



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM RELAÇÃO DE AJUDA E INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

“DESCRIÇÃO DE UM PERCURSO RUMO AO FUTURO”

(Relatório de estágio de Mestrado)

Maria Teresa Ribeiro da Silva Seia – N° 20091281

Seminário de estágio dirigido por: Prof^a Doutora Odete Nunes

Doutora Mónica Pires

Dra. Cláudia Castro

Universidade Autónoma de Lisboa

Orientador de elaboração de relatório de estágio: Doutor Tito Laneiro

Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Julho de 2013

Agradecimentos

A todos os professores do Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, sem excepção, que me guiaram até este momento e provavelmente mais além.

Um agradecimento especial ao Prof. Doutor Tito Laneiro, pelo seu acompanhamento, orientação e paciência na fase da elaboração do relatório.

À minha família, pelas minhas ausências e desencontros. E aos amigos pelos mesmos motivos.

Aos coordenadores das respectivas Instituições, Escola Superior de Educação de Lisboa, Escola Profissional de agentes de Serviço e Apoio Social, projecto Eu Amo SAC e projecto +Vida, por me terem recebido, aceite e apoiado.

Às pessoas que acompanhei, pela oportunidade de demonstrar as minhas capacidades, por me terem permitido crescer e desenvolver e por terem confiado em mim.

“ Tao nada faz,
mas nada deixa por fazer.

Se os homens poderosos
pudessem centrar-se nele,
todo o mundo seria transformado
por si próprio, no seu ritmo natural.

Quando a vida é simples,
o fingimento desaparece;
as nossas naturezas essenciais revelam-se.

Sem desejo, existe calma,
e o mundo endireita-se por si.

Quando há silêncio,
encontramos em nós a âncora do Universo.”

Lao-Tzu, Versículo 37

Tao Te Ching

Resumo

O presente relatório de estágio pretende descrever o processo de crescimento e amadurecimento pessoal e profissional adquirido ao longo dos últimos anos de formação académica e prática, chegando que foi o momento de aplicar os conhecimentos obtidos.

Inserido na Unidade Curricular de Estágio, pretende-se desta forma a obtenção do título de mestre em Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica.

O estágio foi repartido por quatro instituições, duas escolas, Escola Superior de Educação de Lisboa - ESE e Escola Profissional de agentes de Serviço e Apoio Social – EP-ASAS, onde a população maioritariamente adolescente nos permitiu facultar sessões de relação de ajuda, oferecendo-lhes um espaço só seu, num clima seguro e caloroso, onde se sentissem acompanhados, aceite e compreendidos.

Nas duas instituições de solidariedade social, projecto Eu Amo SAC e + Vida, para além dos atendimentos individuais a crianças, jovens e adultos, também integramos uma equipa de rua de apoio a pessoas sem-abrigo da cidade de Lisboa e zona oriental.

A conjugação dos conhecimentos teóricos e a prática da relação de ajuda e intervenção terapêutica, permitiu-nos construir e consolidar uma identidade profissional como psicóloga sob as directrizes da abordagem centrada na pessoa, com profundos fundamentos humanistas.

Palavras chave: Abordagem centrada na pessoa; relação de ajuda; desenvolvimento da personalidade, ansiedade; sem-abrigo.

Abstract

This internship report is intended to describe the process of growth and maturation personal and professional acquired over the last few years of academic training and practice, when it's called to apply all the knowledge obtained.

Inserted in the course of internship, aiming to obtain the title of master degree in Help Relationship and Therapeutic Intervention.

This internship had place in four institutions being two schools - Escola Superior de Educação de Lisboa (ESE) and Escola Profissional de Agentes de Serviço – EP (ASAS) where the population is mostly young teens. This allowed us to provide sessions in help relationship, offering them a space of their own in a safe and hearty environment, where they can feel accompanied, accepted and understood.

In the two social wealthcare institutions, Eu Amo SAC and +Vida, beyond the personal consultations with children, youngs and adults, we also integrated a team which gives support to homeless people in Lisbon, city and oriental surroundings.

The gathering between teorics and the practic in the help relationship and therapeutic intervention allowed us to build and consolidate a professional identity as psychologist under the guidelines of an person-centered approach, with deep humanistic fundaments.

Key Words: Person-Centered Approach; help relationship; personality development, anxiety;homeless.

“DESCRIÇÃO DE UM PERCURSO RUMO AO FUTURO”

Índice

Resumo.....	III
Abstract	IV
1. Introdução.....	5
2. Abordagem Centrada na pessoa	8
3. O desenvolvimento da personalidade segundo Rogers.....	10
4. A terapia centrada no cliente.....	12
4.1. A tendência actualizante	13
4.2. A não-directividade	15
4.3. As seis condições necessárias e suficientes	16
5. A Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica	20
6. Um olhar sobre a ansiedade	22
7. Apresentação das instituições.....	23
7.1. Escola Superior de Educação de Lisboa (ESE)	23
7.2. Escola Profissional de Agentes de Serviço e Apoio Social.....	25
7.3. Eu Amo SAC.....	26
7.4. + Vida.....	28
8. Actividades nas instituições	30
8.1. Trabalho Directo.....	30
8.2. Trabalho indirecto na ASAS.....	31
8.3. Trabalho indirecto no Eu Amo SAC	31
8.4. Trabalho indirecto no +Vida.....	32
9. Actividade na instituição + Vida	32
10. Conceito de sem-abrigo	43
11. Uma visão holística da pessoa – vulnerabilidades	48
12. Reflexão sobre a experiência com as pessoas sem-abrigo	50
13. Apresentação de casos.....	55
13.1. Caso A.....	55
13.1.1. Anamnese.....	56
13.1.2. História clínica	56
13.1.3. Descrição das sessões	57
13.1.4. Reflexão sobre o caso A	69
13.2. Caso B.....	71

13.2.1.	Anamnese.....	72
13.2.2.	Sessões de aplicação de testes.....	73
13.2.3.	Análise de resultados	74
13.2.4.	Conclusão da avaliação psicológica:.....	79
13.2.5.	Reflexão sobre o caso B.....	80
13.3.	Caso C	82
13.3.1.	Anamnese.....	82
13.3.2.	História Clínica.....	83
13.3.3.	Descrição das sessões	83
13.3.4.	Reflexão sobre o caso C.....	93
14.	Breve reflexão sobre o estágio.....	94
15.	Conclusão	95
16.	Referências bibliográficas	98

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 – Acompanhamentos individuais na ESE.....	30
Ilustração 1 – Acompanhamento individuais na ASAS.....	31
Ilustração 2 – Acompanhamentos individuais no Eu Amo SAC.....	31
Ilustração 3 – Acompanhamentos individuais + Vida.....	32
Ilustração 4 – Scatter – Avaliação Cognitiva WAIS-III	76
Ilustração 5 – Gráfico de Curva de Trabalho – Toulouse-Piéron.....	77
Ilustração 6 – Gráfico de Desempenho – Toulouse-Piéron.....	78

1. Introdução

Tendo como ponto de partida o desejo de comprovar as ligações entre o conhecimento teórico e a sua aplicação prática, foram-nos propostos e aceites dois locais de estágio, nomeadamente Escola Superior de Educação de Lisboa – ESE e Escola Profissional de agentes de Serviço e Apoio Social – EP-ASAS, também auto propostas duas instituições de solidariedade social sem fins lucrativos, Eu amo SAC, um projecto financiado pelo Programa Escolhas e promovido pela ABA que Conta com a participação de todas as Escolas da Freguesia, da Câmara Municipal de Loures, da Junta de Freguesia, da CPCJ de Loures, da Igreja Reviver e do IPJ; e a associação +Vida, implementada pela associação Vida Abundante.

As duas primeiras instituições abrangem uma população de estudantes maioritariamente adolescentes e jovens adultos. No entanto, o GAPS – Gabinete de apoio psicológico, no qual se insere especificamente o estágio, também está a aberto ao acompanhamento de professores, colaboradores e familiares de alunos e profissionais das respectivas escolas.

Dadas as características da faixa etária dos alunos de ambas, e de acordo com os casos apresentados, as problemáticas sobre as quais irão incidir as pesquisas bibliográficas iniciais prendem-se na sua maioria com auto-estima, ansiedade, depressão, vistas sob a perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa.

Pretende-se com o estudo destes casos práticos, conseguir acrescentar algo às investigações já existentes enriquecendo-as com as experiências daí retiradas, para além da comprovação das mesmas.

De referir ainda que o Coordenador deste estágio nas duas instituições foi o Professor Doutor João Rosas, de quem recebemos todo o acolhimento e apoio necessário à integração, apesar de haver formas de interacção diferentes em cada uma delas.

Na ESE, existe um gabinete exclusivamente para utilização do acompanhamento, cujas marcações são feitas directamente com a estagiária por telefone ou endereço electrónico, a divulgação dos serviços prestados foi para os destinatários por correio electrónico e afixados por toda a escola em locais estratégicos, cartazes com a informação. Nesta instituição foi-nos dada toda a liberdade de actuação de acordo com o que nos parecesse mais pertinente e adequado, no entanto, pretendeu propor-se como actividades enriquecedoras a organização de conferências, seminários ou *workshops* que se enquadrem nas problemáticas comuns à população visada, como também funcionem como esclarecimento e desmistificação do papel do psicólogo, que nunca chegou a verificar-se por impossibilidade de horários compatíveis para o efeito.

Relativamente à ASAS, para além do coordenador também a Directora da Escola Doutora Conceição Brites nos recebeu de forma calorosa e com uma atitude colaborante e muito activa, nomeadamente no acompanhamento da estagiária na sua apresentação aos alunos, professores e funcionários. Nesta instituição foi-nos solicitada a nossa presença em permanência durante um dia da semana que ficou estabelecido que seria à sexta-feira. Esta diferença de actuação prende-se com as diferenças de população que apesar da mesma faixa etária manifesta maiores dificuldades em termos sociais, não apresentado a mesma capacidade de autonomia ou gestão de dificuldades, sendo mais proveitosa a presença permanente da estagiária de modo a facilitar uma maior procura imediata do que a expectativa de uma marcação prévia. Esta situação esteve sob

avaliação para que se conseguisse uma leitura mais clara e objectiva das necessidades demonstradas, mas o facto é que se manteve até ao final do estágio.

Pretendeu igualmente propor-se a organização de conferências, seminários ou *workshops* nesta instituição, que nunca chegou a concretizar-se por falta de disponibilidade da própria instituição devido à carga horária dos alunos.

Esta experiência demonstrou-se de uma riqueza, mudança, ampliação de conhecimentos e crescimento pessoal e profissional que se espera seja sempre a aumentar até ao cumprimento dos objectivos pretendidos.

No projecto Eu Amo Sac, realizámos várias actividades em colaboração com a sua coordenadora a Dra. Erica Mira, desde co-facilitação de grupos de jovens adolescentes, grupos de pais e atendimentos individuais a jovens e adultos.

Sendo uma instituição com o objectivo de um acompanhamento psicossocial de jovens residentes na freguesia de Santo António dos Cavaleiros, tem igualmente como beneficiárias as respectivas famílias como agentes do desenvolvimento e formação destes mesmos jovens sob a forma de apoio domiciliário, formação parental e conferências de pais.

No projecto + Vida, integrado na Associação vida Abundante, cuja coordenadora foi a Dra. Lúcia Ferreira, fizemos atendimentos individuais a crianças, jovens e adultos pertencentes à comunidade residente na zona oriental de Lisboa e integramos uma equipa de rua de apoio a pessoas sem-abrigo, proporcionando a possibilidade de um acompanhamento psicológico caso o pretendam, numa atitude activa de ir ao encontro destas pessoas numa tentativa de lhes proporcionar um tipo de experiência de relação de ajuda e confiança. Tendo em conta a destruturação das suas relações e desacreditação nas respostas institucionais e na comunidade, procuramos partir do princípio de nos colocarmos numa posição não invasiva, demonstrando capacidade de escuta, atitude de

interesse e respeito pela pessoa e a sua situação no momento. Desta forma tentamos estabelecer uma relação de confiança dando-lhes a liberdade de falar sem constrangimentos e assim ser uma fonte de apoio emocional para outras possíveis mudanças.

Ainda para efeitos informativos e pela pertinência da questão, se declara que este relatório não é feito à luz do novo acordo ortográfico.

2. Abordagem Centrada na pessoa

Considerada por Carl Rogers (Wood, 2008, p. 14) como uma “forma original de abordagem, estruturadora da prática bem sucedida, em diversas actividades”, a ACP é acima de tudo “Um jeito de ser” (Rogers, 1980).

Desta forma Rogers (1980), refere que à medida que o tempo passava se apercebeu e consolidou duas tendências que constituem a base fundamental da ACP, sendo estas a tendência à realização, uma característica dos seres vivos e a tendência formativa, característica do próprio universo. Assim sendo, o autor baseia-se na confiança da existência de um movimento em direcção a uma realização construtiva e uma tendência natural a um desenvolvimento mais completo e complexo, ou seja, à busca activa de um funcionamento pleno, em todos os seres vivos e todos os organismos.

Em poucas palavras, Rogers (1980, p.38) resumiu uma das hipóteses basilares da ACP da seguinte forma: “Os indivíduos possuem dentro de si vastos recursos para a autocompreensão e para a modificação de seus autoconceitos, das suas atitudes e do seu comportamento autónomo. Esses recursos podem ser activados se houver um clima, passível de definição, de atitudes psicológicas facilitadoras.” Retomaremos o tema das atitudes facilitadoras num próximo capítulo, intitulado as seis condições necessárias e suficientes.

Esta capacidade inerente aos seres vivos e organismos chegou aos nossos dias com a denominação de tendência actualizante o que na (ACP) significa o constante desenvolvimento das potencialidades da pessoa de forma a assegurar a sua preservação e desenvolvimento integral na direcção do seu crescimento (Rogers & Kinget, 1975).

Neste ponto convém esclarecer que a tendência actualizante repercute-se tanto na dimensão ontogénica como filogenética, se bem que a hipótese primordial não assente no desenvolvimento físico do organismo, torna-se necessário estabelecer a dialética entre esse desenvolvimento e o desenvolvimento do *self*, (que preferimos não traduzir, por não existir um termo em português que o descreva de forma completa) que abarcam todos os factos e experiências do seu campo fenomenológico reconhecidos como estando relacionados com o *self* ou autoconceito (Rogers & Kinget, 1975).

Desta forma, a tendência actualizante não só permite a confirmação do *self*, como por outro a preservação do organismo, facultando assim, a congruência entre a experiência vivenciada e a sua simbolização, ou seja, quando a experiência simbolizada traduz fielmente as experiências do organismo, poderá significar que essa pessoa tem um comportamento ajustado, com maturidade e com um funcionamento pleno. Pelo contrário, quando existe uma dissonância (ou comumente incongruência) entre o campo fenomenal (*self real*) e o *self* ideal, existe um desajustamento que origina estados de ansiedade, depressão, angústia, o que por sua vez afecta a personalidade e o seu desenvolvimento (Capelo, 2000).

De referir que para Rogers a concepção de *Self* é igualmente basilar na sua abordagem e descreve-o como sendo a forma como a pessoa se percepção a si própria, as relações com o outro, com o meio, com a vida de forma geral, bem como os seus valores, em conjunto com um autoconceito realista ou idealizado (Nye, 2000).

No entanto, é difícil encontrar nos escritos de Rogers uma definição concreta do conceito de *self*, pois como se percebe do estudo mais aprofundado ao autor, este, nunca teve muita preocupação em descrever conceitos de forma rígida mantendo sempre abertura a um processo contínuo de evolução baseado na experiência e no estudo dos casos práticos (Góis & Brites, 2003/2004).

Segundo Góis e Brites (2003/2004), é possível descrever-se uma estrutura e organização funcional do *self* como possuindo vários componentes que possibilitam uma unidade funcional e adequadamente eficaz permitindo à pessoa um crescimento saudável e harmonioso.

Como sendo: a autoconsciência, a partir da qual a pessoa adquire a consciência de si mesmo como ser que existe, único e que sente quer estímulos internos como externos que lhe permitem uma autopercepção mental e uma consciencialização da própria consciencialização; o autoconceito que permite ao *self* percepcionar uma imagem e uma avaliação de si, presente ao longo da vida como um processo dinâmico de crescimento e adaptação às experiências vividas, sem no entanto alterar a sua identidade; e o autocontrolo ou autodomínio, associado aos dois conceitos antecedentes, permite de uma forma saudável que a pessoa tenha autonomia e a consciência dessa autonomia, sem menosprezar os factores externos, mas tomando para si o poder e a capacidade de identificar e decidir sobre as suas próprias necessidades (Góis & Brites, 2003/2004).

3. O desenvolvimento da personalidade segundo Rogers

Apesar de, aparentemente, Rogers (Hall, Lindzey, & Campbell, 2000) não valorizar os constructos estruturais da personalidade, o facto é que relevou na sua abordagem a mudança e o desenvolvimento da mesma, sob a forma de conceitos de organismo e *self*. O organismo, psicologicamente gerado é considerado o âmago de toda a experiência, ou

seja, tudo o que sucede dentro do organismo a todo o momento e que se encontra potencialmente disponível à consciência, constituindo desta forma o campo fenomenal da pessoa. Este campo fenomenal é a estrutura de referência da pessoa, por sua vez subjectivo e só ela própria a conhece e sente, sendo apenas acessível ao outro através da compreensão empática, mas jamais totalmente conhecida pelo outro.

De referir que consciência e campo fenomenal não têm o mesmo significado pois, a consciência é a simbolização das experiências, ora, para Rogers (Hall et al., 2000), sendo o campo fenomenal constituído pelas experiências simbolizadas e não simbolizadas, pode também reagir a experiências não simbolizadas, levando a pessoa a ter comportamentos desajustados ou ficar incongruente, com consequências para o desenvolvimento saudável da pessoa e originando uma estagnação causadora de “sérios desconfortos psicológicos” (Nye, 2000).

