menstruação, gravidez, menopausa, ponderação de IVG, dificuldades em gerir a doença aguda ou crónica, diagnóstico, tratamento ou estado terminal, dificuldades na adesão medicamentosa ou a tratamento necessário, na comunicação com profissionais de saúde e nos comportamento ou estilos de vida prejudiciais à saúde (DAEANPC, 2013).

As situações para encaminhamento externo constituem fatores de exclusão para a intervenção psicológica. Assim, existem critérios para o encaminhamento para as áreas da psicologia educacional ou desenvolvimento, e para a área da saúde mental tais como: dificuldades de aprendizagem com base cognitiva ou com causas cujo

predomínio não é emocional, deficiência mental, ou necessidades educativas especiais; toxicodependência, comportamentos aditivos no geral, patologias avaliadas como necessitando de exclusiva ou prioritária intervenção médicas ou medicamentosa (DAEANPC, 2013).

1.5 A consulta de psicologia.

O serviço de psicologia é constituído por quatro polos para dar resposta a um universo de cerca de 428.4239 utentes inscritos. Gradualmente e nos últimos tempos têm-se verificado uma diminuição dos recursos humanos ao nível da contratação de profissionais, de estágios profissionais e também de estágios académicos (DAEANPC, 2013).

O estágio decorreu num dos gabinetes de psicologia da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados que faz parte integrante do centro de saúde, sob a orientação do psicólogo clínico Dr. Vítor Manuel Rodrigues Branco.

Este serviço situa-se num edifício de 6 andares. O Serviço de Psicologia funciona no quarto andar. Existe um gabinete para as estagiárias, num total de seis elementos, com computador com um programa denominado *Bee Beep*, que permite comunicar com outros profissionais em rede.

Além deste gabinete, existem outros três onde as estagiárias efetuam as consultas de acompanhamento e avaliação psicológica, com prévia marcação. Os orientadores, num total de três, têm um gabinete individual. Nos restantes pisos, funcionam atividades referentes a nutrição, terapia da fala, unidade de cuidados à comunidade, serviço social e o secretariado.

No que diz respeito às consultas de psicologia, têm como principal objetivo fomentar a integração e articulação contínua da vertente psicológica com os objetivos gerais de promoção da saúde, intervenção na doença, ações de educação para a saúde e formação técnica. Pretende-se intervir nas necessidades das valências de clínica geral, saúde materna, saúde infantil e planeamento familiar, saúde escolar, e intervenção comunitária. As situações mais comuns e referenciadas à consulta de psicologia, estão relacionadas com problemas de comportamento (oposição, agressividade, birras), perturbação do sono, relação com os pares (competências relacionais, assertividade), enurese, perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), *bullying*, fobias e medos, ansiedade e depressão (DAEANPC, 2013).

No que concerne a esta instituição os pacientes que procuram o Psicólogo na sua maioria são referenciados pelo médico de família. Rececionam-se também referências de escolas e da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. As intervenções são feitas individualmente com crianças, jovens, adultos e idosos. No caso das crianças, o trabalho é realizado em conjunto com os progenitores sempre que se achar conveniente. Os princípios de intervenção clínica destacam-se pela intervenção psicológica com crianças, adolescentes, adultos e idosos, de forma a complementar a intervenção médica; pela resposta a solicitações de intervenção psicológica do centro de saúde e da comunidade; pela intervenção preferencial no âmbito da psicologia da saúde e psicoterapia, e pela intervenção restrita ao âmbito da psicologia clínica, com encaminhamento externo de todas as outras condições (DAEANPC, 2013).

Neste sentido, as consultas de psicologia são regidas de acordo com os critérios de preferência - para a intervenção psicológica; e de exclusão, as situações de encaminhamento externo. Apresentam-se como critérios de preferência, nesta instituição de saúde os indícios relacionados com questões psicológicas ao nível do comportamento, estado emocional ou do pensamento; as reações infantis desajustadas dos padrões de desenvolvimento; as perturbações psicofisiológicas ao nível de alterações alimentares, do sono, encoprese e enurese; e nas crises pessoais ou familiares. A vivência problemática da sexualidade no sujeito, e a emergência de queixas físicas e somáticas apresentam-se como critérios fundamentais de referência para uma consulta de psicologia. Para além destas variáveis, existem também as dificuldades na gestão de doenças agudas ou crónicas, principalmente em estados terminais, diagnóstico ou tratamento, na adesão a prescrições médicas ou tratamentos necessários, e nos comportamentos de vida prejudiciais à saúde (DAEANPC, 2013).

Como critérios de exclusão destacam-se as dificuldades de aprendizagem relacionadas com questões cognitivas, as deficiências mentais e as necessidades educativas especiais. Nestes casos, faz-se um encaminhamento externo para as áreas da psicologia educacional, ou de desenvolvimento. As situações de dependência, comportamentos aditivos generalizados, ou mesmo as patologias que necessitam prioritariamente de intervenção médica e/ou medicamentosa são encaminhadas para o campo da saúde mental especializada, onde podem beneficiar de cuidados apropriados às suas condições (DAEANPC, 2013).

Quanto à estrutura da consulta de psicologia, tem por base um processo de triagem, no qual é feita: a identificação e avaliação das queixas que motivam a

referência, a informação acerca do possível acompanhamento a fazer, a informação ao paciente sobre o plano para a intervenção e o envio de informação escrita de retorno para o profissional que referenciou. À marcação da consulta de triagem antecede uma referência para intervenção psicológica feita pelas unidades funcionais, ou um processo de consultadoria feito em reuniões de articulação. Nestes casos é feito o preenchimento e envio de uma ficha de referência para psicologia clínica via eletrónica, ou através de entrega em papel no secretariado respetivo (DAEANPC, 2013).

Posteriormente, o psicólogo efetua o envio das informações de retorno para as entidades envolvidas. Verificando-se a necessidade, segue-se um processo de intervenção psicológica, e posteriormente um processo de encaminhamento. Aquando do processo de intervenção psicológica, o utente pode seguir para atendimento imediato, ou ficar na lista de espera. Este processo diz respeito à concretização da intervenção psicológica avaliada como adequada em articulação com os outros profissionais de saúde ou de áreas afins, em relação à partilha de informação, objetivos e procedimentos de intervenção. O encaminhamento é feito e avaliado em conjunto com o médico de família e com o envio da informação clínica escrita do paciente, que compreende a descrição dos aspetos relevantes e a fundamentação do pedido de intervenção fora da consulta de psicologia. Relativamente ao encaminhamento interno, nas consultas de psicologia, existe intervenção direta do Psicólogo com o utente, atuando-se no campo da psicologia da saúde, ou psicoterapia e os encaminhamentos para outros profissionais internos ou externos: assistente social, a pedopsiquiatria e a nutrição (de forma indireta, através do médico de família) e consoante a circunstância. No momento do processo de encaminhamento, considera-se a necessidade individual e observa-se a possibilidade de inclusão em serviços externos nos recursos existentes na comunidade. A nível do encaminhamento externo, destaca-se a escola, a CPCJ, o núcleo de apoio às crianças e jovens em risco (DAEANPC, 2013).

Na consulta, é explorado o pedido com o utente. Tratando-se de uma criança, pré-adolescente e adolescente, solicita-se a colaboração dos pais na primeira consulta (triagem). As consultas posteriores são dirigidas à recolha da história clínica/anamnese.

Cunha (2000), afirma que a entrevista de devolução no caso das crianças, é efetuada com os pais ou responsáveis e com a própria, posteriormente, sendo que os aspetos positivos deverão dar início à entrevista seguindo-se com a exploração das áreas problemáticas.

A utilização das provas psicológicas realiza-se nas consultas seguintes. Após este procedimento, e postulando-se a necessidade de acompanhamento psicológico, realiza-se uma consulta de devolução e é dado a conhecer o parecer do Psicólogo. Ao profissional de saúde que encaminhou o utente, é dada uma devolução da informação por escrito. De acordo com as diferentes faixas etárias do indivíduo, este processo pode assumir formas diferentes. Conclui-se este processo com o adequado encaminhamento, informação ao paciente sobre o plano para a intervenção e envio de informação escrita de retorno para o profissional que deu origem ao pedido (DAEANPC, 2013).

Caso o utente falte duas vezes consecutivas sem prévio aviso, procede-se ao cancelamento do processo clínico, enviando-se essa informação por escrito ao profissional de saúde envolvido na referenciação. O tempo de espera para a primeira consulta de triagem varia entre os 30 e os 45 dias, salvo exceções a situações urgentes em que são marcadas consultas no decorrer de uma semana. O procedimento finaliza com o encaminhamento interno ou externo e a avaliação adequada em articulação com o médico de família e com o envio de informação clínica contendo a descrição dos aspetos relevantes e a fundamentação do pedido de intervenção no caso do encaminhamento fora da consulta de psicologia (DAEANPC, 2013).

Segundo Carvalho e Teixeira (2007), nos Cuidados de Saúde Primários, os profissionais de psicologia devem prestar serviços a cidadãos e famílias, com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar, prevenir doenças e trabalhar a função assistencial direta. Os Psicólogos têm que ser profissionais com competências no âmbito comunicacional, educacional, social e organizacional, ligadas à saúde, e capazes de promover uma compreensão das componentes psicológicas nas áreas da promoção da saúde e prevenção, consulta psicológica, reabilitação, formação e investigação, através de um paradigma holístico.

Pacheco (2005) salienta que a saúde e a doença constituem um estado contínuo em que estão presentes fatores internos e externos, sendo que a capacidade de adaptação do sujeito é de suma importância. Como forma de promover a saúde, o conceito de bem estar deve estar presente, como orientação a um potencial de funcionamento mais elevado, variando com as condições ambientais. Assim, o desenvolvimento das profissões de ajuda, não deve ser visto apenas pela forma como o profissional exerce, mas também na sua evolução enquanto pessoa. É dessa forma que se chega à relação de ajuda de características rogerianas, segundo o autor, do livro Tornar-se pessoa -Carl Rogers.

1.6 Funções do Psicólogo.

Segundo o Decreto-lei 241 (1º artigo, número dois), “o Psicólogo Clínico é o profissional habilitado com grau de especialista que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde.” (Decreto-lei 241/94 de 22 setembro).

As funções atribuídas a este profissional revestem-se de um relevante grau de complexidade, responsabilidade no âmbito prevenção e promoção da saúde ao longo da vida:

- a) assistencial que consiste no acompanhamento psicológico individual ou familiar nas situações cuja problemática se insere no contexto da psicologia clínica;
- b) consultoria – informar sobre os critérios de intervenção para o acompanhamento psicológico bem como formar sobre as questões psicológicas ligadas à saúde e à doença no âmbito da psicologia da saúde;
- c) articulação interna é feita com outros técnicos de saúde, principalmente com médicos de medicina geral e familiar; externamente, esta função engloba outras instituições como a Comissão de Proteção a Crianças e Jovens, escolas e no que às problemáticas referenciadas à consulta de psicologia diz respeito, tem como objetivo, encaminhar, orientar ou acompanhar, assim como promover a saúde e prevenir a doença no contexto da psicologia da saúde;
- d) envolvimento em projetos comunitários - para promover a saúde, prevenir e adaptar situações de doença e acontecimentos de vida, nomeadamente, a saúde materna, a saúde escolar, crianças em risco e cuidados na comunidade; articulação com outros recursos da saúde – distingue redes de articulação para encaminhar ou acompanhar casos clínicos no campo de ação da saúde mental;
- e) orientação de estágios e projetos de investigação;
- f) intervenção junto das populações com diversas faixas etárias e inúmeras problemáticas e faz parte integrante em projetos com as equipas multidisciplinares, composta por enfermeiros, higienista oral, médico e assistente social, intervindo junto de professores com informação relevante e contribuindo para a promoção de hábitos saudáveis aos estudantes dos diversos níveis de ensino, ou noutros projetos sempre que solicitado. Junto das unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde, o trabalho é realizado com utentes que apresentam problemas psicológicos, designadamente a depressão e a ansiedade. A intervenção consiste na psicoeducação das patologias e no seu controlo e prevenção em intervenções individuais (DAEANPC, 2013).

1.6.1 Contribuição.

A presença do Psicólogo nos serviços de Cuidados de Saúde Primários traz contributo em diversas áreas:

- possibilitar informação aos utentes sobre o seu controlo de saúde e integrar ações de informação e educação para a saúde (escolas);
- promover a saúde, em particular na implementação de práticas de saúde para cooperação do bem-estar da saúde individual e coletiva; promover mudanças de estilos de vida saudáveis;
- procurar forma para que haja lugar a mudanças organizacionais e de desenvolvimento comunitário; proteger a saúde, procurando medidas de segurança no trabalho, precavendo os acidentes;
- evitar ameaças ecológicas para a saúde em especial a saúde infantil, saúde materna, saúde escolar, saúde ocupacional, saúde oral, saúde geriátrica, nas doenças cardiovasculares, tumores malignos, programas de autocuidado e comportamentos saudáveis, na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e nas doenças crónicas (Trindade & Teixeira, 1997).

Teixeira e Trindade (1994) sistematizam as contribuições do Psicólogo na prestação dos Cuidados de Saúde Primários em três áreas fundamentais:

- 1) promoção da saúde, em particular na implementação de práticas de saúde e de políticas de saúde que contribuam para o bem-estar individual e coletivo e capacitem os sujeitos para aumentarem cada vez mais o seu controlo sobre a saúde, designadamente mobilizando agentes sociais e autarquias e integrando ações de informação e educação para a saúde (escolas, locais de trabalho), de mudança organizacional e de desenvolvimento comunitário, visando a: promoção de estilos de vida saudáveis;
- 2) proteção da saúde, designadamente na implementação de segurança no trabalho, na prevenção de acidentes (profissionais, de viação e de lazer) e na luta contra as ameaças ecológicas para a saúde.
- 3) Poderá também participar em programas de saúde ambiental, nos serviços preventivos, nomeadamente de saúde materna, saúde infantil, saúde escolar, saúde oral, saúde ocupacional, saúde dos idosos, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, das doenças cardiovasculares, dos tumores malignos, bem como nas contribuições que, no âmbito da cooperação com os

médicos de família possam ser úteis na mudança de estilos de vida e na facilitação da adesão a programas de auto cuidados (em especial nas doenças crónicas) e a comportamentos saudáveis e tratamentos.

Algumas estratégias são úteis para facilitar a colaboração dos Psicólogos com os médicos de família como sejam: realização da consulta centrada em problemas, preparar informações clínicas escritas e sucintas e dar resposta aos pedidos de informação dos médicos; os Psicólogos serão tanto melhor sucedidos quanto melhor forem capazes de adaptar os seus conhecimentos e competências ao contexto da saúde onde estão a trabalhar. Em certos casos isto significa desenvolver conhecimento profundo sobre uma doença ou uma população, enquanto noutros casos é necessário um conhecimento genérico sobre uma ampla variedade de problemas médicos que podem ocorrer em diferentes fases de vida (APA, 1998).

No contexto dos Cuidados de Saúde Primários, o Psicólogo presta os seus serviços na consulta de psicologia. No entanto, deve também responder a vários tipos de problemas institucionais e humanos. Assim, as competências do Psicólogo ultrapassam a intervenção terapêutica individual e a avaliação clínica. Em Portugal devido às especificidades dos cuidados de saúde primários urge a necessidade de definir o papel do Psicólogo no seio das equipas de Cuidados de Saúde Primários, no próprio sistema da saúde (Teixeira & Trindade, 1994).

1.6.2 O profissional de psicologia na instituição.

Trindade e Teixeira (2007) sublinham que nos Cuidados de Saúde Primários a psicologia é a prestação de serviços psicológicos aos indivíduos, famílias e comunidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção das doenças e a função assistencial. Destacam ainda que neste âmbito, os Psicólogos são chamados a oferecer serviços de consulta psicológica individual, mas também dar respostas ao nível de projetos de saúde bem como aos problemas humanos e institucionais.

Deste modo, as principais áreas de intervenção da Psicologia Clínica nos Centros de Saúde, dizem respeito à intervenção clínica, consultoria técnica, ou formação e intervenção comunitária. Os modelos teóricos e de intervenção na área dos Cuidados de Saúde Primários, são trabalhados nomeadamente ao nível da psicoterapia de apoio. No entanto, atualmente prestam serviço neste local de estágio três Psicólogos Clínicos na unidade de estágio, que neste contexto seguem os modelos teóricos e de intervenção cognitivo-comportamental, e psicanalítico (DAEANPC, 2013).

Neste serviço, a intervenção clínica engloba: as consultas de psicologia em si, a promoção da saúde a nível de grupos de risco e a ação de projetos internos específicos.

A intervenção psicológica é feita a crianças, adolescentes, adultos e idosos, pretendendo-se uma articulação estruturada ao nível interno e externo. A participação e colaboração no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e também em projetos na Unidade de Cuidados na Comunidade constituem objetivos a atingir, pese embora o número reduzido de profissionais, que dificulta esta atuação (DAEANPC, 2013).

A intervenção a nível da consultadoria técnica ou formação é coordenada com a intervenção clínica ou comunitária. A intervenção comunitária propõe uma intervenção a nível da saúde escolar e de projetos específicos de intervenção comunitária. Este tipo de intervenção dispõe de ações e educação para a saúde na vertente psicológica, de acordo com os pedidos da saúde escolar dando assim resposta às solicitações locais e articular a equipa da saúde escolar com os agrupamentos das escolas. Os profissionais de psicologia desempenham funções de consultadoria, ações de educação para a saúde, ações de formação e orientação e supervisão de estágios de psicologia clínica. (DAEANPC, 2013).

Em síntese, no contexto do Centro de Saúde, o Psicólogo Clínico desempenha regularmente uma função assistencial, no sentido em que fornece acompanhamento psicológico a indivíduos e famílias com problemas a nível psicológico, participa em projetos de âmbito comunitário internos e/ou externos, no qual intervém com indivíduos ou grupos no sentido da promoção da saúde, prevenção da doença, e adaptação às suas condições de vida (DAEANPC, 2013).

Envolve-se também com outros técnicos de saúde designadamente médicos de medicina geral e familiar, e com os agentes sociais, nomeadamente, escolas, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, ou outros parceiros da comunidade de forma a fornecer serviços informativos e formativos acerca da saúde e doença, no sentido do acompanhamento de indivíduos e famílias no âmbito da psicologia. Articula-se ainda com outros recursos da saúde, nomeadamente cuidados referenciados no âmbito da saúde mental, para definição de redes de articulação, no que diz respeito ao acompanhamento e encaminhamento de casos clínicos. Para além disso, participa ativamente em projetos de investigação, e orientação de estágios. As atividades do Psicólogo Clínico passam também pela participação em reuniões com serviços hospitalares, nomeadamente no que diz respeito ao encaminhamento e

acompanhamento, e pela organização e monitorização de ações de formação para técnicos de saúde. (DAEANPC, 2013).

2. Descrição do Projeto de Estágio

O estágio proporciona o conhecimento prático das funções profissionais, por forma a consolidar a formação obtida. Para tal, é necessário estar munido de interesse e empenho para uma melhor aquisição das ferramentas disponíveis.

Considerando que a teoria sem a prática dificulta o acesso imediato ao mercado de trabalho, foi importante traçar objetivos para que a organização das tarefas fosse assumida de acordo com o estipulado e mediante as necessidades inerentes à instituição.

2.1 Objetivos

O estágio teve como objetivo principal, proporcionar a prática dos conhecimentos anteriormente apreendidos, no âmbito da psicologia.

Desta forma, pretendeu-se, além da aquisição de conhecimentos e prática da nesta área e em contexto real de trabalho, a apropriação dos conceitos e a sua aplicabilidade no âmbito da clínica nos Cuidados de Saúde Primários.

2.1.1 Objetivos gerais.

Os objetivos gerais desta formação contínua visam:

- conhecer a população alvo das consultas de psicologia;
- aprofundar conhecimentos acerca das problemáticas mais comuns da população no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

2.1.2 Objetivos específicos.

São objetivos específicos do estágio:

- aprofundar conhecimentos acerca do entendimento da avaliação psicológica;
- aprender a aplicar em contexto real os testes cognitivos e projetivos;
- desenvolver competências relacionais;
- definir o modelo teórico que melhor se adequa;
- articular com elementos de outras especialidades;
- realizar acompanhamento psicológico;
- realizar avaliação psicológica; elaborar relatórios de avaliação psicológica;
- ajudar a ultrapassar as dificuldades que surjam no decorrer das atividades do estágio e inerentes à componente psicológica.

No decorrer do estágio, as atividades incluíram a observação de consultas, participação em ações de formação, reuniões multidisciplinares, intervenção e avaliação psicológica e individual.

As reuniões de supervisão constituíram a síntese de todo o trabalho desenvolvido individualmente pelas estagiárias e que era colocado para discussão e orientação para as sessões seguintes das situações de acompanhamento, avaliação psicológica, ou de encaminhamento.

Salienta-se que muitos dos casos que passaram pelo processo de triagem, não tiveram seguimento, por ausência à consulta marcada após o pedido pelo próprio.

Ainda assim, foram muitos os casos de indivíduos que compareceram às consultas assiduamente.

Apresenta-se o cronograma ilustrativo das atividades realizadas ao longo do estágio, efetuado duas vezes por semana entre as 8:00 h e as 16:00 h.

2.2 Cronograma do estágio curricular.

Quadro 1.

Cronograma das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Etapas	Meses 2016/2017								
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Revisão de literatura									
Observação em consulta de triagem									
Distribuição de casos para Apoio psicológico									
Avaliações psicológicas									
Elaboração de relatórios									
Reuniões multidisciplinares									
Formação interna									
Acompanhamento de casos									
Reuniões multidisciplinares									
Formação externa									
Reuniões de supervisão									

2.3 Atividades desenvolvidas.

O estágio curricular teve início em 14 de outubro de 2016, com uma reunião no Centro de Saúde.

Nessa reunião esteve presente a coordenadora da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, os respetivos orientadores de estágio de cada unidade funcional e os estagiários. No decurso de uma breve apresentação foram dadas a conhecer as instalações de cada unidade, os profissionais envolvidos, a sua política de gestão e organização, bem como a forma de intervenção na instituição.

Em reunião com o orientador, foi debatido o plano de trabalho propondo-se como objetivo principal do estágio, a observação de consultas de triagem, o acompanhamento psicológico, a realização de avaliação psicológica a crianças, jovens e a adultos, utilizando também os testes psicométricos como a WISC III, as Matrizes Progressivas de Raven, SCL-90-R, ou projetivos como o Rorschach, CAT, TAT, e o encaminhamento dos casos referenciados.

O horário de estágio e a sua estrutura foi também acordado, assim como informações acerca das reuniões mensais com a consulta de Pedopsiquiatria nas unidades funcionais, CPCJ, incluindo as reuniões escolares e formações.

Assegurou-se a presença em algumas reuniões mensais de Pedopsiquiatria, uma reunião da CPCJ, reuniões escolares e também nas seguintes ações de formação: psicofarmacologia; III Jornadas de Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta / 2.º Encontro de Psiquiatria da Península de Setúbal; VIH-O papel dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários; III jornadas de Estagiários em Psicologia.

Foram igualmente realizados relatórios para encaminhamento à pedopsiquiatria, consulta de desenvolvimento e escolas.

PARTE II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta parte do relatório pretende-se introduzir a revisão literária relacionada com a origem da psicologia clínica, o objetivo e desenvolvimento da psicologia da saúde, os Cuidados de Saúde Primários, culminando com o enquadramento teórico referente as problemáticas dos dois casos analisados de forma detalhada durante o estágio.

3. A Psicologia Clínica

As origens da psicologia derivam da filosofia uma vez que anteriormente os filósofos citaram e contestaram conteúdos relevantes que atualmente interessam à psicologia (Papalia & Feldman, 2013).

No passado, vários foram os estudiosos (John Locke, Platão e Descartes) que aclamaram que as crianças nascem com a mente em branco e que a sua personalidade se regula consoante as suas vivências. Isto é o que em psicologia se designa como a “tábua rasa” (Papalia & Feldman, 2013).

Descartes, prioriza o tema das relações da alma com o corpo, não separando a psicologia da filosofia. Posteriormente, o termo psicologia é difundido por Wolf, verificando-se então a distinção entre psicologia empírica e psicologia racional, com Wundt e Fechner em pleno séc. XIX (Marques 1994 cit. por. Pinto, 2002).

A psicologia como disciplina científica surge no séc. XIX com Wundt na Alemanha e concomitantemente a James em Massachusetts, inaugura-se o primeiro laboratório de psicologia destinado às manifestações psicológicas, cujo objetivo visava o estudo da formação da mente humana em blocos, ou o estudo da psicologia como sendo uma experiência consciente, tendo como foco a percepção, as emoções, o pensamento, a consciência como elementos principais, bem como outras formas e dinâmicas mentais. Desta forma, concedeu-se à psicologia a condição plena de ciência (Papalia & Feldman, 2013).

Wundt (1832- 1920), funda o primeiro laboratório de pesquisa em 1879. A psicologia deixa de ter como pretensão o estudo da alma. Tem como propósito a experiência imediata do indivíduo, ou seja, a consciência. Contudo, o experimentalismo de Wundt circunscreveu-se à análise dos componentes da consciência e do modo como estes se relacionam (Marques 1994 cit. por. Pinto, 2002).

Segundo os autores Hilgard e Atkinson (1976) a psicologia define-se como sendo uma ciência que estuda o comportamento do homem e de outros animais. Por

comportamento, compreende todas as ações observáveis de uma pessoa, utilizando um instrumento da observação direta ou aplicando outro tipo de meios.

Pode-se então alegar que a psicologia é uma área cuja pesquisa abrange um diversificado conjunto de matérias, sendo a definição como ciência do espírito para uns, e como ciências do comportamento para outros. Uma outra compreensão, esclarece que a psicologia é o estudo das percepções, emoções, pensamentos sensações e ações do homem. Ainda assim, importa salientar que o seu foco recai no como e no porquê daquilo que o corpo concebe em detrimento do que resulta do comportamento (Gleitman; Fridlund & Reisberg, 2009).

Duas perspectivas fundamentais para o estudo da psicologia, surgiram no século XX, sendo que uma recai na eclosão de grandes escolas de psicologia científica – funcionalismo, gestalt, behaviorismo, reflexologia e psicanálise, manifestando-se como oposição a Wundt. E de outro lado, a perspectiva que compreendia aspetos de diferenciação em áreas especializadas dentro do que é geral na psicologia – diferencial, geral, normal fisiológica, patológico, animal, social, cognitiva, desenvolvimento, aprendizagem, personalidade, motivação, psicometria. Desta forma, surgiu a necessidade de incluir estes argumentos nos campos de aplicação destes pontos de vista como a saúde, a educação, justiça, organizações ou orientações (Marques, 1994 cit. Pinto, 2002).

A psicologia não reconhece o homem com uma construção espontânea e definitiva. Interessa-se, pois, pelo ser concreto que se posiciona num determinado meio com o qual intervém e define e em simultâneo, este meio também é por ele estabelecido e influenciado (Abrunhosa e Leitão, 1985).

Mueller (2001) afirma que independentemente do método aplicado, a psicologia é sobretudo um projeto de intenção de uma melhor compreensão sobre o homem e a sua conduta.

A psicologia pode ser definida como a ciência que estuda o comportamento do homem e de outros animais, sendo que comportamento se entende por todas as atividades observáveis de um organismo sob forma de observação direta, ou recorrendo a recursos técnicos, como instrumentos. No fundo, pode dizer-se que é um campo de pesquisa abarcando um variado leque de definições, sendo que alguns a definem como a ciência do espírito, outros como a ciência do comportamento (Hilgard & Atkinson, 1976).

Assim, considerando o objeto de estudo, Diniz (2008), afirma que a psicologia se preocupa com o funcionamento psíquico, origem e desenvolvimento, bem como a sua relação com os processos psíquicos e a realidade objetiva e o próprio comportamento individual. Desta forma, o objetivo da Psicologia, prende-se com questões de personalidade, dimensões psíquicas, físicas e sociais partindo da criatividade até à ética. Importa, pois, compreender o significado da expressão clínica e subsequentemente verificar o trajeto histórico.

Como conceito, a palavra “clínica” do latim “*clinicus*”, significa visitar o doente na cama. De acordo com Doron e Parot (1998), “originariamente, a atividade clínica (do grego klinê – leito) é a do médico que, à cabeceira do doente, examina as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e prescrever um tratamento”.

Não é apenas a visita ao doente que está acamado, mas também a atitude de atendimento prático e personalizado. O objetivo do método clínico é a recolha de dados referentes a todas as doenças que possam exercer influência no ser humano ou que restringem a sua vida em aspetos como a satisfação, poder e duração (Mucchielli, 1969).

Marques (1994 cit. por Pinto, 2002), afirma que com Wundt “a psicologia deixou de ter como pretensão o estudo da alma para ter como objeto a experiência imediata do sujeito, ou seja, a consciência. Em compensação este autor sublinha que o experimentalismo de Wundt se encontra limitado à análise dos elementos da consciência e de como os mesmos se associam.

Foi Lightner Witmer no final do séc. XIX que utilizou pela primeira vez o termo psicologia clínica, com a fundação da primeira clínica de psicologia, onde eram tratadas crianças cujas situações recaíam sobre queixas escolares (Ribeiro & Leal, 1996).

A Psicologia Clínica é a subdisciplina da psicologia que se preocupa com o estudo dos transtornos mentais e as suas manifestações psíquicas. Assim, inclui a psicoterapia, aconselhamento, encaminhamento, prevenção e promoção. Distingue-se das outras áreas da psicologia pela forma de pensar e atuar. A personalidade, as normas de ação e os seus desvios, o comportamento, as relações interpessoais, os processos grupais, evolutivos e de aprendizagem são objeto de estudo também das ciências humanas no geral (Macedo, 1984).

Assim, a Psicologia Clínica surgiu, como alternativa ao modelo médico, propondo-se procurar e explorar explicações para os comportamentos de certos pacientes que eram até então desconhecidas (Ribeiro & Leal, 1996; Brito, 2008; Miranda, 2013).

Teixeira (2007), inicialmente caracterizou a psicologia clínica como um sistema de atenção direcionada ao indivíduo, onde o atendimento ainda se mantinha ligado ao modelo médico. Esta concepção clássica tem como preocupação o ajuste psicológico do indivíduo, e como princípios a terapia de grupo ou individual, o psicodiagnóstico, tendo como principal foco o aspeto intra individual, salientando os processos psicológicos, numa relação dual onde a pessoa é particularmente percebida.

Leal, Pimenta e Marques (2012), explicam que a expressão psicologia clínica usada pelos profissionais da psicologia, tem o mesmo significado que é dado em medicina, designado um atendimento individualizado, personalizado e prático.

A psicologia até a década de setenta tinha como objetivo, a utilização da análise, observação e medição dos comportamentos para promover a adaptação do indivíduo (Leal, 2008).

Segundo Diniz (2008) o desenvolvimento das questões da personalidade, bem como as dimensões psíquicas, sociais e físicas, passando pela ética e criatividade, constituem o objetivo da psicologia. Por outro lado, a realidade objetiva do comportamento dos indivíduos e a sua relação com os processos psíquicos, funcionamento, origem e desenvolvimento, compõem aquilo que é o objeto da psicologia.

A linha teórica utilizada influencia a escolha das técnicas e objetos de intervenção terapêutica. Assim, o objeto de estudo da psicologia clínica, define-se pelo modelo teórico de conhecimento e formação que o terapeuta tem como suporte (Leal, 2008).

A psicologia clínica considera o indivíduo na sua singularidade e em função do seu contexto de vida e da sua história analisa os comportamentos e as atitudes de forma aprofundada (Monteiro, & Ribeiro, 1999).

4. Psicologia da Saúde

A Psicologia da Saúde tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam os indivíduos na saúde e na doença (APA, 2003).

A psicologia interessa-se pela forma como o sujeito experiencia e vivencia o seu estado de saúde ou de doença, a relação com os outros, com o mundo e consigo. Tem como objetivo ajudar as pessoas a incluírem-se no seu projeto de vida, a promover a saúde e prevenir a doença através de atitudes e comportamentos ativos, bem como

aperfeiçoar técnicas para utilizar no ajustamento do processo do adoecer, da doença e nas suas consequências (Barros, 1999).

A Psicologia da Saúde procura compreender o papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e os comportamentos associados. Além de desenvolver pesquisas sobre cada um desses aspetos, os Psicólogos da saúde realizam intervenções com o objetivo de prevenir doenças e ajudar a refletir sobre a forma de conviver com as diversas situações (Miyazaki, Domingos & Caballo, 2001).

O desenvolvimento da psicologia da saúde decorreu a partir da década de 70, sendo assim uma área recente. A atuação e compreensão das pesquisas e aplicações, tem como objetivo compreender e atuar sobre a inter-relação entre comportamento e a saúde e comportamento e doenças (Barros, 2002).

De acordo com De Marco (2003), a utilização do termo Psicologia da Saúde, tem sido usado para designar o agregado de tarefas executadas por profissionais do âmbito da psicologia na esfera da saúde, tanto no contexto do ensino como na pesquisa e assistência.

Trindade e Teixeira (1998) afirmam que o papel da psicologia, enquanto ciência e profissão, na área da saúde e da doença, inclui a saúde física e mental, abarcando toda a área da medicina. Todavia, a psicologia estende-se, ao inserir os fatores sociais, culturais e ambientais respeitantes à saúde e à doença, na medida em os sentidos e os discursos sobre a saúde e as doenças divergem consoante a situação socioeconómica, o género e a pluralidade da cultura. Deste modo, dando ênfase à manutenção e promoção da saúde e à prevenção da doença, o objetivo primordial da psicologia da saúde é dar o contributo para a melhoria dos sujeitos e das comunidades assim como o bem-estar através das intervenções psicológicas e sua compreensão.

Marks (1996) e Rodriguez-Marín (1995) afirmam que a Psicologia da Saúde é a aplicação das teorias, métodos de investigação psicológicos à saúde, à doença e aos cuidados de saúde, preocupando-se com os aspetos psicológicos da promoção e da manutenção da saúde, do confronto com a doença e dos próprios cuidados de saúde nos contextos individual, familiar, laboral, organizacional, cultural e comunitário.

Assim, o grande desafio é o de colocar a Psicologia da Saúde no contexto cultural, sociopolítico e comunitário e segundo (Schmidt, 1994), compreender o seu impacto em diferentes fases do ciclo de vida. Estes aspetos consideram-se primordiais nos Cuidados de Saúde Primários quando se considera a intervenção psicológica.

Matarazzo (1980), explicou que a Psicologia da Saúde forma um aglomerado de contribuições científicas, profissionais e educacionais, com características específicas da psicologia, cuja utilização se reflete na promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, distinção da origem e diagnóstico de questões associados à saúde, doença e disfunções, para a observação dos procedimentos de atenção à saúde e criação das suas políticas.

A saúde é um constructo que conjuga vários fatores. Engloba vários elementos ou dimensões que embora distintas se relacionam entre si, tais como os fatores sociais, físicos, espirituais, culturais, psicológicos e biológicos, pelo que a sua manutenção e promoção implica vários processos psicossociais na interação entre o sujeito, o sistema de saúde e a sociedade (OMS, 2001).

Em Portugal, o desenvolvimento da Psicologia da Saúde associa-se a fatores como a pressão interna da psicologia como ciência e por outro lado, o progresso e a evolução da medicina que tem como consequência a falta de resposta às necessidades sociais daí resultantes. A industrialização e a urbanização foram responsáveis pela introdução de profundas alterações nos sistemas de tradição que suportam a família e a parte social. De forma simultânea, impulsionaram o surgimento de fatores de *stress* que se refletiram com maior relevância nas crianças, adolescentes, idosos, bem como nos indivíduos cujas condições sociais são mais desvantajosas. Assim, a Psicologia da Saúde tem granjeado maior relevo quer ao nível da investigação quer também ao nível da intervenção sobre os aspetos psicológicos associados à prevenção, manutenção e promoção da saúde, bem como no tratamento e reabilitação do doente, tendo como preocupação cimeira, o contributo para uma melhoria da qualidade dos cuidados e favorecer a humanização dos serviços (Teixeira, 2002).

Papadopoulos e Bor (1998) referem que no caso específico dos cuidados de saúde primários há evidências de que disponibilizar aconselhamento psicológico pode aumentar a satisfação dos utentes bem como a qualidade dos cuidados de saúde.

5. Os Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários são a primeira linha de suporte em cuidados de saúde, prestando um papel fundamental na triagem, avaliação, intervenção e orientação de casos, devendo funcionar como um filtro entre a população geral e os cuidados de saúde especializados (Ministério da Saúde, 2009; OMS, 2001).

Em Portugal, a morbilidade e a mortalidade estão significativamente associadas ao comportamento individual. É de tal forma relevante que o comportamento do sujeito pode influenciar tanto o aparecimento da alteração do estado de saúde como a própria evolução desta, podendo verificar-se o aparecimento de problemáticas como a obesidade, diabetes mellitus, doença coronária e enfarte do miocárdio, doenças sexualmente transmissíveis, e também nas dependências com o álcool, doenças cancerosas, acidentes trabalho e de viação (Ministério da Saúde, 1997).

Tal como noutros países, têm-se vindo a verificar esforços na reestruturação dos serviços de saúde mental, com uma substituição gradual dos cuidados baseados no hospital psiquiátrico, para cuidados mais diversificados e próximos das populações, como é o caso do apoio fornecido ao nível dos cuidados de saúde primários (Ministério da Saúde, 2007).

Segundo os autores Trindade e Teixeira (2007), o Psicólogo não é um mero técnico de saúde mental. Além da psicopatologia e da doença mental, este profissional, preocupa-se também com a saúde global do indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, incluindo a família e a comunidade. Está atento e sensível à promoção do bem-estar psicológico, ajuda na adesão à toma de medicamentos, na utilização de serviços e recursos de saúde, nos comportamentos, e nos processos de adaptação à doença. Afirmam também que a presença de Psicólogos nas equipas multidisciplinares nos Cuidados de Saúde Primários, garante um entendimento melhor dos aspetos psicológicos associados à humanização dos serviços, à intervenção comunitária, à saúde, à prestação de cuidados e à gestão de recursos.

6. Problemáticas mais comuns

Após a observação das consultas de triagem, vários foram os casos tiveram acompanhamento ao longo do estágio. Face às diversas problemáticas e de diferentes faixas etárias que se apresentam no contexto do Centro de Saúde, foi selecionado para descrição, um caso de acompanhamento psicológico realizado cuja problemática principal é a violência doméstica e um caso de avaliação psicológica cuja situação se relaciona com a depressão, ambos em mulheres adultas.

Para uma melhor compreensão dos casos clínicos apresentados, fazemos uma contextualização teórica das problemáticas associadas, nomeadamente no que concerne à violência doméstica e à depressão.

6.1 A Violência doméstica.

Nos últimos anos, a sociedade tem-se deparado com um problema que afeta de um modo geral todos os indivíduos e cuja resolução depende da mudança de mentalidades: a violência doméstica. Os seus efeitos fazem-se sentir ao longo dos tempos, atravessando fronteiras de países e tornando-se uma preocupação na vida política mundial (Blay, 2003).

A violência doméstica perdura no tempo e atravessa os regimes políticos e económicos. Em todo o mundo, as proporções assumidas pelo fenómeno da violência doméstica são muito elevadas. A partir da década de 60/70, os movimentos feministas iniciam as primeiras denúncias. Evitar ou apostar no combate à violência doméstica, representa custos económicos *per capita* e por ano elevados, segundo estudos efetuados em países pertencentes ao Conselho da Europa. Em Portugal, as discussões sobre este tema surgem em finais de 1980 e princípio da década de 1990 pela sociedade civil, com especial destaque para as organizações e movimentos feministas (Lisboa *et al*, 2006).

Costa (2003), afirma que por ser composto por fatores sociais, culturais, psicológicos, ideológicos, económicos, etc. a violência doméstica, é um fenómeno muito complexo. Vários agentes do setor público e político, bem como instituições governamentais e estatais têm mantido a discussão e reflexão deste aflitivo problema social.

A violência doméstica é um grave problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos que frequentemente acontece nos lares. Constitui uma dura realidade, mas a casa, é o local privilegiado para este tipo de violência, considerando-se na sociedade atual, um dos lugares mais perigosos (Fernandes, 2002).

Segundo os autores Machado, Gonçalves e Abrunhosa (2003), é considerada violência doméstica, qualquer ato, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente e com intensidade, sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou económicos, de modo direto ou indireto (por meio de ameaças, enganos, coação ou qualquer outro meio) a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico privado (pessoas – crianças, jovens, mulheres adultas, homens adultos ou idosos – a viver em alojamento comum) ou que, não habitando no mesmo agregado doméstico privado que o agente da violência, seja cônjuge ou companheiro marital ou ex-cônjuge ou ex-companheiro marital. Assim, este tipo de violência, priva a vítima da sua liberdade e direitos. A curto ou longo prazo, afeta a saúde, a qualidade de vida, a dignidade e a integridade física, e ou sexual.

Para Cavalcanti (2007), a violência doméstica é a violência, explícita ou encoberta, praticada dentro de casa ou no ambiente familiar, entre indivíduos unidos por parentesco civil - marido e mulher, sogra, padrasto, filhos, ou parentesco natural - pai, mãe, filhos, irmãos, etc.). Estão incluídas as mais diversas práticas, como maus-tratos contra idosos, o abuso sexual, a violência contra as crianças, violência contra a mulher e contra o homem geralmente nos processos de separação litigiosa, além da violência sexual contra o parceiro.

Segundo a Direção Geral da Saúde (2003), o termo violência doméstica é utilizado para fazer a descrição das ações e omissões que acontecem nas diversas relações. Em sentido restrito, pode referir-se aos incidentes de ataque físico, enquanto que globalmente abrange todas as violações de carácter físico e sexual, tais como beliscões, pontapés, estrangulamento, cuspidelas, empurrões, espancamento, murros, queimaduras, estrangulamento, agressão com objetos, esfaqueamentos, uso de ácido, fogo e água a ferver. Os resultados da violência física podem ir de pequenos ferimentos até à própria morte. O que aparentemente começa por ser um ataque de pouca gravidade pode aumentar de frequência e de intensidade.

Segundo Magalhães (2010), a violência é considerada uma questão social muito grave. Os seus prejuízos são diversificados, podendo atingir áreas psicológicas e físicas, cujas implicações se revelam importantes ao nível socioeconómico para a sociedade, famílias e obviamente para a vítima.

Segundo dados da APAV (2010), a violência doméstica, não só afeta as várias classes sociais e faixas etárias, como também pode afetar o género masculino ou feminino e refere ainda que esta temática tem dois sentidos: o sentido estrito, ligado à definição que existe na Lei do Código Penal Português, no seu artigo 152º, cujo conteúdo explicita o tipo de comportamentos considerados no quadro desta legalidade, a saber:

1 – Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais: a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge; b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) o progenitor de descendente comum em 1.º grau; d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite; é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2 – No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3 – E dos factos previstos no n.º 1 resultar: a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos; b) A morte, o agente é punida com pena de prisão de três a dez anos.

4 – Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

5 – A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.

6 – Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos”.

No sentido lato, encontram-se outros crimes que se associam à violência doméstica, a referir: violência bissexual, roubo, dano, furto, homicídio, violação da obrigação de alimentos, subtração de menores, violação de domicílio ou perturbação da vida privada, devassa da vida privada, violação da correspondência ou telecomunicações (APAV, 2013).

A violência doméstica define-se como “qualquer ação ou omissão de natureza criminal, entre pessoas que residam n mesmo espaço doméstico, ou não residindo, sejam ex-cônjuges, ex-companheiro/a, ex-namorado/a, progenitor de descendente comum, ascendente ou descendente, e que infrinja sofrimentos: físicos, sexuais, psicológicos, económicos “(APAV, s/d).

Tendo em conta as repercussões e o seu impacto na qualidade de vida e na saúde das pessoas, bem como a sua grandeza ao longo dos anos a violência tornou-se um tema fulcral na saúde pública (Pesce, 2009).

6.1.1 Ciclo da violência.

Walker (1979), após ter entrevistado um número significativo de casais em relação à dinâmica relacional, representou a violência em três ciclos diferentes (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005).

A primeira fase, de acumulação da tensão, distingue-se pelo fato de o agressor mudar repentinamente o seu temperamento. Afetado pela frustração reage de forma negativa, estimulando ou importunando a vítima. Sem razão aparentemente entendível, a ira do agressor para com a vítima vai aumentando e aparecem então os primeiros episódios de violência verbal que podem transpor para uma tensão maior. Isto pode durar dias ou anos, na medida em que o ciclo pode não evoluir e a relação ser definida por desentendimentos e oscilações não ocorrendo a violência física. A vítima tenta apaziguar o agressor mostrando-se flexível e solícita considerando poder conter a sua fúria (Borin, 2007; Rosmaninho, 2005).

A segunda fase, da explosão, sendo mais curta, evidencia-se pelo descarregamento físico da violência. Predomina a descarga sem controlo das tensões que se acumularam na primeira fase e termina quando o agressor se apercebe da proporção dos seus atos, podendo a vítima necessitar de ajuda médica ou se alguém exterior surgir. O agressor tem como objetivo nesta fase demonstrar poder sobre a vítima que percebe não ter nenhum tipo de controlo sobre a situação. Surge também pausa de tempo de choque marcado pela recusa e explicação ou relativização dos atos (Tavares, 2008).

A terceira fase, que se denomina de lua de mel, configura-se pelo arrependimento e reorganização da relação conjugal. O agressor apercebe-se dos danos causados à vítima e tenta reparar a situação. Esta fase sendo desejada por ambas as partes é também neste ciclo que a vitimização acontece, pois, o agressor pede perdão, e a vítima perdoa por crer que não irá acontecer novamente embora tema o contrário, encontrando-se numa grande ambivalência. Como seria de esperar, a tensão tende a diminuir para voltar a transbordar, repetindo-se assim o ciclo (Falcke, Oliveira, Rosa & Bentancur, 2009).

Este ciclo mostra que tem três particularidades básicas: quanto mais vezes um ciclo se completar, futuramente, menos tempo demora a chegar ao fim; a veemência e a gravidade da violência aumentam gradualmente ao longo do tempo; a última fase, no tempo, tem tendência a ficar mais curta e desaparece (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005).

6.1.2 Tipos de violência.

Azeiteiro (2007), refere que no decorrer das relações violentas, podem desenvolver-se simultaneamente várias formas de violência sendo que com o tempo, se tornam mais frequentes, graves e com efeitos perturbadores.

Segundo os dados da APAV s/d, são vários os tipos que a violência doméstica pode incluir, a saber: a violência sexual, social, financeira, física e emocional. A violência sexual, acontece quando o agressor obriga a vítima a praticar atos sexuais que a mesma não deseja, mantendo relações sexuais desprotegidas, utilizando a pressão, a força para obrigar a ter relações com outras pessoas. A violência social, tem como componente, os comportamentos de controlo social que são exercidos sobre a vítima. Podemos referir como exemplos atos como o impedir a vítima de visitar os amigos e a família, controlo de chamadas e contas telefónicas, impedir o outro de ter acesso a partes de casa ou trancar em casa.

Na violência financeira, é comum o controlo financeiro sem permissão da vítima, sendo o ordenado a parte mais visível neste contexto, na medida em que o agressor pode perseguir a vítima até ao local de trabalho, utilizando manobras de intimidação ou temor. Na violência física, é a ameaça física ou uso da força com o intuito de provocar dor a outra pessoa ou injuriá-la. Inclui a agressão física, na forma de pontapés, queimaduras, esmurrar ou impedir a obtenção de tratamentos ou medicamentos.

Na violência emocional são comuns as atitudes que provocam a sensação de inutilidade, intimidação e medo, bem como no seio de amigos e familiares, fomentar situações que originem a humilhação, ameaças aos filhos e maltratar animais de estimação. Muitas são as formas que a violência doméstica abrange para atingir companheiros, cônjuges, filhos e idosos. Assim, a violência pode ser:

- a) negligência, um ou mais membros da família omitem a sua responsabilidade relativamente a outro, deixando de cumprir os desejos e as necessidades de forma deliberada (McCue, 2008).
- b) sexual, pode ser entendido como um subtipo da violência física. Clinicamente, refere-se a qualquer tipo de ato sexual não desejado (Flury, Nyberg & Riecher-Roessler, 2010). Pode este tipo de violência ser apresentado em três categorias: contato sexual abusivo; o uso de violência física para submeter a atos sexuais não desejados; atos sexuais completos ou tentativas que envolvem alguém sem capacidade de assentir o contato sexual (Lipsky & Caetano, 2009);
- c) física (cortes, estrangulamentos, queimadura ou empurrões), quando alguém através da utilização de arma ou instrumento ou arma, para causar lesões quer sejam externas, internas ou ambas e impondo a força física cause ou tente causar danos. Muitos são os atos de violência ao longo do tempo que a mulher pode vivenciar. Este tipo de violência

reflete-se no aspeto físico, sendo assim difícil de encobrir. Considera-se violência física, toda a ação que implique força contra a mulher, em qualquer circunstância, idade, utilizando qualquer ato contra a integridade física podendo ou não produzir marcas corporais (Aliaga, 2003).

- d) psicológica (exploração, insultos, chantagem, humilhação), inclui todas ações e omissões que possa causar dano ao desenvolvimento da pessoa, à identidade e à sua autoestima. A violência psicológica é dificilmente detetada na medida em que as cicatrizes não se comprovam nem se podem observar. Manifesta-se através de ameaças de espancamento à mulher e aos filhos, impedir à mulher de trabalhar, sair e ter amigos (Alves, 2005; Alarcão, 2008).

Wynter (2001), numa pesquisa efetuada no Chile, mostra que a violência psicológica pode ter diversas manifestações:

- ameaças – matar, levar consigo as crianças, ferir, suicidar-se;
- abuso económico - impedir a mulher de trabalhar ainda que seja necessário para o sustento da família, impor castigos monetários ou recompensas e controlo abusivo das finanças do outro;
- desprezo - inferiorizar o outro, tomar decisões importantes sem a consulta do outro;
- intimidação - destruir a propriedade ou jogar objetos, assustar com gestos, gritos ou olhares;
- isolamento - vigiar os movimentos e atos do outro, impedir o cultivo de amizades, escutar conversações, controlo abusivo da vida do outro. Geralmente, o abuso emocional ou psicológico, antecede o abuso físico e acompanha-o, não obstante, na relação pode constituir o único presente. A pluralidade das vítimas, refere ser este o abuso mais difícil de ultrapassar, uma vez que afeta de forma profunda o sentido da realidade do self.

Para os autores Machado, Matos e Moreira (2003), a violência doméstica manifesta-se de forma diversa para atingir os companheiros ou cônjuges, conforme se pode observar no quadro que a seguir se apresenta.

Quadro 2.

O exercício da violência doméstica (Machado, Matos & Moreira, 2003).

Minimizar, negar, condenar	Desvalorizar a violência e não levar em conta as preocupações do outro; afirmar que a agressão ou a violência nunca tiveram lugar; transferir para o outro a responsabilidade pelo comportamento violento; afirmar que a culpa é do outro.
Utilizar “privilégios machistas”	Tratar a mulher como criada; tomar sozinho todas as decisões importantes; ser o que define o papel da mulher e do homem.
Utilizar violência económica	Evitar que o outro tenha ou mantenha emprego; forçar o pedido de dinheiro; fixar mesada; apossar-se do dinheiro do outro; impedir que o outro conheça ou aceda ao rendimento familiar.
Coagir e ameaçar	Ameaçar, provocar lesões na pessoa da vítima; ameaçar, abandonar, suicidar-se, queixar-se do cônjuge à Segurança Social; Coagir para a prática de condutas ilícitas.
Usar a violência emocional	Desmoralizar; fazer com que o outro se sinta mal consigo próprio; insultar; fazer com o outro se sinta mentalmente diminuído ou culpado: humilhar.
Isolar	Controlar a vida do outro: com quem fala, o que lê, as deslocações; limitar o envolvimento externo do outro; usar o ciúme como justificação.
Instrumentalizar os filhos	Fazer o outro sentir-se culpado relativamente aos filhos; usados filhos para passar mensagens; aproveitar as visitas dos amigos para atormentar, hostilizar; ameaçar levar de casa os filhos.

6.1.2.1 Violência conjugal.

Quando circunscrita à conjugalidade, a violência doméstica, acontece repetidamente e ou de forma intensa, com o objetivo de causar sofrimento emocional, físico, económico e sexual, sendo que os cônjuges ou ex-cônjuges utilizam meios diretos ou indiretos. É testado o poder de quem inflige estes atos, utilizando a força ou outras formas, com o objetivo de magoar e impor a sua vontade, marcando uma posição na vida da pessoa em causa (Azeiteiro, 2007).

Esta forma de demonstração de poder, perante o outro, é uma consequência das desigualdades que existem entre os géneros e /ou entre o ofensor e a vítima. A desigualdade de género, consiste em hierarquizar o acesso às oportunidades entre homens e mulheres, tornando-se mais relevante nas posições sociais onde as questões culturais adotam as mais diversas formas de preconceito. Assim, este primado verificou-se ao longo do tempo e alguns conceitos como a opressão, falta de poder e submissão, estavam ligados à mulher, enquanto que ao homem era dado o domínio, a independência e afirmação (Amâncio, 1994).

O autor Azeiteiro (2007), afirmam que “A violência conjugal atravessa todas as classes, sociais, embora assuma configurações diferentes consoante o estatuto da família, estando sempre ligado ao desrespeito do outro enquanto indivíduo, dotado de razão, vontade e sujeito de direitos.”

Embora as mulheres desempenhem outras funções para além da sua função laboral, a Comissão de Igualdade no Trabalho e no Emprego - CITE, fornece dados que demonstram que a taxa de atividade das mulheres portuguesas é superior à média europeia. Na vida laboral e no que diz respeito aos cargos de direção, é notório o desequilíbrio entre homens e mulheres (CITE, 2013).

Durante muito tempo, as mulheres não usufruíam de direitos tão básicos como a igualdade, a segurança, a proteção e a liberdade, pois a violência praticada no circuito doméstico não era considerada como sendo violência doméstica. Desta forma, os atos agressivos praticados sobre as mulheres prolongaram-se no tempo (Neves & Nogueira, 2004).

A violência conjugal ocorre no seio familiar. Pela ambivalência da relação afetiva e sua especificidade, é notória a dificuldade na intervenção técnica e na própria abordagem. É um fenómeno especialmente complexo cujas características se compõem de diversos fatores de âmbito psicológico, social, económico, ideológico ou cultural (Costa, 2003).

6.1.2.2 Violência de gênero.

As autoras Casique e Furegato (2006) citam a violência doméstica e a violência no trabalho como sendo as que se destacam através de manifestações de agressões sociais, físicas e psicológicas. Neste tipo de violência os maus tratos físicos, económicos, psicológicos e o abuso sexual, assumem uma grande importância. Este grave problema, gera-se devido à relação desequilibrada de gênero, sendo esta, a que definem como violência de gênero e que é exercida pelos homens contra as mulheres, em que o gênero do agressor e o da vítima estão intimamente ligados à explicação desta violência. Afeta-as pelo simples fato de serem mulheres, ou seja, é a violência efetivada pelos homens, mantendo o controle e o domínio sobre estas.

A violência de gênero foi influenciada pelos movimentos feministas nos países ocidentais por denúncias aos que de alguma forma degradavam através da violência a dignidade das mulheres. Surge então a diferenciação da violência contra as mulheres. Aos grupos feministas, associam-se organizações internacionais e associações de defesa dos direitos humanos com o objetivo de diminuir e analisar esta questão. Ao entender-se o conceito de violência de gênero, deve ter-se em conta os traços concedidos aos homens e às mulheres no contexto social. A maior parte destes traços, não provindo necessariamente da natureza, são construções culturais, produzidos pela sociedade (Alberdi, 2005).

Caracteriza-se a violência de gênero, como aquela é exercida pelos homens contra as mulheres, sendo que o agressor e a vítima estão profundamente ligados a este fundamento. Deste modo, este tipo de violência perpetrado pelos homens, afeta as mulheres, mantendo-as sob o seu controle e domínio. Socialmente, alguns comportamentos e papéis como as respostas violentas são bem vistas em detrimento do choro que pode ser desvalorizado; o trabalho doméstico que apesar de ser necessário e imprescindível, passa quase que despercebido aos homens e justificam-se como sendo tarefa mulheres (Inmujeres, 2003).

Segundo Fonseca (1997), compreender o gênero, pressupõe interpretar as relações estabelecidas na sociedade entre os sexos. O sexo biológico, reporta-se às diferenças anatómicas e fisiológicas entre mulheres e homens enquanto que o sexo social se refere à forma como essas diferenças se comportam ao longo da história, nas diferentes sociedades. Assim, temos que o gênero é constituído por dois níveis: o gênero como meio que constitui as relações sociais em que a base são as diferenças notáveis

entre os dois sexos e o gênero como pilar de representação de relações do poder sendo que as ações que dominam se expõem como inquestionáveis e naturais.

Também existe violência de gênero contra os homens. Whitaker, (2007), afirma que alguns estudos comparativos da prevalência da violência entre parceiros (*Intimate Partner Violence*) demonstram que a violência entre parceiros heterossexuais é maioritariamente iniciada por mulheres.

Assim, define-se como violência de gênero, “*todos os atos que resultem, ou possam resultar, em danos ou sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos para as mulheres, incluindo ameaças de tais atos, a coação ou a privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na vida privada*” (Azeiteiro 2007).

Constituindo um problema de saúde pública, a violência de gênero é também uma forma de violação dos direitos humanos (Lisboa *et al.*, 2006; cit. In Neves, Cunha, Grangeia & Correia, 2015).

6.1.2.3 Homens vítimas de violência.

A literatura descreve como desconhecido o tema sobre a violência doméstica contra homens. Sustenta este acontecimento os sentimentos de vergonha e do medo entre outros, que o homem tem face à esta condição e simultaneamente demonstra relutância ao pedido de ajuda oferecido por mediadores. Preso aos preceitos culturais patriarcais, teme ser humilhado e desconceituado, mantém o silêncio. A denúncia do crime não é feita uma vez que o homem também receia sofrer represálias por parte da agressora, contrariamente ao que se possa pensar. Deste modo, o medo de se expôr e a vergonha e as próprias fragilidades da pessoa constituem fatores determinantes para a permanência em silêncio, mantendo-se assim em relacionamentos violentos (Zuleta, 2006).

A violência doméstica é também cometida por mulheres com frequência e fora do contexto da autodefesa, pese embora o fato de as taxas de agressão serem maiores quando praticadas pelos homens. Contudo, a violência masculina é vista sempre como improcedente, sendo a violência feminina justificável seja ela cometida alegando a autodefesa ou infundada. Recentemente, estudos indicam que nos relacionamentos íntimos, os homens vivenciam comportamentos de controlo, coação, impedimento do acesso aos filhos e ameaças de suicídio ou morte por parte da agressora e na presença de autoridades, este é falsamente acusado de crime, obrigando-o a abandonar a relação. Homens referem ainda ter suportado experiências de desalento ao constatarem como

serviços e instituições de apoio às vítimas de violência doméstica se organizam ao acolherem esta situação (Hines & Dunning, 2007).

6.1.2.4 Violência contra mulheres.

A Organização Mundial de Saúde, através da declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres, define a violência contra as mulheres, como “qualquer ato de violência baseado no gênero do qual resulte, ou possa resultar, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais atos, a coação ou a privação arbitrária de liberdade, que ocorra, quer na vida pública, quer na vida privada” (OMS, 1993; Gonçalves et al., 2005).