Ainda segundo o modelo de Rogers, as avaliações feitas pelos outros, têm uma influência primordial no funcionamento pleno ou congruente da pessoa. Ele observou que se a pessoa experienciasse a todo o momento uma aceitação positiva incondicional dos outros, não teria necessidade de desenvolver condições de valor e a sua auto-estima seria incondicional, desta forma não havendo lugar a uma dissociação da avaliação organísmica (Hall et al., 2000).

Esta avaliação organísmica pode traduzir-se no facto da pessoa sentir-se livre para organizar e aceitar as suas experiências da forma como entende e não como pensa ser conveniente para o outro, ser autêntica, não tendo de renunciar às suas convicções para que seja aceite pelos outros. Todo este funcionamento foi investigado por Rogers, particularmente durante a infância e qual o seu efeito ao longo da vida da pessoa incluindo a qualidade das relações com os outros (Hall et al., 2000).

Para Rogers (Schultz & Schultz, 2005), uma pessoa plenamente funcional ou psicologicamente saudável apresenta determinadas características:

- Disponibilidade mental para aceitar o novo e qualquer tipo de experiência;
- Tendência a viver inteiramente todos os momentos;
- *Locus* de controlo interno sem ter de esperar orientações do outro;
- Sentimento de liberdade de acções e pensamentos;
- Criatividade; e
- Persistência na maximização do seu potencial.

4. A terapia centrada no cliente

A terapia centrada no cliente desenvolvida por Rogers, é na sua essência, o processo que confirma os pressupostos da sua abordagem (Bozarth, 2001).

De acordo com a terapia centrada no cliente, a pessoa tem a liberdade de decidir qualquer caminho, esta liberdade permite-lhe de alguma forma escolher o caminho mais positivo e construtivo só explicável pela natural tendência inerente aos organismos, em direcção ao crescimento e desenvolvimento pleno das suas potencialidades (Rogers, 1986b, p.127, citado por Bozarth, 2001).

No período compreendido entre os anos de 1940 e 1950, Rogers no seu livro *Psicoterapia e consulta psicológica*, (1974), destacava a gradual aquisição por parte do cliente do insight sobre si mesmo e sobre a situação. Apelidando esta Terapia como Não- Directiva, o papel do terapeuta baseava-se na ajuda ao cliente, a esclarecer os seus sentimentos e percepções numa atitude em que criava um clima não autoritário, permissivo, deixando ao cliente a liberdade de prosseguir ao seu próprio ritmo pessoal, escolhendo a direcção a seguir (Rogers, 1974).

Mas Rogers ao longo do tempo foi reflectindo e evoluído na sua teoria, conforme o próprio afirma (1980, p. IX) “Às vezes fico atônito com as mudanças que ocorreram em minha vida e em meu trabalho”. De acordo com esta afirmação, Rogers registou uma mudança relativamente ao impacto das técnicas, privilegiando as atitudes e a relação (Hipólito, 2011).

Após este período, Rogers que ao longo da sua vida vivenciou um processo fluido e em mutação rumo à evolução da sua teoria e aplicabilidade, estruturou o modelo de terapia centrada no cliente assente em três pilares fundamentais: o postulado da tendência actualizante; a orientação não directiva e as seis condições necessárias e suficientes para que ocorra a mudança terapêutica (Hipólito, 2011).

4.1. A tendência actualizante

Parece-nos, no fundo, que a tendência actualizante ou auto-realização, reúne por si só dois conceitos fundamentais da ACP, a tendência realizadora e a tendência formativa, pois se por um lado a segunda postula uma evolução natural dos organismos no sentido de um desenvolvimento mais completo e complexo, também a tendência realizadora, presente ao longo de todo esse desenvolvimento no sentido do aperfeiçoamento de todas as capacidades da pessoas por forma à manutenção, preservação e crescimento do organismo (Rogers, 1980).

A propósito de tendência actualizante, e de acordo com Rogers, Moreira (2009), afirma que, seria um objectivo da terapia, facilitar o desbloqueio desta, quando por algum motivo, não esteja a fluir naturalmente numa direcção positiva.

Apesar de se ter baseado nas suas observações sobre o movimento dos organismos (pessoas) no sentido da preservação e valorização, Rogers admitiu que trabalhos como de Kurt Goldstein, Maslow, Angyal, Szent-Gyorgyi, entre outros, tiveram uma influência essencial na confirmação da sua teoria (Rogers, 1980).

Do mesmo modo que Rogers (1980) não menosprezava os trabalhos de físicos que focalizavam as suas pesquisas na deterioração e desordem da vida orgânica, entropia, que reconhecia também existir num ambiente em constante mudança ao qual nem todos os organismos tinham tanta capacidade de adaptação, o facto é que acreditou sempre no que Szent-Gyorgy apelidou de sintropia, ou seja a tendência/capacidade activa à organização e reorganização de ordem crescente visando a preservação e complexificação e não deixando de reconhecer que tal como o universo, também o ser humano está em constante construção e criação, bem como, deterioração.

No entanto, e apesar desta abertura de pensamento, Rogers crê no homem como intrinsecamente dotado de liberdade e de poder de escolha, contrariamente à ideia fatalista que a existência do ser humano está condenada por factores exteriores nomeadamente pressões sociais ou culturais, e por factores internos, características genéticas ou impulsos inconscientes que desta forma condicionam o seu livre arbítrio (Rogers & Kinget, 1975).

Como veremos mais adiante com casos práticos, mesmo nas circunstâncias mais adversas e condicionantes rigorosas, o homem pode preservar e desenvolver alguma capacidade de autonomia e auto-organização, nunca menosprezando o impacto negativo que tais condições podem ter sobre o bem-estar e o desenvolvimento da pessoa, Rogers (1977/2011) acredita que mesmo assim o homem mantém um determinado nível de capacidade para reagir e ser um agente criativo e activo no meio que o rodeia.

Para reforçar esta ideia, salvaguardando as devidas distâncias sobre meios adversos, gostaríamos ainda de referir a experiencia de Viktor E. Frankl (1905-1997) transcrita no livro “O Homem em busca de um sentido”, publicado originalmente em língua alemã sob o título “*Ein Psycholog Erlebt das Konzentrationslager*” em 1946, no qual ele relata

a sua experiência e dos demais prisioneiros no campo de concentração Alemão de Auschwitz, durante a segunda guerra mundial.

Este livro relata de forma indelével factos significativos da experiência de um homem, bem como de todos os que passaram pela mesma experiência, e de como apesar das condições muito acima de adversas, foi possível sobreviver tendo a capacidade de decidir lutar tenazmente pela auto preservação. Afirmar Frankl “A forma como um homem aceita o seu destino e todo o sofrimento que ele acarreta (...) concede-lhe bastas oportunidades – mesmo nas circunstâncias mais difíceis – para dar um sentido mais profundo à sua vida. Pode manter-se corajoso, digno e altruísta.” (Frankl, 2012).

Resumidamente e perante estes factos poderá afirmar-se que apesar das condições terem influência e facilitarem ou dificultarem a tendência do organismo para actualização das suas capacidades e potencialidades, a mesma tendência actua de forma permanente e intrinsecamente construtiva (Brodley, 1998).

Desta forma, para Rogers, uma pessoa saudável, ou com funcionamento pleno, é uma pessoa cuja evolução do *self* está em constante movimento, sendo realizadora e não realizada, cuja personalidade é ajustada ao momento dependendo da forma como se apercebe da situação presente (Schultz & Schultz, 2005).

4.2. A não-directividade

Inicialmente Rogers referia-se à não directividade não como uma atitude fundamental de resposta, mas sim como um estilo concreto de resposta terapêutica em que o cliente era quem tinha a responsabilidade de conduzir a terapia, ao terapeuta cabia dar a entender que compreendia a mensagem respondendo à atitude e sentimento imediato do cliente, deixando a decisão do rumo da terapia e demonstrando aceitação dessa mesma decisão (Prouty, 2001).

Desta forma, o resultado prático é que o terapeuta não, orienta, não dirige, não faz interpretações, não dá conselhos nem explicações, a sua responsabilidade é acompanhar e facilitar o processo da pessoa em eleger os seus objectivos, tem o direito de ser “psicologicamente livre e de manter a sua integridade psicológica”, além de ter o direito na escolha do que melhor se adapta à sua própria realidade (Prouty, 2001).

Convém neste ponto esclarecer o papel do terapeuta não directivo, contrariamente ao que muitos apelidam de “inactivo”, a não directividade de Carl Rogers não significa ausência de actividade, mas sim ausência de actividade intervencionista, o que se passa na não directividade é que o terapeuta está intensamente empenhado no processo da terapia e evita cuidadosamente perturbar o seu rumo (da pessoa) ao mesmo tempo que se esforça por o facilitar (Rogers & Kinget, 1975).

4.3. As seis condições necessárias e suficientes

Segundo Bozarth (2001), e de acordo com a teoria centrada na pessoa, a terapia centrada na pessoa pressupõe a presença de uma pessoa/cliente que é incongruente, ansioso, que está em contacto psicológico com o terapeuta cuidadoso e empático que experimenta três atitudes básicas na sua relação com a pessoa/cliente, congruência, olhar incondicional positivo e compreensão empática dos quadros de referência da pessoa/cliente.

No entanto, ainda segundo Bozarth (2001) estas seis condições, retiradas de duas comunicações de Rogers, em 1957 e 1959, apresentam pequenas diferenças, em 1959 Rogers substituiu o termo contacto psicológico por contacto, simplesmente, e não dá tanto relevo ao esforço do terapeuta em comunicar as experiências de compreensão empática e olhar incondicional positivo ao cliente, contudo, e para não haver mal entendidos, continua a dar destaque à importância de o cliente se aperceber claramente dessas atitudes na relação.

Prouty (2001), no entanto, refere que embora seja a primeira condição, Rogers nunca deu nenhuma definição teórica concreta de contacto psicológico, nem de que forma se deve reestabelecer este contacto caso este se perca, referindo-se ao caso de doentes com perturbações.

No entanto, em contraponto, pode ler-se em Hipólito (2011, p.72), que a forma mais completa que Rogers fez de definir contacto psicológico se prende com a existência da “presença do mínimo essencial de relação, nomeadamente, que cada um signifique uma diferença apreendida ou ‘subapreendida’ no campo experiencial do outro. Ela pode ser mínima e não aparente imediatamente para um observador”.

Para uma melhor compreensão das atitudes referidas por Rogers, há que ter sempre presente que estas, para além de fundamentais, são também indissociáveis, quer numa relação terapêutica, como numa relação pedagógica experiencial, sendo aplicáveis a todas as situações relacionais, mais, se não se verificarem uma ou mais das seis condições a mudança não ocorre (Hipólito, 2011).

Para além de ser necessário estarem presentes um conjunto de condições adequadas que Hipólito (2011), refere como atitudes nodais, também referidas acima, faltando acrescentar às do parágrafo anterior o contacto psicológico entre duas pessoas (terapeuta e cliente), e a incongruência do cliente quando faz o pedido de ajuda.

Mais concretamente relacionado com as atitudes do terapeuta no espaço da relação, temos em primeiro lugar a congruência, a sua consistência interna, unificado e integrado, só desta forma lhe será possível experimentar o olhar incondicional positivo e a compreensão empática (Bozarth, 2001).

Pode ler-se em Rogers, (1977/2011, p.25), “tenho-me dado conta, com o decorrer dos anos, de que o processo de transformação numa paciente é correspondente às atitudes da terapeuta.”

Rogers descreve a congruência como o estado em que o terapeuta deve ser na relação exactamente aquilo que é, sem máscaras ou papéis previamente definidos, plenamente consciente da sua experiencição (Rogers, 2009).

Em 1980, Rogers utiliza outras expressões como autenticidade, sinceridade e transparência, para reforçar o conceito de congruência. Afirmando que estes expressam bem a essência desta condição, pois quanto mais o terapeuta for ele próprio na relação, maior a probabilidade do cliente (pessoa) mude e cresça de uma forma construtiva. Do mesmo modo que significa que o terapeuta experiencia abertamente os sentimentos e atitudes que fluem naquele momento (Rogers, 1983).

Uma outra condição relativa ao terapeuta é, olhar incondicional positivo, segundo Rogers (1957), aceitação positiva incondicional, de acordo com Prouty, (2001), cuidado incondicional positivo, para Hipólito, (2011). Três expressões diferentes utilizadas por três autores diferentes, para expressar uma mesma condição.

No entanto na sua essência, e apesar de denominações diferentes, significa que o terapeuta aceita o cliente/pessoa e o seu discurso sem condições de apreciação, ou seja, sem juízos de valor ou julgamentos, numa atmosfera calorosa que demonstra que o terapeuta se preocupa com a pessoa, aceita tanto as expressões de sentimentos positivos e integrados como as expressões mais negativas (Rogers, 1961/2009).

Este cuidado com a pessoa é facilitadora da sua autonomização, permitindo-lhe gerir a sua experiência no sentido da resolução ou não-resolução dos seus conflitos, representa uma aceitação da pessoa com as suas emoções e sentimentos, como pessoa na sua totalidade, o seu “estar-no-mundo” ou “Dasein”, mesmo que eventualmente este seu “estar-no-mundo” esteja em divergência com o nosso (Hipólito, 2011, p.38).

A respeito da precedente condição, temos feito uma reflexão sobre o termo “incondicional positivo” ou “positivo incondicional” e parece-nos, que tratando-se de

uma tentativa de relevar os aspectos positivos da aceitação ao outro, cai, no entanto numa redundância ou até mesmo contradição, pois que incondicional, pressupõe que não está sujeito a condições ou restrições, que é independente de qualquer limitação, o que para nós significa que sendo já incondicional o positivo não cabe na expressão, pois ao acrescenta-lo estamos forçosamente a impor uma condição.

Essencial e também indissociável das duas condições antecedentes, temos a compreensão empática, que significa segundo Rogers (1961/2009), que o terapeuta experiencia uma compreensão dinâmica e empática do universo perceptivo do cliente/pessoa «como se» fosse ele próprio, este «como se» significa que o terapeuta tem a capacidade de apreender o mundo interior da outra pessoa, os seus quadros internos delicadamente sem julgamentos, apenas comunicando a sua compreensão do que o cliente/pessoa tem conhecimento mas que ainda não conseguiu aceder à sua consciência, simbolizou.

Significa ainda, que o terapeuta se move no universo interior do cliente/pessoa, mas sem nunca assumir como o seu próprio universo, sentir a experiência do cliente/pessoa como o cliente/pessoa sente e nunca assumir como seu, pois nesse caso perde-se a relação como encontro terapêutico e desaparece a possibilidade de ajuda. É ainda o estar no aqui e agora da relação, sendo o facilitador da mudança sem se substituir ao cliente/pessoa como decisor de avaliação e escolha (Hipólito, 2011).

A compreensão do mundo do outro, pressupõe então a capacidade de transmitir ao outro de forma adequada a sua percepção do seu mundo e da sua «forma-de-estar-no-mundo», capaz de lhe dar uma perspectiva diferente da sua própria experiência, mas de uma forma clarificada e em permanente ajustamento (Hipólito, 2011).

Mas foi ao estudarmos um artigo de John Shlien (1998) que ficou mais clara a importância do conceito de empatia. Nele o autor faz algumas considerações pertinentes

sobre o impacto da sua aplicação em terapia, para além de um levantamento histórico da sua evolução.

Para melhor compreensão referimos uma citação que acrescenta algo ao anteriormente descrito: “A empatia funciona com dados, tais como cheiro, visão, som: o cheiro do medo, a visão de lágrimas, do rubor, e do esgar; o som de cadências, tons, formas de respirar, suspiros.” (Shlien, 1998).

5. A Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica

Por ser o conceito basilar do presente relatório de estágio, começamos por apresentar o significado etimológico de relação e ajuda. Relação (do lat. *Relatione*), acto ou efeito de relacionar, ligação, conexão. Ajuda, derivado regressivo de ajudar, que por sua vez do lat. *Adjutare*, aliviar, acto ou efeito de ajudar, pessoa que auxilia, auxílio (Costa & Melo, 1995).

Neste sentido, Rogers (1961/2009, p.63) define relação de ajuda como “...uma situação na qual um dos intervenientes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo.”

No entanto, torna-se evidente que esta definição compreende praticamente todos os relacionamentos humanos que visem facilitar o crescimento. Rogers (1961/2009, p.64) exemplifica vários relacionamentos que encaixam na definição acima descrita, como mãe/filho, pai/filho, médico/doente, ou a quase totalidade das relações pessoa a pessoa.

Então o que distinguirá a relação de ajuda visando apenas o crescimento e uma relação de ajuda que promova o desenvolvimento com efeitos terapêuticos?

Não poderíamos compreender este conceito sem referir Martin Buber (1878-1965), considerado por alguns como o filósofo da relação e comunicação eu-tu.

Do diálogo entre Rogers e Buber no dia 18 de Abril de 1957, em Ann Arbor na Universidade do Michigan, moderado pelo filósofo Maurice Friedman, retiram-se as similaridades entre os conceitos de encontro, diálogo e relação humanas para os dois intervenientes (Anderson & Cissna, 1997).

É perceptível ao longo do diálogo entre os dois, que apesar das diferenças, Rogers é terapeuta, Buber não, há aspectos indispensáveis da relação eu-tu, a reciprocidade, presença, responsabilidade, embora explicados de forma diferente por cada um, o facto é que na sua essência estes conceitos consubstanciam o estabelecimento de uma relação de ajuda (Anderson & Cissna, 1997).

Em resumo, extrai-se da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers que conceder ajuda ou estabelecer uma relação de ajuda não implica de forma nenhuma apresentar soluções ou tão pouco sugerir estratégias previamente definidas pelo terapeuta, é sim proporcionar condições relacionais que permitam ao outro descortinar o processo, que de acordo com a sua subjectividade, lhe possibilite desenvolver os seus próprios recursos e ultrapassar as suas dificuldades (Odete, 1999).