Todo o ato que resulte em lesão física, sexual, psicológica ou morte de mulheres, quer na esfera pública ou privada, denomina-se violência contra mulheres. Esta violência pode assumir formas perversas e ou subtis como o assédio sexual, discriminação, desvalorização do trabalho doméstico, com os filhos, entre outras (Gonçalves et al., 2005).

Em referência concreta aos atos, verificamos que a violência contra as mulheres não se limitando aos mesmos, abrange-os:

a) violência física, sexual e psicológica ocorrida no seio da família, incluindo os maus tratos, o abuso sexual das crianças do sexo feminino no lar, a violência relacionada com o dote, a violação conjugal, a mutilação genital feminina e outras práticas tradicionais nocivas para as mulheres, os atos de violência praticados por outros membros da família e a violência relacionada com a exploração;

b) violência física, sexual e psicológica praticada na comunidade em geral, incluindo a violação, o abuso sexual, o assédio e a intimidação sexuais no local de trabalho, nas instituições educativas e em outros locais, o tráfico de mulheres e a prostituição forçada;

c) violência física, sexual e psicológica praticada ou tolerada pelo Estado, onde quer que ocorra (OMS, 1993).

Citando o Conselho da Europa (2011), verifica-se que ao longo da história a violência contra as mulheres se manifesta de forma desigual nas relações homens e mulheres, de tal modo que se traduz na discriminação. A situação de dependência e submissão, impossibilita o processo de desenvolvimento progressivo das mulheres. Entende-se assim que a essência da violência contra as mulheres é um dos recursos socialmente utilizados de forma conveniente para manter as mulheres numa posição de subalternidade relativamente aos homens. Assim, as mulheres estão em constante

exposição a formas de violência doméstica, assédio sexual, violação, abuso sexual, mutilação genital e tráfico sexual.

Atualmente, a violência contra a mulher, constitui uma preocupação a nível internacional. Face a este problema, torna-se urgente a necessidade de efetuar estudos e análises sobre este flagelo que leva à deterioração da saúde individual mental e física, bem como a degradação da saúde familiar nos casos em que a mulher resiste a uma relação violenta por tempo indefinido. A desigualdade social das mulheres relativamente aos homens é vivenciada em todas as culturas do mundo e a sua grandeza é manifestada de diferentes formas (Fonseca, 1997).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 7% das mulheres foram vítimas de violência sexual por desconhecidos e 30% relata ter sido vítima de violência física ou sexual por parte do companheiro.

No que concerne à mulher, esposa, companheira, a violência doméstica tem maior relevância, principalmente nas relações de intimidade, associando-se assim à violência de género e consequentemente a questões socioculturais (OMS, 2002).

É factual que a violência contra a mulher tem por base a forma transgeracional das crenças, comportamentos e valores que são característicos de certas sociedades e culturas, cujas raízes remontam a uma sociedade patriarcal. Na sociedade atual, denomina-se violência conjugal ou violência nas relações de intimidade, uma vez que é perpetrada pelo namorado, companheiro ou marido atual ou passado (Magalhães 2010).

Assim, verifica-se que a violência causa menos danos no género masculino, atingindo de forma marcante o género feminino. Este resultado tem como principais motivos as significativas desigualdades e diferenças de poder entre ambos os géneros. A violência gera-se devido aos estereótipos aceites cultural e socialmente e que têm como base a questão dos desequilíbrios de poderes existentes entre homens e mulheres. O desenvolvimento dos vários tipos de violência - sexual, física e psicológica surge desta falta de equilíbrio, sendo no geral a mulher como principal vítima (Matos, 2006; Neves & Nogueira, 2004).

A redefinição do papel da mulher na família e na sociedade, decorreu das vicissitudes sociais que se manifestaram a seguir à industrialização, bem como ao posterior aumento da população. A violência doméstica atualmente é concebida como um tema proeminentemente humano. No que ao género se refere, os cientistas aplicam uma linguagem imparcial para a vítima e para o agressor. Contrariamente, a taxa mais elevada de vitimação deste crime mantém-se no género feminino. Deste modo, os

estudiosos das contingências feministas, preservam o ponto de vista de que se trata de um acontecimento cuja direção é única e praticado apenas pelo gênero masculino. A base provável destas questões assenta no estudo sociológico patriarcal em que a explicação lógica surge do domínio masculino, pelo uso do controle, do poder e da violência nas relações de intimidade (Manual Alcipe, 2010).

6.1. 3 Teorias explicativas da violência doméstica.

Para ajudar e explicar a violência conjugal, têm-se mencionado algumas perspectivas que se diferenciam segundo o ponto de vista:

6.1.3.1 Perspetiva socio cultural.

Esta perspetiva analisa os fatores sociais, políticos, culturais, e históricos que podem contribuir para os maus tratos à mulher e possam explicar a violência conjugal, baseada nos fatores acima referenciados (Yllo, 1993; Wilson & Dali, 1992).

No âmbito dos estudos sobre violência conjugal, as teorias pró feministas e feminista, revelam ser um dos modelos mais desenvolvidos e dominantes para a explicação deste tema. Salientam não só a díade individual nas suas dinâmicas relacionais, onde se destacam as dimensões do poder e do controle, mas também a natureza socio cultural. O destaque é dado à conceção do poder na sua forma expressão ao nível da influência, dos processos e resultados. Assim, a violência conjugal nas relações, pode ser uma expressão de poder ou uma reação à perceção de perda desse poder (Stanko, 1990).

Segundo alguns autores, para a preservação do *status quo* e para exercer as posições de poder e controle, o gênero masculino apoia-se na violência. Tendo em conta o contexto em que está inserido, a violência consiste na privação de poder por parte de outrem, ou seja: quem maltrata recusa aceitar a sua perda de poder e recorre ao uso da força para o preservar (Stanko, 1990; Yllo, 1993; Matos, 2002).

Entende-se a violência doméstica como sendo um produto de uma sociedade fortemente patriarcal, onde o homem exerce violência sobre a mulher, tendo como fundamento a autoridade e o poder que os homens mantêm sobre as mulheres, usando a força para mante-lo. Atualmente, embora a família tenha um cariz menos patriarcal, as questões relacionadas com a violência doméstica não são ativamente levadas a tribunal porque ainda assim existe um contínuo desenvolvimento das desigualdades entre os sexos (Manual Alcipe, 1998).

6.1.3.2 Perspetiva didática familiar.

Têm com base as teorias didáticas como a troca, a interação simbólica, as atribuições, a frustração-agressão, tendo maior destaque a teoria transgeracional da violência. Esta teoria fundamenta-se no fato de que se uma criança é exposta a situações de violência, e podendo ela mesma ser vítima, a probabilidade dessa criança ser ou exercer violência no futuro é alta, podendo tornar-se em agressor ou vítima. Esta criança, exposta a esta realidade, desenvolve a crença de que a violência existe porque essa é uma forma de amar e de uma forma fácil, em adulto torna-se vítima da violência. A probabilidade de os homens se tornarem violentos quando na infância são expostos a assistir a comportamentos violentos é maior. Isto pode ser minimizado se o convívio com homens sem este comportamento for incentivado (Manual Alcipe, 1998).

Para explicar a violência masculina destacam-se questões como o desenvolvimento psicossocial e a transmissão transgeracional como fatores pertinentes, desvalorizando-se aspetos de natureza global que se relacionam com o poder da aprendizagem social do indivíduo ou o género. Consequentemente e perante a experiência da vitimação durante a infância, potencia-se a criação de condições para a violência no seio familiar ao longo das gerações (Perrot, 1994; Machado, Gonçalves & Vila-Lobos, 2002).

6.1.3.3 Perspetiva psicológica/ intraindividual.

Os autores Loeber e Hay (1994) afirmam que esta teoria tem como objetivo a identificação das características psicológicas tanto do agressor como da vítima. Defendem ainda que na base dos comportamentos violentos existem défices que se desenvolvem e manifestam precocemente.

Segundo Pagelow (1984), as causas que explicam o comportamento do agressor são: reduzida tolerância à frustração e consumo excessivo de substâncias; pobres competências sociais; baixa auto-estima; perturbação psicológica; situações de *stress*; dificuldades de empatia e de controlo. Enquadrando a vítima, as características são: estado de *stress* bem como o consumo excessivo de substâncias; perturbação psicológica; sintomas depressivos (fadiga, pensamentos negativos, fraca concentração, baixa auto-estima); auto culpabilização; maior tolerância ao locus de controlo externo; baixos níveis de intimidade e de compatibilidade com o parceiro conjugal.

Esta perspetiva estuda os fatores que podem estar no início da violência, tendo como centro a personalidade do agressor e da vítima. A personalidade agressiva e hostil, a ansiedade e a depressão, em conjunto com o consumo de drogas e álcool podem ser

fatores favoráveis para a violência doméstica. O álcool e as drogas, potenciam a violência, tornando-a mais frequente e grave. Tendo em consideração que os comportamentos violentos se apreendem em sociedade e não estão associados ao consumo de substâncias psicoativas. Embora se verifique na violência doméstica a associação ao álcool, não existe uma ligação direta, ainda que o consumo do álcool seja um hábito no homem com condutas violentas. Um indivíduo cujo comportamento é violento, e consome drogas, ao ser aplicado um tratamento para as dependências, continuará com a violência. Neste contexto, a responsabilidade pelo comportamento não é do agressor, uma vez que este pretende demonstrar à vítima a sua frustração, e o comportamento da vítima leva-o a agir de forma violenta. A violência conjugal é estritamente privada (Manual Alcipe, 1998).

6.1.3.4 Perspetiva biológica e psicofisiológica.

Estas teorias explicam a violência conjugal com base na raiva e ira que o agressor demonstra ou da reação ofensiva que não consegue controlar (Queirós, 1997; Marques-Teixeira, 2001).

Esta explicação tem sido objeto de críticas, por se revelar determinista e insuficiente, na medida em que cientificamente não está demonstrado que os níveis de ira e raiva dos agressores de violência doméstica sejam superiores dos que não agridem e nem que essa mesma ira e raiva conduzam necessariamente ao comportamento violento. Portanto, o défice de controlo de ira/raiva que muitos dos agressores apresentam é apenas direcionado para a agressão às mulheres no contexto doméstico. Noutros contextos interrelacionais, estes indivíduos apresentam-se controlados e integrados. Estas teorias são utilizadas em programas de autocontrolo, embora não constituam uma base sólida para as causas da violência conjugal (Margolino, Gordis, Oliver & Rainer, 1995; Ornduff, Kelsey & O’Leary, 1995).

6.1.4 Perfil do agressor.

Foi a partir dos anos 60 que as primeiras tentativas de identificação dos traços tiveram início nos pais e maridos agressores. No entanto, não é possível identificar um perfil psicológico específico que distinga o agressor de outros indivíduos (Costa & Duarte, 2000).

Os agressores, aparentemente podem afigurar-se como dedicados, carinhosos e cidadãos exemplares (Machado, Gonçalves & Abrunhosa, 2003).

Segundo Carmen, Reiker e Mills (1984) existe uma relação entre a vivência de experiências violentas na infância e posteriores comportamentos violentos na vida adulta. Esta é também uma teoria que atualmente surge como defesa nas perspectivas da aprendizagem social.

Segundo os autores Caligor, Diamond, Yeeomans e Kernberg (2009), os indivíduos violentos apresentam uma organização psicológica borderline, associada a tendências paranóicas, uma limitada capacidade de reflexão, enfraquecimento das fronteiras do ego, tendência de pensamento concreto e desregulação afetiva.

No entanto, segundo Costa e Duarte (2000), salientam que ainda não foi definida a presença de perturbações psicológicas ou psiquiátricas no agressor, assim sendo, não existe uma relação de causa-efeito, pelo que o agressor é avaliado através de várias características como é o caso da personalidade, eventual depressão, défices de competências, pobreza, contexto cultural, *stress*, história de vida e consumo excessivo de álcool ou drogas.

No caso do consumo excessivo de álcool ou drogas, Hermann (2000) também suporta esta afirmação, uma vez que o consumo excessivo dessas substâncias ou o desemprego podem ser facilitadores da violência. Normalmente, os agressores são homens com mais de 25 anos com algumas características associadas: alcoolismo como hábito; desemprego ou ocupação reduzida; baixa auto estima; experiência com maus tratos; depressão; progressão da violência ao ponto de se juntar à violência psicológica; precocidade, em que durante a juventude surgem algumas reações como que a predizer o que irá acontecer futuramente.

É comum o agressor sentir-se culpado e face a este sentimento prometer à vítima melhoras futuras. A modificação é difícil e ao renovar o sentimento de culpa, passa à agressão e consome álcool (Costa, 2003).

Segundo a APAV s/d, nestes agressores, podem existir algumas características comuns, como o serem casados, idades entre os 25-45 anos, usam armas, baixa auto estima e consomem álcool ou outras substâncias ilícitas. São cuidadosos na sua maioria, tentam causar lesões em zonas menos visíveis e que não necessitem de cuidados médicos para esconder o abuso e culpam a vítima pelos seus atos de violência.

6.1.5 A vítima.

A APAV, s/d, afirma que a vítima pode ter qualquer idade, raça, religião, sexo, educação, estado civil e emprego. Este é um fenómeno transversal a todas as classes

sociais, significa uma violação grave aos direitos humanos, afetando mais as mulheres do que os homens. Ocorre principalmente na esfera privada tendo vários componentes que vão desde a agressão física até à violência psicológica que por não produzir sinais objetivos se torna menos visível.

As vítimas são na sua maioria mulheres com mais de 25 anos ou a parte mais frágil da relação. Ainda que as crianças não sejam objeto direto de agressões físicas, são também vítimas. Iniciam um processo de aprendizagem como uma forma de estar na vida quando testemunham a violência entre os pais. Na fase adulta, para além desta situação lhes causar problemas e sofrimento emocional, podem facilmente reproduzir o modelo da violência (Machado & Gonçalves, 2003).

Portugal (2003), menciona as seguintes características comuns das vítimas de violência: emocionalmente dependentes e deprimidas, conformadas, passiva, caladas, envergonhadas e incapazes de reagir.

6.1.6 Dados estatísticos.

Em Portugal, e segundo o relatório anual da APAV (2016), os dados estatísticos ajudam a compreender melhor esta problemática. Os registos mostram um total de 35.411 atendimentos (acompanhamentos de casos e atendimentos subsequentes), dos quais 12.450 são processos de apoio à vítima, 9.347 vítimas diretas e 21.315 são crimes e outras formas de violência.

Em análise e comparando o ano de 2016 com os últimos 3 anos, houve um aumento nos atendimentos de 8,1 %. Do total registado e no que se refere aos crimes e outras formas de violência, a violência contra pessoas sobressai, representando 93, 3%. Deste valor, importa destacar que 77% se refere aos maus tratos físicos e psíquicos.

O crime de stalking/assédio persistente totaliza 400 registos (1,9%), sendo que o crime de dano indica 173 registos (0,8%). Em 2015 recorreram aos serviços da APAV, 9.347 vítimas de crime. Destes, 81,9% eram do sexo feminino e 40,6%, representavam a faixa etária entre os 25 e os 54 anos. Quanto ao estado civil, 29% eram casadas e 35% pertenciam a um tipo de família nuclear com filhos. No que concerne à escolaridade, destaca-se o ensino superior com 7,4% dos registos face aos outros graus académicos e 29% a exercem uma atividade profissional.

Em 2016, a APAV acompanhou as vítimas de crime, tendo estas sido alvo de 9.625 autores/as de crime.

Deste total, 80% eram do sexo masculino e 23% com idades que se fixava entre os 35 e os 54 anos, 30.6% detêm uma ocupação profissional e 30% eram casados e 30,6% possuíam uma ocupação profissional.

Dos casos registados em 2016, 75.8% representam o tipo de vitimação continuada. Recolhidos os dados, e referindo-se ao local do crime, a residência comum é o local privilegiado, seguindo-se a residência da vítima e a via pública. Salienta-se que 41.6% das situações a queixa/denúncia foi formalizada junto das entidades policiais.

6.1.7 Consequências.

A vítima de violência doméstica tende a desenvolver diversa sintomatologia derivada do contexto em causa, como a seguir de discrimina:

- crenças erradas sobre si própria; confusão mental; disfunções cognitivas sob a forma de *flashbacks* e pesadelos;
- dificuldades de atenção e concentração, distúrbios cognitivos e de memória; sentimento de fracasso pessoal e da relação conjugal;
- conceito de amor que leva ao sacrifício e dependência do companheiro;
- memórias regressivas de acontecimentos traumáticos, comportamento depressivo ou de grande evitamento; distúrbio de ansiedade, (incluindo a desorganização, a hípervigilância, fobias, e ataques de ansiedade);
- crença em mitos relacionados com a violência doméstica como os papéis desempenhados na relação conjugal, ou estereótipos ligados à unidade familiar; submissão (Manita, 2008; APAV, 2010).

A violência psicológica destaca-se pela maior durabilidade dos seus efeitos na violência conjugal. Aparece antes do início das agressões físicas, acarretando elevados custos ao nível individual e social, bem como as consequências negativas sentidas pela vítima. As mulheres vítimas de violência recebem tratamentos médicos frequentemente, mas apresentam também maior taxa de absentismo. Os sintomas revelados são o *stress* pós-traumático, a depressão, baixa autoestima, sintomas dissociativos, consumo de substâncias e a ideação suicida (Paiva & Figueiredo, 2003).

A raiva, o medo, o mal-estar emocional e o isolamento, lideram os sintomas que se podem desenvolver a curto e a longo prazo, os sintomas dissociativos, a depressão e o consumo de substâncias. Naturalmente, as vítimas de violência doméstica e que sofrem agressões físicas têm maior probabilidade de sofrer de abusos sexuais (Azeiteiro, 2007).

Sabendo que cada pessoa reage de forma diferente à violência exercida, uma grande parte destas, ao serem vitimizadas, podem sentir-se vulneráveis e muito confusas, tendo como resposta, a desorientação geral, o pânico, ou medo de morrer, o sentimento de solidão, o estado de choque e a impressão de estar a viver um pesadelo. Quanto mais violento for crime, maior será a intensidade e estado de perturbação da vítima.

Após a vitimização, existe um conjunto de consequências que se manifesta quer seja ao nível psicológico, social ou físico. Destaca-se aqui o fato de que neste contexto, o sofrimento chega especificamente à vítima, mas também se alarga aos familiares, amigos e testemunhas.

Nas consequências físicas existem resultados diretos das agressões que as vítimas sofrem como hematomas, fraturas, bem como as respostas dadas pelo corpo face ao *stress*. Embora estas reações possam manifestar-se separadamente e variar de intensidade de pessoa para pessoa, são normais e comuns manifestações na vítima: perda de energia; dores musculares; dores de cabeça e/ou enxaquecas; distúrbios ao nível da menstruação; arrepios e/ou afrontamentos; problemas digestivos; tensão arterial alta. As consequências psicológicas perante acontecimentos de vida anormais, levam as pessoas a pensarem que estão a perder o equilíbrio ou à beira de uma loucura. Assim, são comuns estas consequências: dificuldades de concentração, memória, dormir, tomar decisões; tristeza; pesadelos; diminuição da autoconfiança; desconfiança face aos outros (APAV; s/d).

Segundo os autores Costa e Duarte (2000), a violência psicológica envolve comportamentos como a humilhação, o sarcasmo, as proibições, extração de rendimentos do próprio, privação de apoio económico, impedimento de contato com os filhos ou outros familiares, proibição de entrar em casa ou expulsão, difamação, perseguições, destruição de bens, chantagem, ameaças incluindo a de morte, insultos sendo a depressão e o suicídio as principais consequências.

6.1.8 Impacto na saúde da mulher.

A submissão e a permanência na relação, são os fatores mais controversos no contexto da violência doméstica e que arrastam as vítimas para o homicídio. É socialmente incompreensível e complexo, pois é difícil explicar e racionalizar tais comportamentos que são predominantemente motivados pelo fator emocional. A crença na mudança do companheiro, a dependência económica, o preconceito, o estigma social,

a vergonha, o medo, são também apontados como condicionantes para a permanência na relação violenta (APAV, 2010; Cutler, 1989).

Segundo Walker (2009), este é um fenómeno denominado por *Learned Helplessness*.

Esta situação pode tomar proporções alarmantes quando existem filhos. No entanto, a jurisprudência e os Gabinetes de Apoio à Vítima, experienciam que vários são os casos em que a tentativa de rompimento da relação, representa maior risco e conduz ao homicídio conjugal tentado (Manita, 2008).

Machado et al (2006), afirmam que a curto e a longo prazo, a violência conjugal tem repercussões físicas e mentais graves na saúde. O risco de a mulher ser violentada por um estranho é insignificante. Mas o risco de sofrer uma lesão física grave aumenta quando a violência é perpetrada por alguém com quem se mantém uma relação afetiva. Seja qual for o tipo de agressão tem sempre um impacto negativo na saúde e no bem-estar, sendo que as agressões físicas que deixam marcas vincadas no corpo diagnosticam-se imediatamente. Ao nível psicológico, as agressões não só têm consequências graves como diminuem a qualidade de vida ao longo dos anos. No imediato e a longo prazo, a agressão física, sexual e psicológica culmina com danos que podem ser irreparáveis. As lesões no abdómen, tórax e ao nível da cabeça são quantitativamente as mais recorrentes, perceptíveis e de fácil distinção no ato de violência conjugal. Variam quanto ao seu grau de gravidade, ainda que entre os hematomas se possam detetar uns com aspeto recente e outros cujo aspeto remete para “curado” embora a marca se mantenha para sempre. Os problemas que podem advir do ato da violência sexual são vários sendo a gravidez não vigiada e indesejada, o risco de parto prematuro, aborto, disfunção sexual doenças sexualmente transmissíveis como a SIDA, hepatite B entre outras. Estes atos interligam-se e provocam profundas alterações psicológicas, aumentando o risco de perda de interesse sexual, baixa auto estima, depressão.

A baixa autoestima, na mulher, representa um fator de risco e uma consequência da violência conjugal. Walker (1979) refere que a baixa autoestima é uma característica comum nas mulheres vítimas de violência conjugal. A mesma defende que a mulher desenvolve, como efeito das situações traumáticas, uma patologia definida por “síndrome da mulher agredida” que é uma conjugação de baixa autoestima, medo, depressão, culpa e passividade.

Estas experiências, tendo um significado pessoal, são também de difícil visibilidade, e bastante subjetivos para além de só por si não servirem de prova. No que à mente diz respeito, as consequências destes atos podem provocar distúrbios como a ansiedade, tendência para consumo de drogas, álcool, tabaco, ataques de pânico até mesmo chegar a depressão permanente e tentativa de suicídio. Vários estudos efetuados à população portuguesa, confirmam que existe uma predominância de doença psiquiátrica nas mulheres, relativamente aos homens neste contexto (Silva, et al, 2002).

Silva (1991) identificou a violência física nas mulheres, como um fator fortemente associado à frequência de consulta de psiquiatria e, embora com menos importância, à frequência de consulta de saúde geral.

A Associação Psiquiátrica Americana em 1994, mostrou vários sintomas que resultam de relações stressantes: comportamentos impulsivos; diminuição da modulação dos afetos; sentimentos de incapacidade, vergonha e desespero; perda de valores anteriormente defendidos; sentimentos permanentes de destruição; doenças somáticas; hostilidade; sentimentos de perigo constante; diminuição das relações com os outros; retraimento social; mudanças de características da personalidade prévia (DGS, 2005).

6.2 A Depressão

A Organização Mundial de Saúde (2001) afirma que a depressão pode relacionar-se com outros determinantes, nomeadamente o sexo, a idade e afeta os indivíduos em qualquer faixa etária. Todavia, a maior ocorrência verifica-se em idades intermédias, tendendo a aumentar na adolescência e princípio da vida adulta e com maior relevância no sexo feminino. A depressão provoca grande sofrimento nos indivíduos e nas famílias, e em situações mais graves pode levar a incapacidade na vida profissional e laboral.

Segundo Almeida et al (2005), depressão é uma perturbação de humor e representa a forma mais comum das perturbações afetivas. Pode atingir pessoa, homem ou mulher em qualquer faixa etária, estatuto social/económico, ou nível educacional, afetando e comprometendo, conseqüentemente, todas as áreas da vida como a família, o casamento, o trabalho, as finanças e os relacionamentos. Caso não seja diagnosticada e tratada após um primeiro episódio, pode tornar-se persistente ou crónica. Quando acompanhada por outras doenças (perturbações mentais, acidentes vasculares cerebrais, ansiedade, cancro, diabetes, abuso de substâncias) o quadro pode agudizar-se, na medida em que a sua interferência agrava a evolução e resultado destas comorbilidades.

6.2.1 A expressão.

Segundo Del Porto (2002), a depressão como expressão pode referir-se a uma doença ou ter o sentido de um sintoma do qual fazem parte numerosos distúrbios emocionais, não se limitando a qualquer um. Como sintoma, manifesta-se como reposta a acontecimentos de *stresse*, em situações sociais desfavoráveis, na demência, alcoolismo, esquizofrenia, doenças clínicas, nos transtornos de *stresse* pós-traumático. Quanto à síndrome, a depressão além das alterações de humor como a apatia, a tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer, integra também alterações cognitivas, vegetativas e psicomotoras, nomeadamente o apetite e o sono. Na condição de doença, a depressão pode considerar-se de diversas maneiras, designadamente como distúrbio, melancolia, transtorno depressivo maior, depressão associada ao transtorno bipolar tipo I e II, depressão como elemento da ciclotimia. Atualmente, a depressão é caracterizada como sendo uma perturbação de humor composto. Os indivíduos apresentam comportamentos e manifestações fisiológicas, sinais e sintomas variados.

Os autores Grevet e Knijnik (2001), salientam que a depressão é no que concerne aos seus sintomas, apresenta as seguintes alterações: cognitivas - alterações na velocidade do raciocínio e do pensamento; neurovegetativas - alterações do sono, peso, interesse sexual, cefaleia, peso na região das costas e fraqueza muscular; humor - deprimido, tristeza; psicomotoras - atrasos, agitação. Podem ainda ser organizados em ritmos circadianos, incluindo a regulação da temperatura e as alterações nos ritmos de sono-vigília, e a sazonalidade quando em certos períodos do ano se identificam, consideráveis aumentos dos episódios depressivos.

Ribeiro (1989) afirma que o desenvolvimento das sociedades modernas, e também com a viragem do século, apresenta-se um panorama sombrio, que se caracteriza por uma crescente diminuição da qualidade de vida das pessoas. Deste modo as doenças da civilização tendem a aumentar, fundamentalmente devido aos inadequados comportamentos por estes utilizados.

A saúde não é a mera ausência de doenças. Implica, pois, um estado de bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. Contudo, o pensamento ocidental, pendeu pela divisão do corpo em duas partes: o fisiológico e o psicológico, e para cuidar de cada uma destas partes, persiste a necessidade de existir especialistas para o efeito (Canto e Simão, 2009).

Ao longo da história, o conceito da mente e do corpo, verifica alguns aspetos que podem propiciar transformações nas pessoas, no que concerne à fragilidade

individual. Deste modo e com base num estudo de Castro e et al. (2006), incluem-se situações como acontecimentos na infância, episódios recentes da vida, personalidade, atitudes saudáveis, ou bem-estar psicológico. Com o decorrer do tempo, constata-se a mudança na forma de pensar a mente /corpo, saúde e doença.

Assim, ao longo do tempo estas alterações emocionais, podem ser tão significativas ao ponto de surgir dor e até mesmo a sua intensificação ou manutenção (Frutuoso & Cruz, 2004).

A dor, podendo ser provocada por uma lesão nos tecidos do organismo é uma experiência de natureza desagradável, sensitiva e emocional. Assim sendo, atenta a três componentes importantes: sensitiva; a emocional - a tristeza, o medo, a raiva, a depressão, a ansiedade) e a cognitiva- tomada de decisões, pensamento, memória. Estes componentes em conjunto com a frequência, a intensidade da dor que podem estar na proveniência do desconforto psicológico e físico (Frutuoso & Cruz, 2004).

Nesta sequência, a depressão e a ansiedade como dor que provém da instabilidade emocional surge com frequência em indivíduos com doenças crónicas interferindo no seu estado psicológico e na sua qualidade de vida (Menezes *et al.*, 2008)

Segundo Canto e Simão (2009), as pessoas entendem a doença como um constrangimento à sua integridade física e psicossocial tendo um olhar completo quanto á sua relação com o corpo e com a mente.

Os registos estatísticos calculam que em todo o mundo, são atingidos pela depressão mais de 350 milhões de indivíduos, tornando-se assim a principal causa de incapacidade (OMS, 2012).

A nível mundial as estatísticas registam um elevado número de pessoas que ao longo do ciclo de vida sofreram episódios depressivos. Estima-se então que 3,6% da população sofre de perturbação de ansiedade e 4,4% da população sofre de perturbação depressiva. Estes registos referem-se à série de perturbações de ansiedade e depressivas como sendo as mais comuns, considerando que muitas pessoas experimentam ambas as condições em simultâneo (comorbilidade). Globalmente, prevalece uma parte de cerca de um terço cuja gravidade de casos sintomáticos tem um curso moderado a grave (OMS, 2012).

No panorama europeu, sofrem de depressão cerca de 30,3 milhões de pessoas, sendo frequentemente considerada como uma das perturbações mais constantes e afeta uma em quatro mulheres e um em oito homens ao longo da sua vida. (Wittchen *et al.*, 2012).

Em Portugal a depressão considera-se como um grave problema mental e de saúde pública. Dados da Organização Mundial de Saúde (2012), indicam que Portugal tem uma prevalência anual elevada nas perturbações de ansiedade em adultos onde cerca de 8% da população já passou por um período de depressão.

Almeida e Xavier (2009) afirmam que a depressão, representa 8% do total das doenças mentais e uma prevalência de 16% ao longo do ciclo de vida, sendo classificado como o terceiro problema de saúde mais frequente, no que às consultas dos Cuidados de Saúde Primários diz respeito.

Em suma, hoje em dia, um dos principais desafios que se coloca ao nível da saúde pública é a depressão, sendo a intervenção incontestável e urgente. Com base em meta-análises e manifestações sistemáticas das amostras disponíveis, existe consenso que no tratamento das perturbações depressivas, o papel da intervenção psicológica é crucial (Nice, 2010).

Apresenta-se um quadro comparativo das perturbações psiquiátricas em Portugal e outros países.

Quadro 3.

Comparação da prevalência anual das perturbações psiquiátricas nos adultos (exceto perturbação psicóticas esquizofrénicas e delirantes), em Portugal, alguns outros países da Europa e nos EUA (OMS, 2012).

País	Pert. Depressivas	Pert. Ansiedade	Pert. Impulsividade	Pert. Álcool	Todas
Portugal	7,9	16,5	3,5	1,6	22,9
Irlanda	9,6	14,6	3,4	3,5	23,1
Norte					
Bélgica	6,2	6,9	1,0	1,2	12,0
França	8,5	12,0	1,4	0,7	18,4
Alemanha	3,6	6,2	0,3	1,1	9,1
Itália	3,8	5,8	0,3	0,1	8,2
Holanda	6,9	8,8	0,3	3,0	14,9
Espanha	4,9	5,9	1,3	0,3	9,2
Ucrânia	9,1	7,1	0,5	6,4	20,5
EUA	9,6	18,2	3,2	3,8	26,4

Esta perturbação, caracteriza-se principalmente por perda de interesse nas atividades diárias, tristeza e diminuição de energia. O conjunto destes fatores, ou cada um em particular, potenciam a incapacidade e conseqüentemente implicam a utilização dos serviços de saúde (Furegato, 2005).

As suas queixas frequentemente passam despercebidas aos profissionais não sendo reconhecidas e o tratamento é direcionado para os aspetos físicos. A falta de atualização dos conhecimentos bem como dos sintomas e sinais principais, culmina numa deficiente identificação e tratamento da doença (Cândido & Furegato, 2008).

Existem pessoas deprimidas que ao procurarem ajuda, permanecem sem um correto diagnóstico e sem um adequado tratamento. Isto repercute-se num grande sofrimento, contínuo risco de suicídio, elevada morbilidade e mortalidade. Interfere na vida profissional, pessoal, económica e social das pessoas atingidas, pois trata-se de uma doença cujo grau de incapacidade é elevado (Thompson, 2010).

Apóstolo (2011) afirma que o termo depressão pode fazer representar-se por um sintoma, uma síndrome, um estado afetivo ou várias doenças. Caracteriza-se por um caso patológico, no qual subsiste a perda de prazer ou interesse, distúrbios de apetite, sono, cognitivo, atraso motor, sentimento de inutilidade ou culpa, diminuição de energia e pensamentos de morte ou suicídio.

O sentimento de tristeza e solidão pode ocorrer em qualquer momento na vida das pessoas - perda do emprego, morte de um ente querido, são fatores que facilitam o sentimento de infelicidade ou solidão. Na maior parte das vezes, apenas se experimenta um sentimento absolutamente normal e compreensível, não sendo um estado patológico de depressão (Almeida, 2011).

Segundo Porto (1999) a depressão enquanto doença, pode ser considerada de diversas formas. A literatura atualmente refere entre outros quadros, o transtorno depressivo maior, distímia, melancolia, depressão integrante do transtorno bipolar tipo I e II.

Pereira e Saraiva (2014) afirmam que a depressão é uma doença grave. Todavia, o tratamento é possível, na medida em que quanto mais cedo a pessoa for acompanhada, por intervenção de psicoterapia e ou medicamentoso especializado, melhor será a perspetiva para uma cura total. É elevada a percentagem de indivíduos que expressam alguns sintomas e que apresentam recaídas, A terapia de manutenção para prevenir as recaídas deve ser seguida por um período de mais 6 meses após o retrocesso dos sintomas da doença.

6.2.2 Sintomas.

Destacam-se como características específicas dos estados depressivos, o sentimento de tristeza ou vazio, pese embora o fato de essa sensibilidade inerente não ser mencionada. A redução do interesse pelo ambiente e perda de capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral, são fatores referidos com frequência neste contexto. A sensação de perda de energia e de fadiga, são muitas vezes indicadas como uma queixa de cansaço exagerado (Widlöcher, 1983).

Parker *et al* (1994) salientam que as alterações psicomotoras como a lentificação e o atraso psicomotor bem como os sintomas psíquicos, fisiológicos e as manifestações do comportamento são fatores a considerar no diagnóstico da depressão.

6.2.2.1 Psíquicos.

Como sintomas psíquicos, no humor depressivo, aparece a sensação de tristeza, auto desvalorização e os sentimentos de culpa. É habitual a pessoa reportar-se ao sentimento de que tudo lhe parece inútil, ou sem a efetiva importância. Admitem que perderam irreversivelmente a capacidade de sentir alegria ou prazer na vida. No geral, tudo lhes parece vazio e sem graça, o mundo é visto sem cor, sem traços de alegria (Del Porto, 1999).

O humor pode ser irritadiço, entediado, em vez da tristeza principalmente nas crianças e adolescentes. Algumas pessoas apresentam-se apáticos e constataam a falta de sentimentos, emoções quer sejam positivas ou negativas (Gadum *et al*, 2002).

A pessoa deprimida pode julgar-se um peso para os amigos e familiares e a morte e a ideação suicida são frequentemente mencionadas como sendo um fator atenuante para os que a assistem durante esta situação Grinberg (2000).

Diminuição da capacidade de sentir prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis. As pessoas deprimidas podem relatar que já não se interessam pelos seus passatempos prediletos. Negligência frequente das atividades sociais, parecendo então obrigações (Del Porto, 1999).

Sensação de perda de energia ou fadiga. Ainda que sem esforço físico a pessoa pode relatar fadiga persistente e as tarefas mais leves parecem exigir esforço substancial (Del Porto, 1999).

Decisões que antes pareciam quase automáticas agora requerem grandes esforços. Diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. O tempo para a execução das tarefas são lenificadas, bem como o fluxo de pensamento. Muitos profissionais podem ter dificuldade na elaboração de tarefa de rotina, sendo

apelidados e incompetentes. Nas crianças e adolescentes, o rendimento escolar é afetado em consequência do desinteresse geral, da fadiga e déficit de atenção (Teng & Demétrio 2005).

O suicídio é motivado por distorções cognitivas, como depreender que as dificuldades são impedimentos absolutos e insuperáveis, alguma disposição para sobrevalorizar as perdas e também a forte vontade de fazer cessar um estado emocional profundamente doloroso. Os pensamentos de suicídio, podem diversificar entre a vontade de apenas estar morto e a esquemas precisos de acabar com a vida. Assim, a ideação suicida deve diligentemente ser analisados, dando oportunidade a pessoa para se explicitar. Outras vezes, a morte é procurada como um modo de redimir a sua suposta culpa (Trevisan, 2004).

6.2.2.2 Fisiológicos.

Alterações do sono, com predomínio da insónia, podendo ocorrer também hipersónia. Perda ou aumento de apetite. Nas crianças, devido ao fastio podem não ter o esperado ganho de peso em relação ao tempo correspondente ao período em causa. No entanto existem algumas formas particulares de depressão que onde se verifica o aumento de apetite principalmente por carboidratos e doces. Salienta-se ainda a diminuição do interesse sexual.

6.2.2.3 Manifestações do comportamento.

A sensação de peso ou manta de chumbo que carregam nos ombros é referida com frequência por pessoas com quadro depressivo. O isolamento social, as crises de choro, o comportamento suicida, o atraso psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora são características inerentes às manifestações do comportamento incluídas no âmbito da depressão. As dores vagas ou crónicas e as cefaleias são queixas importantes e que podem de certa forma dissimular o quadro típico da depressão estando a ansiedade e os lamentos de natureza hipocondríaca principalmente nas pessoas idosas, aparecem aqui também associados (Parker *et al.*,1994).

Num quadro depressivo, as funções circadianas apresentam-se desorganizadas (o ritmo da produção do cortisol, regulação da temperatura) sendo mais perceptível as modificações do sono. A diminuição do início do sono REM (Rapid Eyes Movements), é cerca de dois terços das pessoas diagnosticadas (Akiskal, 1995).

Assim, os principais sintomas dos estados depressivos são:

- angústia e tristeza;
- fadiga, cansaço e perda de energia;

- sentimentos de inutilidade, de falta de confiança e de auto-estima;
- sentimentos de culpa e sentimento de incapacidade;
- falta ou excesso de apetite;
- perturbação do sono;
- falta ou alterações na concentração;
- preocupações recorrentes;
- desinteresse, apatia e tristeza;
- diminuição do desejo sexual;
- irritabilidade
- manifestação de sintomas físicos, como dores musculares, abdominais entre outros.

As causas da depressão não são compreendidas na sua totalidade, na medida em que representam eventualmente uma complexa combinação de fatores genéticos, biológicos ambientais, e psicológicos. Alguns dos sintomas físicos ligados à esta patologia, podem ser melhorados com a toma de fármacos (Del Porto (1999),

Nesta sequência, apresentemos o quadro onde constam algumas doenças, bem como os fármacos que podem estar associados à condição depressiva.

Quadro 4.

Principais doenças e agentes farmacológicos associados ao desencadeamento de estados depressivos (Del Porto 1999).

Doenças Neurológicas	Esclerose múltipla, Parkinson, epilepsia, apneia de sono, tumores, doença cerebrovascular, demências.
Neoplasias	Neoplasias abdominais, carcinomatose, etc.
Doenças Tireóide:	hipo e hipertireoidismo; hipófise: hipopituitarismo; Supra-renal: hipercortisolismo e doença de Addison; Pâncreas: diabetes mellitus
Doenças nutricionais	Pelagra, anemia perniciosa, hipervitaminose A, beribéri.
Doenças do Colagénio	Lupus eritematoso, artrite reumatóide
Doenças Infeciosas	Sífilis terciária, toxoplasmose, mononucleose, hepatite, encefalite, VIH etc.
Agentes farmacológicos	Anti-hipertensivos: reserpina, alfa-metil-dopa, propranolol e clonidina; Neurolépticos, anti parkinsonianos: levodopa, carbidopa, amantadina; Corticosteróides; Interrupção do uso de anfetamina, cocaína e álcool; Outros: cicloserina, vincristina, vinblastina, cimetidina, indometacina.

O intervalo que medeia o início dos sintomas e o tratamento médico é em Portugal, particularmente preocupante para as perturbações depressivas, em designadamente nas mais graves, considerando que apenas 37,4% das pessoas atingidas acede a cuidados clínicos no primeiro ano (DGS, 2014).

6.2.3 Risco de suicídio.

Considera-se o suicídio como um risco poderoso nas pessoas afetadas pela depressão na medida em que sendo o resultado da diminuição da autoestima se define como um ato tendencioso para a autodestruição externa (Grinberg, 2000).

Explica-se assim que a razão se deve ao fato de a depressão se encontrar regularmente ligada a pensamentos de tentativa de suicídio, ideação suicida e morte. Estes pensamentos diferenciam-se pela crença – pensar que outros estariam melhor se o

próprio estivesse morto, transitando para pensamentos transitórios recorrentes de tentativa de suicídio, incluindo também a elaboração de planos inerentes ao ato (APA,2000).

Segundo Grinberg, (2000), perante os sentimentos persecutórios de culpa, a morte é sistematicamente tida como a solução desacompanhada e considerada como libertação de tais sentimentos. A situação de um suicida caracteriza-se pela presença de uma crise a ser vivenciada e em que a pessoa se encontra num estado intolerável a necessitar de uma decisão. Assim a pessoa sente-se ambivalente entre a vida e a morte, sendo que recorre à tentativa de suicídio e no limite da sua resistência, como única forma para exteriorizar os sentimentos de desamparo e desespero.

Bronisch (2003) afirma que os estudos epidemiológicos registam que em sujeitos com depressão major, a ideação suicida representa 50 a 70 % de sujeitos afetados.

Por outro lado, em indivíduos deprimidos a literatura destaca variações nas percentagens de suicídios, indicando um total de 15% de pessoas com perturbações afetivas, demonstrando uma prevalência elevada de suicídios (Schotte *et al.*,2006).

6.2.4 As perspetivas e a depressão.

Várias são as conceções que influenciam a psicologia, cujo objetivo principal é atenuar a dor, o mal-estar e favorecer a melhoria das condições de vida de cada pessoa, numa dinâmica de complementaridade. Assim e de forma sucinta, segue o entendimento de algumas perspetivas que atualmente se manifestam relevantes referenciar.

6.2.4.1 Perspetiva biológica.

Esta teoria tem como base a procura da causa dos comportamentos, no funcionamento dos genes, do sistema nervoso e endócrino e do cérebro. A compreensão dos processos mentais e do comportamento é alicerçada nos processos bioquímicos e nas estruturas do corpo. Assim, este pensamento aproxima-se das áreas da neurologia, neurociências e psicologia. Na formação da pessoa, encontra-se em estreita ligação com a predisposição genética e do meio ambiente. Tendo como foco a base corporal do processo psíquico, o seu contributo visa basicamente a percepção, a memória e o pensamento como funções psíquicas (Zimbardo & Gerrig, 2004)

6.2.4.2 Perspetiva psicodinâmica.

Este conceito, teve origem nos trabalhos com pacientes com patologia psiquiátrica de Sigmund Freud (1856-1939), que confiava que essas concepções seriam os comportamentos do tipo padrão. Segundo esta perspetiva, o comportamento é motivado e dirigido por uma sequência de forças internas. Estas procuram por um lado, dissipar a tensão que existe entre as pulsões e os instintos e as necessidades internas e por outro, as próprias exigências sociais (Myers, 2008).

O objetivo consubstancia-se na diminuição desta inquietação interna. Evidencia-se por focalizar que a natureza humana não é sempre capaz de raciocinar, tendo em conta que as suas ações podem ser determinadas por fatores não atingíveis à própria consciência. Na formação da personalidade, a infância constitui uma fase de grande relevância. Esta teoria foi amplamente expandida por autores contemporâneos. Teve forte interferência em várias áreas da psicologia não tanto pela evidência científica, mas devido à criatividade e grande capacidade de observação e entusiasmo de Freud pela descoberta dos profundos mistérios do homem (Jens, 2004).

Os psicanalistas ajudam as pessoas com depressão a reconhecer e lidar com sua culpa, relativamente a sentimentos dolorosos como a vergonha, humilhação e a raiva. Ajudam igualmente o indivíduo deprimido a compreender o impacto que a depressão teve no desenvolvimento da personalidade e das relações, evitando os ciclos viciosos emocionais que podem causar ou contribuir para episódios depressivos.

Tendo como essência os processos psíquicos e a estruturação da mente, a compreensão psicanalítica considera a presença de conflitos inconscientes como fatores desencadeante dos transtornos mentais. Esta contribuição visa abreviar a recuperação e manter o estado saudável, mas também com a perspetiva de redução da possibilidade de reincidência (Fennel, 1997).

6.2.4.3 Perspetiva analítica

Surge com Carl Jung (1874-1961) como reflexo perante a perspetiva psicodinâmica. O início do seu desenvolvimento, o sistema denominava-se psicologia dos complexos. Mais tarde, e como consequência do contado e prática com os pacientes, passou então a chamar-se de perspetiva analítica. Preocupa-se em entender quais os procedimentos e como o inconsciente se desenvolve. Assim, o inconsciente pessoal é

formado principalmente de complexos e de material reprimido. Por outro lado, o inconsciente coletivo tende essencialmente para a simbolização por imagens que agregam sentimentos profundos e intimação universal - arquétipos. Desta forma, e partindo do princípio que tanto os homens como os animais encerram atitudes inatas (instintos), a probabilidade de existir material psíquico com semelhanças ao instinto é valorizável (Martins, 2012).

A terapia analítica consiste em utilizar um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos teóricos e técnicos que facilitem o acesso ao inconsciente da pessoa. As mudanças produzidas através do foco nos pensamentos ou sentimentos conscientes produzem tendencialmente mudanças num curto espaço de tempo. Todavia, os apetos conscientes devem ser considerados na medida em que podem induzir o indivíduo a responsabilizar-se e a impossibilitar situações que perturbem de forma profunda a sua vida (Gabbard, 2006).

Para a compreensão da depressão, a psicoterapia de cariz analítico, baseia-se em dois pontos fundamentais:

- alterar o conjunto de associações inconscientes;
- envolver alteração conscientes de raciocínio, tendo como foco o consciente, a intervenção atinge os processos mais inconscientes (Gabbard & Westen, 2003).

6.2.4.4 Perspetiva comportamentalista.

Esta corrente utiliza o estudo das relações e o recíproco funcionamento entre os estímulos - eventos ambientais, e respostas - fisiológicos, para tornar fácil o entendimento do comportamento. Assim sendo, o foco são as condições ambientais em que a pessoa se insere, a sua reação perante essas condições e as respetivas consequências que se geram. Entende-se então que o comportamento é uma relação participativa entre o ambiente circundante e o organismo, onde os padrões de conduta se preferem em função do que se valoriza em termos adaptação (Alves, 2009).

Esta perspetiva constitui a prática do modelo evolucionista de Charles Darwin (1809-1882) que considera três alternativas: o filogenético (comportamentos adquiridos por hereditariedade), o ontogenético (comportamentos adquiridos pela história e vivências individual) e o cultural (circunscrito ao ser humano e que engloba comportamentos cuja aquisição se controlam por estímulos verbais, regras transmitidos e que se acumulam ao longo das gerações). Assim, o conhecimento é estabelecido após uma ligação entre uma situação (estímulo) e uma certa resposta (, o comportamento é a

consequência direta das relações definidas entre as situações do ambiente antecedentes (contingências), as respostas do organismo e as situações do ambiente consequentes (D'el Rey & Freedner, 2006).

Segundo Barlow (1999), as técnicas da teoria comportamental, trabalham essencialmente a atenção por forma a estimular o indivíduo. Os pacientes que apresentam passividade, insegurança e com difícil concentração provocada pela depressão, beneficiam em maior duração com o tratamento pela abordagem comportamental.

Associando as técnicas desta abordagem, o terapeuta reaviva a pessoa face os pensamentos de vergonha e retraimento, causando um envolvimento com as atividades construtivas de forma mais abrangente. Relativamente às causas da depressão, esta abordagem contribui com a ausência de reforço positivo ou negativo e com o desamparo aprendido, considerando que os reforços provocam alterações de humor, falta de interesse e isolamento. Por outro lado, o desamparo aprendido pode causar carência cognitiva, emocional e motivacional (Teodoro, 2010).

6.2.4.5 Perspetiva existencial.

Esta teoria tem origem na filosofia. As dúvidas dos diversos pensadores sobre a natureza humana, causaram reflexões no que concerne aos conflitos existenciais, nomeadamente no que se relaciona com busca da felicidade, a finitude humana, a angústia diante da morte e o sentido da vida. Ora estes temas propiciam o estado de melancolia, resultando em depressão. A busca do sentido existencial é um dos conflitos mais relevantes na pessoa deprimida, e vai para além da filosofia, atravessa o campo da psicologia, literatura e religiões (Lisso, 2009).

Destaca-se a logoterapia criada por Viktor Frankl (1905-1997) por se considerar a psicoterapia centrada na existência humana e que tem como premissa a ideia de que a busca pelo sentido da vida impulsiona o percurso humano. Relaciona o sentido com a realização, liberdade e responsabilidade pelas escolhas, num determinado momento vivenciado com empenho. O vazio, surge então da inexistência de sentido o que torna a pessoa infeliz, intolerante, confuso e provoca baixa autoestima e depressão (Licínio *et. al.*, 2007).

6.2.4.6 Perspetiva cognitiva.

Esta teoria baseia-se nos processos nos processos do pensamento, originando a formação de crenças sobre si e o mundo. Tem como pilares essenciais duas hipóteses: a

racional emotiva que acredita que as pessoas por darem um significado negativo em determinada situação são negativamente afetadas; cognições negativas, defendendo que o cultivo de pensamentos negativos pode causar depressão e contribuir para o prolongamento do quadro depressivo. Assim, a depressão tem um envolvimento de pensamentos negativos sobre si, do futuro e do mundo (Beck. et al., 1997).

Os conceitos negativos sobre si nesta perspectiva podem ficar latentes. Dependendo das situações que a despoletem pode equivaler à perda vigente da formação de um esquema na idade infantil. A depressão é marcada pela ideação negativa da realidade, explicada através da relevância da informação substancial com a representação negativa que tem para o indivíduo. Esta perspectiva preconiza que existe na depressão esquemas idiossincráticos desarmoniosos que dominam o tratamento da informação e que estando latentes permanecem por longo período, mas podem ser ativados por estímulos constantes com o seu interior (Beck, 1997).

6.2.4.7 Perspetiva humanista.

Esta corrente surgiu nos anos 50, em reflexo às teorias Psicodinâmicas e comportamentalista acima referenciadas. Percebe o homem como um ser autónomo e ativo que procura de forma consciente o seu desenvolvimento e crescimento, com tendência à auto realização. Esta abordagem psicológica, preconiza como principal fonte de conhecimento o estudo biográfico, com o objetivo de expor a existência e a vivência da pessoa, bem como esta entende essa experiência através da introspeção. Procura, assim, compreender o indivíduo de forma holística, estando profundamente relacionada com a teoria do conhecimento fenomenológica (Zimbardo & Gerrig, 2004).

Foi através da fenomenologia e também do existencialismo que a perspetiva humanista ganhou força, na medida em que acredita na capacidade do homem de se olhar e se perceber como um ser em construção e constante mudança, reconhecendo-se como um ser em atualização e crescimento. Esta teoria pressupõe o reconhecimento do crescimento e atualização da pessoa ao longo do ciclo de vida (Lima, 2008).

Os contributos para esta corrente, surgem com Abraham Maslow (1908-1970) e Carl Rogers (1902- 1987), acreditando sobretudo nas potencialidades do homem e nas suas capacidades, bem como na tendência para o crescimento e atualização. Baseado neste pressuposto, Carl Rogers, desenvolveu a abordagem centrada na pessoa, tendo como principal elemento a convicção de que todo o indivíduo está de forma inata dotado ao crescimento, amadurecimento e desenvolvimento, na medida em que tem

competência para a dinâmica interna que proporciona a sua manutenção em equilíbrio psicológico perante as situações (Moreira, 2010).

A natureza humana é basicamente o fator preponderante para os humanistas, e incluem também as relações interpessoais, a espontaneidade e a criatividade. No que respeita à depressão, admitem que esta surge no decorrer do conhecimento da separação entre o eu real e o eu ideal que pode originar um sentimento de fracasso na medida em que por vezes se torna difícil concretizar o que se idealizou. Neste contexto, Erich Fromm (1900-1980) aludia aos conflitos experienciados pelos seres humanos em função do impulso biológico e da pressão social. E para os superar, confiava que as pessoas pudessem tornar-se mais afetuosas e criativas (Teodoro, 2010).

6.2.5 O tratamento.

Vários são os estudos que demonstram a eficácia da intervenção psicológica no que concerne ao tratamento da depressão. A psicoterapia constitui um instrumento importante no tratamento desta doença e consequentemente na redução dos encargos com a mesma, na medida em que as evidências revelam que a eficácia se prolonga por mais um ano após o seu término (Cuijpers, 2015).

Assim, a psicoterapia é eficiente no tratamento da depressão, principalmente, em indivíduos com depressão subliminar, depressão crónica, mulheres com depressão pós parto, pessoas com doenças físicas, idosos e adultos. (Cuijpers, et al., 2011)

A farmacoterapia é frequentemente o tratamento que surge em primeiro lugar principalmente na depressão grave e moderada. Porém, 30% a 40% das pessoas afetadas, não é sensível à medicação. Comparativamente, a psicoterapia demonstra uma diminuição das taxas de abandono e melhores resultados no processo de acompanhamento. Todavia, a combinação dos dois tratamentos quando justificado, traduz-se em melhoria dos resultados do que aquando da utilização isolada quer da farmacoterapia, quer da psicoterapia, constatando-se que os efeitos são simultâneos, mas independentes (Oestergaard & Moldrup, 2011).

De acordo com Lazar, (2010), no tratamento da depressão, a psicoterapia aumenta a qualidade de vida da pessoa e reduz o número de episódios depressivos.

PARTE III – ATIVIDADE DESENVOLVIDA AO LONGO DO ESTÁGIO

Iniciamos assim, a terceira parte deste relatório que inclui o trabalho realizado durante o estágio, nomeadamente a observação, a intervenção o referencial teórico utilizado e o seu processo terapêutico, bem como o quadro das observações e avaliações realizadas ao longo deste período.

7. Observação

O estágio teve início com uma reunião de receção aos estagiários pelo núcleo de psicologia, por forma a formalizar o contato com a equipa e com os orientadores. Realizou-se a observação da organização da instituição, proporcionando assim o conhecimento e funcionamento dos serviços e permitindo a adaptação. Seguiu-se a apresentação dos estagiários nos locais de estágio onde o contato com os técnicos, os espaços, bem como a forma de funcionamento propiciou um ajuste maior neste âmbito. Esta observação foi fundamental, pois permitiu que no seu decorrer se desenvolvessem em simultâneo conhecimento através de diversos contatos e contextos no serviço que por consequência possibilitaram a adaptação aos locais de trabalho designados.

Todas as consultas de triagem foram assistidas com o consentimento do utente. No decorrer da consulta, assumiu-se uma postura passiva, portanto sem interferência para que o utente se sentisse o mais à vontade possível. No final, efetuavam-se reflexões ao caso clínico e concretamente, sobre a prática de procedimentos de intervenção e a sua evolução. Deste modo, foram observadas as primeiras consultas e algumas de seguimento, o que favoreceu amplamente a aquisição de conhecimentos relativos às patologias, mediante a perspetiva da sintomatologia associada e das condutas de intervenção. Por outro lado, viabilizou a possibilidade de estar em contato com o evoluir do estado psicológico dos utentes e de refletir sobre as hipóteses de diagnóstico e prognóstico.

A observação foi realizada em consultas com todo o tipo de população e problemáticas, pois resultavam da necessidade e do pedido referenciado.

Nos casos urgentes encaminhados pelos médicos de família, verificou-se uma especial atenção destes por parte do profissional no sentido de agilizar os procedimentos e solucionar o caso com maior rapidez.

Na maior parte dos casos, constatou-se que quando o utente é encaminhado para a consulta de psicologia, já tem um diagnóstico médico.

Ainda assim, e utilizando a anamnese, procedeu-se à análise do problema apresentado e do fundamento da consulta. Esta fase ocorreu em simultâneo com a fase

de adaptação e posterior fase de intervenção e avaliação. As reuniões de supervisão para apresentação de casos e discussão com o orientador do local de estágio constavam no plano semanal, particularmente às sextas-feiras. O estágio teve a duração de oito meses e totalizou a carga horária de 450 horas.

Ferreira e Mousquer (2004), explicam que a observação é um instrumento muito importante em Psicologia Clínica na medida em que possibilita o fornecimento de elementos que podem ajudar na sinalização de alguma patologia. Os elementos normativos do comportamento também podem ser facilitados através da observação. Uma variedade de fenómenos pode ser estudada, uma vez que a observação traz a vantagem de possibilitar meios satisfatórios e diretos. Isto acontece no caso de comportamentos não intencionais ou inconscientes, na análise de temas em que os indivíduos não se sintam à vontade para dar respostas. Permite recolher dados sobre atitudes comportamentais típicas e que de outra forma seria difícil, bem como verificar se as respostas verbais estão de acordo com o pedido.

Em diferentes contextos e horários, a observação teve início no primeiro dia de estágio e realizou-se durante todo o período, tendo sido mais frequente nos primeiros três meses. No desenrolar das consultas foi utilizada a observação como ferramenta importante principalmente para a linguagem não verbal.

A observação no local de estágio permitiu desenvolver e adquirir competências, aptidões, atitudes e conhecimentos. Este período proporcionou um aperfeiçoamento das várias competências para o desempenho da Psicologia Clínica e da Saúde. Foi positivo na medida em que houve uma maior integração da formação teórica adquirida com a prática em contexto real de trabalho.

8. Intervenção

A intervenção nos casos clínicos teve início após um período de observação de acordo com a necessidade do serviço. A seleção dos casos clínicos foi feita pelo orientador de estágio de modo variado e diversificado nos diagnósticos que surgiam, favorecendo assim um contato vasto com faixas etárias e problemáticas.

Os modelos teóricos e de intervenção utilizados são adaptados ao nível dos cuidados de saúde primários. No contexto da unidade de saúde o papel do Psicólogo está intimamente ligado à prática da psicologia clínica, tendo como principais intervenções: psicoterapia de apoio; exame psicológico: avaliação de personalidade, avaliação cognitiva, avaliação da perturbação pós-stress-traumático; integração em

equipas multidisciplinares; dinamização e participação em ações de formação de especialidade e orientação de estágios. No entanto, atuam atualmente três psicólogos clínicos que seguem os modelos teóricos e de intervenção cognitivo-comportamental, e psicanalítico. Contudo, foi acolhida a orientação teórica de cada estagiário, tendo sido considerada de grande utilidade. Perante este princípio foi priorizada a utilizada a referência da Abordagem Centrada na Pessoa, cujo fundamento se desenvolve ao longo deste relatório.

No contexto dos Cuidados de Saúde Primários, o Psicólogo presta os seus serviços na consulta de psicologia. No entanto, deve também responder a vários tipos de problemas institucionais e humanos. Assim sendo, as competências do Psicólogo ultrapassam a intervenção terapêutica individual e a avaliação clínica (Teixeira & Trindade, 1994).