Seja qual for o modelo psicoterapêutico utilizado pelo terapeuta, este é sempre um elemento de extrema relevância na relação terapêutica (Rogers, 2004).

O que faz, como o faz, as atitudes que adopta, a percepção que tem do seu papel, influencia a terapia e a mudança terapêutica (Rogers, 2004).

Basicamente uma relação de ajuda baseada nos pressupostos da terapia centrada na pessoa é a determinação do terapeuta em acompanhar o cliente (pessoa) em concordância pela direcção por ele (cliente) escolhida, ao seu ritmo e acima de tudo respeitando a sua forma de ser única.

No entanto, e tal como referido anteriormente, para que haja sucesso da relação de ajuda, ou seja, que o resultado seja uma mudança terapêutica, o terapeuta terá ainda de

apresentar as qualidades atitudinais, de congruência, olhar incondicional e compreensão empática conseguindo transmiti-lo com êxito para que o cliente se aperceba e experencie estas qualidades sendo-lhe então possível simbolizar as experiências ameaçadoras à estrutura do *self*, passando da incongruência à congruência tornando o processo de valoração o ponto de partida para a regulação do seu comportamento, a sua auto-estima aumenta, a sua adaptação psicológica é melhorada e o seu olhar positivo em relação a si e aos outros aumenta (Bozarth, 2001).

6. Um olhar sobre a ansiedade

Segundo Rogers (Rogers & Kinget, 1975) a ansiedade surge quando existe uma desordem na comunicação interna da pessoa, ou seja, com os seus fenómenos internos. De outra forma, quando a pessoa não tem liberdade para elaborar as suas experiências e sentimentos conforme as entende e percebe, e sente as suas condições de valor serem violadas tendo de negar a sua experiência em função de ser aceite ou não pelas figuras de referência, por quem se sente amado (pais).

Ou seja, para que não exista um estado de ansiedade a pessoa, desde criança, tem de ter liberdade para não se sentir obrigado a negar ou deformar as suas experiências ameaçadoras, com o intuito de conservar o amor e estima dos outros, deixa-las serem simbolizadas em consciência e dessa forma assimiladas à estrutura do *self*, para desta forma conservar a sua auto-estima (Rogers & Kinget, 1975).

Para que tal aconteça sem comprometimento do seu bem-estar, a pessoa tem de sentir uma diminuição das condições de valor, julgamento dos outros, e um aumento do olhar incondicional sobre si mesmo, se for reforçado pelo mesmo olhar incondicional dos outros, então as suas condições de valorização enfraquecem e o *self* e a experiência são mais congruentes (Bozarth, 2001).

Segundo uma visão fenomenológica, a angústia, é um estado de mal-estar que ainda não foi completamente percebido pela pessoa. Sendo a ansiedade uma resposta do organismo à subpercepção da tomada de consciência do *self* e a totalidade da experiência (Rogers & Kinget, 1975).

7. Apresentação das instituições

7.1. Escola Superior de Educação de Lisboa (ESE)

A Escola Superior de Educação de Lisboa faz parte da rede de estabelecimentos do ensino superior politécnico instituída em 1979 pelo Decreto-Lei nº 513/T - 79 de 26 de Dezembro, no entanto, apenas deu início às suas actividades em 1985 com a nomeação da Comissão Instaladora. Durante oito anos, de 1985 a 1993, a Escola desenvolveu actividades nos diversos domínios de intervenção que lhe estão cometidos - formação inicial, contínua e especializada; profissionalização em serviço; investigação, pesquisa e desenvolvimento; prestação de serviços à comunidade - a par com as tarefas inerentes ao regime de instalação, apenas em Janeiro de 1994 e na sequência da homologação dos estatutos da Escola, o Conselho Directivo, eleito pelos membros da comunidade escolar, assumiu funções.

Apesar de recente, a ESE tem, no entanto, um longo passado como herdeira pedagógica de duas instituições de formação de educadores e professores - a Escola do Magistério Primário de Lisboa e o Instituto António Aurélio da Costa Ferreira.

As suas raízes, remontam ao reinado de D. Luís, ao ano de 1862, quando foi criada a Escola Normal Primária de Lisboa. Instalada no Palácio dos Marqueses de Abrantes, em Marvila, esta Escola admitia apenas alunos do sexo masculino. A Escola Normal Feminina, localizada no Calvário, iniciou a sua actividade no ano de 1866.

A partir de 1919, as duas Escolas Normais uniram-se numa só e passaram a funcionar em regime de co-educação, em edifício próprio, localizado na Quinta de Marrocos em Benfica, no mesmo edifício onde hoje se encontra instalada a Escola Superior de Educação de Lisboa.

O edifício onde funciona a ESSE foi construído segundo projecto do arquitecto A. R. Adães Bermudes, entre 1916 e 1918, tendo sido na altura inaugurado pelo então Presidente da República, Bernardino Machado.

Pelo Decreto-Lei nº 101/86 de 17 de Maio, as Escolas do Magistério Primário foram progressivamente extintas, passando a formação de educadores e professores do ensino básico para as Escolas Superiores de Educação e para os Centros Integrados de Formação de Professores, inseridos nas Universidades.

Actualmente a ESE pauta-se pelos seus Estatutos, instrumento regulamentar promulgado em 20 de Julho de 1993, através do Despacho nº 17/93 - IPL, e já revistos em Assembleia de Representantes da Escola em 20 de Maio de 1998.

Definida como pessoa colectiva de direito público, tem autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira, a ESE, nos termos da lei, dos estatutos do IPL e dos seus próprios estatutos, tem por objectivos fundamentais:

- a) A formação de professores e outros agentes educativos com elevado nível de preparação nos aspectos cultural, científico, técnico e profissional
- b) A formação humana, cultural, científica e técnica de todos os seus membros
- c) A realização de actividades de pesquisa e investigação
- d) A prestação de serviços à comunidade
- e) O desenvolvimento de projectos de formação e reconversão de agentes educativos

- f) O intercâmbio cultural, científico e técnico com instituições públicas e privadas, nacionais e estrangeiras, que visem objectivos semelhantes
- g) A contribuição, no seu âmbito de actividade, para a compreensão internacional e para a aproximação entre os povos, com especial destaque para os países de língua oficial portuguesa.

7.2. Escola Profissional de Agentes de Serviço e Apoio Social

É a Fundação Monsenhor Alves Brás, uma Instituição de natureza privada, de utilidade pública, sem fins lucrativos, reconhecida oficialmente pelo respectivo Órgão de Tutela, de personalidade jurídica, canónica e civil e ainda de autonomia cultural, tecnológica, científica, pedagógica, administrativa e financeira, a entidade Proprietária da Escola Profissional de Agentes de Serviço e Apoio Social. No desempenho da sua actividade é tutelada pelo Ministério da Educação e dedica-se basicamente à formação profissional e formação contínua.

Tem como objectivos contribuir para a educação e formação profissional de jovens e adultos, privilegiando a sua formação nos domínios científico, cultural, moral, familiar, tecnológico e profissional, como futuros agentes de transformação social e combater o desemprego proporcionando a inserção na vida activa e incentivando à criação do próprio emprego.

O projecto educativo da EP ASAS, surgiu a partir dos princípios e objectivos consagrados na legislação que enquadra a actividade das Escolas Profissionais. No entanto, vai mais longe. Parte do princípio de que a pessoa é um ser em projecto, e partindo dessa premissa o seu modelo educativo/formativo assenta na ideia de que a escola se encontra em permanente construção. Deste modo, o projecto caracteriza-se

pela abertura à mudança, à criatividade e à inovação, em ordem a uma actualização e aperfeiçoamento contínuos.

Tendo como objectivos fundamentais:

- a) Promover uma educação / formação personalizada e centrada no formando, com respeito pela sua individualidade e singularidade;
- b) Promover nos jovens e adultos uma formação sólida integral e integrada, que permita a valorização das suas capacidades e potencialidades e consequentemente a realização pessoal, profissional e social;
- c) Formar para o exercício da actividade profissional;
- d) Proporcionar contactos e experiências duradouras e estruturadas com o mundo do trabalho;
- e) Formar para a cidadania e participação democráticas;
- f) Contribuir para a descentralização e diversificação das ofertas formativas

Pela leitura das descrições sucintas das supra instituições, pela natureza e projectos educativos combinados com os objectivos deste estágio, percebe-se facilmente qual a pertinência do funcionamento de um gabinete de apoio psicológico.

7.3. Eu Amo SAC

O projecto Eu Amo SAC é enquadrado no Programa Escolhas, este programa com a duração de três anos (na altura do estágio 4ª Geração, do triénio 2010/2012), visa promover a inclusão social de crianças e jovens provenientes de meios socioeconómicos de vulnerabilidade, procurando a igualdade de oportunidades e o reforço da coesão social. Tutelado pela Presidência do Conselho de Ministro e fundido no Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, IP. foi aprovado pela resolução nº4/2001, 9 de Janeiro, pelo mesmo Conselho de Ministros.

Criado em 2001, contém já três fases de desenvolvimento (até à data da finalização do presente estágio): Escolhas 2ª Geração, 2004 a 2006; Escolhas 3ª Geração, 2007 a 2009 e Escolhas 4ª Geração, 2010 a 2012, havendo contudo, à altura da finalização deste relatório, já em exercício a 5ª Geração, 2013 a 2015.

O programa, funciona em regime de parcerias e tem objectivos claramente definidos contemplando cinco áreas de intervenção estratégica:

- a) Inclusão escolar e educação não formal;
- b) Formação profissional e empregabilidade;
- c) Dinamização Comunitária e cidadania;
- d) Inclusão digital; e
- e) Empreendedorismo e capacitação juvenil.

O objectivo a) é aquele onde nos inserimos por conter as seguintes actividades: gabinete de atendimento com acompanhamento e encaminhamento escolar, apoio psicológico, apoio pedagógico, programa de métodos e hábitos de estudo, orientação vocacional, programas de promoção de competências pessoais e sociais, formação parental e acompanhamento familiar.

O Projecto Eu Amo SAC, enquadrado nos objectivos do Programa, nasceu em 2010 no âmbito do programa, com resultados positivos. Visando o apoio e inclusão social das populações em contextos mais vulneráveis social, familiar, escolar e economicamente, da freguesia de Santo António dos Cavaleiros, mais concretamente residentes na Cidade Nova e Torres da Bela Vista. Estas duas zonas caracterizam-se pela multiculturalidade, e por uma população jovem.

Através do desenvolvimento de competências, valores e comportamentos, pretende-se proporcionar um crescimento e formação saudável e estruturada.

Os destinatários do projecto são crianças e jovens dos 6 aos 18 anos em contexto de vulnerabilidade e encaminhados pelas escolas, pela Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e pelo Atendimento Integrado da Junta de Freguesia.

São ainda beneficiários os pais e/ou cuidadores destas crianças e jovens, como sendo agentes fundamentais de mudança e participação no processo de desenvolvimento dos seus filhos e educandos, bem como das outras crianças que venham a beneficiar das actividades desenvolvidas.

Este projecto para além de financiado pelo Programa Escolhas, é promovido pela Associação Beneficente de Ajuda – ABA, uma IPSS, e conta também com a participação de todas as escolas da freguesia, da Câmara Municipal de Loures, da Junta de Freguesia, da CPCJ de Loures, do IPJ e da Igreja Reviver, desta forma proporcionando de forma gratuita, consultas de psicologia, apoio escolar, acompanhamento familiar, formação e conferências de pais e educadores, concertos, actividades culturais e desportivas, *ateliers* de artes, formação em novas tecnologias, acesso à internet, acampamentos, actividades de empreendedorismo para jovens e ainda a realização de um filme.

Ainda de referir que a coordenadora deste projecto, a Dra. Erica Mira, nos recebeu, acolheu e apoiou desde o primeiro momento, com quem estabelecemos uma relação de proximidade tendo-nos incluído desde logo em todos os projectos e actividades que se enquadrassem no âmbito deste estágio, desde reuniões, supervisão de casos, participação nas acções de formação de crianças, jovens, pais e cuidadores, de uma forma sempre aceite e pronta a esclarecer toda e qualquer dúvida que surgisse.

7.4. + Vida

O projecto + Vida é uma instituição sem fins lucrativos, implementado pela Associação Vida Abundante e pelo Centro Cristão Vida Abundante sediado em

Moscavide, tendo como principal missão acolher, formar e cuidar da população mais necessitada da zona oriental de Lisboa, cujo lema que o define é: “Ao encontro de quem precisa”.

Apostados na relação, motivação e esperança de uma vida melhor, este projecto desenvolve desde há algum tempo actividades de carácter social, cultural e de beneficência dando apoio social e psicológico a famílias carenciadas.

Caracterizado como um projecto direccionado às populações mais desfavorecidas e atento às problemáticas existentes, implementou recentemente a valência do Banco Social, que neste momento auxilia cerca de setenta famílias carenciadas com alimentos e bens de primeira necessidade, conta com a participação de empresas e particulares.

Para responder à necessidade de intervenção na família, foi criado o Gabinete de Apoio à Família, onde é proporcionado apoio psicológico, ludoterapia, formação parental e ajuda na procura activa de emprego.

Através de um programa de cursos de formação actua também na prevenção da delinquência e marginalidade promovendo uma aposta na formação de valores e na educação de um estilo de vida autónomo e saudável.

Desenvolve igualmente um trabalho sistemático desde há quatro anos junto dos sem-abrigo, toxicodependentes e alcoólicos de Lisboa e zonas limítrofes, através de duas equipas de rua constituídas por voluntários, que proporcionam higiene, alimentação, roupa e acompanhamento, visando a sua reinserção na vida activa e motivação para aceitação de um percurso de vida alternativo.

Sendo um projecto directamente ligado ao Centro Cristão Vida Abundante de Moscavide, a coordenadora é a Pastora Dra. Lúcia Ferreira, que desde logo nos acolheu e apoiou, providenciando um ambiente de aceitação e partilha de conhecimentos, com

quem discutimos os casos em acompanhamento e as dificuldades iniciais da integração nas equipas de rua de apoio aos sem-abrigo.

8. Actividades nas instituições

O trabalho desenvolvido nas instituições decorreu entre Dezembro de 2011 e Outubro de 2012, perfazendo um total de 500 horas de estágio, sendo distribuído maioritariamente em acompanhamentos psicológicos no contexto de Relação de Ajuda e participação em reuniões para discussão de casos com as equipas responsáveis pelas várias instituições, participação como co-facilitadora em grupos de encontro/formação, participação activa como técnica numa equipa de rua de apoio a sem-abrigo, organização de formações sobre o tema Formação Parental para grupos de pais, permanência de 6 horas consecutivas, semanalmente, no gabinete de atendimento psicológico na Escola Profissional ASAS, elaboração e tratamento dos dados recolhidos nos atendimentos.

8.1. Trabalho Directo

Considera-se trabalho directo, todas as horas de atendimento individual, em gabinete de psicologia providenciado pelas instituições, bem como as horas passadas no acompanhamento da equipa de rua.

Utente/idade	Sexo	Pedido	Nº Sessões
J.F. - 23	Feminino	Avaliação Psicológica	5
A.C. - 21	Feminino	Depressão/baixa auto-estima	19
A.M. - 22	Feminino	Dificuldade aceitar fim relação	10
T.G. - 21	Feminino	Baixa auto-estima	13
B.O. - 23	Feminino	Ansiedade	6
P.D. -42	Feminino	Depressão/problemas conjugais	12
V.C. - 20	Feminino	Depressão	4
S.V. - 19	Feminino	Ansiedade generalizada	8
F.F. - 22	Feminino	Ansiedade	12
TOTAL SESSÕES			89

Ilustração 7 – Acompanhamentos individuais na ESE.

8.2. Trabalho indirecto na ASAS

Reuniões semanais com a directora pedagógica, elaboração e facilitação de um *workshop* sobre trabalho em equipa. Permanência de seis horas consecutivas durante um dia semanalmente no gabinete de atendimento, por solicitação da própria escola.

Utente/idade	Sexo	Pedido	Nº Sessões
A.F. - 20	Feminino	Ansiedade/desmotivação	5
S.T. - 18	Feminino	Depressão/baixa auto-estima	10
B.M. - 16	Feminino	Desmotivação	3
N.V. - 18	Masculino	Orientação profissional	2
C.H. - 22	Feminino	Ansiedade	4
C.V. - 18	Feminino	Ansiedade	4
A.L. - 17	Feminino	Baixa auto-estima	6
E. M. - 17	Feminino	Dificuldades adaptação	4
P.G. - 18	Masculino	Baixa auto-estima	2
R.R. - 33	Masculino	Depressão	2
TOTAL SESSÕES			42

Ilustração 8 – Acompanhamento individuais na ASAS.

8.3. Trabalho indirecto no Eu Amo SAC

Facilitação de grupos de jovens e pais, com o tema de desenvolvimento de capacidades parentais, reuniões semanais com a coordenadora, onde se discutiam os casos e os grupos.

Utente/idade	Sexo	Pedido	Nº Sessões
E.G. - 34	Feminino	Depressão	16
L.P. - 13	Feminino	Baixa auto-estima	10
P. P. - 10	Feminino	Socialização	18
K.A. - 17	Masculino	Consumo substâncias	2
D.A. - 22	Masculino	Ansiedade/Baixa auto-estima	14
R.F. - 14	Masculino	Comportamento	18
TOTAL SESSÕES			78

Ilustração 9 – Acompanhamentos individuais no Eu Amo SAC.

8.4. Trabalho indirecto no +Vida

Reuniões semanais com equipa de rua, com a coordenadora sobre os casos e sobre a equipa de rua. Reuniões gerais sobre o trabalho da equipa e café convívio.

Utente/idade	Sexo	Pedido	Nº Sessões
L.B. – 10	Feminino	Socialização	14
L.G. – 12	Feminino	Ansiedade da separação	11
B.F. – 29	Masculino	Ansiedade/Depressão	10
P.A. – 34	Masculino	Consumo substâncias	2
M.G. – 14	Feminino	Comportamento Agressivo	8
E.D. – 36	Feminino	Desenvolvimento pessoal	10
Equipa Rua			112
		TOTAL SESSÕES	167

Ilustração 10 – Acompanhamentos individuais + Vida.