Todavia, em Portugal devido às especificidades dos cuidados de saúde primários urge a necessidade de definir o papel do psicólogo no seio das equipas de Cuidados de Saúde Primários e no próprio sistema da saúde (Trindade & Teixeira, 2000).

9. Modelo terapêutico utilizado

Tal como indicado anteriormente, dos vários modelos seguidos pelos profissionais no local de estágio, utilizamos como referência a Abordagem Centrada na Pessoa para a intervenção e análise detalhada dos casos a apresentar, pois se consubstancia com a aquisição inicial de conhecimentos, e também por ser o quadro teórico com o qual nos identificamos. Assim, consideramos ser oportuno explanar no essencial as linhas orientadoras deste modelo.

9.1 Abordagem Centrada na Pessoa.

Segundo Carl Rogers (1975) esta abordagem desenvolvida no início do séc. XX tem como referência a psicologia fenomenológica e existencial.

Carl Ransom Rogers, a partir dos seus estudos científicos (1902-1987), trouxe uma nova forma de pensar, em relação à mudança dos processos terapêuticos com o desenvolvimento de um modelo de intervenção denominada terapia centrada no cliente. Posteriormente, Carl Rogers, utiliza a expressão abordagem centrada na pessoa para designar a forma específica de estar na relação com o outro (Gobbi et al., 1998).

De acordo com Hipólito (1999), Rogers foi o precursor da psicoterapia centrada no cliente, tendo posteriormente aplicado os seus princípios a campos não terapêuticos,

designadamente a educação, grupos e organizações. Posteriormente, foi adotado a definição abordagem centrada na pessoa como adequada e mais totalizante.

Esta terapia tem como finalidade ajudar e apoiar a pessoa a desenvolver-se para que seja capaz de encarar a situação atual e futuramente outros problemas que surjam de um modo mais adequado e não somente para resolver uma situação específica (Hipólito, 1999).

A relação terapêutica que é criada, fundamenta-se numa originalidade refeita, da concordância perdida entre a experiência completa do sujeito e a sua vivência do *self* que compreende e subsiste, tornando-o livre para um aperfeiçoamento e uma maturação natural (Santos, 2004).

Segundo Hipólito (1999) a intervenção tem tendência para a não diretividade. Por conseguinte, aplica técnicas de reformulação e esclarecimento dos sentimentos, com suporte numa atitude de empatia por parte do terapeuta para com a pessoa.

Os autores Paulino e Brites (2001) afirmam que a base desta abordagem recai na relevância das técnicas utilizadas, e de forma gradual, salientar o que é mais importante, reformulando os procedimentos de compreensão empática, em que o terapeuta acolhe os sentimentos, atuando com uma postura segura e harmoniosa, confiando nas habilidades da pessoa. Desta forma, a pessoa é capaz de melhorar as suas capacidades reorganizando-se. Contudo, os procedimentos utilizados devem ser com o propósito de valorizar a relação terapêutica bem como as suas potencialidades.

9.2 O processo terapêutico.

Mora (2012), afirma que o processo terapêutico que assiste a Abordagem Centrada na Pessoa é por Carl Rogers clarificado (1951/2004) pela diminuição da discrepância entre o *self* real e o *self* ideal e equitativamente entre experiência e *self*, podendo ser obtido através de um ato de reorganização interna, incluindo um *setting* adequado. Os procedimentos de crescimento e de tornar menos rígido o *self* acontece apenas ao ser facultado à pessoa que está incongruente, as condições necessárias para facilitar a sua estrutura natural de auto regulação e desenvolvimento, isto é a Tendência Atualizante.

Assim, são três os fundamentos basilares da Abordagem Centrada na Pessoa: a não Diretividade, a Tendência Atualizante, e as Seis Condições Necessárias e Suficientes ao Crescimento. Compete ao terapeuta a tarefa de simplificação do processo livre para a autoregulação da pessoa ajudando-a a conter-se em si mesmo. Este apoio

pode ser resumido num agregado de atitudes: a Compreensão Empática, o Olhar Incondicional Positivo e a Congruência. Rogers (1956/2009) refere que a mudança psicoterapêutica leva a menor conflito interior, à mudança de comportamento compreendendo uma maior maturidade e uma maior integração (Mora 2012).

Rogers (1956) refere que para que haja uma efetiva modificação da personalidade, é imprescindível a existência de algumas particularidades necessárias e suficientes que dessa forma concorrem e conduzem à alteração da personalidade e consequentemente ao sucesso do processo terapêutico. Assim são variáveis indispensáveis neste processo: que o cliente esteja incongruente, o terapeuta se encontre congruente, que haja contato psicológico na relação; que o terapeuta vivencie sentimentos de consideração positiva incondicional e de compreensão empática do ponto de vista do referencial interno do cliente e que por sua vez este perceba que a existência da consideração positiva incondicional e da compreensão que o terapeuta observa e comunica. Existindo estas seis condições, surgem mudanças construtivas e positivas no cliente. Estas mudanças, serão tanto mais importantes, quanto maior for o grau de realização entre a incongruência do cliente e a comunicação do terapeuta. No entanto a ausência de qualquer uma destas condições, comprometem a mudança. Salienta-se a Tendência Atualizante como condição fundamental na terapia familiar centrada no cliente.

Neste sentido, o terapeuta necessitará de confiar na tendência do cliente para o seu próprio desenvolvimento, criando para tal um clima facilitador. O terapeuta terá de disponibilizar condições necessárias para promover o aumento da capacidade de desenvolvimento do cliente através da confiança.

Rogers (1978) salienta que a tendência atualizante é intrínseca a todos os seres vivos, como parte integrante da tendência organísmica e biológica. A tendência do organismo é a conservação em si mesmo cujo sentido da movimentação se dirige para a maturidade e autorrealização, sendo eliminando apenas com a morte.

Nos seres humanos, esta aptidão não sendo exclusivamente biológica, inclui a capacidade de auto regulação e de harmonização à vida (Fonseca, 1998).

A Não Diretividade transmite a confiança necessária ao indivíduo para a sua evolução e melhoria da qualidade de vida. Esta condição valoriza as questões sentimentais no presente, evidenciando o indivíduo em detrimento do problema em si e das referências intelectuais. (Rogers, 1983).

No contexto terapêutico, a atitude de Não Diretividade do terapeuta, consiste no respeito e confiança que este consegue estabelecer na perspectiva do cliente. Após a estruturação destes elementos, coloca-se à disposição do outro para que este tenha liberdade e seja capaz de se orientar nas suas escolhas e tomar decisões em conformidade com o seu propósito pessoal (Nunes, 1997).

A Aceitação Positiva e Incondicional ocorre como consequência da Tendência Atualizante e recai na confiança de que qualquer indivíduo está capacitado de potencial interno. Caracteriza-se pela forma de acolher o outro como ele é, sem críticas ou juízos de valor (Gobbi *et.al*, 1998).

Existe neste conceito o cuidado que o profissional deve ter com a pessoa, aceitando as suas experiências, sentimentos de forma livre e respeitando a especificidade e individualidade (Bacelar *et al.*, 2012)

Considera-se a congruência como um processo de autenticidade e concordância interno. A pessoa torna-se mais flexível por forma a aceitar as atitudes, vivências e sentimentos. É necessário este processo de aceitação de si mesmo, pois só assim se pode ajustar aos propósitos que pretende alcançar para si e ao mesmo tempo adquirindo qualidades necessárias para aceitar o outro (Rogers, 1985).

Tendo em consideração o modelo teórico de referência acima explanado, apresentamos o quadro das observações e avaliações realizadas durante o estágio.

Quadro 5.*Observações e avaliações realizadas.*

Nome (iniciais)	Motivo avaliação	Idade	Data	Encaminhamento
RC	Dificuldade aprendizagem	10 anos	09.12. 2016	Consulta de desenvolvimento cognitivo
MD	Dificuldade aprendizagem	10 anos	19.12.2016	Consulta de desenvolvimento cognitivo
VP	Dificuldade aquisição	11 anos	02.03.2017	Ensino especial
DN	Sintomatologia depressiva e absentismo grave	17 anos	17.03.2017	Consulta Pedopsiquiatria
JC	Dificuldade de aprendizagem	10 anos	31.03.2017	Consulta desenvolvimento cognitivo
AD	Preciso de ajuda. Sozinha não consigo	47 anos	22.05.2017	Acompanhamento psicológico
RF	Dificuldades aquisição	11 anos	10.03.2017	Ensino especial
RC	Regrediu na escola e em casa- perdido-enurese diurna	6 anos	20.03.2017	Consulta desenvolvimento cognitivo
MB	Choro, agressiva com os familiares	6 anos	02.12.2016	Acompanhamento psicológico
DM	Distúrbio de ansiedade abuso de tabaco e droga	22 anos	21.04.2017	Equipa de Tratamento
CO	Luto prolongado, choro, insónia	64	05.12.2016	Acompanhamento psicológico
JM	Sintomas depressivos, comportamento agressivo	40 anos	22.05.2017	Abandono da consulta de psicologia
TC	Dificuldades escolares, imaturidade	9 anos	09.12.2016	Consulta de desenvolvimento cognitivo
MD	Dificuldade de aprendizagem	10 anos	19.12.2016	Consulta desenvolvimento cognitivo
LC	Gravida com instabilidade emocional	23 anos	12.12.2016	Acompanhamento psicológico
FA	Quadro de depressão major	30 anos	28.11.2016	Acompanhamento psicológico
AR	Distúrbio de sono, ansioso e emagrecimento	23 anos	24. 11.2016	Acompanhamento psicológico

PARTE IV – APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Neste capítulo, apresentam-se os dois casos clínicos estudados e analisados, mantendo o anonimato de toda a informação que possa identificar as pessoas em questão. Foi dada informação de que este acompanhamento iria ser realizado por uma estagiária da licenciatura em psicologia, bem como o período de tempo em que iria decorrer – novembro de 2016 a junho de 2017. As sessões realizaram-se num gabinete do Serviço de Psicologia do ACES com uma regularidade semanal e em concordância com a pessoa.

O *setting* era adequado, no entanto o ruído exterior embora não fosse frequente, tornava-se incomodativo e prejudicava o normal desenrolar da sessão. No total, foram efetuadas 25 sessões com a duração de 50 minutos cada.

A Abordagem Centrada na Pessoa, foi o modelo teórico usado como referência em todas as intervenções durante o estágio e que se reflete nos casos aqui trabalhados detalhadamente.

A relação de ajuda centrada na pessoa, é relevante para que se realize um acompanhamento psicológico adequado, resultando melhor caso esteja adaptada a um processo de crescimento social ou individual. Trata-se, pois, de uma relação em que uma das partes proporciona ao outro um melhor desempenho para os desafios da vida, bem como a tendência para o amadurecimento e desenvolvimento (Rogers, 1977).

Segundo Nunes (1999) conceber uma relação de ajuda ou dispor-se a ajudar, é diferente de indicar procedimentos ou conceder respostas. Então, uma relação de ajuda é estabelecer condições que assegurem ao outro deslindar o caminho harmonioso e em simultâneo com a sua individualidade ter criatividade e ser congruente para transpor os obstáculos ou contratempos.

Reportando ao acima descrito, este caso é apresentado com a inicial do nome fictício de A.

10. Caso A – Acompanhamento Psicológico

O objetivo deste acompanhamento psicológico prende-se com o processo de ajudar A. a encontrar melhores condições para que possa superar a situação em que se encontra.

Pretende-se promover o bem-estar psicológico e também a criação de modos adaptativos para a satisfação das suas necessidades através da aquisição de estratégias de *coping*, alcançando assim, uma forma mais harmoniosa perante as circunstâncias da vida.

10.1 Dados bibliográficos.

A. nasceu em Portugal, tem 43 anos, divorciada. É a filha mais nova de uma fratria de 3 irmãs.

10.2 Motivo do pedido.

O pedido vem através do médico de família. Já seguida anteriormente em consulta de psicologia. Vítima de violência doméstica repetida por parte do marido, presenciada pela filha menor. Posteriores conflitos judiciais relativos à custódia da filha e que se mantêm até à data. Reside com os 2 filhos em casa de abrigo.

Cumpre terapêutica antidepressiva, mas atualmente refere que “já não tem forças para ir em frente.” Apresenta-se com maior adinamia (anemia, astenia, debilidade, fraqueza) e tristeza.

10.3 Observação.

A., apresentou-se com um ar limpo e cuidado. Dificuldade em fixar o olhar. Mãos trémulas. Discurso fluído, mas ansioso. Mostrou-se disponível para conversar acerca de aspetos da sua história familiar ainda que sem pormenores. Bom nível de consciência e sem dificuldades de orientação espaço-temporal.

Distinguiu objetiva e claramente o presente do futuro, e sem falhas ao nível da memória. Não se verificaram variações ao nível da consciência, motricidade, memória e atenção.

Frequentemente esfregava as mãos um contra a outra e recorreu ao choro. Utilizou vocábulos obscenos quando se referia ao pai da filha. Fácil ruborização da face seguido de choro.

10.4 Doenças e antecedentes familiares.

A. nasceu de uma gravidez de termo e parto normal. Na infância, refere que não teve nenhuma doença. Era uma criança obediente. A mãe tinha uma doença “na barriga e ficava muito tempo deitada.” Nunca soube que doença era.

Desconhece a existência de doenças graves no seio familiar. Não há história de ideação suicida na família.

10.5 História pessoal.

Ao ser questionada sobre ocorrências marcantes da primeira infância, diz não se recordar de quase nada. Tem memória de ver os pais conversarem e quando discutiam o pai saía de casa. Lembra-se de ir à escola e de ser muito contida nas brincadeiras e de regressar a casa assim que as aulas terminavam.

Chumbou 2 vezes na terceira classe. Gostava muito de andar na escola, mas não tinha nenhuma área em que se destacasse, nem nenhum interesse específico. Gostava de ajudar a mãe na lida da casa em vez de brincar. A mãe sempre trabalhou em casa e o pai no campo. A mãe ralhava mais com as irmãs por serem desobedientes e saírem de casa para ir passear.

Estudou até ao 5º ano e depois foi trabalhar. “Comecei a trabalhar cedo na casa das senhoras.” Tinha então 12 anos quando entrou no mundo laboral. Era muito poupada e quando fez dezoito anos os pais deram-lhe dois envelopes com dinheiro. Um que era a poupança que os pais fizeram para ela e outro do dinheiro que ela dava à mãe e que foi guardado. Ao contrário das irmãs que gastavam tudo e que se revoltaram ao ver que ela tinha algum dinheiro.

Começou a namorar aos 18 anos e casou com 19 anos. Foram ambos viver e trabalhar para Espanha. Após o nascimento do primeiro filho, o marido começou a procurar emprego por não se sentir adaptado em Espanha.

Arranjou emprego a norte de Portugal e regressam à zona onde residiam anteriormente, sendo que o marido se desloca para o norte e vem a casa ao fim de semana. A. nota comportamento estranho do marido e descobre que ele consumia droga e já tinha outra companheira. Após algumas tentativas de reconciliação, três anos depois, divorciam-se.

Foi um período muito difícil para A. “Foi um casamento muito feliz. Eu gostava muito dele. Ele é que escolheu e dizia que não me queria prejudicar por andar naquela vida.”

Ficou com a custódia do filho e sem ajuda financeira do ex-marido. Os seus pais ajudaram-na muito. A mãe ficava com o menino para ela ir trabalhar.

Em 2007 inicia um novo relacionamento. Desloca-se com o filho para ir viver em união de fato com o então companheiro.

Três meses depois, repara que o companheiro muda de comportamento. Atitudes agressivas repetem-se, discussões sem motivo e controlo excessivo. Passa então a ser agredida pelo companheiro diariamente e várias vezes ao dia.

O controlo passou a ser de tal forma que ela ficou sem liberdade, pois ele ia leva-la ao trabalho e busca-la ao final do dia. Quando falava com a mãe e ele dava conta atirava com telefone para o chão. “Eu tinha vergonha de dizer à minha mãe o que se estava a passar.” O seu telefone e os cartões do banco foram-lhe retirados. “Eu tinha muito medo dele.” Ele puxava-me os cabelos e arrastava-me pelo chão.” Havia dias em que A. não conseguia ir trabalhar pois tinha marcas no corpo e na face.

Ainda assim não tinha permissão para ir ao médico.” Ele saía de casa e deixava-me trancada no quarto nem as necessidades podia fazer.” A., vivenciou momentos de pavor e pânico. “Às vezes abeirava-me da janela... e gritava a pedir socorro.”

Entretanto engravidou e as agressões violentas continuaram. Quando iam às consultas A. também não tinha permissão para falar. “Ele é que falava e nunca se ausentava. Queria sempre entrar nos gabinetes. Era um sufoco.”

Após o nascimento da filha, A. com a ajuda do patrão decide ir pedir ajuda às instituições. O processo evoluiu e certo dia a Instituição retira A. e os filhos da casa e coloca-os numa casa de abrigo onde permaneceram. Foi um momento em que as emoções e sentimentos se misturavam. “Eu só queria sair dali antes que ele chegasse.” Não obstante, A. continuou a deslocar-se para ir trabalhar sob ameaças e perseguições. Foi um período de grande esforço e sacrifício pois trabalhava longe e quando chegava à casa de abrigo tinha tarefas atribuídas para realizar e tratar dos filhos. Ainda assim, sentia que estava em segurança.

Um ano depois, A. consegue alugar uma casa e sai da casa de abrigo. Refere ter medo que ele apareça lá e dorme com armários encostados às portas. Continua a ser perseguida e maltratada na rua pelo ex companheiro ou por alguém a mando deste. Quinzenalmente vai entregar a filha ao pai pois assim ficou estipulado pelo tribunal. A., relata que é desesperante, uma grande tortura, principalmente porque a filha não quer estar com o pai. “Mas se ela não quer porque é que o tribunal obriga?” É com grande desânimo que refere que fica com a sensação de ir entregar a filha para que esta sofra ainda mais. “Nunca mais tenho sossego. Mas agora eu não tenho medo dele”. Tornou-se uma pessoa desconfiada e insegura “ando na rua sempre a olhar para os lados para ver se vem alguém atrás de mim.”

A. sente-se culpada por ter acreditado no ex companheiro e este ter-se revelado diferente. Culpabiliza-se principalmente por ter permitido que os filhos assistissem a atos tão violentos sem que conseguisse fazer nada para evitar. “Ele nem respeitava as crianças que viviam e assistiam a tudo. Há dias em que se sente sem força e muito desmotivada.” Estou farta de não poder andar na rua à vontade.

Mas quando olho para o sorriso da minha filha ganho outra vida. Os meus filhos são tudo para mim e por eles faço tudo.”

Foi acompanhada em consultas de psicologia no Hospital, e refere que foi muito bom. “Se não fosse assim eu não tinha aguentado tanto. Elas ajudaram-me muito.”

O emprego ajudou-a a manter-se ativa e motivada embora muitas vezes se sentisse no limite e vencida pelo cansaço. Conta que foi com o esforço e trabalho que conseguiu alugar a casa onde agora habita com os filhos.

Atualmente, A. enfrenta um processo judicial de guarda paternal. Demonstra vontade na resolução célere desta situação pois impede-a de regressar à sua terra natal com os seus filhos. Relata com amargura que as instituições parecem estar paradas e não avançam com o processo, além de o ex companheiro estar constantemente a colocar requerimentos e fazer queixas infundadas atrasando assim o desenrolar do processo. Os filhos também já demonstraram vontade de se juntarem à família materna.

A. recorda com alegria os momentos que passava com a família na sua terra natal e o modo de ser das pessoas. “É lá que está a minha gente, é lá que me sinto feliz com a minha família e posso andar à vontade e os amigos.” Adianta que foi muito feliz enquanto viveu na sua terra natal.

Sente-se desadaptada ao meio e fora do seu contexto social e familiar. Não tem amigos, nem vida social. No entanto, tem mantido um relacionamento recente com uma pessoa que trabalha no estrangeiro, mas que a tem apoiado muito. A filha gosta muito dele e quando estão juntos sente que tem uma família de verdade.

Pediu ajuda porque quer “voltar a ser feliz. Eu era uma pessoa feliz, sorridente e de bem com a vida”. Apesar de já ter sido acompanhada em psicologia, observou o fato de a filha (que também é acompanhada em consultas de psicologia) se encontrar melhor na atitude e comportamento em casa.

10.6 Síntese das sessões.

De forma sintética, apresentam-se as 25 sessões realizadas, sublinhando que a primeira sessão serviu não só para a entrevista clínica com o objetivo de construir a

anamnese, mas também para a escuta e entendimento do pedido. Para facilitar e melhor sintetizar, as sessões foram resumidas de forma agrupada em 5 sessões cada.

Antes de iniciar a sessão, foi cuidadosamente explicado à A., que toda a informação partilhada não seria revelada por questões deontológicas e éticas. A duração das sessões - 50 minutos semanalmente.

Foi igualmente explicado que após esta avaliação e apurados os resultados seria informada dos mesmos a fim de compreender a sua problemática, bem como a avaliação que no final do estágio seria feita e da necessidade de ser encaminhada para continuação do acompanhamento psicológico caso se justificasse.

Salienta-se que A., era assídua e pontual nas consultas. Aconteceu apenas uma vez em não conseguiu estar presente, tendo justificado e remarcado solicitando nova consulta.

1ª a 5ª sessão

A., apresentou-se na consulta sozinha e tinha um aspeto limpo e cuidado. Como acima referenciado, nesta consulta foram recolhidos dados para elaborar a anamnese e adquirir mais informação com o objetivo de conhecer melhor a sua história de vida. Colaborou e comunicou bastante, porém com alguma dificuldade em fixar o olhar. Apresentava humor deprimido e choro fácil. Demonstrou grande necessidade de falar. Verborreica e gestos enérgicos. Respondeu a todas as solicitações com à vontade, tendo revelado particularidades que lhe provocam sofrimento.

Verificada a necessidade de A. em falar e para impulsionar o desenvolvimento de uma relação terapêutica que se pretendeu boa e baseada na confiança, prosseguiu-se com o incremento da escuta ativa e da compreensão empática.

Iniciou a sessão dizendo que quer ajuda “para voltar a ser feliz, eu era uma pessoa sorridente de bem com a vida.” Desde 2007 que sofre de violência doméstica por parte do seu companheiro. Este mostrou ser uma pessoa e após A ter vindo com o filho para uma vida em comum, revelou ser uma pessoa má. A viveu situações de ameaças, e impossibilidade de comunicar com a mãe e com outras pessoas. Foram-lhe retirados o telemóvel e o cartão multibanco “às vezes estava a falar com a minha mãe, ele chegava e tirava-me o telefone e desligava”. Não contava a ninguém porque tinha muito medo do companheiro e temia pela vida do filho além de não querer preocupar os seus familiares. Quando ela não fazia o que o companheiro pretendia, este vingava-se no filho da A.

As agressões eram constantes e após ter engravidado da filha era pontapeada na barriga. Ficava com marcas no corpo, olhos negros e se alguém perguntava, A prontamente dizia que tinha caído. Não tinha liberdade para falar com ninguém, nem sair.

O companheiro ia leva-la ao emprego e à saída ia busca-la. Nunca tentou reagir, pois, sabia que iria piorar a situação. Vivia atormentada, com muito medo e sentia-se também insegura.

Um dia, o patrão sabendo da situação, chamou-a e disse que queria ajuda-la. Durante a hora do almoço A. foi à Segurança Social que de imediato entrou em contato com a UMAR. A partir daí, as instituições tomaram conta da situação e providenciaram a saída da A. com os dois filhos da casa para uma Instituição.

Entretanto, o Tribunal inicia um processo de paternidade que decide que a filha de ambos deve visitar o pai de quinze em quinze dias. Porém, o pai maltrata a filha o que provoca em A um grande sofrimento “

Na sequência desta informação colocada no processo do Tribunal, este decide que o pai passa a visitar a filha quinzenalmente na presença de um técnico e apenas durante duas horas. A. sofre cada vez que vai entregar a sua filha ao pai porque a menina vai contrariada. Sente-se revoltada, e impotente porque pensa que se a filha não quer ver o pai, o Tribunal não devia obrigar. Além disso, sofre por ter de se cruzar com o pai da filha. Relata que quando se aproxima para entregar a filha, é vítima de agressões verbais e ameaças.

Quando se cruzam A. revive as situações desagradáveis e assustadoras que vivenciou “só de pensar que me vou cruzar com ele, vêm-me as imagens más todas á cabeça, imagens muito presentes como se estivessem a acontecer agora.”

A., sentia muita raiva do pai da filha, pelas situações que ocorreram e houve um dia em que ao ser socada, ficou com o maxilar deslocado e completamente desfigurada.

6ª. a 10ª. sessão

A., apresenta-se à consulta com roupa alinhada e limpa. Semblante carregado e começa por dizer “hoje estou muito em baixo.” Foi levar a filha e pediu à instituição para não se cruzar com o pai da filha, mas o pedido não foi atendido. Cheguei cedo conforme combinado e “nada. Não estava lá ninguém para receber a menina. Ninguém liga nenhuma.” Sente-se muito triste e enganada.”

A., evita aproximar-se do pai da filha, para não ser enxovalhada “ele chama-me nomes feios, mas graças a Deus eu não sou nada disso.” Era frequentemente desrespeitada assim como a filha. Certo dia, e a pensar nos filhos, A pensou que era capaz de tudo “eu era outra pessoa, não era eu... capaz de fazer alguma coisa (põe a cabeça entre as mãos e chora).” Passou a usar uma navalha para se defender e ameaça-lo “levei tempo a pensar... colocava a navalha na minha mala sempre que ia entregar a minha filha.”

Tinha sentimentos de raiva e ódio em relação ao pai da filha e um dia ao entregar a filha “ele aproximou-se e eu com a navalha na mão, disse-lhe se te aproxima mais de mim, mato-te.” A., sentia-se desconfortável com a dualidade de personalidade, esta não é a sua forma de estar “eu não sou assim... estava com medo que ele avançasse e eu o golpeasse.”

Cada vez que ia entregar a filha, ficava com o coração “partidinho. Porque é a minha filha e eu ia entrega-la a um homem que me fez tanto mal e a menina também.” Tem medo que algo aconteça sem que consiga protegê-la. A situação é de tal forma que a filha de A. arranja sempre algo para não ir à visita. “Vai contrariada, triste e com medo. Até se queixa com dor de barriga.”

O fato de não receber do por parte do pai da filha a respetiva pensão de alimentos estipulada pelo Tribunal deixa A., revoltada pois “ser pai é também sustentar os filhos.”

Entretanto, A. refere que quando começou a relacionar-se com outra pessoa, o pai da filha fez tudo para ficar com a menina, incluindo as idas ao tribunal testemunhar que não vivia em união de fato e assim sendo a componente financeira apenas sobrevinha do seu trabalho. “Ele queria era ficar com a menina para ser eu a pagar-lhe a pensão de alimentos.”

Alude que o pai do seu filho mais velho se encontra noutra cidade e a filha mais nova tem este pai mau que não é capaz de dar um abraço à menina. Assim, A. tenta preencher as lacunas deixadas pelos progenitores, minorando o sofrimento emocional dos filhos. “Eu trabalho para não faltar nada aos meus filhos, sou arrumada e ainda lhes dou mimos e carinho.”

Relata que ao ser vítima de violência doméstica, e aquando da relação com o pai da filha, muitas vezes foi obrigada a vivenciar situações com as quais não concordava, mas não tinha força para contrariar. O medo a vergonha e a insegurança, eram sentimentos constantes na vida de A.

Apesar de tudo, o nascimento da filha, foi um acontecimento que trouxe muita alegria para A. “...fiquei muito feliz e foi a melhor coisa que me aconteceu.” Porém, aos três anos a filha, não andava, não falava e não tinha dentes. Assustada, “corri tudo a pedir ajuda. Pensei, que a minha filha ia ficar assim para toda a vida.”

Atualmente, a filha encontra-se melhor e “faz a vida dela normal” o que deixa A. muito feliz. Sente-se vitoriosa por ter conseguido vencer esta batalha que julgava intransponível.

Quando o tempo está bom e na altura das festividades, lembra-se sempre da terra natal. A alegria volta quando ouve as pessoas da sua terra ou as amigas a falar. “Lá toda a gente parece que se conhece. Gosto da alegria e da euforia... aqui as pessoas são mais fechadas.” É nestes momentos que A. se lembra que era uma pessoa diferente, sem sofrimento.

Arrepende-se de não ter aceitado ficar na UMAR do Norte. Pesou o fato de ter de se deslocar todos os sábados com a menina que era ainda muito pequena para fazer viagens tão longas e entrega-la ao pai. Este sentimento é relevante pois caso A. assim tivesse optado, estaria mais apoiada pela família. Chora ao lembrar-se do homem com o qual se envolveu e que lhe roubou a felicidade “ele é um monstro, não tem outro nome.”.

A receava que o pai da filha a fizesse desaparecer, pois “ele por dinheiro era capaz de fazer tudo.”

11^a. a 15^a. sessão

A. inicia a sessão com esta expressão: “hoje tenho coisas boas e coisa más.” As coisas boas, relacionam-se com a vinda do namorado para Portugal e mostrar-se interessado e disponível para ajudá-la a ultrapassar os problemas existentes, alegando que ambos tinham direito a ser felizes.

Tendo em conta que “andava sem vontade para fazer nada. Só fazia as coisas por causa dos meus filhos...” esta atitude despoletou uma maior motivação para que A. pudesse prosseguir com a sua vida. Todavia, esta relação é vivida de forma sigilosa para evitar consequências nefastas. Nos momentos em que se sentia menos bem, a sua maior preocupação era “proteger os meus filhos e vê-los felizes.”

Várias vezes pensava que caso lhe acontecesse alguma coisa “o que iria ser da minha filha que ainda é tão pequena?” O filho, sendo também uma preocupação, já é maior de idade e pode defender-se.

Sente que a filha pode ficar desprotegida e exposta às manifestações do pai que se revelou ser uma pessoa que “parece que tem prazer em maltratar os outros... continua a perseguir-me. Quando não é ele, paga a alguém para me perseguir.”

Refere que apesar de estar a viver sozinha com os filhos continua a ser perseguida e várias vezes foi fazer queixa à polícia. Pensa que o pai da filha jamais irá descansar “enquanto não me matar.

Ele é infeliz e não quer que os outros sejam felizes.” Para A., isto causa instabilidade emocional, ao ponto de sonhar e ter pesadelos. “Sonho que ele me está a fazer mal, a tapar-me a cara com a almofada, a apertar-me a garganta.” Tem lembranças que a deixam profundamente triste e às vezes parecem ser tão reais que só fica descansada quando acorda e verifica que está tudo bem.

Lembra-se em simultâneo de vivenciar uma grande instabilidade familiar durante a sua infância. Na fase adulta, relata a sua relação com o pai do filho e a estabilidade emocional e financeira. Após o divórcio, incentivou o filho a manter uma relação estável com o pai, embora este pouco o procurasse. Atualmente o filho apenas a reconhece como sendo ela a desempenhar o papel de mãe e pai.

A., sente-se impotente face às instituições que parecem estar paradas sem resolver a sua situação. Não consegue refazer a sua vida emocional e viver livremente “parece que roubei alguma coisa a alguém. O pai da minha filha não me deixa em paz.” Manifesta uma grande vontade de ir para a sua terra de origem.

16ª. a 20ª sessão

A., demonstra preocupação relativamente à sua saúde. Refere que atualmente, tem consequências físicas derivadas à violência de que foi vítima “O medo deixou-me lá ficar muito tempo. Tanto que hoje tenho mazelas no corpo...das tarefas que apanhei.” As limitações impostas pelas dores físicas geram mal-estar e irritabilidade. É com grande tristeza e arrependimento que fala do dia em que saiu da sua terra “se o arrependimento matasse... naquele dia em que vim, larguei tudo e vim com uma pessoa que se mostrou outra.”

Chora ao ouvir a sua filha revoltada contra o pai que detesta. Não sabe como contar à filha que ela é fruto de uma violação “estou preocupada e nem sei como começar.” Receia que a filha fique com mais raiva do pai e isto dificulte a ida para estar com o pai. Além de desconfiar que a filha não lhe dá a conhecer algumas coisas das quais desconfia. Tem muita raiva do pai que deu à sua filha.

Existem momentos em que A. pensa em fazer desaparecer o pai da filha para que ambas pudessem viver livremente “se eu pudesse fazia-o desaparecer para eu e a minha filha vivermos sossegadas, livres e em paz.” Desta forma, era mais fácil e podiam ir visitar a mãe de A. e estar no seio de pessoas que a acarinhavam. Pensa que a sua filha também se sente muito bem naquele ambiente onde não falta a segurança e o apoio.

21ª. A 25ª. sessão

Hoje, A. entra no consultório com um semblante fechado e olhar direcionado aos seus pés. Fala das pessoas que a ajudam “parece que as pessoas que me ajudam se vão todas embora...” Nomeia as pessoas que têm com ela colaborado de forma significativa em várias áreas da sua vida “... e agora também se vai embora.” Diz-se triste pois tinha confiado e agora seria difícil adaptar-se a outra pessoa. Embora soubesse que as sessões terminariam nesta data, manifestou tristeza e desconsolo. “Agora que eu estava tão bem... e já andava na rua sem medo.”

Refere que pelo fato de ter sido acolhida nesta consulta se sentia segura e á data sem os medos quando circulava na rua e determinada para encarar o pai da filha e o Tribunal que demora tanto tempo a resolver a questão da paternidade “hoje e graças a esta ajuda destas consultas, sinto-me com força para enfrentar aquele gajo e vou ao Tribunal saber o que falta para decidirem.”

Fica mais tempo em silêncio do que o habitual. Refere que embora soubesse que o acompanhamento terminaria, sempre manteve a esperança que acontecesse algo que não permitisse o fim. Esta experiência está a ser difícil. Sabe que agora tem outra vontade de continuar com a sua vida e valorizar cada passo conseguido.

Refere que o tempo é lento quando pensa no processo judicial, mas a filha também vai crescendo e com a ajuda que tem tido se encontra muito melhor “parece uma senhorinha... já fala mais e está mais expansiva.” Tem o apoio do então namorado e de toda a família para regressar à sua terra. Este é o objetivo pelo qual A. anseia e diariamente persegue no sentido de acelerar o processo referente à paternidade da filha.

Alude que logo que este processo tenha fim, passará a residir junto da sua gente. Desta forma estará longe do pai da filha e das constantes ameaças verbais e perseguições “lá ele não vai, pois se o apanham na minha terra apedrejam-no.” É neste ambiente que A. encontra a tranquilidade de que necessita para reorganizar a sua vida e prosseguir com a educação da filha.

O fato de aguardar o desenrolar da questão do tribunal, condiciona-a e deixa-a impotente para realizar qualquer ato relativo à sua vida pessoal e também com a filha menor.

Para uma melhor compreensão da dinâmica familiar de A. apresentamos o genograma.

10.7 Genograma.

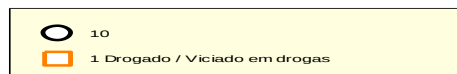
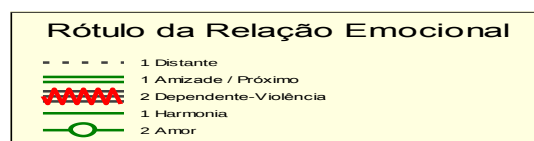
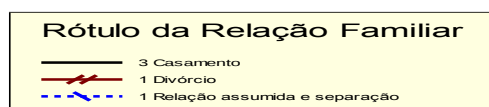
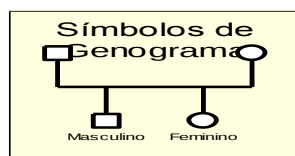
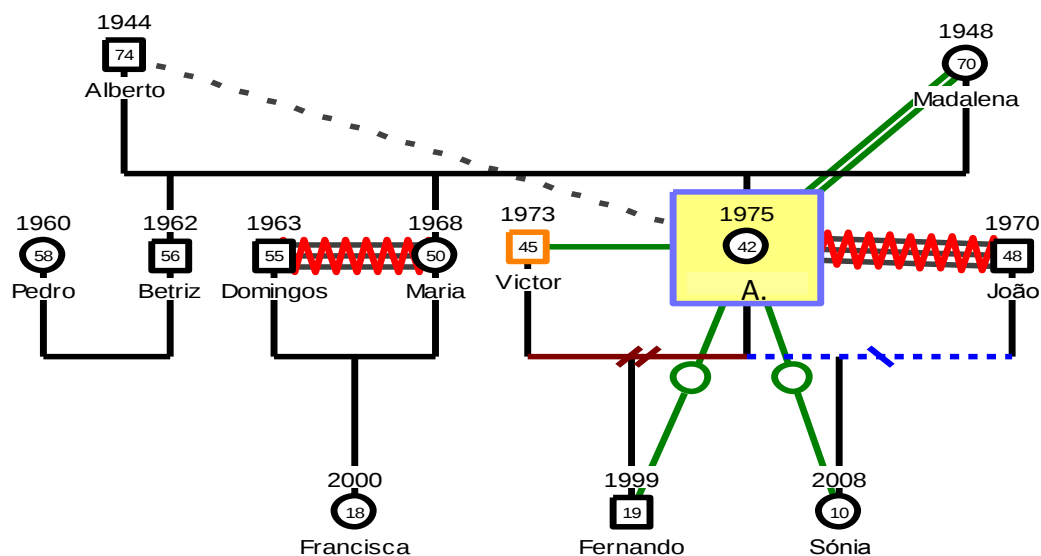


Figura 1. Genograma de A.

10.8 Discussão e análise clínica.

Este acompanhamento prolongou-se até ao final do estágio com uma periodicidade

semanal. Consideramos ter sido positivo para a estabilidade emocional de A. na medida em que a própria ao expor livremente as suas angústias, preocupações, frustrações ou tristezas, se sentia compreendida e acolhida na sua dor. Relativamente às problemáticas que lhe estão associadas, ponderamos que se refletem em estados ansiosos, depressão e *status* pós-traumático.

Porém, A. demonstra uma grande vontade de sair o mais rapidamente possível desta circunstância que a tem desgastado física e emocionalmente.

No decorrer deste acompanhamento psicológico, foram aplicadas como referência as atitudes da Abordagem Centrada na Pessoa, na realização das entrevistas, em que procuramos que as seis condições necessárias e suficientes estivessem presentes, com especial destaque para o olhar incondicional positivo e a compreensão empática.

Rogers (2009) realça que deste processo resulta uma profunda prova de cada pessoa, entenda assim o paciente que a faculdade de escolher a via de uma aparência exterior de ilusão ou assumir os riscos e considerar a realidade e vivendo em conformidade.

A compensação das necessidades básicas do organismo bem como o equilíbrio de outras mais complexas é a expressão máxima da Tendência Atualizante na Abordagem Centrada na Pessoa. Assim, o primado desta teoria, possibilita por um lado conceber a confirmação do *self* e o processamento de novos *insights*, bem como a perspectiva do cuidar do organismo, culminando assim na concordância entre o sentimento das vivências reais e as suas representações (Capelo 2000).

Ainda segundo o mesmo autor, não havendo concordância, a hipótese de a pessoa entrar em incongruência é relevante, dando origem a uma desordem entre o simbólico e a realidade. O comportamento advém desta situação, pode ser inconstante e prejudicar a personalidade individual. Assim, esta a teoria de Rogers, tem como pedra angular, a capacidade que a pessoa tem para se auto realizar nas suas competências, optando por escolhas adaptadas e de forma autêntica (Capelo, 2000).

A Não Diretividade, tem como objetivo a utilização do tempo pela pessoa da forma que esta entenda. É nesse tempo que a partilha das vulnerabilidades se efetua, sem retraimento, através de uma comunicação livre (Rogers, 1989).

Este conceito é o ponto de partida da conceção rogeriana para a Abordagem Centrada na Pessoa que confia que o indivíduo traz à nascença vastos recursos para a auto compreensão dos comportamentos, atitudes e modificação o seu pensamento. Em

suma, entende-se que desta forma, se crê que a pessoa pode fazer as suas opções, apropriar-se de novas informações – insight e encontrar o equilíbrio (Raskin, 1998).

Atendendo ao estado da A. no momento, foi mantida uma atitude de autenticidade e aceitação com respeito pela partilha da sua realidade, o que proporcionou o início de um processo de desenvolvimento com liberdade para a adaptação à sua vida.

Traçamos como objetivo para este acompanhamento psicológico, o aumento da motivação, a aceitação da sua história real e a diminuição do estado de ansiedade, progredindo assim para a realização pessoal e estabilidade emocional.

Na sequência das sessões e da relação de ajuda, verificamos que A. vivenciava progressivamente uma alteração de *self* não obstante as dificuldades, percebemos no seu estado uma reorganização do *self*, pela relevância de se tornar autónoma e vontade de mudar a sua situação. Pese embora o fato de ainda se encontrar em sofrimento, A. sente-se mais tranquila e inicia gradualmente a tomar decisões adequadas e coerentes consigo mesma. Notamos uma maior motivação para prosseguir com a sua nova relação amorosa e encontrar estratégias para visitar os familiares.

Tendo por princípio o respeito pela pessoa presente, ao seu ritmo e com especial atenção ao aqui e agora, e à relação, foi de forma calma e serena que este processo terapêutico se desenrolou considerando a aceitação da partilha durante as sessões.

Desta forma e sem perturbar o seu próprio processo, quanto à liberdade e responsabilidade confiamos que a Tendência Atualizante conduziu A. paulatinamente a aceitar as suas experiências e por consequência, dar um novo significado à sua vida. Observamos que a progressão se efetuou ao nível da tomada de consciência das aptidões, facilitando o seu desenvolvimento e acedendo aos processos de simbolização.

Ainda assim, pensamos que A. beneficiaria se estivesse inserida no seu contexto social e com o apoio familiar, na medida em isto iria refletir-se no seu estado de consciência e no processo de descoberta de si mesma o que iria induzir consideravelmente o seu comportamento.

Por outro lado, as situações vivenciadas principalmente na idade adulta, aliado ao acompanhamento psicológico anterior que não teve continuidade, impossibilitaram uma evolução mais saudável, dando lugar a uma personalidade deprimida e ansiosa, da qual se percebe o sentimento de culpa, insatisfação, inadequação e frustração na sua conduta enquanto mãe, esposa e amiga.

A prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e *stress* pós-traumático, nas mulheres vítimas de violência doméstica é maior, quando comparada a mulheres não sujeitas a esta situação, embora não se registre diferenças do grau de ocorrência daqueles sintomas entre as mulheres vítimas de violência física e psicológica e as mulheres vítimas apenas de violência psicológica (Blasco-Ros, SánchezLorente, & Martinez, 2010).

No decorrer das sessões, diligenciaram-se esforços utilizando a compreensão empática, no sentido de tornar evidente os recursos que A. dispõe para promover o desenvolvimento da sua autoconfiança, autonomia, bem como a conceção de insights essenciais à organização do seu projeto de vida e à sua evolução pessoal. Por último, concluímos que apesar dos retrocessos durante o processo, ficamos convictos da auto-organização e desenvolvimento da A. Contudo entendemos que o acompanhamento psicológico é indispensável, tendo em consideração todo o processo traumático que tem vindo a experienciar, mas principalmente nesta fase difícil da sua vida.

Salienta-se que foi pertinente este acompanhamento psicológico pela aprendizagem, ainda que a inexperiência e o receio de não ser capaz de estabelecer a relação de ajuda e assim afetar todo o processo fosse uma preocupação constante.

As reuniões de supervisão no local de estágio para discussão de casos, bem como as aulas de seminário de estágio na Universidade Autónoma de Lisboa, revelaram-se de suma importância como auxílio e suporte com indicações valiosas para a prossecução e concretização dos objetivos desta tarefa, que no geral acreditamos ter ajudado A.

10.9 Reflexão sobre o caso.

No início do acompanhamento psicológico, observou-se uma certa preocupação relativamente à forma como o processo iria decorrer. Com o desenrolar do tempo, A. demonstrou maior recetividade e melhoria na comunicação. Saliento o discurso organizado e coerente embora apresentasse humor deprimido. Provém de um contexto familiar simples, onde os meios financeiros não abundavam, mas sem que nada de essencial lhe faltasse. A família era muito próxima e colaborante, apoiando-se sempre que necessário.

Verificou-se a dificuldade de A. no processo da separação do pai do filho mais velho pois apesar de saber que ele tinha optado por outra vida, tentou ficar na relação.

Na relação com o pai da filha, este revelou-se muito cedo que não era a mesma pessoa, mas A permaneceu até a situação se tornar insuportável. Ponderamos a hipótese de haver uma dependência das relações uma vez que é nesta dinâmica e contexto que apesar de tudo se sente confortável e segura.

Considerou-se importante a apresentação deste caso na medida em que nos permitiu não só a prática no acompanhamento psicológico, mas por se perceber ser uma importante preparação à prática de acompanhamento psicológico, permitindo assim aprofundar conhecimentos ao nível das consequências psicológicas da violência doméstica.

As dificuldades sentidas no desenrolar deste processo prenderam-se com a utilização de estratégias para a especificidade desta vasta problemática, bem como o assegurar de uma aliança terapêutica. A colaboração do orientador de estágio, facilitou este processo, confiando no trabalho e contribuindo com o seu apoio.

10.10 Conclusão.

No final, observamos que A. melhorou o seu comportamento relativamente ao medo que sentia quando estava na rua e também quanto à sensação de estar a ser perseguida. Passou a ter mais gosto e a investir nela própria.

Constatamos que A. se sentiu compreendida e acolhida no seu sofrimento, na medida em verbalizou os seus sentimentos de forma espontânea.

Ao longo das sessões, falou livremente dos aspetos pessoais que a inquietavam. Foi sem dúvida um grande desafio e simultaneamente um momento de aprendizagem.

Além do caso acima explorado o estágio visava também a apresentação de um caso de avaliação psicológica.

11. Apresentação do Caso B - Avaliação Psicológica

Iremos tratar este caso com a inicial M como nome fictício.

Considerando a nossa interpretação do caso e cuidando do ritmo de M, optamos por assumir uma postura não diretiva e desta forma alcançar a conceção de insight, no que se refere às discordâncias de funcionamento e dos seus modelos de carência e autonomia.

Assim, o objetivo principal desta intervenção é a relação de ajuda, contribuindo para uma melhor adaptação e adequada satisfação das necessidades de M. Importa igualmente, ajudar a criar condições para que M tenha capacidade de avaliação do seu

próprio comportamento e passar de um locus de controlo externo para interno, uma vez que culpabiliza os familiares pelos acontecimentos de vida.

Pretende-se facilitar e potenciar os recursos pessoais, promovendo o bem-estar psicológico face a si mesmo e ao seu contexto familiar.

A avaliação psicológica realizada, visa a obtenção de informações precisas através de provas de desempenho intelectual e de funcionamento da personalidade. Estes elementos, permitem-nos uma compreensão global do funcionamento da M que nos encaminha para uma análise mais consciente e clara da pressuposta problemática, considerando também a relação terapêutica e os seus desenvolvimentos.

A avaliação psicológica desenrolou-se durante quatro sessões. A primeira sessão serviu para esclarecer o motivo que levou ao pedido desta avaliação assim como os procedimentos intrínsecos ao próprio processo. Então, foi claramente explicada a confidencialidade de toda a informação concedida. Consequentemente realizou-se a entrevista psicológica para conhecimento da sua história bem como o motivo do pedido.

Na segunda sessão, aplicou-se o teste de Rorschach e na terceira realizou-se o teste SCL 90-R.

Segundo Simões (1994), uma das especialidades do psicólogo, é a avaliação psicológica. Assim, o conhecimento teórico e técnico próprio, é essencial neste campo, na medida em que se refere a um processo de integração e de aquisição de informações importante. Face às particularidades do avaliado, a utilização de variados instrumentos, técnicas, métodos e fontes de recolha de informação, devem ser observadas.

A avaliação psicológica deve ser entendida como um processo de exploração complementar. Vários são os instrumentos e de grande preciosidade que possibilitam o acesso à particularidades e recursos da pessoa, a recolha de valiosos dados que ajudam a esclarecer um diagnóstico e tratamento, no entanto não sendo definitivos, podem ser contestados. Este processo é limitado no tempo e realizado por etapas, sendo que a primeira concerne o consentimento informado, seguido da identificação, esclarecimento da natureza do pedido ou problema (Ruiloba, 1998).

Após a entrevista inicial, procede-se à formulação de hipóteses que deram origem ao problema, devendo conter referências dos ambientes, internos e situacionais. Designam-se então as dimensões a avaliar e apuramento dos instrumentos e métodos a utilizar. Na sequência dos objetivos previamente estabelecidos no processo inicial, recolhem-se os dados, e efetua-se a respetiva cotação e finalmente, a sua análise compreensiva (Simões, 1994).

11.1 Identificação.

M tem 47 anos de idade, vive com o marido e dois filhos. Tem como habilitações académicas o décimo segundo ano de escolaridade. Trabalha numa loja de instrumentos musicais. O marido trabalha numa instituição pública como motorista.

11.2 História clínica.

M é uma mulher adulta, apresentou-se de forma asseada e com roupa alinhada. Manifestou no primeiro contato alguma desconfiança e pouco à vontade. Estava triste, cabisbaixa. Estabeleceu pouco contato visual no primeiro momento, tendo melhorado ao longo da sessão. Manteve as mãos fechadas, palma com palma. No final da sessão mostrou-se satisfeita e estabeleceu contato.

11.3 Motivo do pedido.

M apresentou-se na consulta por mal-estar, cefaleias, insónias e um pedido pessoal “preciso de ajuda. Sozinha não consigo.” Diz que se sente nervosa por várias situações da sua vida, sendo que a principal neste momento, é a questão financeira. É a primeira vez que vem ao psicólogo, embora já tivesse sentido essa necessidade em fases anteriores.

11.4 Síntese da 1ª sessão.

M apresentou-se na consulta com ar triste e cabisbaixo. Aspeto limpo e cuidado, no entanto, pouco investida.

A mãe de M tem um feitio distante e é frontal. Não tem memória de vê-la doente. O pai é mais reservado e teve problemas cardíacos quando Margarida tinha 20 anos.

“O meu pai, apesar de tudo, nunca me tratou diferente das minhas irmãs. Sempre estive presente na minha vida.”

M é a irmã do meio de uma fratria de 5 irmãs. A sua gravidez não foi planeada e ao nascer, os pais ficaram “dececionados. O meu pai recebeu-me muito mal, pois já tinham duas meninas e estava à espera de um rapaz. A minha mãe tem um feitio mais distante. Olhou para mim e eu era diferente das minhas irmãs - mais gordinha.

Durante a infância brincava sozinha, pois sempre se sentiu posta de parte. As irmãs mais velhas tinham idades mais próximas assim como as mais novas e M “sobrava sempre.”

Quando tinha 3-4 anos, os pais contam que foram passar férias em França. O pai coloca-a num sítio enquanto ajudava a mãe a tirar as malas do comboio. Quando chegaram, “eu estava muito assustada e chorava muito.”

Na adolescência, ficava sempre em casa. “Não saia com as irmãs mais velhas porque não tinha idade, nem ia a rua com as mais novas porque era muito grande e gordinha e era uma vergonha.”

Como estava sempre sozinha, isolada, “imaginava histórias, escrevinhava e falava sozinha.” Na escola não tinha amigos na escola nem pertencia a nenhum grupo. Teve uma educação muito tradicional. Estudo até do 12º ano. Chumbou 2 anos e quando terminou o secundário, as irmãs mais novas também se candidataram à faculdade.

Sentiu que o seu tempo tinha passado e era difícil os pais suportarem três filhas ao mesmo tempo na faculdade.

Entrou então para o mundo laboral. Trabalhou numa loja de instrumentos musicais. Com o primeiro ordenado, tirou a carta de condução.

Começou a namorar aos vinte anos com um rapaz que conheceu durante uma festa na terra dos pais e com quem casou passado pouco tempo.

Após o casamento foi viver para a terra natal dos pais, onde na infância e juventude passavam as suas férias. Contraiu um empréstimo para abrir uma papelaria.

Trabalhava na papelaria e cuidava dos filhos. O marido era camionista e tinha horários complexos. Durante quatro anos tudo correu bem. Entretanto, M adoece e num curto espaço de tempo, é operada à barriga e ao pulso. Quase que em simultâneo, o marido perde o emprego, concorre para a Câmara Municipal e é admitido. Vem viver para a casa dos sogros, deixando M e os filhos na terra natal.

Neste momento, perdeu a papelaria e encontra-se a pagar a dívida do empréstimo e dos fornecedores.

Iniciou a sessão expressando que “venho cá para pedir ajuda, porque nos últimos anos as coisas têm-se complicado a todos os níveis e eu não consigo resolver nada.” O agregado familiar, os seus pais, o seu emprego... “tudo. Sinto que já não tenho forças para carregar com isto tudo e faço as coisas do dia a dia por fazer. “Entre outros fatores a sua maior preocupação prendia-se com a situação financeira e com o filho de 10 anos. Sente-se desmotivada e agora “só faço as coisas por causa dos meus filhos.”

11.5 Descrição da história clínica.

M, é a terceira filha de uma fratria de cinco irmãs. Nasceu de uma gravidez de termo, mas era diferente das irmãs. “Eu nasci gordinha e sempre fui mais gordinha. O meu pai esperava um rapaz.”

Estudou até finalizar o ensino secundário e depois resolveu ir trabalhar. As irmãs têm uma vida boa porque estudaram mais e são licenciadas. A sua atividade profissional emprego, mantém-na isolada, pois é a única funcionária e o movimento é pouco. Em criança, lembra-se de estar sempre sozinha. Quando tinha 8 anos, em Paris, o pai deixou-a sozinha enquanto levantava a mala do comboio e sentiu-se aterrorizada. Não brincava com as irmãs mais velhas, pois “sentia-me pequena” e nem com as irmãs mais novas porque “sentia-me já crescida.

Estava sempre no meu canto, falava e brincava sozinha. M tinha 18 anos, quando o pai foi operado ao coração e nessa fase, teve que assegurar o transporte da mãe e das irmãs para o hospital e para casa, pois era a única que tinha carta de condução.

Quando se casou, M foi residir em Castelo Branco com o marido. Trabalho em empregos precários e mais tarde, tornou-se proprietária de uma papelaria que tinha bastante movimento.

Aos 44 anos foi operada ao braço e à barriga, altura em que a situação financeira de deteriora, devido ao fato de se ter de ficar de baixa para recuperar da intervenção cirúrgica. Esta situação teve como consequência o não cumprimento dos prazos de pagamento aos fornecedores e despesas foram-se acumulando. O marido na altura era camionista e ganhava pouco. Mantém uma relação conflituosa com o marido. Refere-se ao marido como “duro, pouco carinhoso e gosta de beber.”

Mudaram de casa há cerca de um ano e inicialmente foram residir para a casa dos seus pais, mas a sua mãe não reagiu bem. Desta forma, M apesar das condições financeiras serem desfavoráveis, procurou casa para residir com o marido e com os seus filhos. Sente-se triste e abandonada pela família.

11.6 Resultado dos instrumentos de avaliação utilizados

Face à sintomatologia apresentada e para melhor compreendermos este caso, para além da entrevista psicológica e da observação, optamos por aplicar provas psicológicas que nos pareceram mais adequadas para uma análise objetiva: o teste projetivo de Rorschach que com a utilização dos diversos recursos pode indicar se a pessoa é capaz de executar com competência e inteligência as suas tarefas e como se

pode lidar com novas tarefas, tendo em consideração a forma e a sua capacidade de dar respostas rápidas, bem elaboradas e de forma tranquila. Foi aplicado neste caso clínico, pois as suas possibilidades interpretativas abrem caminho para a compreensão minuciosa do ser humano, nas suas motivações mais profundas, permitindo um conhecimento do passado da pessoa e do seu comportamento futuro.

Aplicamos o teste de avaliação de sintomas, SCL-90 R - porque avalia um grande número de padrões da personalidade e perturbações emocionais, tendo em conta que o objetivo se resume à pesquisa de problemas psicológicos e de sintomas psicopatológicos de desajustamento fundamental.

Todavia, pensamos que os testes não constituem por si só um fator indispensável para a compreensão geral do comportamento da pessoa, nem para o seu diagnóstico. Entendemos que uma verdadeira recolha e análise da história clínica manifestam-se como elementos cruciais para a conceção do funcionamento geral da pessoa e sua problemática.

11.6.1 Teste de Rorschach (Rorschach, 1921).

Este teste foi criado em 1921 por Hermann Rorschach. É um teste psicológico projetivo, composto por 10 pranchas de manchas de tintas impressas em cartões (5 a preto e branco e cinco a cores). É dada indicação ao sujeito para descrever o que vê nas pranchas e mostra-se uma a uma. Desta forma, é dado um significado a este estímulo, bem como a atribuição de sentido que é gerada a partir da mancha de tinta. A pessoa ao dar a resposta do que vê na mancha de tinta, fala de si próprio e na forma como projeta um significado verdadeiro sobre a sua vida. Posteriormente, o profissional incentiva a pessoa através de cada mancha de tinta a ajudá-lo a rever o que ela viu nas suas respostas originais de forma mais específica em cada figura, com base nas respostas anteriores (Meyer et al. 2011).

O Rorschach é um teste projetivo. Os testes projetivos contribuem de forma determinante para o diagnóstico e também para indicações de psicopatologia, pois permite que a investigação individual seja holística e dinâmica. Enquanto instrumento de observação, engloba qualidades psíquicas particulares que instituem no indivíduo uma ação/reação em determinado espaço e tempo relacional e situacional. (Marques, 1999).

Chabert (2003) explica que este teste projetivo constituído por dez pranchas de tinta cujas diferenças se evidenciam pela sua natureza unitária, específica inteira e compacta, assim como obediência no que a uma forma bilateral diz respeito.

Para aceder à natureza e às qualidades do funcionamento mental através de fatores como a relação do objeto, a natureza da angústia, a representação de si, os mecanismos de defesa, utilizamos o teste projetivo de Rorschach. Este teste facilita a percepção em função das preocupações da pessoa na atualidade, por efeito das características indeterminadas do próprio material.

A aplicação do teste projetivo de Rorschach teve a duração de 15 minutos. Margarida apresentou um discurso fluente e organizado. Manteve uma atitude colaborante, no entanto manifestou desagrado pelas pranchas.

Seguidamente, serão apresentados os resultados referentes ao teste de Rorschach.

Alves *et al.* (2001) afirma que o teste de Rorschach, enquanto instrumento de observação, engloba qualidades psíquicas particulares que instituem no indivíduo uma ação/reação em determinado espaço e tempo relacional e situacional.

Chabert (2003), explica que este teste projetivo constituído por dez pranchas de tinta que se diferenciam pela sua natureza unitária, específica, inteira e compacto assim como pela obediência no que a uma configuração bilateral diz respeito.

Foi aplicado neste caso clínico, o teste Rorschach (Rorschach, 1921) pois as suas possibilidades interpretativas abrem caminho para a compreensão minuciosa do ser humano nas suas motivações profundas. Desta forma, a aplicação do teste Rorschach, permitiu um conhecimento do passado da pessoa e do seu comportamento no futuro.

A aplicação do teste projetivo de Rorschach teve a duração de 15 minutos. M apresentou um discurso fluente e organizado. Manteve uma atitude colaborante, no entanto manifestou desagrado pelas pranchas.

Seguidamente serão apresentadas as respostas de M a cada uma das pranchas, bem como o seu comportamento perante cada uma, o tempo que demorou a dar a resposta e a cotação respetiva.