9. Actividade na instituição + Vida

Nesta instituição, para além dos acompanhamentos individuais, integramos uma equipa de rua de apoio a pessoas sem-abrigo.

Esta instituição sobressai das demais por ter como objectivo a facilitação da mudança de pensamento da pessoa sem-abrigo, no sentido em que lhes apresenta possibilidades de resposta, assim eles estejam preparados e dispostos a aceita-la.

A oferta da comida funciona como estímulo à aproximação da pessoa, um estabelecimento de uma relação que se pretende de confiança, não uma oferta que conforta a necessidade pontual e básica de comida, mas uma primeira abordagem à pessoa, que visa a oferta da ajuda em termos práticos de saída da situação que à primeira vista não condiz com a dignidade da condição de ser humano.

Relevante para a compreensão desta prática e coincidente com o conceito de *self* para Rogers, referimos a hierarquia das necessidades de Maslow (Pervin & John, 2004), embora com algumas diferenças entre ambos, para este, a auto-actualização é uma propensão inata da pessoa, sendo o estado mais elevado das necessidades humanas.

Ainda de acordo com a sua definição, para que a pessoa se sinta auto-realizada, primeiro tem necessidade de satisfazer as necessidades anteriores, e a forma como as ordenou começa pela satisfação das necessidades fisiológicas como a alimentação, depois a segurança e estabilidade, a seguir o amor, a seguinte é a necessidade de estima de si e dos outros e por fim a auto-realização (Pervin & John, 2004).

Pelo atrás exposto se percebe a complexidade do trabalho com este tipo de população que nada tem e tudo necessita.

O trabalho de um psicólogo com um sem-abrigo, é um desafio terapêutico, dadas as circunstâncias em que estes se encontram e as circunstâncias em que se dá o encontro.

Em primeiro lugar não foi ele que nos procurou, fomos nós ao seu encontro, no seu local na rua, nem todos mantêm um local fixo, não há privacidade, mesmo que nos afastemos para um local com mais privacidade, nunca é para um *setting* adequado, a duração do encontro nunca é fixa, embora tentássemos sempre manter uma duração constante entre os quarenta e os quarenta e cinco minutos.

No entanto não podemos deixar de acreditar neste trabalho, apostando que é possível estes encontros, funcionarem como momentos terapêuticos, que facilitem uma melhoria e significativa mudança tanto interna como externa na pessoa do sem-abrigo.

O trabalho de rua e a integração de técnicos de relação de ajuda nestas equipas, feito de forma organizada, sistemática e coerente demonstrou ser de importância fundamental. O investimento no estabelecimento de uma relação de confiança, é o ponto de partida para que estas pessoas sintam que podem recorrer a um técnico ou instituição numa situação de aflição ou necessidade de mudança. Por vezes estas pessoas podem ser apoiadas durante meses ou mesmo anos sem que queiram de facto aceitar algum apoio concreto das instituições e nestes casos é fundamental saber respeitar os seus

ritmos e necessidades sem nunca desistir dos objectivos a que nos propusemos de facilitar e construir uma relação de confiança.

Segundo Bento (2002) e confirmado por nós empiricamente, a fase que antecede o primeiro contacto é de grande tensão, não nos sendo possível prever o que poderá acontecer, a incerteza é grande tanto de insegurança como de risco, mas tal é ultrapassado usando algumas atitudes facilitadoras, experiência e bom senso.

Ao fim de algum tempo percebemos que podemos contar com tudo, desde facas apontadas (o que nunca nos sucedeu) gritos de raiva ou por vezes de susto, indiferença, choro, sorrisos, pedidos de ajuda, delírios ou estados confusionais, ou mesmo o aborrecimento de quem não pretende ser incomodado.

Neste campo tínhamos o trabalho facilitado, pois a equipa de rua que integramos já tinha um conhecimento prévio da maioria dos sem-abrigo que abordávamos, o que nos facilitou a aproximação num clima de confiança.

No entanto, visto que a nossa missão dentro da equipa era mais técnica, os primeiros segundos da aproximação a cada uma das pessoas eram caracterizados por uma grande intensidade e esforço, pois era nessa ocasião que se decidia o início ou o fim de uma relação terapêutica.

Neste ponto, gostaríamos de introduzir um outro conceito descrito por Prouty (2001) como a pré-terapia, pois como vimos anteriormente, estar com estas pessoas em contexto de rua, não se enquadra numa terapia ou relação de ajuda convencional/formal, por não observar algumas das premissas requeridas. No entanto, o autor refere que a pré-terapia incide primordialmente sobre doentes esquizofrénicos ou com défice cognitivo, o que é facto é que também na sua descrição pretendem ajudar pessoas que "estão enfraquecidos a nível experiencial e da relação com os outros, não podendo

utilizar estas funções na terapia” (p.45), o que identificamos como condição igualmente da pessoa sem-abrigo.

Em continuação, refere que a essência da pré-terapia é uma hipótese clínica para todos quantos não estão em condições psicológicas de utilizar integralmente os processos de relação e experienciação, ou seja, para aqueles cujas funções psicológicas se encontram enfraquecidas de forma a permitir-lhes desenvolver capacidades psicológicas necessárias para posterior terapia, ou abertura a uma possível mudança (Prouty, 2001).

Após uma reflexão sobre este conceito, parece-nos adequado a utilização do mesmo, visto ser uma teoria de contacto psicológico, como tal assente na primeira das seis condições necessárias e suficientes de Rogers, Prouty (2001) também atribui importância ao conceito de ego de Perls, segundo este, o ego tem uma função de contacto. Resumidamente, para Perls (Prouty, 2001), este contacto é uma relação funcional entre a pessoa e o seu meio ambiente e é nos seus limites, ou fronteira que têm lugar os acontecimentos psicológicos e através deste contacto que tanto o “eu” como o não “eu” são experienciados com mais nitidez.

Na pré-terapia, as funções de contacto estão relacionadas com as funções psicológicas internas do cliente no sentido em que assumem a forma de contacto com o real, contacto afectivo e contacto comunicativo (Prouty, 2001).

Com esta população em concreto podemos facilitar o desenvolvimento e restabelecimento destas funções de contacto, ou seja, o contacto com o real, com o mundo, o seu “existir-no-mundo”, no espaço, a temporalidade e a espacialidade fazem parte da nossa existência; o contacto afectivo, relacionado com o nosso *self*, sentimentos e emoções através dos quais nós respondemos ao mundo e ao outro e nos mantém em contacto com a nossa existência; e o contacto comunicativo, é a ligação e a

comunicação sobre a nossa existência e realidade, o que nos permite revelar ao outro e permite o contacto psicológico, em última análise uma linguagem presente em todos os momentos do nosso “ser-no-mundo” (Prouty, 2001).

Na prática, a pré-terapia resume-se na aplicação de reformulações de contacto que na sua essência revelam uma forma mais aprofundada de compreensão empática e assumem cinco dimensões: a) reformulações de situações; b) reformulações faciais; c) reformulações palavra-a-palavras e d) reformulações reiterativas; funções de contacto que restabelecem o contacto com o real afectivo e comunicativo; e comportamentos de contacto, que funcionam como a operacionalização das duas funções antecedentes (Prouty, 2001).

Como veremos mais adiante, a condição de sem-abrigo, quer com doença mental ou não, é sempre uma condição de vulnerabilidade psicológica.

Desta forma, sentimo-nos colocados numa situação de grande exigência quer pessoal quer profissional, não é possível dissociar a pessoa do técnico, e embora a nossa função fosse técnica a relação com o sem-abrigo exige a presença de ambas as dimensões. Foi necessário um trabalho de crescimento interno da nossa parte, no sentido de nos distanciarmos o mais possível do nosso quadro de referências para suportar, integrar e superar os estigmas relacionados com a condição de sem-abrigo, independente do que os levou a essa condição.

Percebemos, porque é essa mesmo a nossa postura, que é necessário compreender a pessoa e a sua destruturação e desorganização, respeitá-lo e seguir criteriosamente o seu ritmo e as suas necessidades psicológicas.

Enquanto numa fase inicial a pessoa pode abordar temas aparentemente insignificantes, o facto é que ao fim de algum tempo ele desabafa o que de facto o

angustia e o que experiencia. Tudo é possível numa pessoa sem-abrigo. O desafio de perceber de que forma o podemos acompanhar, é intenso.

No entanto, acreditamos que mesmo não sendo uma sessão de relação de ajuda formalmente organizada, estes momentos terapêuticos, ou contactos casuais, como denominou Rogers (1946/2000), são úteis e proveitosos para a pessoa sem-abrigo, senão vejamos, se na nossa posição enquanto técnicos mantivermos um determinado objectivo e conjunto de atitudes, a pessoa poderá sentir-se mais apta a lidar com a sua situação.

Segundo Rogers (1946/2000), este contacto casual pode facultar três importantes elementos de ajuda:

- Proporcionar liberdade emocional – a possibilidade de desabafar algumas tensões, expressar sentimentos reprimidos, partilhar com outra pessoa angústias que dificilmente outro na mesma situação que a sua compreenderia de uma outra perspectiva, o poder “deitar cá para fora” como alguns nos referiram; - “G., 54 anos, sexo masculino, caucasiano, divorciado, há nove anos na rua, tinha uma profissão, canalizador, uma queda de um terceiro andar deformou-lhe uma perna impossibilitando-o de continuar a exercer a profissão. Privado de um meio de sustento continuado, com três ex mulheres e quatro filhos a receber pensão de alimentos, em poucos meses, perdeu a casa e todos os bens, sem qualquer ajuda familiar, “refugiou-se” na rua, “aqui ninguém me conhece ou procura”, o álcool transformou-se no seu único amigo íntimo, arruma carros na zona envolvente à que pernoita, procura manter a sua higiene pessoal diária recorrendo a instituições da zona. É um dos sem-abrigo que manteve connosco uma relação mais próxima e recorrente, tirando os dias em que se encontra mais alcoolizado, G. tem um discurso coerente, fluente e realista da sua situação e refere-nos que os momentos que passa connosco os aproveita para falar e desabafar “coisas que não posso falar com mais ninguém com quem convivo” “consigo sei que posso falar de

tudo, que me ouve e compreende e não se põe a dizer como os outros das outras instituições, tem de sair da rua, este lugar não é para ninguém, etc...a dra. não... a dra. ouve e acompanha-me, consigo tenho falado de coisas que nunca falei com ninguém, o que me tem ajudado a reflectir na minha vida e no que posso fazer para sair daqui”.

- Proporcionar a oportunidade de uma outra perspectiva, com mais clareza, da sua situação – um problema visto por outro angulo e mais nitidamente, é mais fácil de determinar. A pessoa nestes momentos está menos tensa e menos apreensiva, o seu pensamento está menos deformado, está mais objectivo e desta forma encara a sua situação de forma mais precisa. Não sairá destes encontros com a solução para a sua situação, mas ficará com uma compreensão mais objectiva sobre a verdadeira essência das suas dificuldades. Este aspecto foi igualmente referido por inúmeros sem-abrigo; - N., 62 anos, sexo masculino, caucasiano, solteiro, há vinte anos na rua, tem a particularidade de ser uma pessoa muito informada sobre a actualidade, lê inúmeros jornais gratuitos por dia, tem contactos com as pessoas que trabalham nos Ministérios na zona envolvente à que pernoita, no entanto em todos os contactos que mantivemos nunca nos revelou a sua história de vida, apenas o número de anos em que se encontra nesta situação. N. tem um discurso muito organizado e elaborado, procurando sempre controlar o que vai dizer de forma a não deixar escapar nenhuma informação sobre o seu passado. Sempre respeitamos esta sua postura, procurando viver o momento, o aqui e agora que interessa para estes contactos. No nosso primeiro contacto com N., reparamos que o seu aspecto exterior estava muito cuidado, barba acabada de fazer, cabelo aparado, roupa muito limpa e adequada à época do ano, segundo os elementos da equipa, N. tinha finalmente cuidado de si e da sua aparência e higiene, aspecto que depois vimos degradar-se de novo com o passar das semanas. Para além da adição ao álcool, N. tem também uma tendência para a acumulação de objectos, basicamente lixo,

revistas, jornais, comida estragada, roupa, sapatos, cobertores, enfim, tudo o que recolhe junta num monte devidamente tapado com cartões e plásticos. De tempos a tempos funcionários da Câmara, aproveitando as ausências de N., recolhem tudo e deitam fora, no entanto apesar de contrariado e revoltado, N. volta ao mesmo ciclo de recolha. Sobre esta sua característica N. apenas nos revelou que são as suas “coisinhas”, “sabe...vou juntando estas coisitas que posso necessitar mais tarde, eu sei que tenho de lhes dar uma volta e deitar algumas coisas fora, amanhã faço isso” e em nenhum dos “amanhã”, N. reuniu coragem para o fazer, sendo sempre os funcionários da Câmara a fazer esse trabalho. Nos primeiros encontros, N. falava sobre banalidades do dia a dia, notícias sobre a actualidade que lia nos jornais e referia-nos que ao menos connosco podia discutir estes assuntos, pois nenhum dos seus companheiros de rua sabia coisa alguma sobre a sociedade ou queria sequer ouvi-lo falar sobre a “crise ou a Troika”, passado os quatro primeiros encontros, referimos sentir o N. mais deprimido, mais triste e menos conversador, N. abriu muito os olhos e questionou-nos sobre como sabíamos que ele não andava bem e a partir dessa altura, os encontros passaram a um nível muito mais sobre os sentimentos de N., com este a revelar que andava a pensar na sua situação e de como tinha de mudar e o que teria de fazer para sair da rua... “as conversas consigo, fizeram-me pensar muito no que ando aqui a fazer, percebi que não é esta a vida que quero para mim...consigo agora ver que andava a enganar-me a mim próprio, eu sei que não quero ter direitos, para também não ter que ter obrigações para com a sociedade e cumprir com determinados requisitos de funcionamento para ser um cidadão respeitado, mas agora vejo as coisas de outra forma e esta vida já não me satisfaz, só ainda não sei muito bem que passo dar a seguir, sabe, já são muitos anos na rua”.

- Por último, estes primeiros encontros, apesar de possuírem características de apenas casuais, permitem contactos posteriores, mais planeados e formais. O caso do P.

ilustra bem esta situação; P., 39 anos, sexo masculino, caucasiano, solteiro, desde há dez anos com períodos intercalares na rua e internamentos em comunidades terapêuticas sem êxito, voltando sempre aos mesmos hábitos de consumo de drogas e álcool, com diagnóstico de epilepsia. P. é já um conhecido dos elementos da equipa por ter frequentado a comunidade religiosa em que a mesma se insere. Participava mesmo com os seus conhecimentos profissionais.

Permaneceu por três vezes na comunidade terapêutica relacionada com a mesma, tendo desistido por duas vezes e tendo sido expulso da última vez, por comportamento agressivo e alterado com companheiros e técnicos da comunidade, ficando assim impedido de voltar caso pretende-se retomar algum programa de reabilitação. P., procurava-nos sempre nos dias da distribuição de comida no local onde passava os dias, pois pernoitava num armazém abandonado ali perto, cumprimentava os elementos da equipa que conhecia particularmente bem, recolhia a comida e solicitava a nossa presença num recanto mais afastado de todos, para “conversar e desabafar”. Nos quatro encontros iniciais, P. relatou-nos parte da sua história de vida, tendo revelado que todos os seus problemas se tinham iniciado quando aos nove anos de idade a família lhe revelou que era adoptado. A partir desse momento P. sentiu como se lhe “tivessem tirado o chão debaixo dos pés”. Passou a viver num constante estado de ansiedade e revolta. Apesar de se sentir amado pela família que o adoptou, sentia desde então que tinha de saber quem era a sua família biológica para perceber quem era. Chegou a descobrir parte da história da família, o que o deixou mais angustiado ainda pois o seu pai tinha abandonado a mãe e os irmãos quando este tinha meses, com um historial de álcool e violência doméstica. A sua mãe sofria de uma doença mental que P. não sabia muito bem qual era, impossibilitando qualquer relação saudável com a mesma. Estudou até ao nono ano de escolaridade, começou a trabalhar em espectáculos de música ao

vivo, até que o abuso de substâncias como droga e álcool inviabilizaram um estilo de vida sustentável quer por si quer pela família adoptiva que o colocou na rua. Até este momento P. apresentava-se com a higiene adequada e roupa limpa, relatando a sua relação com os outros sem-abrigo da zona como de garante de alguma disciplina e cumprimento de algumas regras impostas pelas autoridades do local, sendo mesmo o P. cúmplice e elo de ligação entre ambas as partes, até este momento P. era uma espécie de líder quer pela sua estatura, 1,90 cm, quer pelo seu estado mental minimamente organizado e orientado. Após o quinto encontro, P. apareceu-nos de aspecto degradado e sujo, sem mudar de roupa nem tomar banho, pois tinham sido, ele e os companheiros, expulsos do armazém onde pernoitavam e mantinham os seus parques pertences. P. não teve capacidade para lidar com a mudança, deixou de tomar a medicação que um dos irmãos lhe levava de tempos a tempos e que o mantinham de humor estabilizado, passou a consumir drogas e álcool de forma mais constante e diária, entretanto um grupo de sem abrigo, mais jovem que também frequentava a zona, aproveitando-se do seu estado mais vulnerável, começou a agredi-lo sistematicamente, deixando-o por vezes muito maltratado quer física quer psicologicamente, por P. não ter capacidade de reagir às agressões e mante-los afastados como até ali tinha feito. No entanto, P. continuava a usufruir destes nossos encontros, começando nesta altura a solicitar uma ajuda mais formal e consistente, afirmando que tinha de sair da rua urgentemente que já andava em conversações com uma outra instituição, visto a anterior já não o querer aceitar de volta, pedindo-nos a marcação de acompanhamento em consultório de forma consistente e semanal. Relatava-nos o seu desejo de mudança, que desta vez não era igual às anteriores pois desta vez era mesmo a sua vontade e não uma imposição dos outros, que sentia que tinha chegado o momento de mudar de vida e fazer alguma coisa por si, ou sabia que a continuar nesta situação não via futuro, correndo mesmo risco de vida.