11.6.2 Análise dos Traços Salientes.

Modo de Apreensão (G) - A M, apreende a realidade de forma global G% = 40%, acima dos valores normativos. D% = 56% abaixo da normalidade.

Determinantes (F) - A M, utilizou o pensamento formal de boa qualidade atendendo que o F+% (76%), está acima dos valores normativos. O F% (68%) encontra-se dentro dos valores normativos.

TRI – Tipo de Ressonância Íntima ou Tipo de Vivência – O TRI (2K> 1C) é do tipo introversivo misto. Revela que a M tende a investir mais no mundo interno, na

fantasia e mais criativa. Porém, sendo menos prática, também gosta de estar sozinha e tende a ter mais dificuldades nas relações sociais. A forma de funcionamento da M em superfície e em profundidade, seguem em modos opostos tendo em conta que o TRI e a forma complementar- FC, têm direções contrárias, indicando presença de angústia.

RC - Existe reação à cor e verifica-se presença de angustia, atendendo a que o IA (40%) se encontra acima dos valores normativos.

Conteúdos A% e H% - O A% (24%) está baixo dos valores normativos, indicando um funcionamento de imaturidade, inadequado para a idade da M face às suas preocupações essenciais. Revela uma identidade instável e uma elevada preocupação com os conteúdos relacionais. O H% (32%) está acima dos valores normativos.

Após a recolha dos dados e conveniente tratamento de acordo com os parâmetros e fundamentos de cotação do protocolo e análise do psicograma e da medida que nos serviu de base para a interpretação das respostas analisadas, concluímos que quanto ao funcionamento psíquico, a M, revela boa capacidade percetiva e associativa, na medida em produziu um número de respostas (25), dentro da normalidade, o que poderá indicar um sinal de inteligência.

No que se refere ao eixo cognitivo, revela integridade e investimento na realidade. As respostas em G% (40%), acima dos valores normativos, indicam a sua capacidade de apreender de forma global, procurando uma unidade de controlo sobre a realidade exterior, não tendendo para a particularidade. Os valores D%=56%, abaixo da normalidade, indicam a baixa capacidade de análise dos detalhes do ponto de percetivo, uma oposição no que ao mundo exterior e ao “eu” se refere, mostrando desinteresse pela realidade e pelo concreto. Tendo em consideração os valores do F% = 68% dentro da normalidade, pode dizer-se que não existe perda da forma e de racionalização.

O F+% 76%, acima da normalidade, mostra-nos que a M. e no que à resolução dos conflitos diz respeito, gera angústia, uma vez que não é eficaz no uso de mecanismos de defesa.

No eixo da socialização, M, tem dificuldade em identificar-se com o outro. Indica-nos um baixo grau de socialização, afastando-se do mundo relacional. Considera-se a existência de uma certa acomodação e dificuldade relacional interpessoal e com o outro.

No que concerne aos movimentos de identificação, M é uma pessoa que tende a afastar-se do mundo relacional humano, apresentando assim baixo grau de socialização. O H% = 28% acima da normalidade, pode indicar-nos que M se vê como uma pessoa

real e inteira, tendo em conta que os valores de $H=32\%$ estão acima da normalidade. Tendo obtido baixo índice de socialização, e uma vez que as respostas às banalidades (3) estão abaixo da normalidade, M é no geral, uma pessoa que se afasta do mundo social.

Obteve assim um baixo grau de socialização. No eixo efetivo, a M pode considerar-se uma pessoa intraversiva, valorizando mais os aspetos internos, e menos virada para os estímulos que recebe do exterior.

A vida real não é coerente com a sua personalidade e por consequência isto pode gerar conflitos intrapsíquicos. Quanto à reatividade às cores pastel, existe alterações na produtividade e nos afetos mais organizados, o $RC\%=40\%$, dentro da normalidade. É uma pessoa afetiva, não controla de forma excessiva a emergência dos objetos parciais ligados às preocupações corporais arcaicas, sendo o $IA\%=20\%$, acima dos valores normativos.

Em síntese, M apresenta traços de personalidade de caráter introspetivo, com alguns conflitos intrapsíquicos, ansiedade e dificuldade de socialização.

Porém, destaca-se o fato de os resultados apresentados não pretenderem definir, mas exclusivamente sugerir um perfil de personalidade do analisado.

11.7 S.C.L. 90-R – Symptom Checklist (Derogatis, Rickels & Rock, 1976).

A adaptação Portuguesa deste Inventário foi realizada por Baptista em 1993 (Martins, 2011).

Constituído por 90 itens, o S.C.L. 90-R é um inventário cujo objetivo é a autoavaliação de sintomas de desarmonização emocional. A cotação e interpretação efetua-se aos 90 itens, em 9 dimensões de sintomas a saber: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo, permitindo alcançar os três índices globais: Índice Geral de Sintomas, Número de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos. Utiliza-se para aplicar a adolescentes a partir dos 13 anos de idade e a adultos. As respostas do S.C.L. 90-R correspondem a uma escala de tipo Likert de 5 pontos (0- Nunca; 1- Pouco; 2 – Moderadamente; 3- Bastante; 4-Extremamente), na qual o indivíduo revela o nível de angústia que sente relativamente aos diferentes itens. Regista-se os valores adquiridos na folha de perfil, a partir da qual se realiza a interpretação dos resultados. Seguidamente somam-se os valores de cada dimensão e o resultado é dividido pelo número de itens que constituem cada dimensão. Por último,

transportam-se os valores obtidos em cada um dos itens, perfazendo assim o total (Derogatis, Rickels & Rock, 1976).

A informação obtida através deste teste é de caráter específico, atentando ao fato de o sujeito estar envolvido de forma direta nos procedimentos de avaliação. Contudo, registam-se como pontos menos positivos o excessivo tempo de aplicação que se torna indispensável, embora não seja utilizado na cotação, e a sua enorme extensão (Derogatis, Rickels & Rock, 1976).

Em termos psicométricos, considera-se como propriedades a boa consistência interna, cujos níveis são calculados através do alfa de Cronbach com variação entre 0.84 (Sensibilidade Interpessoal) e 0.90 (depressão) (Derogatis & Lazarus, 1994, citado por Soares, 2007).

O método de teste-reteste, que permitiu calcular a estabilidade temporal no espaço de uma semana, registou valores de correlação que se diferenciam entre 0,80 (Hostilidade) e 0,90 (Ansiedade). O estudo psicométrico efetuado alcançou elevados valores de consistência interna, o Alfa de Cronbach, diversificou entre 0.74 e 0.97 e, quanto à consistência teste-reteste os coeficientes alfas registados foram de 0.78 e de 0.90 (Derogatis & Lazarus, 1994, citado por Martins, 2011).

A avaliação psicológica precedeu às sessões de observação, permitindo desta forma a compreensão do caso e a o modo de aplicação dos instrumentos de avaliação, análise e em conjunto com outros elementos de avaliação interpretar os resultados. É através da observação que podemos entender como se aborda a questão da confidencialidade do material fornecido pela pessoa, assim como gerir o tempo da sessão.

Conforme referido anteriormente, a aplicação deste teste aponta para padrões de sintomatologia clínica. No caso de M, foi relevante o uso deste instrumento na medida em nos permitiu perceber, avaliar a intensidade dos sintomas e queixas apresentadas através dos resultados obtidos.

11.7.1 Valores em escala.

Na avaliação do teste SCL-90-R, M apresenta os seguintes valores, consoante as escalas de: somatização (t=36); obsessão compulsão (t=24); sensibilidade interpessoal (t=30); depressão (t=45); ansiedade (t=30); hostilidade (t=11); ansiedade fóbica (t=11); ideação paranoide (t=18); psicotismo (t=32).

Através dos resultados desta prova de avaliação, verificamos que os valores mais elevados se registam nas escalas de depressão, sensibilidade interpessoal, psicotismo,

ansiedade e somatização. De salientar que M estava a ser medicada com antidepressivos, mas durante as consultas, manteve-se sempre participativa e atenta.

Segundo os autores Cameirão e Meireles (2005), os antidepressivos provocam alterações bioquímicas no organismo e consequentemente um estado pré mórbido. No entanto, comprova-se que a psicoterapia tem um contributo benéfico coadjuvado com a farmacoterapia, concorrendo nas várias fases das perturbações que afetam a pessoa na esfera pessoal, psicológica e física.

Estes resultados remetem-nos para a possibilidade de existir um sofrimento significativo, posto que o valor em referência obtido para cada uma das dimensões deve situar-se em $\geq 2,5$ (Cyr, McKenna-Foley & Peacock, 2010).

Esta avaliação leva-nos a concluir que existe uma cogitação no pensamento de M.

11.8 Durante o exame psicológico.

Fisicamente, M tem o peso acima da média, estatura média, asseada e ligeiramente investida. Mostrou-se disponível para fazer o exame, tendo demonstrado alguma ansiedade e nervosismo, esfregando as palmas das mãos e movimentando as pernas alternadamente.

Tem um discurso verbal adequado e bem orientada no espaço e no tempo. No decorrer da aplicação do teste, manteve uma postura de colaboração, embora defensiva.

Demonstrou um discurso organizado e fluente, no entanto muito ansioso pela revelação dos resultados dos testes. Realizou o teste de forma rápida e sem colocar questões. Manteve movimentos com as mãos, mudando constantemente a posição da esferográfica.

Estabeleceu-se uma boa relação terapêutica na sequência das sessões seguintes, embora se tenha mantido o estado de ansiedade.

11.9 Genograma.

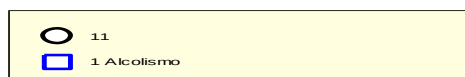
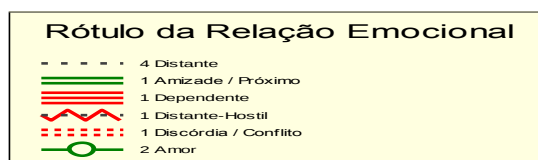
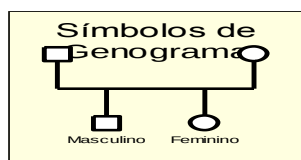
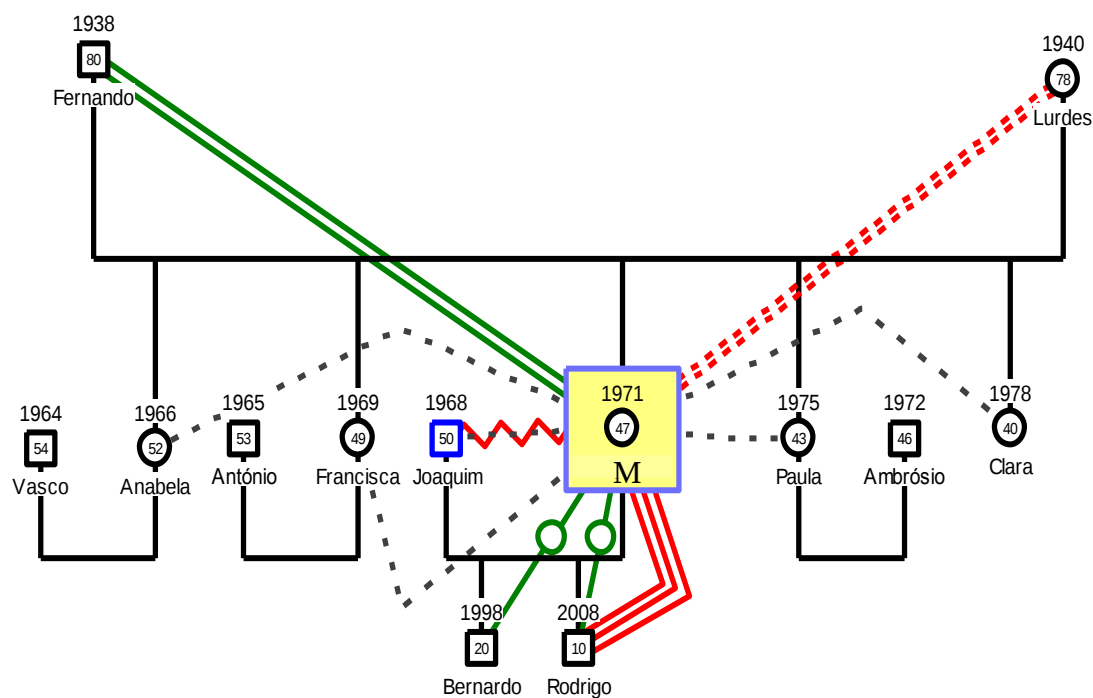


Figura 2. Genograma de M

11.10 Análise clínica.

Da informação recolhida através da anamnese, M não apresenta qualquer tipo de problemática cognitiva que possa afetar o desempenho das suas atividades de vida.

A sua família constitui o seu pilar. As relações com as irmãs não são fortes. Sente-se mais próxima de uma das irmãs mais nova que tal como M, não prosseguiu os estudos a nível superior.

O pai, mais reservado esteve sempre mais próximo da M. “O meu pai, apesar de tudo, nunca me tratou diferente das minhas irmãs. Sempre esteve presente na minha vida”

Mantem uma relação distante com a mãe. A M tem memórias de estar sempre sozinha e isolada brincava e falava sozinha - “imaginava histórias, escrevinhava e falava sozinha.”

Verifica-se que emocionalmente, M demonstra baixa auto estima e tristeza. Revela necessidade de agradar aos outros e ao mesmo tempo ser reconhecida pelo que faz.

Da observação clínica, sentimos que a M é uma mulher adulta, cuja motivação se submete ao estado emocional e afetivo e também do investimento do núcleo familiar. O reconhecimento é importante na medida em que na ausência deste, a M fica sem vontade de investir nas relações, desmotiva-se e procura o isolamento.

O resultado das provas de avaliação psicológica utilizadas, indicam-nos que a M é uma pessoa que apresenta baixo grau de socialização, tende a afastar-se do mundo relacional.

Apresenta traços de personalidade de carácter introversivo, com alguns conflitos intrapsíquicos, depressão, ansiedade e dificuldade de socialização. Revelam ainda a possibilidade de existir um sofrimento significativo.

Em resumo, e no seguimento das sessões de avaliação, M demonstrou ser uma pessoa amigável, mas muito carente.

Aceitou com facilidade e entusiasmo o proposto, manifestando sempre momentos de ansiedade, agitando a folha e movimentando a esferográfica, não procurava o contato ocular e ruborizava a face ao mesmo tempo que respondia às questões.

Consideramos que esta se devia a dificuldades em lidar com a sua situação, necessitando de incentivo diante do seu constrangimento. Esta situação foi ultrapassada com estímulos e elogios à sua atividade e colaboração neste processo.

11.11 Conclusão do caso.

Ao longo das sessões efetuadas, M manifestou insatisfação pela forma como os seus familiares a tratavam. Desde o seu nascimento que relatou não ter sido bem-recebida pelos pais, uma vez que estes já tinham 2 filhas.

A mãe era muito distante, o pai esteve sempre mais presente na sua vida. A sua relação fraternal não era boa na medida em que sendo a filha do meio, não saía com as mais velhas, porque era criança, nem se enquadrava nas brincadeiras das mais novas, porque era muito grande.

Assim M isolava-se e estava sempre a inventar histórias e a escrevinhar.

Na escola, não tinha amigos, nem pertencia a nenhum grupo. Apenas ia às aulas e voltava para casa.

Quando entrou para o mundo laboral, trabalhou numa loja de instrumentos musicais, onde permanecia sozinha.

Após o casamento, foi viver para a terra natal dos pais, onde o marido trabalhava como camionista. Os horários eram muito difíceis o que o obrigava a estar ausente por longos períodos. A sua relação com o marido é conflituosa.

Em suma, ao longo do seu percurso de vida, observamos que a M se manteve solitária, mas com grande dependência da moldura familiar. Apresenta um locus de controlo externo, uma vez que culpabiliza os seus familiares pelo seu fracasso e em situações de maior dificuldade opta pela fuga em vez de arranjar soluções. e protege-se na medida em que faz as coisas sempre a pensar no que vai receber em troca. Atualmente, demonstra tristeza, isolamento, desmotivação e sem vontade para fazer nada.

Consideramos que a M, tende a isolar-se, e perante situações mais difíceis, coloca a culpa no outro visto não encontrar soluções. Evita confrontos na medida em que se sente incapaz de resolver as questões. Encontra no pai e no filho mais novo o apoio que necessita.

Desta forma, concluímos que M vivencia um quadro de depressão e ansiedade, beneficiando de psicoterapia de apoio potenciando assim as suas qualidades humanas rumo ao crescimento, progresso e mudança.

Abordando o processo de desenvolvimento da pessoa importa, pois, salientar a relevância dos pais principalmente durante a infância e a forma como esta experiência e sente os sentimentos de apreço e amor das pessoas significativas tanto para si como para os pais. Estas relações que se estabelecem na fase da infância com o ambiente e em simultâneo com o seu funcionamento biológico presente, favorecem a emergência da imagem gradual de si (Nunes, 1997).

12. Reflexão Crítica

Ao longo dos vários anos que compõem uma licenciatura e posteriormente, o mestrado, somos continuamente preparados para uma realidade que depende muito da nossa dedicação, empenho e não menos importante, a contínua formação.

Ao deparar-me com o serviço clínico de um ACES, constatei que de facto, existe uma aliança entre e os diversos conhecimentos transmitidos e adquiridos com a prática clínica.

No entanto, as dificuldades surgem quando estamos justamente a trabalhar/intervir diretamente com as pessoas e também, aquando do manuseamento dos instrumentos de avaliação que à partida deveríamos estar capacitados a aplicar.

Todavia, este procedimento que no início nos pareceu complicado, ao longo das aplicações, tornou-se mais fácil conciliar e seguir as metodologias que constituem a avaliação.

Com a concretização do estágio curricular, foi-me facultada em simultâneo a oportunidade de enriquecer a minha aprendizagem ao nível profissional e especialmente ao nível pessoal.

Profissionalmente permitiu-me alargar o contacto com diversas problemáticas e interagir com outros profissionais no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

Pessoalmente destaca-se o sentimento relacionado com um grande crescimento interior, uma maior capacidade de estar em compreensão e empatizar com o outro e consequentemente uma responsabilidade acrescida perante a especificidade das situações apresentadas.

Considero que algumas vezes o sentimento de uma enorme insegurança esteve presente motivado pela pressão a que estávamos expostos na qualidade de estudantes. Esta fase exigiu-me uma maior paixão e dedicação pelo desempenho profissional. As dificuldades sentidas foram ultrapassadas, devido à boa comunicação existente naquele contexto.

Houve também espaço para sentir alguma angústia face à tomada de decisões e discussão de situações na sua particularidade.

No entanto, a disponibilidade profissional e a experiência ajudaram a dissipar este estado. A contínua tensão e ansiedade, associadas ao desejo de vencer foram no final ultrapassado.

Concluo com um provérbio português que fez parte da minha base educacional “o saber não ocupa lugar”. Assim, e pensando em novos desafios, sou e serei efetivamente uma aprendiz no que à área da psicologia diz respeito.

Contudo, acredito que esta postura não irá desviar a confiabilidade, nem a competência ao meu profissionalismo, pois pretendo manter a humildade profissional na certeza de que desta forma existirá espaço para reflexão sobretudo na forma como comunico e atuo enquanto profissional.

13. Reflexão Pessoal do Estágio

O estágio curricular realizado no ACES surgiu, não só como uma etapa fundamental e necessária a realizar durante o meu percurso académico enquanto estudante de psicologia, mas senti-a como uma experiência única enquanto ser humano.

Senti-me, sem dúvida, afortunada por ter tido a oportunidade de vivenciar estes oito meses numa instituição de Cuidados de Saúde Primários e com profissionais que me acolheram tão bem, e me ensinaram tanto.

Saliento a variedade de problemáticas que se apresentam nesta instituição, bem como as faixas etárias que compreendem a infância até ao envelhecer, sendo sempre possível a intervenção do psicólogo, na prevenção e promoção da saúde de cada indivíduo.

Em 1978, numa Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários surgiu que estes são o primeiro contacto dos indivíduos com os serviços de saúde assegurando os cuidados essenciais e o aconselhamento na resolução dos seus problemas, com disponibilidade e de forma personalizada, abrangendo a prevenção primária, secundária e terciária, em suma, a educação para a saúde e a prevenção da doença, o diagnóstico, tratamento e ainda a reabilitação (Alma-Ata, 1978).

Este entendimento faz-me sentido pela sua abordagem holística aos problemas de saúde que afetam as populações e estabelece a universalidade do direito aos cuidados primários de saúde como uma das principais metas em todas as nações.

Admito ter sentido, enquanto estudante da Universidade Autónoma de Lisboa, um choque inicial grande ao passar da modalidade teórica, para a prática e perceber que perante o objetivo único de tratar a pessoa, existem várias formas.

Os princípios pelos quais nos regemos eram diferentes e aliados ao fato da aplicação ser em primeira mão e pela primeira vez provocou insegurança e instabilidade emocional.

Mas, foi deveras desafiante considerando a responsabilidade que temos a cabo, o trabalho que nos compete fazer e os desafios que surgem diariamente, aos quais devemos responder.

Lembro-me da primeira triagem que assisti, no dia 2 de novembro de 2016, e do quão nervosa e entusiasmada estava. Na altura, senti que ainda não estava psicologicamente preparada para dar uma consulta de acompanhamento, e que ainda não sabia quando me iria sentir.

As maiores dificuldades foram sentidas na condução da entrevista psicológica, e o modo de intervenção.

A novidade perante as situações, o não saber fazer e o medo de errar foram sentimentos constantes principalmente no início do estágio.

Por isso foi tão importante assistir às consultas de triagem. Foram muito úteis para futuramente, conseguir ganhar maior segurança, e à-vontade com os pacientes.

A realização de sessões de avaliação psicológica foi extremamente benéfica no sentido em que permitiram estar em contato com situações que fazem parte do quotidiano profissional nesta área.

Ao nível da minha primeira consulta de intervenção, recordo-me de ser desafiante e assustadora ao mesmo tempo. Tratava-se de uma senhora de 64 anos, cuja problemática se relacionava com a morte do marido. Tratou-se de um caso que me exigiu alguma capacidade de compreensão emocional no sentido de suportar a tristeza daquela mulher, bem como alguma revisão de literatura acerca da temática do luto.

Com o auxílio das supervisões foi-me possível desenvolver uma maior aprendizagem na área do apoio psicológico, baseada no modelo da Abordagem Centrada na Pessoa, para esta causa em particular.

Na sequência das reuniões mensais (Pedopsiquiatria, CPCJ), observei uma nova abordagem pedagógica aos casos clínicos e desenvolvi maior sentido crítico acerca da minha forma de intervir.

As formações tiveram como ponto fulcral, a partilha de conhecimentos no âmbito da psicologia e em ligação com outras áreas, numa perspetiva transversal e multidisciplinar.

As aulas de seminário de estágio na Universidade Autónoma de Lisboa com a professora Mónica Pires, revelaram-se fundamentais para aumentar a minha confiança na intervenção psicológica.

Através da apresentação semanal de casos, discussão de novas formas de intervenção, consegui ganhar maior consciência reflexiva sobre os casos.

Através da prática delineada, tomou-se consciência da forma de intervir no sentido de corrigir os erros e melhorar o desempenho no acompanhamento e avaliação psicológica.

Aprendeu-se a desenvolver uma postura humilde perante a intervenção, e de procura de conhecimento. Tomou-se consciência que a motivação, o retorno ao emissor sobre o resultado das ações, são fatores fundamentais a ter em conta durante o tratamento terapêutico.

Na essência, este estágio foi uma experiência de aprendizagem, e conhecimento que culminou com o sentimento de ter conseguido atingir os objetivos traçados e em certas situações ficar surpreendida com a forma como este processo se desenrolou.

Concluo que se tratou de uma fase estrutural para o meu crescimento pessoal e profissional, e que viabilizou a abertura de novas escolhas para a minha entrada no mercado de trabalho. Neste momento, existe naturalmente um sentimento de entusiasmo perante o que futuramente será uma constante na minha vida enquanto profissional habilitada.

14. Conclusão

Este estágio foi muito importante na medida em que tornou possível conhecer os Cuidados de Saúde Primários, onde se realiza a prestação de serviços no âmbito da psicologia bem como a sua abrangência e problemáticas.

Assim, observamos que a psicologia neste âmbito representa a possibilidade de desempenhar diversas tarefas, relacionar-se com profissionais de outras áreas e instituições e em simultâneo, lidar com múltiplas problemáticas. Esta dinâmica constituiu em si, aspetos de enriquecimento pessoal e profissional.

Na prática e em contexto real de trabalho na área da psicologia, importa também perceber qual o verdadeiro papel do psicólogo na organização e principalmente no que concerne às equipas multidisciplinares, bem como as ligações com outros serviços ou instituições.

Ao trabalhar em equipas multidisciplinares, constata-se que a qualidade de vida dos utentes melhora com a intervenção do psicólogo, uma vez que este sinaliza e promove outras necessidades que aos olhos da equipa médica poderia ser descautelada.

As reuniões com a Equipa de Pedopsiquiatria permitiram o contato direto com outros profissionais ligados à saúde mental. A inclusão de discussão de casos revelar o importante papel do psicólogo e da sua intervenção junto dos utentes e das famílias.

As reuniões nas escolas, permitiram entrar num espaço onde os adolescentes abundam e é necessário reunir estratégias para dar resposta adequada às problemáticas neste contexto, bem como incluir outros profissionais para em conjunto tornar possível a promoção de hábitos saudáveis e sensibilizar para a prevenção doenças.

Os casos apresentados nas reuniões com a CPCJ incluíam situações de famílias destruturadas, onde a dificuldade em recolher dados para melhor entendimento da situação se tornava evidente. Todavia, foi inegável o esforço conjunto para cuidar da pessoa que se apresentava e cuja necessidade se fazia sentir nas diversas vertentes.

As reuniões de supervisão contribuíram para cimentar conhecimentos e sobretudo como apoio. Foram momentos muito encorajadores, de ensino e partilha de conhecimento. Dessa forma, mantinha-se a motivação para continuar a executar cada vez melhor a tarefa que estava sob a nossa responsabilidade.

Salienta-se aqui, o apoio dado nas aulas da Faculdade que por um lado nos transmitiam conhecimento, por outro, serviram como relação ajuda, no sentido em que o confronto entre a teoria e a realidade bem como as dinâmicas relacionais por vezes constituíam barreiras a ultrapassar.

Houve espaço para a formação, que constitui parte integrante deste processo e que ao longo da vida profissional se manterá como forma de atualizar conhecimentos e progressão contínua.

A aplicação dos conhecimentos da abordagem centrada na pessoa, foi uma referência constante o que de certo modo facilitou o prosseguimento do estágio e que ao longo das sessões se notava um maior e melhor entendimento por parte das pessoas envolvidas.

Constato a síntese final das sessões foram entendidas como um momento harmonia e conciliação em que por diversas vezes foi verbalizado “tão bom ser ouvido e compreendido. Obrigada.”

Assim, consideramos que ao estar com a pessoa e indo ao encontro das suas necessidades e atendendo ao *setting*, o apoio psicológico foi sentido e também reconhecido.

Os momentos de empatia com as pessoas existiram e apesar de haver diferenças nos objetivos, observaram-se benefícios ao nível da proximidade e acolhimento.

O papel do psicólogo enquanto facilitador pautou-se para a não observância de atitudes, julgamentos, mas tendo em conta a disponibilidade e a singularidade de cada pessoa presente. Desta base relacional e tomando-a como uma aprendizagem, resulta a aquisição de outros conhecimentos e experiências (Hipólito, 2011).

A relação de ajuda criou-se através dos momentos de partilha sucedendo então a promoção do desenvolvimento e o crescimento na medida em que se manifestou um funcionamento melhor para vida atual e também para situações futuras (Rogers & Wood, 2014).

Por fim, salienta-se o sentimento de enorme gratidão pela opção e consequente percurso que permitiu uma melhor sensibilidade para lidar com a variedade de situações que surgem ao longo da vida, no quotidiano profissional e no contexto dos Cuidados de Saúde Primários em particular.

REFERÊNCIAS

- Abrunhosa, M. & Leitão, M. (1985). *Introdução à Psicologia* (3ed). Edições ASA.
- Akiskal, H.S. (1995) *Mood disorders: clinical features*, In: Kaplan, H. & Sadock, B. - Comprehensive textbook of psychiatry, Sixth Edition, vol. 1. Williams e Wilkins Baltimore.
- Alarcão, M. (2008) – *(des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*, Coimbra, Quarteto editora.
- Alberdi, I. (2005). *Cómo reconocer y cómo erradicar la violencia contra las mujeres*. In Programa de Prevención de la obra social la Caixa. Violencia: Tolerancia cero (pp. 9-87). Barcelona: Fundación la Caixa.
- Alcipe (1998). Manual *Alcipe – Para o atendimento de mulheres vítimas de violência*.
- Alcipe (2010) Manual *Alcipe - Para o Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência* (2ª Ed. Revista e Atualizada) APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

- Aliaga, P., Ahumada, S., Marfull, M. (2003). *Violencia Hacia La Mujer: Un Problema de Todos*. Universidade do Chile. Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología. Vol. 68. Nº. 1. Santiago.
- Alma-Ata, U. R. S. S. (1978). *Conferência internacional sobre atención primaria de salud*. Alma-Ata. URSS, 6-12.
- Almeida, J., & Xavier, M (Coords.) (2009). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa;
- Almeida, L. S., Gomes, C. A., Ribeiro, I. D. S., Dantas, J., Sampaio, M., Alves, M., & Gomes, F. (2005). *Sucesso e insucesso no ensino básico: relevância de variáveis sócio-familiares e escolares em alunos do 5º ano*.
- Almeida, M. (2011). *Ansiedade, depressão, ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados* (Master's thesis).
- Alves, C. (2005). *Violência doméstica*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Alves, I. C. B., Alchieri, J. C. & Marques, K. (2001). *Panorama geral do ensino das técnicas de exame psicológico no Brasil*. Em I Congresso de Psicologia Clínica - Programas e Resumos. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 10-11.
- Alves, Z. (2009). *A natureza comportamental de mente: behaviorismo radical e filosofia da mente*. Marília.
- Amâncio, L. (1994). *Masculino e Feminino: a construção social da diferença*. Porto: Edições Afrontamento.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- APA (1998). Practice Pointer: *Psychology in primary care settings*. Practice Directorate, American Psychological Association, disponível em:
<http://www.apa.org./practice/pu/jun17/primary.htm>.