Marcamos então uma sessão em consultório, na instituição + vida. P. compareceu no dia e hora agendados. Não notamos qualquer alteração significativa na relação pois esta já estava consubstanciada na confiança e segurança que P. sentia nos nossos encontros na rua. Na segunda vez agendada P. não compareceu, pois o seu estado de saúde tinha-se agravado e tinha sido levado pelo INEM para o hospital, tendo sido o próprio a ligar-nos e justificar o sucedido, ficando agendado para assim que fosse possível para ele o que aconteceu na semana seguinte. P. compareceu mais organizado e seguro de que iria sair da rua com a ajuda da outra instituição, estando no momento a ultimar os preparativos para o seu ingresso na comunidade terapêutica correspondente. Não tivemos mais contacto com o P. pois encontra-se até este momento internado na tal comunidade, e ao que apuramos com sucesso, pois está empenhado na mudança e reabilitação, informação que recolhemos junto da outra instituição que o ajudou.

Apercebemo-nos ao longo da experiência com os sem-abrigo, que mantendo as mesmas atitudes de uma terapia formal centrada no cliente, as regras são simples e é possível dar início a uma relação de ajuda, tirando o melhor partido destes primeiros contactos casuais, como lhe chamou Rogers (1946/2000).

É necessário primeiro que tudo manter uma postura psicologicamente acessível, ou seja, demonstrar interesse genuíno, aceitação incondicional, manter a nossa congruência, e demonstrar compreensão empática pela pessoa de forma a que esta sinta que tem ali alguém em quem pode confiar e com quem pode conversar e desabafar (Rogers, 1946/2000).

Saber qual o melhor momento da relação, em que a pessoa passou a um nível em que já não é a conversa de circunstância mas um efectivo pedido de ajuda, em que a conversa passa a um nível mais emocional e aproveitar então para sem julgamentos, nem tentar avançar no processo da pessoa, sem que ela própria se sinta preparada para

tal, respeitar acima de tudo o ritmo e a sua maneira de ser como pessoa, livre e responsável pela escolha do momento certo para o fazer (Rogers 1946/2000).

10. Conceito de sem-abrigo

Não podemos começar este capítulo sem referir a dificuldade com que nos deparámos em reunir o maior número possível de artigos, livros, ou qualquer outra fonte credível em termos científicos, com a qual pudéssemos sustentar um eficaz embasamento teórico. De realçar que esta falta de material de pesquisa se verificou tanto a nível Português como estrangeiro. Poucos estudos existem sobre esta problemática e os que existem são muito específicos e delimitados quer por zonas, quer por número de participantes.

Apesar de tudo, existe alguma literatura de valor artístico e rico em termos de informações, emoções e partilha de experiências, para quem pretender reflectir sobre o assunto, como por exemplo os sem-abrigo que escreveram a sua própria história, como é o caso de Lee Stringer, Bobby Burns ou Lydia Perréal.

De referir que no nosso contacto directo e próximo com esta população, nos apercebemos que raramente nos fornecem dados concretos de identificação, além de que, se referirmos estudos, poucos se apresentam disponíveis para participar, tal o seu receio de identificação ou localização. No entanto, esse também não era o objectivo da nossa participação nesta equipa de rua, era sim tentar, um acompanhamento psicológico, ultrapassando as características diferenciadas que se nos apresentavam, encarando-as como um grandioso desafio.

A terminologia do fenómeno sem-abrigo tem sofrido alterações ao longo do tempo e mesmo assim, não reúne consenso pela sua complexidade e multidimensionalidade. Vamos por isso limitar-nos ao que nos parece mais adequado ao que experienciamos

nas ruas e no contacto directo, não esquecendo que sem-abrigo é sobretudo aquela pessoa que perdeu a ligação com a família e a sociedade.

Segundo a United States Alcohol, Drugs and Mental Health Administration em 1983, considerou sem-abrigo “qualquer pessoa que não dispõe do alojamento, dos recursos nem dos laços comunitários adequados” ou a definição do Conselho da Europa em 1992, “pessoas ou famílias que estão socialmente excluídas de ocupar permanentemente domicílio adequado e pessoal” ou ainda para a Federação Europeia de Serviços para Pessoas Sem-Abrigo, “é aquela pessoa incapaz de aceder e manter um alojamento pessoal adequado pelos seus próprios meios, ou incapaz de manter alojamento com a ajuda dos serviços sociais” (1998, Munoz & Vasquez, citados por Bento & Barreto, 2002).

Afirmavam em 2002 os autores Bento & Barreto, “Os sem-abrigo deixaram de ser notícia de per si”. Na mesma altura era consenso que a sociedade tinha-se acostumado a vê-los nas ruas e que as notícias apenas os referiam quando havia um dado novo a acrescentar à situação. No entanto, hoje em dia e segundo a nossa experiência de rua, cada vez mais se fala e se dá atenção a este fenómeno. A conjuntura socioeconómica tem atirado para as ruas um número significativo de pessoas sem trabalho e sem condições de manter o tal alojamento ou habitação acima referido.

É frequente depararmo-nos com situações de pessoas que embora ainda com habitação, se encontra em eminente risco de a perder e não ter comida na mesa: I., 59 anos, sexo feminino, casada, com expressão facial de apatia, aproxima-se da carrinha aparentando um aspecto exterior asseado, mas desadequado, robe por baixo de um casaco comprido, chinelos de quarto e calças de pijama, a sua postura era curvada parecendo carregar nos ombros um peso enorme. Trás nas mãos uma caixa pequena de acondicionamento de alimentos. Entrega-o à voluntária que distribui a sopa, que lhe

coloca apenas uma porção, I. olha para a caixa, suspira e afasta-se da carrinha, tendo presenciado o ocorrido, dirigimo-nos a I. na tentativa de nos colocarmos à sua disposição para lhe prestar algum conforto em termos psicológicos, percebendo, I. solta um profundo suspiro e com os olhos cheios de lágrimas solta: “...para uma neta já tenho almoço para amanhã, agora falta para a outra, não posso pensar sequer que as minhas netas vão para a escola sem comer nada”. Esta é a nova realidade com que nos deparamos nos dias de hoje, que não é única, pois assistimos várias pessoas e famílias nas mesmas circunstâncias e cujas histórias de vida apesar de únicas e intransmissíveis são bastante similares.

Este aspecto é relevante tendo em conta que os estudos efectuados à altura davam conta de números apenas baseados em estimativas. A primeira grande dificuldade é a definição do próprio conceito de sem-abrigo, também a visibilidade ou melhor dizendo a invisibilidade e natureza móvel de pessoas sem-abrigo, não permite uma quantificação concreta e próxima da realidade (Bento & Barreto, 2002).

Vamos, apesar de tudo, referir um estudo de Bento & Barreto de 1999 (Bento & Barreto, 2002) que nos parece mais próximo da realidade com que nos deparamos no trabalho de rua. Em Lisboa, numa amostra de 511 sem-abrigo, o total de casos com doença mental, adição de álcool e/ou droga e perturbações da personalidade, é de 94% da amostra.

A partir deste estudo percebemos que mais do que levar alimentos, um contacto psicológico e adequadamente técnico é essencial para lhes proporcionar a ajuda para a mudança, tendo sempre em mente o respeito pelas necessidades da pessoa, respeitando o seu ritmo de mudança e muitas vezes até a sua receptividade para compreender uma possível ajuda, foi-nos referido por alguns sem-abrigo que aquela não era situação de vida, mas que também não tinham vontade de mudar. Neste campo, entra a nossa

compreensão e respeito pela pessoa, no sentido de a acompanhar independentemente das nossas convicções pessoais, temos de acreditar nela e não desistir de lhe proporcionar uma relação diferente das que tem com os outros, quer pertençam a outras instituições ou mesmo se encontrem na mesma situação. A importância desta postura é justificada pelo relato de um membro das equipas de rua, ex toxicodependente, recentemente na fase final do processo de reabilitação, em que já saiu da comunidade e vive numa habitação pertencente à instituição, que lhes proporciona um período de ajustamento à vida após consumo e comunidade terapêutica. Este elemento, refere constantemente o facto de que nos primeiros contactos com as instituições o sentimento dele era de que lhe estavam a tentar impor algo que ele não queria, só após seis anos de contactos regulares P. sentiu uma vontade intrínseca de mudança e aceitou a ajuda que lhe tentavam proporcionar. Diz ele que “o que sentia de início era que os outros queriam controlar a minha vida, e quem eram os outros para me dizer o que tinha de fazer? Sentia-me invadido e violado, mas por haveriam de ser os outros a saber o que era melhor para mim? Claro que tinha mais ou menos a noção que aquela vida não era boa, mas daí a sair porque os outros queriam vai uma grande distância. Mas ainda bem que não desistiram de mim e andaram 6 anos atrás de mim, porque assim quando eu senti cá dentro que tinha de mudar, também sabia com quem poderia contar”. Este relato na primeira pessoa, revela o quão importante é para a efectiva mudança com resultados positivos, ser um desejo do próprio e não uma imposição extrínseca.

Na intervenção com este tipo de população há ainda que ter em atenção muitos outros aspectos que só a experiência e os conhecimentos técnicos nos permitem realizar de forma mais eficaz. A experiência, porque vamos adquirindo e integrando algumas noções básicas de segurança que nos permitem uma abordagem especializada que exige rápidas decisões, improvisações e a utilização de meios não convencionais, mas tirando

o máximo partido das condições que se nos apresentam. Além de uma rápida avaliação que nos permita a nós e à equipa funcionar em segurança.

Os conhecimentos técnicos, para compreender a pessoa que está à nossa frente e adoptar uma série de atitudes facilitadoras para dar início a uma possível futura relação de dimensão terapêutica. Perceber se a pessoa está sob o efeito de alguma substância que altere o seu comportamento, se sofre de alguma doença mental que possa colocar em risco a sua ou a nossa integridade física e dos demais elementos da equipa, se a pessoa está realmente disponível para uma aproximação, como é o caso de uma pessoa sem-abrigo, B., sexo masculino, caucasiano, 25 anos, que pelas suas características de défice de competências sociais, contacto visual directo inexistente, dificuldades ao nível da comunicação e segundo relatos de outros sem-abrigo que com ele dividem uma arcada numa avenida da cidade, muito raramente permite qualquer aproximação, aparenta uma perturbação do espectro do Autismo ou por hipótese perturbação de Asperger, tendo sido nós após os primeiros contactos a conseguir estabelecer algum tipo de relação que faz com que já seja o B. a sair do seu caixote de cartão e se dirija à carrinha para vir buscar os alimentos. Conseguimos manter algum tipo de comunicação, lentamente fomos-nos aproximando do caixote do B., sem muitas palavras, sem imposições, perguntando se estávamos a incomodar ou invadir o seu espaço, de início apenas deixávamos a comida junto a B., passadas duas semanas o B. pôs a cabeça fora do caixote deu um sorriso e agradeceu, na seguinte sentou-se fora do caixote e aguardou que nos aproximássemos, sorriu e agradeceu, voltando para dentro, na semana a seguir ficou fora do caixote, perguntamos se podíamos permanecer ali junto dele e ele acedeu, de olhos no chão perguntou quem éramos, esclarecemos que pertencíamos à equipa de rua e que estaríamos ali para lhe levar comida mas acima de tudo para lhe prestar algum tipo de auxílio que achasse conveniente dentro das nossas possibilidades, agradeceu

com um sorriso dizendo que não precisava de nada mais, no contacto seguinte perguntou-nos se sabíamos o que era Asperger, respondemos que sim e se pretendia saber mais sobre o assunto, disse que não, mas que um médico lho tinha diagnosticado há uns anos, encolheu os ombros e disse que estava tudo bem, que se sentia bem na nossa companhia e meteu-se dentro do seu caixote. Após este encontro B., sempre que sentia a chegada da carrinha, vinha até nós, recolhia a comida e pedia que o acompanhássemos ao seu caixote, comia em silêncio e repetia que estava bem se podíamos estar ali com ele apenas alguns momentos. Estes foram momentos em que sentimos que a nossa presença, assenta no conceito de contacto psicológico e que de alguma forma fez a diferença para aquela pessoa.

De igual modo, as reformulações de contacto da pré-terapia funcionaram como medida de desenvolver o contacto psicológico com o B. pois estas permitiram estabelecer o contacto real, afectivo e comunicativo.

11. Uma visão holística da pessoa – vulnerabilidades

De acordo com o estudo de Bento e Barreto (2002), anteriormente referido, a grande percentagem de pessoas sem-abrigo apresenta algum tipo de vulnerabilidade psicológica, quer seja mental, ou na ordem das adições a substâncias.

Ajudar estas pessoas passa pela compreensão destes fenómenos pois os seus problemas não têm de forma nenhuma uma resolução fácil e não basta resolver os problemas de habitação ou emprego para acreditar que a pessoa se autonomiza.

Já vimos anteriormente que a pessoa já traz em si, desde o nascimento, as potencialidades de ser, mas que estas, nem sempre encontram as condições necessárias e adequadas que facilitem a sua actualização (Hipólito, 2011).

Em cada pessoa a tendência actualizante que referimos anteriormente, manifesta-se a partir da primeira célula, a célula primordial que contém todas as informações essenciais para o máximo desenvolvimento das potencialidades do ser vivo. Estas informações contêm todas as informações herdadas geneticamente, não só físicas como igualmente psíquicas que, no caso de ausência de traumas que impossibilitem o seu desenvolvimento, este processa-se autonomamente até ao nascimento fruindo de um *locus* de controlo interno sem necessidade de interferências do exterior (Hipólito, 2011).

Durante o período de gestação dá-se o processo de maturação do sistema neurológico que possibilita o desenvolvimento do *self* embrionário, ou seja, a assimilação de várias experiências sensoriais no *self* deste novo ser. Quando nasce, o desenvolvimento de todas as suas dimensões, embora menos perceptível, continua e segundo Rogers e Kinget (1971, citado por Hipólito, 2011) o bebé “percebe a sua experiência como sendo a realidade. A sua experiência é a realidade”, no entanto começa a perceber as fronteiras em relação a si e ao mundo exterior.

Cerca dos 8 meses, o bebé começa a desenvolver a percepção do outro e esta diferenciação permite-lhe integrar as condições de valor, ou seja, a sua necessidade de amor do outro e a crescente consciencialização de que este amor é fundamental à sua sobrevivência (Hipólito, 2011).

Deste processo designado vinculação, o bebé, posteriormente a criança e mais tarde o adulto, resultam muitos dos traumas ou dissociações que surgem na vida da pessoa e que se manifesta nos vários níveis da experiência, quer isto dizer, entre o *locus* de controlo interno, a forma como a pessoa experiencia os fenómenos em si e o *locus* de controlo externo, ficando as decisões para os outros, de forma exterior a si. Por outras palavras, surge uma dissociação entre o *self* percebido (o que a pessoa se sente em si) e o *self* desejado (como deveria ser para se sentir aceite pelo outro) (Hipólito, 2011).

No caso de surgir esta dissociação, a estima de si, ou auto-conceito é menor, o que compromete o funcionamento pleno e a máxima actualização das suas potencialidades, com todas as implicações bio-psico-sociais que daí resultam.

A este respeito, e com base num estudo de Elias Barreto (2002, citado por Bento e Barreto, 2002), Vinculação e relações de objecto dos sem-abrigo – um estudo exploratório, resulta que os sem-abrigo “parecem sofrer uma série de perdas e acontecimentos perturbadores, contando com poucos recursos internos para fazer face de forma adaptativa a essas dificuldades”.

A ausência da capacidade de maximizar a actualização de potencialidades, revela um estado de carência e privação, possivelmente com origens precoces acrescido por experiências posteriores, que leva os autores a concluir que, muito provavelmente muitas destas pessoas, antes de ser sem-abrigo, já o era (Bento & Barreto, 2002).

12. Reflexão sobre a experiência com as pessoas sem-abrigo

Esta foi sem dúvida uma experiência única e um dos maiores desafios que se nos apresentaram, quer pessoal quer profissional. A pessoa sem-abrigo apresenta uma multidimensionalidade de vulnerabilidades tanto emocionais como físicas, a sua instabilidade habitacional, precariedade de emprego ou ausência de apoios sociais no sentido de conseguir dar respostas adequadas a cada caso, cada pessoa.

Todos estes aspectos foram factores que contribuíram para em alguns momentos nos sentirmos susceptíveis de experienciar alguma ansiedade, frustração e impotência ao ter de lidar com a pressão de situações tão difíceis e ao mesmo tempo termos de manter a confiança na nossa competência e capacidade de acção, para não comprometermos a comunicação e o propósito da intervenção. O querer por vezes dar respostas realistas, porque só desta forma estaremos a ser congruentes e verdadeiros perante as pessoas.

Uma das situações em que mais nos sentimos envolvidos e a nossa intervenção foi para além da relação de ajuda individual, foi o caso de uma família pai, mãe e duas menores de três e um ano e meio que encontramos a pernoitar numa estação ferroviária e rodoviária de Lisboa, a primeira vez que detectamos a família neste local, foi-nos dito pelos outros sem-abrigo, também eles indignados, que as crianças pernoitavam no local. Dirigimo-nos de imediato à família, tentando perceber de que forma poderíamos ajudar sabendo o que os levou a tal situação. Ao contrário do que nos tinha sido transmitido tanto pai como mãe negaram a permanência das crianças naquele local. Tentamos uma abordagem com a criança mais velha que reagiu muito bem à nossa aproximação, visto o termos feito em jeito de brincadeira, oferecemos comida, brincamos um pouco, mas assim que a determinada altura surgiu o onde e como dormia, a sua atitude mudou, dizendo que não podia falar sobre isso, afastou-se e refugiou-se nas pernas da mãe. Um dos elementos da equipa conhecia a família e a sua história, tendo ficado encarregue de saber se esta criança frequentava, como era suposto o infantário social da zona.