- APA (2000) American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical of mental manual disorders*. Fourth edition. Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association.
- APA (2003). American Psychological Association. DSM IV R – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre, Artes Médicas, 880 p.
- APAV (2010). Contributo da APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima para o Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- APAV (2010). Manual Alcipe: Para o Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência (2ª ed.). APAV.
- APAV (2010). Manual Títono. Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência, Lisboa.
- APAV (2013). Estatísticas APAV – Relatório Anual 2013. Disponível em:
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2013.
- APAV (2016). Estatísticas APAV–Relatório Anual 2015. Disponível em:
http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2015.pdf.
- APAV. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (s/d). Acedido a 14.05.2017 em:
<http://www.apav.pt>.
- Apostolo, A. (2011) *Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde*, Rev. Latino-Am. Enfermagem.
- Azeiteiro, A. (2007). *Violência na conjugalidade-Narrativas de vítimas agressores*:
- Bacelar, A., Rocha, Joana Simielli Xavier; Flor, Maira de Souza (2012). *Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível*. Rev. NUFEN, São Paulo, v. 4, n. 1, jun. Disponível em
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=pt&nrm=iso.
- Barlow, David H. (1999). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.

- Barros, T. M. (2002). *Psicologia e Saúde: Intervenção em hospital geral*. Aletheia.
- Barros, T. M. (1999). *Psicologia e Saúde: Intervenção em hospital geral*. Aletheia.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Gary, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- das redundâncias às singularidades*. Tese de Mestrado Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Blanco, A., & Leon, J. (1994). *Health psychology in Spain*. *European Review of Applied Psychology*, 44 (3), 185-193.
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S., & Martinez, M. (2010). *Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study*. *BMC Psychiatric*, 10(1), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-10-98>.
- Blay, A. (2003). *Direitos humanos e homicídio de mulheres*. Projeto de Pesquisa Integrada apoiado pelo CNPq. (www.usp.br/nemge).
- Borin, T. (2007). *Violência doméstica contra a mulher: percepções sobre violência em mulheres agredidas* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Brito, S. (2008). *A Psicologia clínica - Procura de uma identidade*. *Psilogos*, 5(1), 63-68.
- Bronisch, T. (2003). *Depression and Suicidal Behaviour*. *Crisis*, 24 (4), 179-180.
- Caligor, E.; Diamond, D.; Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2009). *The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 271-301;
- Cameirão, M. L. & Meireles, L. P. (2005). *As Perturbações Afetivas: As Perturbações Bipolares*. O Portal dos Psicólogos. Acedido em 8 de junho de 2017, em <http://www.psicologia.com.pt>;

- Cândido, S., Furegato, F; (2008), *Transtornos depressivos: um material didático para a educação a distância*, Escola Anna Nery.
- Canto, C. e Simão, L. (2009). *Relação fisioterapeuta-paciente e a integração corporeamente: um estudo de caso*, Psicologia Ciência e Profissão, 29 (2), pp. 306-317.
- Capelo, M. (2000), *Aprendizagem Centrada na Pessoa: Contribuição para a compreensão do modelo educativo proposto por Carl Rogers*. Revista de Estudos Rogerianos: A Pessoa Como Centro, nº 5. Primavera-Verão.
- Carmen E. Rieker, P.P., & Mills, T. (1984). *Victims of violence and psychiatric illness*. American Journal of Psychiatry, 141, 378-383.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2007). *Psicologia da Saúde, Contextos e Áreas de Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Casiquê, L. e Furegato, A. (2006). *Violence against women: theoretical reflections*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14, 950-956.
- Castro, M., Andrade, T. e Muller, M. (2006). *Conceito mente e corpo através da história*. Psicologia em Estudo, 11(1), pp. 39-43.
- Cavalcanti, F. (2007). *Violência doméstica contra a mulher no Brasil*. Ba, Podium.
- Censos 2011: Instituto Nacional de Estatística:
http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS.
- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cima, M., & Carvalho Teixeira, J. A. (1997). *A psicologia da saúde em Portugal – Intervenção e integração profissional*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica, Lisboa: ISPA.
- CITE – Comissão de Igualdade no Trabalho e no Emprego (2013). *Relatório sobre o progresso da igualdade entre mulheres e homens no trabalho, no emprego e na formação profissional*. Acedido a 29.04.2017 em:
http://cite.gov.pt/asstscite/downloads/Relat_Lei10_2013.pdf
- Conselho da Europa (2011). *Convenção para a Prevenção e o Combate à Violência*

Contra as Mulheres e a Violência Doméstica.

- Costa, José Martins Barra, (2003), *Sexo, Nexo e Crime: Teoria e investigação da delinquência sexual*. Lisboa: Edições Colibri.
- Costa, M. E., & Duarte, C. (2000). *Violência familiar*. Porto: Âmbar.
- Cuijpers, P., Clignet, F., van Meijel, B., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2011). *Psychological treatment of depression in inpatients: A systematic review and meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 31,353-360.
- Cunha, Jurema Alcides (2000). *Psicodiagnóstico-V*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 678 p.
- Cutler, J. M. (1989) *Criminal Law – Battered Woman Syndrome: The Killing of a Passive Victim – A Perfect Defense or a Perfect Crime? – State v. Norman*, in *Campbell Law Review*, vol. 11, issue 2, Spring, article 5, disponível em URL: http://scholarship.law.campbell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1178&context=clr&seiredir=1&referer=http%3A%2F%2Fwww.google.pt%2Furl%3Fsa%3Dt%26rct%3Dj%26as_scd=1&as_scd=1.
- Cyr, J. J., McKenna-Foley, J. M., & Peacock, E. (2010). *Factor Structure of the SCL-90-R: Is There One?* *Journal of Personality Assessment*, pp. 571- 578.
- De Marco, M. A. (2003). *Psicologia da Saúde*. In: M. A. De Marco. *A Face Humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*, (pp. 71-76). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Declaração de Alma-Ata (2011). *Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários*.
- Declaração, D.A.A. (1978). *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma-ata, URSS, 6, a12.
- Decreto-Lei 241/94, de 22 de setembro.
- Decreto-Lei nº 157/99, de 22 de setembro.
- Decreto-Lei nº 253/2012, de 27 de novembro.
- Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro.

Decreto-Lei n.º 122/97. de 20 de maio.

Del Porto (2002). *Depressão: conceito e diagnóstico*. Em J. J. Mari e cols. Atualização em Psiquiatria 1. (pp. 21-29). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Del Porto, A. (1999). *Conceito e diagnóstico*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21 (Supl.1),06-11. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>.

D'el Rey, G. J. F., & Freedner, J. J. (2006). Depressão em Pacientes com Fobia Social. *Psicologia Argumento*, 24(46),71-76.

Derogatis LR, Rickels K, Rock AF (1976) *The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale*. *British Journal of Psychiatry*; 128: 280-9.

Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R - Symptom Checklist-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.

Diniz, M. (2008). *No princípio não foi o verbo e outros textos de psicologia*. Lisboa: Edições Colibri.

Direção Geral da Saúde (2003). *Violência sobre as mulheres, crianças e adolescentes*. II Plano Nacional contra a violência doméstica. Estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as situações de violência de que são vítimas.

Direção-Geral da Saúde (2014) Portugal-Saúde Mental em Números-2014. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx>.

Direção-Geral da Saúde, DGS. Ministério da Saúde de Portugal. (2005). Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular normativa n.º 03, de 17. março, disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-03dgcg-de-17032005.aspx>.

Documento de Apoio a Estágios Académicos do Núcleo de Psicologia Clínica – DAEANPC (2013).

Doron, R., Parot, F. (1998) orgs. *Psicologia Clínica*. Dicionário de Psicologia. Vol. I. São Paulo: Ática, pp. 144-145.

- Falcke, D., Oliveira, D., Rosa, L. & Bentancur, M. (2009). *Violência conjugal: um fenómeno interacional*. Contextos Clínicos, 2 (2), 81-90. <https://doi.org/10.4013/ctc.2009.22.02>.
- Fennel, V. (1997). *Depressão*. Em Hawton, K.; Salkovskis, P.M.; Kirk, J. e Clark, D.M. *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos – um guia prático*. São Paulo (SP). Martins Fontes.
- Fernandes, F. C. P. (2002). *A mulher vítima de violência conjugal*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Ferreira, V. R. T., & Mousquer, D. N. (2004). *Observação em psicologia clínica*. Revista de Psicologia da UnC, 2 (1), 54-61.
- Flury, M., Nyberg, E. & Riecher-Rössler, A. (2010). *Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors, and consequences*. Swiss Med.
- Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*. 2ª edição. I volume. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. (1998). *Trabalhando o Legado de Rogers – sobre os fundamentos fenomenológico existenciais*. Maceió: gráfica editora Bom Conselho Ltda.
- Franco, A., Sousa, E., & Teixeira, J. A. C. (1992). *O psicólogo nos centros de saúde: dos conteúdos semânticos aos problemas de identidade*. *Análise Psicológica*, 10 (2), 205-211.
- Frutuoso, J. e Cruz, R. (2004). *Relato verbal na avaliação psicológica da dor*, *Avaliação Psicológica*, 3 (2), pp. 107-114.
- Furegato, F. (2005) *Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre académicos de enfermagem*. 401; 39(4):401-8. 402.
- Gabbard G.O. & Westen D. (2003). *Rethinking therapeutic action*. *Int. J. Psycho-Analysis*, 84: 823-841.
- Gabbard, G.O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 4ª ed., Porto Alegre, Artmed, 652 p.

- Gandum, J., Seabra, S., Lima, A., Polverente, M., & Cardoso, A. (2002). *Avaliação da depressão por endogamia com sucessivas gerações de autofecundação de abobrinha 'Pira Moita'*. Horticultura Brasileira, 20(2).
- Gleitman, H., Fridlund, A.J., & Reisberg, D. (2009) *Psicologia*. 8ª ed. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gobbi, L., Missel & Sinara, T. (1998). *Abordagem centrada na pessoa: vocabulário e noções básicas*, Editora Universitária UNISUL
- Gonçalves, R., Machado. (2005). Org. *Avaliação de crianças expostas à violência interparental em processos de separação e divórcio. Psicologia Forense. Coimbra, Quarteto Editora, pp.247-271.*
- Grevet, E. H., Knijnik, L. (2001). *Diagnóstico de depressão maior e distímia*. Revista AMRIGS, Porto Alegre, 45(3,4), 108-110.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. (Mortágua C. Trad.). Climepsi Editores, Lisboa;
- Hermann, L. (2000). *Violência doméstica: A dor que a lei esqueceu*. Considerações sobre a lei 9099/95. Campinas: Cel-Lex.
- Hilgard, E., Atkinson, R.C. (1976). *Introdução à psicologia*. São Paulo: Companhia Editora Nacional. *Mulheres agredidas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada.
- Hines, D.A., Brown, J. & Dunning, E. (2007), *characteristics of callers to the domestic abuse helpline for men*, in journal of family violence, 22, 63-72.
- Hipólito, J. (1999). Biografia de Carl Rogers. *Revista de Estudos Rogerianos*. A Pessoa como Centro. 3,1-13.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa: EDIUAL.

- Inmujeres (2003): Ley del instituto nacional de las mujeres: poder ejecutivo: secretaria de gobernación. [página da internet]. Mexico: Instituto nacional de las mujeres; em: 26. maio.2017]. Disponível em
- http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100199.pdf.
- Jens. A B. (2004). *Psychologie der Persönlichkeit* (3. Aufl.). Berlin: Springer. ISBN 978-3-540-71684-6.
- Lazar, S. (2010). The Cost-Effectiveness of Psycoterapy in the treatment of Depression. *Integrating Science and Practice*, 1 (2), 26-31.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica: técnica, teoria e clínica*. Fim de Século: Lisboa.
- Leal, I., Pimenta, F. & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas*. Placebo Editora: Lisboa.
- Licínio, J. et al. (2007). *Biologia da depressão*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2007.
- Lima, F. (2008). Alguns apontamentos sobre a origem das psicopatologias fenomenológico-existenciais. *Revista de Abordagem Gestáltica*, Goiânia, v.14, nº 1.
- Lipsky, S., & Caetano, R. (2009). *Definitions, surveillance systems, and the prevalence and incidence of intimate partner violence in the United States*. In.
- Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L., Nóvoa, António, Barros, Pedro P.; Silva, Sofia Marques da; Roque, Ana; Amândio, Sofia (2006). *Prevenir ou Remediar – Os Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres*. Lisboa: Colibri.
- Lisso, W. (2009). *Vencendo a depressão*. São Paulo: Ed. Ebm.
- Loeber, R., & Hay, D. F. (1994). *Developmental approaches to aggression and conduct problems*. In M. Rutter & D. F. Hay (Ed.), *Developmental trough life: A handbook for clinicians*. Boston: Blackwell Scientific.
- Macedo, S. (1984). *Psicologia, instituição e comunidade: problemas de atuação do psicólogo clínico*. In: Macedo, R. M. S. (org.). *Psicologia e Instituição*. Novas formas de atendimento. São Paulo: Cortez.

- Machado, C., Gonçalves, M., & Vila-Lobos, A. J. (2002). *Crianças expostas a múltiplas formas de violência*. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Ed.), *Violência e vítimas de crimes, II: Crianças*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Machado, C., Gonçalves, Rui, A. (2003), *Violência e Vítimas de Crimes*. Coimbra: Quarteto.
- Machado, C., Matos, M. & Moreira, A. I. (2003). *Violência nas relações amorosas: Comportamentos e atitudes na população universitária*. *Psychologica*, 33, 69-83.
- Machado, Carla; Matos, Marlene; Gonçalves, Miguel M. (2006) - Manual da escala de crenças sobre violência conjugal (E.C.V.C.) e do inventário de violência conjugal (I.V.C.): escalas de avaliação e manual. Braga: Psiquilíbrios.
- Magalhães, T. (2010). *Violência e abuso*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press.
- Manita, C. (2008). *Programas de intervenção em agressores de violência conjugal: Intervenção Psicológica e prevenção da violência doméstica*. Ousar integrar: *Revista de Reinserção Social e Prova*, 1(1), 21-32.
- Margolino, G., Gordis, E. B., Oliver, P. H., & Raine, A. (1995). A physiologically based typology of batterers: Promising but preliminary. *Journal of Family Psychology*, 9(3), 253.
- Marks, D. F. (1996). Health psychology in context. *Journal of Health Psychology*, 1, 7-21.
- Marques, J. H. F. (1994). *Lugar da psicologia na ciência e na universidade*. In Abertura do ano académico na Universidade de Lisboa: Sessões solenes 1986/87 a 1992/1993 (Ed.) (pp. 143-153). Lisboa: Reitoria da Universidade de Lisboa.
- Marques, M. E. (1999). *A psicologia clínica e o Rorschach*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Marques-Teixeira, J. (2001). *Comportamento criminal. Perspectiva biopsicológica*. Lisboa.

- Martins, A. (2012). *O universo: teorias sobre sua origem e evolução*. São Paulo: Editora Moderna.
- Martins, L. (2011). *Obesidade e morbidade psicológica: psicopatologia, alterações de personalidade, autoconceito, estratégias de coping em obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica*. Braga, Portugal.
- Matarazzo, J. D. (1980). *Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology*. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>.
- Matos, B. (2006). *Dos maus tratos a cônjuge à violência doméstica: um passo à frente na tutela da vítima*. *Revista do Ministério Público*, 107, pp.
- Matos, M. (2002). *Violência conjugal*. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords.), *Violência e vítimas de crimes*, Vol. I: Adultos (pp. 81-130). Coimbra: Quarteto.
- McCue, L. M. (2008). *Domestic Violence: A Reference Handbook*. (2nd Ed.). Santa Barbara: ABC Clio.
- Menezes, R. L. D., & Bachion, M. M. (2008). *Study of intrinsic risk factors for falls in institutionalized elderly people*. *Ciencia & saude coletiva*, 13(4), 1209-1218.
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Erard, R. E., & Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System: Administration, coding, interpretation, and technical manual*. Toledo, Ohio: Rorschach Performance Assessment System.
- Ministério da Saúde (1997). *A saúde dos portugueses/1997*. Lisboa: disponível em em: <https://www.dgs.pt/>.
- Ministério da Saúde (2007). *Plano Nacional de Saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/>.
- Ministério da Saúde (2009). *Plano Nacional de Saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/>.
- Miranda, A. (2013). *O que é Psicologia Clínica? Psicologado*.

- Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M., & Caballo, V.E. (2001). *Psicologia da Saúde: intervenções em hospitais públicos*. In: B. Rangé (org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, (pp.463-474). Porto Alegre: Artmed.
- Monteiro, M. & Ribeiro dos Santos, M. (1999). *Psicologia*. Porto: Porto Editora;
- Mora, P. (2012). Relatório de estágio académico na Liga dos Combatentes e Escola Profissional – ASAS. Universidade Autónoma de Lisboa: Repositório Institucional Camões. Retriew from: <http://repositorio.ual.pt/handle/11144/178>.
- Moreira, V. (2010). Revisitando *as fases da Abordagem Centrada na Pessoa*. Estudos de Psicologia. Campinas, v.27, nº4, p.537-54.
- Mucchielli, A., & Mucchielli, R. (1969). *Lexique de la psychologie*. Paris: Editions Sociales Françaises.
- Mueller, F. (2001). *História da psicologia*. Publicações Europa-América: Paris.
- Myers, G. (2008). *Psychologie*. P.11-12. Heidelberg: Springer. ISBN 978-3-540- 79032-7 (Original: Myers (2007). *Psychology*, 8th Ed. New York: Worth Publishers.)
- Neves, S., Nogueira, C. (2004). *Terapias feministas, intervenção psicológica e violência na intimidade: uma leitura feminista crítica*. Psychological, 36, 15-32.
- Neves, Sofia, Cunha, Carla, Grangeia, Helena, & Correia, A. (2015). *Grupos de reflexão e ação: uma intervenção psicoterapêutica feminista com mulheres vítimas de violência na intimidade*. Ex aequo, (31):13-28.
- Nice - National Institute for Clinical Excellence (2010). *Depression: management of depression in primary and secondary care* -NICE guidance. National Institute for Clinical Excellence.
- Nunes, O. (1997), *Valores e reorganização do self. Estudo exploratório realizado numa comunidade terapêutica carismática de toxico-dependentes*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Nunes, O. (1999). *Uma Abordagem Sobre a Relação de Ajuda*. In A Pessoa Como Centro. Revista de Estudos Rogerianos (Nº 3). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Counselling.

- Oestergaard S., Moldrup, C. (2011) *Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: A metaanalysis*. J Affect Disord. 2011;131(1-3):24– 36.
- OMS (1993), *Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres*, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua resolução 48/104.
- OMS (2001). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Recuperado em 10 de jul. 2017: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>
- OMS (2002). *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*.
- OMS (2012). *Saúde pública ação para prevenção de suicídio*. Genebra.
- Ornduff, S. R., Kelsey, R. M., & O’Leary, K. D. (1995). *What do we know about typologies of batterers?* Journal of Family Psychology, 9(3), 249.
- Pacheco, J. E. (2005). *A pessoa humana e a doença*. Educação Ano. XXVIII, 1 (55) janeiro/abril, 31-44. Porto Alegre.
- Pagelow, D. (1984). *Family violence*. New York: Praeger.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2003). *Abuso no relacionamento íntimo: Estudo de prevalência em jovens adultos portugueses*. Psychologica, 36, 75-107.
- Papadopoulos, L., & Bor, R. (1998). *Psychological counselling in primary health care: a review*. In Petruska Clarkson (Ed.), *Counselling psychology: Integrating theory, research and supervised practice* (pp. 119-133). London and New York: Routledge.
- Papalia, D. E., Feldman, R.D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. Tradução Daniel Bueno. 12.ed. Porto Alegre: AMGH editora.
- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Sengoz, A., Boyce, P., Mitchell, P., Wilhelm, K., & Brodaty, H. (1994). *A brief self-report depression measure assessing mood state and social impairment*. Journal of affective disorders, 30(2), 133-142.
- Paulino, L., & Brites, R. (2001). *O paradigma rogeriano da pessoa como centro: na perspectiva da liberdade pessoal*, 7. Revista: A pessoa como centro.

- Pereira, A., Matos, M., & Machado, C. (2006). *Violência sexual na conjugalidade: um estudo exploratório sobre as narrativas da vítima*. *Psychological*, 41, 119-150.
- Pereira, S.G., & Saraiva, C.B. (2014). Perturbações depressivas. In C.B.Saraiva & J. Cerejeira (Coords.). *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Pérez Sánchez, L., & Beltrán Llera, J. (2006). *Dos décadas de inteligencias múltiples: implicaciones para la psicología de la educación*. *Papeles del psicólogo*, 27(3).
- Perrot, R. (1994). *Working with men who abuse women and children*. In L. Lupton & T. Gillespie (Ed.), *Working with violence*. London: McMillan.
- Pesce, R. (2009). *Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão de literatura*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 507-518.
- Pinto, A. (2002). *Uma leitura comentada de dois artigos de J. Ferreira Marques sobre a Psicologia em Portugal e uma reflexão sobre cenários futuros*. In *Homenagem ao Prof. Doutor J. Ferreira Marques*. Lisboa: Stória Editores 23-38.
- Portaria 394-B/2012, de 29/11 – Formação dos Agrupamentos do Centros de Saúde.
- Porto, J.A. D (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-11.
- Portugal, S. (2003). *De que falamos quando falamos de Violência Doméstica?* In Fonseca, L., Soares, C. e Vaz, J. (s.d) *A Sexologia: Perspectiva multidisciplinar II*, 199- 214. Quarteto Editora: Coimbra.
- Queirós, C. (1997). *A importância das abordagens biológicas no estudo do crime*. *Revista do Ministério Público*, 69, 37-53.
- Raskin, N. (1998). *O Desenvolvimento da Terapia Não diretiva*, in *A Pessoa como Centro* - Revista de Estudos Rogerianos, Nº. 1, maio.
- Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde (2014) <https://www.sns.gov.pt/home/relatorios-de-acesso-cuidados-de-saude/>.
- Ribeiro, J P, & Leal, I. (1996). *Psicologia clínica da saúde*. *Análise Psicológica*, XIV (4), 67-77.

- Ribeiro, J P, & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, XIV (4), 67-77.
- Ribeiro, J. (1989). *A intervenção psicológica na promoção da saúde*, *Jornal de Psicologia*, 8 (2), pp. 19-22.
- Rodriguez-Marín, J. (1995). *Psicologia Social de la Salud*. Madrid: Síntesis. Online em 20.06.2017: <http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1516-08582005000200002&caller=pepsic.bvsalud.org&lang=pt>
- Rogers, C. & Wood, J. (1994). *Abordagem centrada na pessoa*. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida e Universidade Federal do Espírito Santo.
- Rogers, C. (1956). *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*, 21. *University of Chicago: Journal of Consulting Psychology*.
- Rogers, C. (1975). *A protection motivation theory of fear appeals and attitude change*. *The journal of psychology*, 91(1), 93-114.
- Rogers, C. (1977). *Definições das noções teóricas*. Em Carl Rogers & Marian Kinget (Eds.), *Psicoterapia e relações humanas*, pp. 157-179, vol. I. Belo Horizonte: Interlivros.
- Rogers, C. (1978). *The foundations of the person-centered approach* California: Center for studies of the person.
- Rogers, C. (1983). *Um jeito de ser*. São Paulo: E.P.U.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa*. 7ª Edição. Lisboa. Moraes Editores.
- Rogers, C. (1989). *Sobre o Poder Pessoal*, 3ª. Edição, S. Paulo, Martins Fontes Editora.
- Rogers, C. (2004). *Terapia centrada no cliente*. (S. V. Longa, Trad.) Lisboa: Edual. (Obra original publicada em 1951).
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. (E. Letras, Trad.) Lisboa: Padrões Culturais. (Obra original publicada em 1961).
- Rorschach, H. (1921/1978) *Psicodiagnóstico: métodos e resultados de uma experiencia diagnóstica de percepção (interpretação de formas fortuitas)*. São Paulo: Mestre Jou.

- Rosmaninho, T. (2005). *Violência doméstica manual para os média: informar para mudar* (cord.).
- Ruiloba, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (4ª ed.). Barcelona. Psychologica, 11, 7-44.
- Santos, B. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa – Relação Terapêutica e saúde mental na reabilitação física (Master's thesis).
- Schmidt, L. R. (1994). *A psychological look at public health: Contents and methodology*. In S. Maes, H. Leventhal & M. Johnston (Eds). International Review of Health Psychology (vol. 3, pp. 3-36). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Schotte, C. K.W., Bossche, B.V.D., Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). *A biopsychossocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression*. *Depression and Anxiety*, 23, 312-324.
- Silva, D., E. M.; Hutz, (2002) S. *Abuso infantil e comportamento delinquente na adolescência: prevenção e intervenção*. In: Hutz, C. S. (org). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. São Paulo: Casa do psicólogo, p. 151-85.
- Silva, L. (1991). *A defesa tem a palavra*. 3ª ed., Rio de Janeiro, Aide Editora.
- Simões, M. (1994). *Notas em torno da arquitectura da avaliação psicológica*.
- Soares, P. (2007). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia: contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna da Universitat Ramon Llull.
- Stablon (1999/2000). *Conhecer melhor...a depressão*. Stablon Brochura Farmacológica, 1
- Stanko, E. (1990). *When precaution is normal: A feminist critique of crime prevention*. In L. Geltsthorpe & Morris (Ed.), *Feminist perspectives in criminology*. Open University Press.

- Tavares, F. (2008). *Das lágrimas à esperança: O Processo de Fortalecimento das mulheres em situação de violência doméstica*. 235 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- Teixeira, J. A. C. (2002). *Psicologia da saúde em Portugal: panorâmica breve*. *Análise Psicológica*, 20 (1), 165-170.
- Teixeira, J. A. C., & Trindade, I. (1994). *Psicologia da saúde nos cuidados primários*. *Análise Psicológica*, 12 (2/3), 345-348.
- Teixeira, J. A. C., & Trindade, I. (2012). *Psicologia em serviços de saúde Intervenção em centros de saúde e hospitais*.
- Teixeira, J.A. Carvalho. (2007). *A psicologia e o Centro de Saúde do século XXI*. *Análise Psicológica*.
- Teng, C.T., Humes, E.C., & Demetrio, F. N. (2005). *Depressão e comorbilidades clínicas*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3).
- Teodoro, W. (2010) *Depressão: corpo, mente e alma*. Uberlândia. Revisão Ivalda de Fátima Oliveira. 3^a Edição
- Thompson, C. (2010) – *Affective disorders*. The Instruments of Psychiatric Research. London.
- Tijeras, J., Rodríguez, J. & Armenta, M. (2005). *Teoría y descripción de la violencia doméstica. Programa terapéutico para maltratadores del ámbito familiar en el centro penitenciario de Pamplona*. *Anuario de Psicología Jurídica*, vol. 15, enero-diciembre, pp.
- Trevisan, J. (2004) *Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador*. *Rev. Psiquiatria*. Rio Gd. Sul vol.26, n.3, pp. 319-328. ISSN 0101-8108. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=14132478&lng=pt&nr=is
o>.

- Trindade, I. & Teixeira, J. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 1 (18), 3-14.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi Editores (2ª edição).
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (1997). Estágios de Psicologia no sistema de cuidados de saúde primários: Objetivos dos estágios em centros de saúde. *Análise Psicológica*, 319-321.
- Trindade, I., Carvalho Teixeira, J. A. (1998). *Intervenção psicológica em centros de saúde: O psicólogo nos cuidados de saúde primários*. *Análise Psicológica*, 16 (2), 217-229.
- Yllo, K. A. (1993). «Trough a feminist lens: gender, power and violence», in R. J. Gelles e D. R. Loseke (eds.), *Current Controversies on Family Violence*: Sage. Newbury Park, pp. 31-46. Publishing Company.
- Walker, L. (1979). *The battered woman*. New York: Harper and Row.
- Walker, L. E. A. (2009). *The battered woman syndrome*. New York: Springer
- Whitaker, D. J., et. al. (2007) «Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence», in *American Journal of Public Health*, vol. 97 (Maio), n. ° 5, pp. 941–947.
- Widlöcher, D. (1983). *Logiques de la Depression*. Paris: Fayard.
- Wilson, M.& Daly, M. (1992). *The Man Who Mistook his Wife for Chattel*. In Barkow, J., Cosmides, L. & Tooby, J. (no prelo). *The Adapted Mind* (pp. 289-322). New York: Oxford University Press.
- Wittchen, H., Kessler, C., Beesdo, K., Krause P, Höfler M., Hoyer J. (2012). *Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management*. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63(Suppl 8): 24-34.

Wynter, E. (2001). *La violencia desde una perspectiva de género*. Rev Enfermeras 2001; 37(1-2):23-6.

Zimbardo, G. & Gerrig, J (2004). *Psychologie*. Munique: Pearson. ISBN 3-8273-7056-6; Original: (2002). *Psychology and Life*. Boston: Allyn and Bacon.)

Zuleta, F. (2006), *From Pain to Violence- the Traumatic Roots of Destructiveness* 2nd Edition by Felicity de Zuleta (ISBN: 9780470019368) from Amazon's Book Store. Everyday low prices and free delivery on eligible orders.