Soubemos que sim, sendo pelo menos para ela um factor protector o facto de permanecer durante o dia numa instituição, o que já não sucedia com a irmã mais nova, pois numa observação inicial detectamos, falta de higiene, em ambas as crianças, roupa desadequada para a época do ano e mais grave a mais nova apresentava sinais de subnutrição. Ora, não frequentando qualquer creche, esta criança não possuía, como a irmã, nenhum factor de protecção. De imediato, em reunião com a equipa ficou decidido que o tal elemento da equipa com acesso a algumas informações sobre as crianças faria de elo de ligação entre nós e uma possível solução para estas crianças.

Este elemento contactou o assistente social da família, que não estava ao corrente da situação actual da mesma por ter perdido o contacto visto não terem morada. Através deste assistente social soubemos que já anteriormente lhes tinham sido retiradas duas

crianças de oito e nove anos, por suspeitas de abuso sexual por parte do progenitor. Este contacto levou ao restabelecimento do seguimento da família por parte destes serviços da segurança social.

Entretanto por termos colocado em marcha um seguimento da família, a mãe foi proibida pelas autoridades de permanecer com as crianças no local, ficando a partir de então só o pai indo a mãe e as crianças para casa dos pais desta, no entanto informaram-nos que logo pela manhã assim que deixava a menor mais velha na creche, a mãe juntava-se ao marido com a menor de ano e meio, passando o dia a deambular de um lado para outro.

Contactamos também a creche da menina mais nova no sentido de sugerir uma intervenção à família, por forma a incentiva-la a frequentar alguma formação de desenvolvimento de capacidades parentais, o que não foi de forma nenhuma possível pois a mãe recusava-se a fazer algo sem o marido e o marido, por vezes agressivo, exercia uma influência negativa sobre a mãe, nem aceitava tão pouco qualquer solução que lhe foi apresentada.

Após estas diligências, a mãe deixou por uns tempos de frequentar o local, sendo o pai a ir ao seu encontro fora dali. Sempre que possível tentávamos estabelecer contacto com o pai que nos disse sempre muito revoltado que a culpa deles estarem naquela situação era da Câmara e do Governo, que tinha o RSI (rendimento social de inserção) mas que lhes tinha sido cortado desde que tinham sido despejados de casa da mãe deste quando esta faleceu, porque a casa, em regime de habitação social, tinha sido atribuído à mãe, logo ao falecer o filho não tinha qualquer direito de lá permanecer.

Em relação a arranjar um emprego sempre nos disse que não podia trabalhar por sofrer de uma doença que nunca nos chegou a referir qual. A determinada altura deixamos de ver tanto pais como crianças e soubemos que a segurança social lhes tinha

facultado uma casa, bem como também a menor mais nova tinha entrado para uma creche social.

Com grande angústia da nossa parte, não nos foi possível continuar a acompanhar esta família, nem soubemos nada de mais concreto sobre o que se passará com estas crianças, sabendo nós que não havendo qualquer ligação entre serviços e instituições estas crianças poderão estar em perigo ou risco. Que pela falta de competências parentais por parte da mãe e pela sua evidente dependência emocional do marido, por muito prejudicial que seja para o desenvolvimento destas crianças serem entregues a uma instituição, fica-nos a dúvida de qual será neste caso, a melhor solução tendo apenas em vista o superior bem-estar destas duas crianças.

Temos a convicção que a melhor solução seria uma adequada intervenção junto da família, em conjunto, por forma a manter todos juntos, mas também conhecemos a realidade dos nossos serviços sociais e sabemos que não há de todo essa hipótese, pois as nossas últimas diligências foi tentar perceber a qual instituição ou serviço poderíamos sinalizar esta família e em todos nos foi dito que se sinalizássemos um caso como o descrito as crianças seriam imediatamente retiradas e afastadas da mãe.

De qualquer forma e independentemente deste caso, o facto é que trabalhar com estes tipos de problemáticas, é muito difícil, pois muitas vezes nos deparamos com recursos escassos, e onde o sucesso, seja ele qual for, é limitado. Perceber quais as necessidades destas pessoas, o que pretendem deixando-lhes a liberdade de escolher o que entendem por melhor para si próprios, não impondo soluções é difícil de gerir e prolongado no tempo.

Outra das dificuldades com que nos deparamos, foi no descrédito destas pessoas nas instituições. Não foram poucas as vezes em que nos referiram ter vontade de sair da rua, procurar ajuda, mas que as soluções de que disponhamos não eram de todo do seu

agrado porque todas as comunidades terapêuticas e nomeadamente aquela com ligação directa ao + Vida, pertenciam a uma comunidade religiosa. Estas pessoas referiram-nos não ter interesse em ingressar em qualquer comunidade com estas características, porque não sendo contra ou preconceituosas relativamente a Deus, o facto é que não se identificavam com as propostas destas instituições. Diziam-nos alguns, “eu até sou crente e tenho a Bíblia que leio quando me apetece, rezo quando sinto necessidade e não quando me querem impor” e “sei que nesse tipo de comunidades, porque já frequentei, é tudo muito virado para as orações e para o dia a falar sempre no mesmo, isso não quero, queria um sitio onde me pudesse livrar do álcool para sempre, aprender uma profissão, arranjar um emprego decente para me sustentar, ter uma casa, as minhas coisas, mas sem ter que ouvir falar de religião o dia inteiro”.

Deste modo, é necessário admitir que a grande maioria das instituições existentes é de cariz religioso, havendo uma falha a nível político e social de instituições com os mesmos objectivos de ajuda, recuperação e reinserção da pessoa sem-abrigo, para dar resposta a quem quer uma mudança mas tem ideais e crenças diferentes, porque se as instituições têm os seus limites, os sem-abrigo também têm o seu nível de liberdade de escolha.

Outro aspecto que também mereceu a nossa reflexão foi o facto de haver neste momento um número significativo de instituições e grupos de pessoas a nível particular que se juntam para levar alimentos e roupa aos sem-abrigo, há noites em que são cinco ou mais destes grupos e instituições a distribuir comida. Este facto, para nós, sem desprimor para o trabalho que realizam, acaba por ter um resultado perverso no efeito que se pretende a longo prazo, pois ao ter satisfeitas as necessidades básicas de alimentação, por vezes em excesso e deixando até estragar alimentos, estas pessoas estão menos abertas a uma mudança efectiva e profunda no seu estilo de vida. Este facto

foi-nos referido por muitas destas pessoas, pois diziam-nos: “se a comida e a roupa vem até nós, porque precisamos de nos preocupar em procurar outro tipo de saída?”

Fica a chamada de atenção para futuros estudos e trabalhos relacionados com esta população.

13. Apresentação de casos

No âmbito deste estágio, tivemos como referencial a Abordagem Centrada na Pessoa incidindo a nossa intervenção na Relação de Ajuda, para tal apresentamos três exemplos de pessoas que nos procuraram a nível individual, uma no Projecto +Vida, duas na Escola Superior de Educação de Lisboa, sendo que um deles é exclusivamente uma avaliação psicológica solicitada pela própria pessoa.

Da nossa experiência retiramos que a problemática mais referenciada pelas pessoas que nos procuraram, foram estados ansiosos, cada um com a sua especificidade, mas todos deixando a pessoa vulnerável, desconfortável e com alguma incapacidade para lidar com as adversidades que entretanto enfrentavam.

A respeito desta problemática já descrita anteriormente de acordo com a visão do autor, pretendeu-se que com as sessões de relação de ajuda, as duas pessoas diminuíssem a ansiedade, visto esta conduzir a uma atitude de defesa que dificulta o crescimento e o desenvolvimento (Rogers et. al, 1975).

13.1. Caso A

O B., procurou ajuda psicológica no GAF, do projecto +Vida por sentir muita dificuldade de relacionamento com a mulher, por se sentir muito ansioso e agitado por um lado, mas também deprimido e sem forças, e querer de alguma forma desenvolver capacidades para conseguir lidar com as adversidades de forma mais adequada. Referiu

estar de baixa médica e não estar a conseguir gerir a sua vida emocional de forma satisfatória.

13.1.1. Anamnese

B., 29 anos, caucasiano, casado, natural de Lisboa, nono ano de escolaridade, de profissão fiel de armazém, a poucas semanas de ser pai pela primeira vez. Mais novo de 3 irmãos, mãe internada num lar com Alzheimer, desde há três anos, pai acamado com incapacidade motora e em processo degenerativo de demência que habita na mesma residência e aos cuidados de B. e da mulher, uma das irmãs a mais velha tem quadro depressivo desde que B. se lembra, vive no mesmo prédio e a outra que vive igualmente no mesmo prédio no andar ao lado está também em processo de espera para ingresso numa instituição da segurança social por sofrer, segundo o B. de Alzheimer.

Da infância B. refere ter sido sem aspectos relevantes, apenas que a relação dos pais não sendo pacífica, sempre o “incomodou”, mas nada de especial, segundo referiu. Foi um “miúdo igual aos outros, com alguma rebeldia”. Não referiu doenças ou situações que sentisse merecerem ser abordadas no presente.

13.1.2. História clínica

B. refere sentir-se deprimido e ansioso, toma medicação que não soube referir qual, observou-se agitação motora, mesmo sentado agitava constantemente as pernas. Pelo facto de referir que esta agitação é só desde que toma a medicação, além de queixas de perturbação do sono e segundo palavras suas não se “sentir ele próprio”, solicitamos que para além de o referir ao seu médico assistente também nos trouxesse o nome da medicação para percebermos se tinha a ver com efeitos secundários da mesma. Veio a

verificar-se que sim pois o seu médico psiquiatra alterou a medicação por mais duas vezes até o B. se sentir confortável com a medicação.

B. toma esta medicação por hipótese de diagnóstico de Perturbação Bipolar II segundo relatório a que tivemos acesso do seu psiquiatra. B. refere que a primeira vez que se sentiu deprimido tinha sido há nove meses, até lá nunca tinha detectado qualquer problema de saúde consigo.

Neste espaço de tempo teve um internamento de cinco dias no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, onde continua a ser seguido em psiquiatria. Este internamento foi voluntário em resultado de um episódio de hipomania com ideação suicida.

B. refere ainda que esta alteração que sentiu na sua vida se deve à tentativa de abandono do consumo de cocaína, canábis e LSD que tem conseguido com sucesso. Não consumindo nos últimos meses.

13.1.3. Descrição das sessões

Primeira sessão

B. apresenta-se cordial e sorridente mas muito agitado. A sua estatura é pequena, baixo peso. Aparência cuidada e adequada. Refere vir à consulta por sugestão do psiquiatra com a qual ele concorda, pois no seu discurso fluente e coerente B. afirma que precisa falar com alguém, desabafar o que tem sentido nos últimos meses. Mais concretamente a sua relação com a sua mulher, pois segundo afirmou ultimamente têm tido muitos conflitos e ele sente que a mulher discorda de tudo o que ele diz ou faz, e que por estar grávida ele não contesta para não prejudicar o bebé, mas que o tem deixado cada vez mais deprimido e ansioso.

Afirma também a sua dificuldade em dormir, a sua falta de concentração e por fim refere a tentativa de suicídio que fez há umas semanas o que o levou a um internamento voluntário, pois sentiu que sozinho não conseguia ultrapassar os problemas. Saiu ao fim de cinco dias, com termo de responsabilidade, porque diz ter compreendido que tinha sido um erro e que “morrer não resolve nada e tenho de pensar na minha filha que vai nascer e precisa de mim”.

A determinada altura mudou a atitude para uma atitude mais triste, chorou e referiu que “sinto um peso enorme nos ombros”, “não sei para onde me virar, preciso mesmo de ajuda”.

Percebemos o seu estado de incongruência e sofrimento ao concentrar toda a nossa atenção no seu quadro de referências nesse momento, sentimos a confiança que depositou em nós, sem contudo assumirmos a responsabilidade da sua direcção.

Relativamente aos psicofármacos e embora haja autores que referem que a terapia em si é suficiente para a mudança, o facto é que estudos recentes sobre a conjugação de farmacologia e terapia em determinados tipos de transtornos, como é o caso da bipolaridade, nomeadamente na prevenção de novos episódios, mostra-se particularmente útil e eficaz (Cordioli, 2008).

Informamo-lo que poderíamos continuar a acompanhá-lo, estabelecemos o contrato terapêutico tendo ficado decidido que teríamos 12 sessões de 50 minutos semanais para o acompanhar, altura em que acabaria a baixa de B. e este teria de voltar ao trabalho ficando sem horário disponível. Como veremos mais à frente acabariam por ser apenas 10 sessões, por vontade de B.

Reflexão

Relativamente à questão do diagnóstico e utilização de psicofármacos como tratamento coadjuvante, parece-nos que neste caso em particular, o B. não demonstra

atribuir grande relevância ao diagnóstico pois referiu-o apenas no contexto de nos relatar a sua história de vida recente, já relativamente aos psicofármacos, pela observação que fizemos parece-nos que está a alterar significativamente o seu estado, pois de acordo com o que nos afirmou o B., ele próprio se sente demasiado agitado, daí termos proposto a consulta ao seu médico psiquiatra no sentido de procurar em conjunto com este ajustar a medicação ao que se considere mais adequado.

Pareceu-nos estar na presença de uma pessoa num estado de sofrimento causado pelo desajustamento entre a necessidade de afeição e aceitação por parte da mulher e a sua capacidade de enfrentar estas experiências orgánicas, agravado pela falta de repouso e pelos psicofármacos.

Tendo em conta a pessoa naquele momento, procuramos manter sempre uma postura e um clima que lhe permitisse a liberdade de dar início a um processo com vista ao seu desenvolvimento e ajustamento, para tal procuramos manter-nos autênticos e aceitantes com respeito pela sua capacidade e força interior.

Segunda sessão

Nesta sessão B. aparece lentificado, demonstrando dificuldade em organizar o pensamento e por conseguinte o discurso. Faz algumas tentativas para falar, ao devolvermos o que observamos do seu estado, sorri ligeiramente e começa por explicar que foi ao seu psiquiatra que lhe alterou a medicação e que neste momento ao contrário da anterior que o deixava agitado esta deixa-o sem reacção nenhuma, só lhe apetece dormir e sem forças para nada. Referiu também que vai deixar de a tomar, ao que aconselhamos que regressasse ao médico e conversasse com ele sobre estes efeitos da medicação, acedeu com agrado pois não tinha percebido que poderia ser efeito secundário da medicação, pensando que estava a ficar pior, se bem que afirma que após

a primeira sessão connosco foi para casa a pensar no que tinha acontecido e que se tinha sentido mais “leve” “aliviado” e “compreendido”.

A sessão continuou com B. a fazer um esforço para se manter acordado e concentrado passando de uns assuntos para outros, para logo se aperceber e retomar, dizendo mesmo que se sentia tão confuso e tão dormente que não tomaria mais os medicamentos até falar com o médico. No entanto queria aproveitar a sessão para continuar a “desabafar” os seus problemas.

Falou sobre a sua relação com a mulher e o facto de como a forma como ela o tratava o fazia sentir-se inútil, pois apesar de, a seguir à sessão o B., ter referido, que passou a lidar com ela com mais paciência e em vez de lhe virar as costas tentava conversar com ela, sentiu que tinha havido uma alteração, mas no entanto a mulher ainda “refilava” muito com ele e com tudo o que fazia. No entanto segundo o B., compreendia que para a sua mulher também não estava a ser um período fácil, pois além da gravidez também era ela que tinha de tratar do pai de B., seu sogro, porque no estado em que o B. se encontrava pouco ou nada podia ajudar.

Nesta sessão sentimos que B. estava efectivamente empenhado em continuar com estes acompanhamentos, pois por várias vezes nos verbalizou que a melhor coisa que tinha feito nos últimos tempos tinha sido ter procurado esta ajuda.

Ao facultar um espaço de liberdade, compreensão e aceitação, permitimos ao B. apreender o seu estado de desorganização do *self* e dessa forma explorar os seus sentimentos mais negativos ou confusos.

Reflexão

Nesta sessão e apesar do ajuste da medicação, pareceu-nos que ainda não estava devidamente adequada, pois isso mesmo também nos referiu o B., para além de ser evidente na observação. Não nos causou nenhum tipo de incongruência voltar a repetir

ao B. para procurar de novo o seu médico assistente para novo ajuste na medicação, pois se percebemos que efectivamente não o estava a ajudar, parece-me que estando centrados no cliente, não poderíamos deixar de o referir.

No entanto percebemos que o seu estado alterado nos trouxe uma dificuldade acrescida em conseguir acompanhá-lo ao longo da sessão, porque se por um lado sentíamos que B. estava empenhado em continuar, por outro percebemos a sua desorientação e ficamos sem perceber se era a nossa incongruência momentânea, se a sua desorganização que não permitia a eficácia das respostas de compreensão empática.

Ficou-nos a dúvida sobre a forma como decorreu esta sessão e se teria sido a nossa inexperiência prejudicial ao progresso da terapia, sabemos que deveríamos ter-nos mantido centrados apenas no momento da relação, mas ao reflectir sobre a mesma percebemos que teríamos de trabalhar bastante sobre o nosso próprio desenvolvimento pessoal, pois desafios como este vão de certeza surgir ao longo da nossa vida profissional.

Tentamos acima de tudo perceber o que se passou connosco para uma aprendizagem mais complexa sobre estes aspectos da nossa congruência em que estamos ali naquele espaço e momento ao serviço do outro, independentemente das razões que lhe poderão causar desorganização.

A este propósito Moreira (2007, p.122), afirma algo que nos fez recentrar nos objectivos da terapia:

Como terapeuta jovem [estagiária inexperiente], não me sentia sempre segura de entender exactamente o que ocorria na terapia, mas sentia segurança em relação ao vínculo terapeuta-cliente. Não era importante entender imediatamente tudo o que se passava, já que sentia de alguma forma que o nível de comunicação desenvolvido era o fundamental. (...) que em certas ocasiões me deixava

ansiosa, embora me aliviasse o sentir-me autêntica porque lhe proporcionava um contacto interpessoal sem artificialismos, tal como o enfatiza Gendlin (1976, citado por Moreira, 2007).

Terceira sessão

Esta sessão aconteceu 3 semanas após a última por impossibilidade nossa (período sem supervisão). Nesta sessão o B., apresenta-se organizado, sem agitação, apesar de referir algum cansaço e necessidade de dormir um pouco a meio da tarde. Referindo que finalmente o médico tinha acertado na medicação, com esta finalmente sentia-se ele “próprio”.

Começa por referir que as últimas semanas não foram fáceis pois, a irmã com Alzheimer pegou fogo ao andar onde habita que é ao lado do seu. Mas apesar de uma situação complicada B. sorri e diz que conseguiu lidar com as coisas, ser forte e tomar decisões, pois é o único que neste momento o pode fazer, daí que não tem tempo para pensar e deixar-se “ir abaixo”. Teve de ser ele a organizar e fazer as obras na casa da irmã, tomar conta do sobrinho, e tratar do internamento da irmã numa instituição especializada para estes casos. Relata os factos com algum orgulho por ter tido a capacidade de lidar com os problemas e resolve-los.

Refere que a relação com a mulher melhorou muito agora que o bebé está prestes a nascer, facto que o deixa deveras feliz, pois como referiu o facto de ter acertado com a medicação também o deixa mais tranquilo o que lhe permitiu conseguir conversar com a mulher e lhe parecer que a mulher também compreendeu que tinham de se unir para lidar com todos os problemas que tinham de enfrentar.

Nesta sessão o B. apesar de referir uma situação difícil de gerir, pareceu-nos também mais tranquilo e capaz de lidar com as contrariedades de uma forma mais adequada. E

que apesar do espaço temporal entre as sessões, o processo de mudança fluiu de forma contínua, além de que neste caso também nos parece relevante o facto de a medicação ter sido ajustada às necessidades e especificidades do B.

Reflexão

Não pudemos deixar de nos sentir nesta sessão muito mais presentes e congruentes perante a tranquilidade demonstrada pelo próprio B., pareceu-nos que nesta fase o B. apresentava uma maior compreensão com objectividade, dos seus sentimentos e situação, demonstrando um maior *insight* e auto-compreensão.

Quarta sessão

B. vem com um largo sorriso dizendo que finalmente o bebé tinha nascido, que mãe e bebé estavam bem. Que se sentia bem pois agora tinha muito que fazer e em que pensar.

Voltou a referir o incêndio, e em como a sua actuação foi importante. Falou sobre a forma como tem lidado com outros aspectos como é o caso do pai, agora com o bebé a sua mulher já não tinha tanta disponibilidade portanto era o B. a cuidar do pai. Refere a sua preocupação relativamente a um possível acompanhamento psicológico da mulher, por solicitação da mesma.

Fala-nos sobre os exames complementares que o psiquiatra prescreveu e que segundo o mesmo os resultados não revelam nada preocupante o que o deixaram mais descansado e tranquilo.

Passa o resto da sessão a falar da filha, dos receios que sentiu antes da bebé nascer, e de como se sente agora que tem um ser a seu cargo e a satisfação e felicidade que sente por a ter.

Relativamente à primeira sessão sentimos o B. mais concentrado e descontraído, mais organizado e estruturado.

Reflexão

Após uma reflexão exaustiva sobre as sessões anteriores, compreendemos que efectivamente a nossa inexperiência nos levava a um esforço demasiado descentrado do cliente para o conseguir acompanhar, ou seja, ficávamos presos no nosso sentimento de que não conseguíamos ser eficazes, em vez de simplesmente o acompanhar e perceber o que se passava consigo naquele momento da sessão. Ao recentrarmo-nos no cliente e adoptarmos a nossa postura natural de congruência, aceitação incondicional e respostas segundo aquilo que era trazido no momento pelo B., voltamos a sentir o crescimento tanto do B. como nosso.

Quinta sessão

B. continua empenhado nas sessões, refere que tem pensado muito sobre o que se tem passado e na forma como vê os últimos meses e tudo o que lhe tem acontecido. A sensação de que andou “muito fundo”, relata-nos desta vez em pormenor o seu internamento, o que sentia na altura, o benefício que retirou da experiência, o rumo que decidiu dar à sua vida.

O bem que retira das sessões connosco, pois como refere “fica a trabalhar cá dentro”, “tem-me feito pensar muito e até vejo agora as coisas de outra forma”. Referiu a título de exemplo o facto de o pai estar internado neste momento, e que em vez de se sentir deprimido ou ansioso com a situação do pai, aquilo que sente é que se o pai está internado é sinal que está no sítio certo para se tratar e que logo estará de novo em casa ou conforme B. diz numa instituição que corresponda às suas necessidades, pois por muito que lhe custe daqui a umas semanas vai começar a trabalhar e a mulher com um bebé pequeno também não vai ter muito tempo para tratar do pai. Daí que B. refira que “se fosse aqui há uns tempos provavelmente já estava desesperado sem saber o que fazer, enquanto que agora sinto uma lucidez diferente para encarar estes problemas”,

“não nego que é um assunto que me entristece, mas pelo menos já não fico bloqueado sem saber o que fazer”.

No final da sessão B. agradeceu o tempo que temos passado consigo e que realmente se sente diferente do que sentia antes de procurar ajuda.

Reflexão

Pareceu-nos perceber nesta sessão a eficácia do processo de terapia, pois o B. percepciona-se de forma mais autónoma e mais apto a enfrentar as contrariedades da vida, além da objectividade com que percepciona o antes e o depois do início da terapia.

Sexta sessão

Nesta sessão B. traz a preocupação com a saúde da sua filha, pois com poucas semanas já teve de se dirigir ao hospital várias vezes devido a problemas respiratórios. Refere também as mudanças de ritmo do seu dia-a-dia, pois o bebé está a começar a dar mais preocupações do que B. previa. Está também a considerar voltar ao trabalho pois já se sente capaz de o fazer e tem de pensar nos aspectos práticos da vida que é ganhar o sustento da família.

Refere também a sua preocupação com a mulher, pois sente que ela também anda muito cansada com as noites sem dormir por causa da bebé. E diz ter reparado neste momento o quanto a sua vida mudou nos últimos tempos.

Faz uma retrospectiva do que mudou, a irmã e o pai internados, o nascimento da sua filha, a sua doença e a respectiva medicação e o que passou até ter a medicação certa. O facto de estar sem trabalhar, facto que o está a começar a afectar, daí dizer que vai pedir alta da baixa.

Reflexão

Neste momento pareceu-nos que de acordo com a evolução da terapia, o B. vivencia um processo de alteração do *self*, pois em contraste com a tranquilidade e felicidade das duas últimas sessões, nesta o B. evidencia um estado em que se percebe a reorganização do *self*, a forma como se percepçiona a si e aos outros à sua volta.

Sétima sessão

Começa por referir que já se encontrava a trabalhar, que se sentia muito cansado pois a bebé não deixava dormir de noite e que a mulher se queixava que ele não ajudava, mas que lhe tinha tentado explicar que estando a trabalhar não podia dar tanta assistência de noite. Compreendia que ela também estava cansada mas que tinham conversado e que apesar de tudo esperava que ela compreendesse o seu lado.

Referiu a sua impotência em conseguir lidar com esta pressão da parte da mulher. Mas tinha esperança que conseguissem chegar a um equilíbrio. O cansaço durante o dia e a medicação deixava-o incapaz de à noite corresponder ao que a mulher pedia.

A mulher começou a ser seguida na unidade de primeira infância da maternidade e durante o dia tem a ajuda mãe, daí o B. achar que faz o que pode para conseguir gerir tudo e a preocupação com as contas a pagar não o fazem decidir continuar de baixa.

O facto de ter os sogros lá em casa também contribui para que sinta alguma pressão em ter de corresponder às suas responsabilidades.

Nesta sessão o B. demonstrou que tem uma visão realista da sua situação e que tenta fazer o melhor que pode e sabe para se manter organizado e estruturado.

Oitava sessão

Nesta sessão o B. vinha preocupado que lhe pudessem retirar a filha, porque como a mulher anda a ser seguida na unidade de primeira infância, e com tudo o que se tem passado na sua vida, perguntaram-lhe no referido serviço se a mãe era capaz de fazer

mal ao bebé. O B. ficou assustado com esta hipótese porque diz que nunca lhe passou pela cabeça que isso pudesse acontecer e que como a mulher anda deprimida e cansada e o bebé não é um bebé fácil, tem medo que isso possa acontecer. No entanto diz que tem conversado com a mulher e tem tentado manter um ambiente saudável para o bebé, mas diz que ela está mesmo num estado muito ansioso e que isso o assusta, sabe que ela nunca faria mal à criança mas que no estado em que está na maternidade podem resolver retirar-lhe a filha.

Falou ainda na experiência do nascimento e no internamento e que na maternidade a mulher deixou cair o bebé e que tudo isto deixou marcas na mulher e que ele está muito preocupado com o seu estado e no que pode fazer da sua parte para ajudar a mulher.

Pelo seu lado B. referiu que se sentia estável e capaz de lidar com tudo isto apesar da complexidade dos problemas, mas que efectivamente estava num estado de tranquilidade que lhe permitia “segurar as pontas” e tomar todas as decisões e que apesar de tudo a mulher até reconhecia o seu esforço para se manter forte e organizado e que tudo isto era uma fase que iria passar.

Reflexão

Nesta sessão pareceu-nos que B. reconhecia e aceitava o facto de que possui aspectos positivos sobre si que lhe permitem dar as respostas necessárias ao restabelecimento de um equilíbrio emocional, bem como aceitar a responsabilidade de enfrentar as contrariedades da vida.

Nona Sessão

B. refere as mudanças que tem sentido nas últimas semanas, mais paciente, mais lúcido e com uma capacidade diferente para lidar com os problemas. Sente-se bem com a medicação e refere que é quase como se não estivesse a tomar nada de tão bem que se sente. Quando refere bem é porque não se sente alterado, nem agitado nem lentificado.

Sente-se o B. de sempre. Refere ainda o bem que se sente por ter abandonado o consumo de drogas, apesar de referir que era um consumo esporádico o facto é que não lhe trazia nada de bom, só servia para gastar dinheiro que agora utiliza para sustentar a família e que é assim que lhe faz sentido.

Tem pensado muito na sua vida e que apesar de ter muitas preocupações o facto de estar a trabalhar e se sentir cansado fisicamente não se tem deixado “ir abaixo” e está feliz por isso.

Refere ainda a dificuldade que tem em comparecer às nossas sessões porque tem de pedir ao patrão para sair mais cedo, que o tem feito por achar que é o melhor para si mas que se sente bem e que acha que consegue lidar com as contrariedades por si, portanto que está na altura de experimentar não vir.

Ficou agendada mais uma sessão a pedido do B., mas que será a última pois B. refere que já não se sente como sentia no início quando nos procurou e que se sente com capacidade para gerir os acontecimentos pois sente que já não fica ansioso como ficava quando surgiam os problemas.

Reflexão

Aparentemente B. sente-se congruente relativamente às decisões que tem tomado na sua vida e expressa a satisfação de sentir que pode continuar sozinho daqui para a frente, pois sente-se confiante e seguro das suas decisões.

Décima sessão

B. refere que “as coisas estão muito mais calmas em casa”. A mulher está menos ansiosa, ele anda cansado na mesma por causa do trabalho mas que se sente bem assim, sente que a sua “vida está a entrar nos eixos”. “Parece que nestes últimos meses a minha vida deu uma volta e ficou ao contrário e que voltou a dar outra volta e voltar ao normal”. “Tudo mudou, mas tudo faz sentido agora”. “Eu estou bem e a gerir a minha

vida e os problemas, já sinto novamente que a vida é para ser levada com descontração, se assim não for acontece como me aconteceu e deixamo-nos ir abaixo”.

“Os meus sogros já foram para casa deles, a minha irmã continua internada e o meu pai está para vir para casa e isso é que me está a preocupar agora, porque a segurança social diz não ter nenhum lar para onde ele possa ir”.

B. relata os acontecimentos de uma forma tranquila, compreende que tem algumas situações com as quais vai “ter de se preocupar”, mas diz que “a vida é mesmo assim, todos nós temos problemas a ideia é saber lidar com isso”.

Sobre o seu diagnóstico de bipolaridade, diz que não o angustia, sabe que é uma doença com a qual vai ter de lidar toda a vida, que não há cura, mas que se continuar a tomar a medicação certa pode perfeitamente manter-se estável e equilibrado que é o que mais quer neste momento.

Despede-se agradecendo a ajuda que lhe proporcionamos, garantindo que sente que não tem os problemas resolvidos mas que no fundo o mais importante é encara-los da forma como os encara neste momento, com calma sem ansiedade para conseguir ter capacidade para ir lidando com eles.

13.1.4. Reflexão sobre o caso A

Tanto este como o caso que apresentaremos de seguida, nos suscitou uma reflexão sobre a questão do diagnóstico prévio. Ora, estamos bem cientes que Rogers se opunha aos diagnósticos, afirmando que não só não eram necessários ao tratamento, como inclusive, poderiam dificultar os progressos e resultados da terapia (Rogers et. al, 1975).

No caso anteriormente descrito o cliente já trazia o diagnóstico e fez questão de nos facultar o relatório médico sobre o mesmo, além de que considerámos útil na medida em que neste caso específico, pudemos informar o cliente de que o estado alterado em

que se encontrava poderia estar directamente relacionado com a medicação o que se veio a verificar, contribuindo desta forma para uma adequada informação e encaminhamento para que o seu médico pudesse se assim o entendesse ajustar a medicação de acordo com as necessidades específicas desta pessoa.

No entanto, o facto de haver um diagnóstico prévio em nada influenciou o processo terapêutico, pois não foi baseado no diagnóstico, foi baseado na pessoa que tínhamos connosco e no aqui e agora da relação, ao seu ritmo e com aquilo que trazia em cada sessão.

Compreendemos que poderá parecer contraditório com a nossa postura totalmente enquadrada com a abordagem centrada na pessoa, mas de acordo com o próprio Rogers (1975), este, não pretende que estas concepções de oposição ao diagnóstico sejam definitivamente conclusivas, pois se por um lado as considera justificadas, por outro tanto as posições a favor como as de oposição, requerem investigações clínicas mais aprofundadas antes que uma posição final possa ser formulada.

Desta forma e justificando a nossa posição relativamente às avaliações psicológicas, pegando nos aspectos que Rogers, (1975) considera mesmo nocivos para a pessoa, diremos o seguinte, é verdade que a avaliação se faz em função de critérios estranhos à experiência da pessoa e que esta forma de validação ou caracterização, pode ser entendida com uma condição de valor e desta forma corre o risco de suscitar ou fortalecer a sua possível tendência à dependência do outro, desresponsabilizando-se deixando no outro a tarefa de o orientar e dirigir. Ora, tanto no anterior como no caso que descreveremos de seguida, se verificou esta situação, pois cada um seguiu o seu processo próprio, sendo o próprio o percursor do caminho que pretendia seguir, conforme se pode verificar pela descrição dos casos.

Outro dos perigos descritos por Rogers (1975), prende-se com a ordem social e filosófica, que a verificar-se seria claramente nocivo, o autor afirma que “quando aquele que faz o diagnóstico chega à conclusão de que o comportamento ou o sentimento do individuo com relação ao problema é defeituoso e resolve mudá-lo...” (p.215), cremos que esta postura não poderia ser mais contraditória com a abordagem centrada na pessoa. Desta forma como verificamos no caso anterior e verificaremos no caso seguinte, o diagnóstico não é utilizado desta forma descrita, nem tão pouco faz sentido que o seja.

Reforçamos contudo a nossa opinião em concordância com Rogers, que o próprio processo de terapia é diagnóstico, no entanto no caso que a seguir se descreve tratou-se de respeitar a vontade expressa da pessoa e acompanhá-la no processo e caminho que resolveu em liberdade escolher.

13.2. Caso B

Escolhemos o caso da J.F., aluna da ESE, 23 anos, frequenta o 2º ano do Curso Superior de Ensino Básico, pelo facto do seu pedido expresso ser uma avaliação psicológica, por se sentir com dificuldade de memorização, atenção e concentração, e estar com medo de estar a desenvolver algum tipo de défice cognitivo, além de querer compreender-se melhor, afirma também, viver num constante estado moderado de ansiedade e querer lidar melhor com as dificuldades do dia-a-dia, como estudos, relações com os pais e irmãos, relações com colegas e amigos.

Procuramos adequar o seu pedido de avaliação a uma situação que se enquadrasse na Abordagem Centrada na Pessoa, ou seja, sem estigmas, sem juízos de valor, mantendo em todos os momentos do processo as mesmas atitudes que numa sessão de relação de ajuda.

Para esse efeito, tivemos em atenção não só a escolha dos testes, a sua aplicação, bem como o discutimos previamente com a J., no sentido de lhe dar a liberdade de escolha dos mesmos, tentando dessa forma afastarmo-nos da proposição avaliador-avaliado.

De acordo com o pedido da J., e visto esta referir sentir-se num estado moderado de ansiedade, foi decidido fazer a aplicação de vários testes de forma a responder às suas dúvidas sobre défices de memória, atenção e concentração, tendo em atenção uma visão holística sobre a pessoa da J., respeitando acima de tudo a sua unidade e individualidade, daí terem sido utilizados:

- CAQ – Que permite medir simultaneamente traços normais e patológicos com vista à obtenção de um perfil completo e multidimensional da pessoa;
- WAIS-III – Permite uma avaliação da inteligência geral permitindo igualmente calcular um quociente de deterioração intelectual se tal tiver ocorrido, composto por 11 sub-testes que se agrupam em escala verbal e escala de realização.
- TP - Toulouse-Piérton – Mede a capacidade perceptiva e de atenção, permitindo calcular as capacidades da pessoa a nível de concentração em tarefas cuja principal característica é a monotonia medindo o índice de dispersão e o rendimento de trabalho.
- TAT – Teste projectivo da personalidade.

13.2.1. Anamnese

Dos aspectos de desenvolvimento durante a infância pouco ou nada se recorda referindo apenas que o que lhe foi transmitido pelos pais e familiares como tendo sido uma infância sem sobressaltos e dentro dos padrões normativos de desenvolvimento, fruto de uma gravidez desejada mas não planeada é a mais nova de três irmãos, com mais 12 e 7 anos respectivamente.

Sempre manteve um bom relacionamento com ambos, embora de maior proximidade com o mais novo que viveu em casa dos pais até há pouco tempo, mudança que a J. refere com motivo para se sentir mais deprimida e ansiosa.

Desde os 8 anos vive angustiada com medo de perder o pai que tem sofrido várias problemas de saúde como meningite, cancro dos intestinos, problemas cardíacos com paragem cardio-respiratória há 2 anos, neste momento está estável e controlado mas a J. vive em permanente sobressalto. A mãe sofre e sempre sofreu de alterações de humor sendo o seu estado maioritariamente deprimido o que causa na J. uma sensação de falta de apoio por parte da mãe.

O seu percurso escolar foi regular, tendo iniciado o percurso académico após a finalização do 12º ano, mas fez uma pausa no final do 1º ano da frequência universitária para dar início à vida activa profissional o que abandonou após um ano tendo retomado neste ano lectivo 2011/2012 o percurso académico com o apoio dos pais.

Neste momento e de acordo com o seu pedido refere sentir alguma dificuldade de memorização e concentração o que lhe está a causar alguma angústia e desmotivação por não conseguir acompanhar as temáticas dadas nas unidades curriculares correspondentes ao seu curso.

Em termos sociais revela um bom relacionamento com os pares, apesar de referir não ser muito expansiva ou participativa em actividades habituais como saídas para festas ou convívios.

13.2.2. Sessões de aplicação de testes

A J. compareceu sempre com uma atitude empenhada e colaborante. Atenta às instruções.

No entanto gostaríamos de referir que tanto durante a primeira sessão de entrevista, como nas seguintes de aplicação de testes, a nossa postura foi sempre a de facilitar à J.

um espaço de liberdade, segurança, compreensão e aceitação, nunca dirigindo ou orientando. Explicando o modo de funcionamento dos testes, e percebendo quer por observação visual, quer por escuta nas verbalizações da J. sobre como ia vivenciando cada momento, respondendo-lhe empaticamente à forma como experienciava cada momento.

Relativamente ao nosso olhar incondicional, de referir que não sentimos nenhuma interferência, pois de acordo com o que já referimos anteriormente, este olhar traduz-se numa aceitação incondicional pela pessoa e por aquilo que ela expressa, sem fazer juízos de valor, permitindo-lhe um espaço de liberdade facilitador da sua autonomização de forma a que a própria possa dirigir a sua experiência no sentido da satisfação das suas necessidades, quer na resolução ou não-resolução das suas dissonâncias.

Neste caso em particular, foi vontade expressa da J. realizar estes testes, como uma necessidade sua, a nossa atitude enquanto estagiárias foram as mesmas de respeito, compreensão e aceitação da sua vontade, apenas acompanhando a J. na direcção que desejava seguir.

13.2.3. Análise de resultados

Perfil CAQ:

O perfil da J. apresenta homogeneidade e encontra-se dentro dos valores normativos para a população aferida, contudo as pontuações obtidas no campo D1 – (7,5), poderão apontar para estados depressivos associados a preocupações excessivas com a saúde quer a nível pessoal quer a nível das pessoas que lhe estão próximas (pai). Indicia alguma tendência para pensamentos repetitivos, situação que a inquieta (As – 13-7) sendo um factor que tenta ultrapassar. Tende a apresentar uma postura passiva face à vida, situação que transporta para todos campos da sua vida, revela ainda algum grau de inibição e retraimento social associado a uma personalidade pouco perseverante (D3 –

11-4; D7 – 7; Pa – 8-5; Pp 12-4). Os valores de Ps (3-4) poderão indicar uma baixa auto-estima associada a sentimentos negativos de auto eficácia.

TAT

Ao analisar as histórias do T.A.T. à luz do referencial fenomenológico, foi possível perceber o existir da J., a sua temporalidade. De salientar que as lâminas do T.A.T. forneceram estímulos que abriram a oportunidade de se apreender o modo de ser-no-mundo, mostrando, assim, a sua forma singular de existir e revelando a sua dinâmica interna e os seus modos de vinculação com o mundo. Assim, consideramos que a análise fenomenológica das histórias da J. se mostrou como um instrumento revelador das suas vivências.

Na 1ª sessão em que foram aplicadas as 10 lâminas consideradas mais estruturadas, a J. revela a sua angústia pela perda das figuras significativas como é o caso do pai e também da perda de proximidade no caso do irmão, bem como o seu sentimento de impotência ao referir na 1ª lâmina...”vê o violino como doente e gostava de poder ajudar consertar, para fazer não só feliz o amigo como também ele próprio.... pois tem uma grande cumplicidade, mas ao mesmo tempo questiona-se se pode haver uma solução, irá perder para sempre o seu amigo e sente que terá perdido alguém, no fundo era o seu companheiro de todas as horas, com quem aprendia e compartilhava os seus momentos.”

Observou-se total conhecimento da realidade vivida por ela, quando refere em várias lâminas as diferentes realidades familiares em épocas diferentes, o papel social de cada membro e a importância da transmissão de valores transmitidos de geração em geração. Lâmina 2 ...”Talvez esta imagem transmita várias realidades...podemos ver um homem a trabalhar no campo uma época há uns anos atrás...”; “...revela na realidade uma mulher diferente do homem, a mulher ficava em casa a cuidar da família e da casa e

agora é diferente a mulher estuda e progride, uma realidade completamente impensável na época, em relação às emoções não transmitem emoções talvez serenidade... é isso!"; lâmina 7 "como agora e houvesse uma preparação para o mundo do trabalho lá está uma transmissão de valores para a preparar quando ela tivesse os seus filhos, incutir os seus valores e preocupações"

Revela ainda sentimentos de tristeza, sofrimento e insatisfação mas ao mesmo tempo esperança no futuro, lâmina 3: "...com imensa dor, tristeza que chegou a um ponto da vida sem saber o que fazer, sem saber lidar com ela.....(pausa).....chora no fundo por esta situação na qual poderá alivia-la para estar a sair, sair não, parece estar a fechar a porta a alguém no qual lhe custará o afastamento sabia que agora é a melhor solução e sabia que embora chore agora no futuro volte a sorrir com a solução que tomou..."

Na 2ª sessão e sendo as lâminas menos estruturadas, a J. mostrou-se mais apreensiva e menos expansiva, corroborado pela inferior riqueza e qualidade das histórias, enquanto nas primeiras lâminas as histórias fluíam de uma forma mais natural, nesta sessão a J. demorava mais tempo na observação das lâmina mostrando algum desconforto por algumas.

Daqui observa-se que a J. poderá ter mais dificuldade em aceder aos seus processos mentais mais profundos revelando sentimentos como solidão e vazio, 11ª lâmina "...Um precipício... (pausa)... com muitas rochas, grandes muito grandes muito escuro, parece que estão dentro de um buraco dentro desse buraco..."; 12ª lâmina "...talvez uma mãe que já não está presente mas continua presente espiritualmente no qual a filha se recorda sempre dela e dos seus ensinamentos... (pausa)... ela só tinha presente na cabeça os momentos com a sua mãe, a doença, a velhice; 13ª lâmina "...com medo de a deixar sozinha embora soubesse que ela tinha partido e chora tempos e tempos ficando desiludido e sentindo a ausência dela sabendo que nunca mais a iria voltar a ver..."

Aparentemente a J. revê-se nas personagens e conta histórias similares ao que vivenciou na realidade e tanto a atormentam e causam ansiedade, como seja a possibilidade de perda do pai e o afastamento do irmão.

Avaliação Cognitiva WAIS-III

A nível intelectual e cognitivo a J. apresenta um QI total (97). O QI verbal (98) assim como o QI de realização (99) encontram-se na média da população (49,7) correspondente à sua faixa etária.

A nível do domínio verbal verificou-se elevado desempenho nos itens do vocabulário e compreensão o que poderá indicar capacidade de compreensão verbal. Revela baixo desempenho a nível da aritmética e da memória de dígitos (dificuldades no cálculo numérico e memória de trabalho).

A nível do domínio da realização observou-se um elevado desempenho nos itens cubos, matrizes e disposição de gravuras e baixo desempenho na composição de objectos o que poderá implicar dificuldades a nível da organização perceptiva e velocidade de processamento (Ilustração 5).

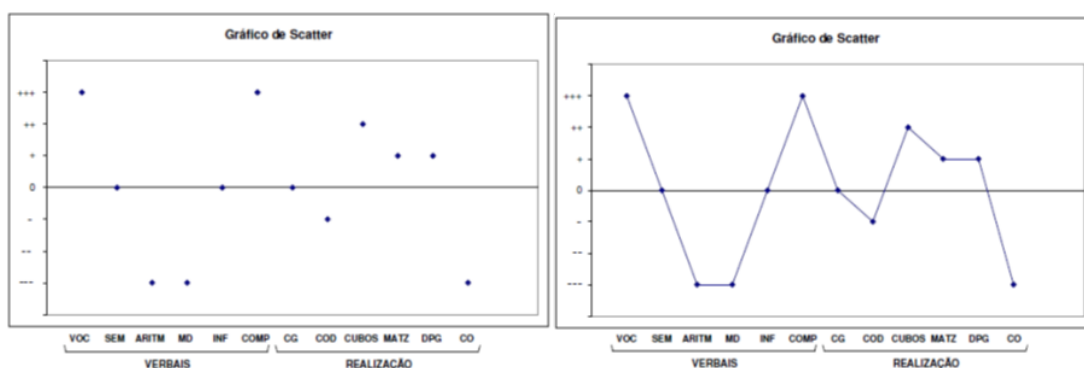


Ilustração 11 – Scatter.

Relativamente ao pedido concretamente expresso pela J. sobre um possível défice de memória, obteve uma diferença de (-) 5 pontos entre os Índices de Memória de

Trabalho e Velocidade de processamento ($IMT < IVP$). Esta diferença não sendo estatisticamente significativa ao nível de confiança de 95% e ocorre em 71,6% da amostra de aferição. Esta diferença, frequente na população, não poderá, por si só, ser considerada como um indicador de deterioração. Por isso, na ausência de outras evidências não indica necessariamente um défice de memória de trabalho em relação à velocidade de processamento.

Toulouse-Piéron

Na análise deste teste observa-se que a J. obteve um total de acertos de 197, o que segundo a tabela normativa de pontuações directa (NE-3) a coloca entre os percentis 65-70.

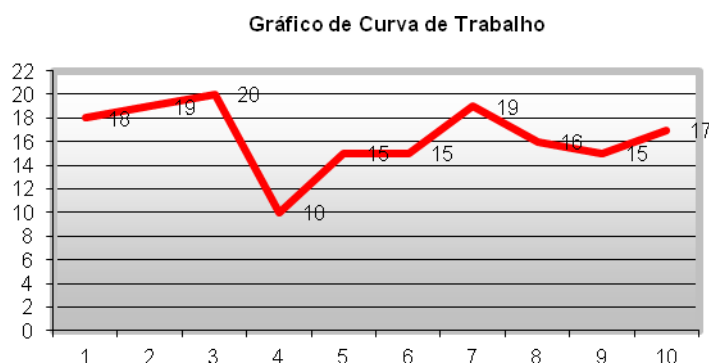


Ilustração 12 – Gráfico de Curva de Trabalho

Relativamente ao Índice de Dispersão, somando os erros e as omissões obteve um total de 33, que representa menos de 10% (16,75%) dos acertos e 0 erros. Deste modo, considera-se que não revela elevado Índice de Dispersão que nos poderá indicar que a J. tem a capacidade de concentração e atenção mantida.

Como se pode observar (Ilustração 6), a J. começa por nos três primeiros minutos ter uma pontuação alta e estável, estando concentrada. Ao 4º minuto tem um pico muito baixo na curva de trabalho crescendo logo de seguida nos 5º e 6º minutos. Sobe no 7º minuto, atingindo novamente novo pico. Nos três últimos minutos da prova, a J. teve

uma ligeira queda mas mesmo assim mantendo um rendimento de trabalho estável. Assim parece que a capacidade de trabalho da J. é homogénea sendo resistente à fadiga.

Podemos ainda estabelecer uma comparação gráfica entre todos os itens de análise de forma a fazer uma análise mais detalhada.

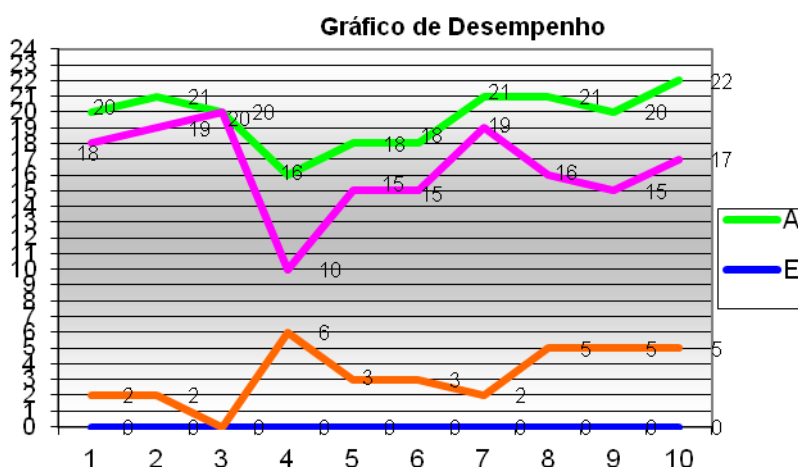


Ilustração 13 – Gráfico de Desempenho

Como se pode observar (Ilustração 7), os erros são nulos e as omissões ocorrem ao longo de toda a prova verificando-se uma constância de minuto a minuto. Curiosamente no minuto que teve menos acertos (4º) foi o minuto em que surgiu o maior número de omissões (6). Por outro lado, comparando a curva do rendimento de trabalho verificamos que quando a curva obtém os resultados mais altos (2º, 3º e 7º minuto) as omissões são baixas (2, 0 e 2).

13.2.4. Conclusão da avaliação psicológica:

Apesar dos seus receios a J. parece manter intactas as suas capacidades cognitivas a nível da memória, atenção e concentração. Os resultados dos testes revelam que a J. apresenta capacidades cognitivas dentro da média daquilo que seria esperado. A nível emocional apresenta alguns indícios de ansiedade pelo que se sugeriu acompanhamento psicológico.

A forma como devolvemos estes resultados, objectivamente, apenas explicando o significado das pontuações, sem avaliações, juízos nem deixando de fora do processo de interpretação dos resultados a própria J., permitiu à mesma sentir-se totalmente integrada e responsável por si e pelas suas decisões.

Percebemos, que de acordo com este caso específico, a grande dúvida da J. era se estaria a perder capacidades cognitivas, havia mesmo o receio de ter alguma lesão neurológica, mas perante os resultados dos testes mais objectivos, a J. adquiriu uma tranquilidade e lucidez ao reduzir a tensão e baixar os níveis de ansiedade, que lhe permitiu a partir daí empenhar-se e concentrar-se noutros aspectos da sua experiência que também sentia necessidade de compreender.

Preferimos aconselhar a J. a procurar outro terapeuta, por acreditarmos que apesar de termos estabelecido uma relação de confiança e segurança, apesar de pela nossa parte não nos sentirmos influenciados pelos resultados dos testes, e apesar de considerarmos que estas cinco sessões de aplicação de testes foram terapêuticas e facilitadoras de um processo de mudança tanto da J. como de nós próprios, pusemos a hipótese de pela parte da J. não haver este distanciamento dos resultados.

Foi bem aceite pela J. e garantiu-nos que iria então procurar ajuda junto da psicóloga que entretanto iniciou funções no mesmo gabinete da ESE, porque percebeu que lhe estava a fazer bem o facto de nos ter procurado.

13.2.5. Reflexão sobre o caso B

De acordo com que já afirmamos anteriormente a elaboração de psicodiagnóstico não era aceite por Carl Rogers, nem por outros autores humanistas, por partir do pressuposto de procurar classificações de personalidade, que se pode considerar

discriminatório, estigmatizador e redutor da especificidade de cada pessoa como única, privando-a da sua dignidade e individualidade (Pires, 2003/2004).

Perante este quadro, tivemos de fazer um esforço suplementar no sentido de encontrar um ponto de coerência e harmonia que nos permitisse não só corresponder ao pedido expresso da J. e dessa forma centrarmo-nos nela, como por outro fazer uso de instrumentos completamente externos e estranhos à abordagem centrada na pessoa.

Não foi fácil perceber de que forma o poderíamos fazer, mas após várias reflexões sobre o significado de centrado no cliente, percebemos que é possível fazer este tipo de psicodiagnóstico, partindo de um pedido expresso da pessoa, pedido esse com características bastante específicas, e de fácil ajustamento à nossa postura e filosofia.

Tivemos sempre em atenção o respeito pela pessoa e em manter as condições necessárias para o desenrolar das sessões, tendo-nos como facilitadores e não como avaliadores, de um processo que ia ao encontro das necessidades da pessoa.

Fica-nos apenas a dúvida na escolha dos testes, mas que acreditamos se deve à nossa inexperiência, mas acreditamos que com o passar do tempo e com supervisão adequada, encaremos de forma mais segura outra situação que se nos apresente no futuro, com características similares.

Se concordamos ou não com as avaliações psicodiagnósticas? Partimos do princípio que de acordo com Rogers, Hipólito e outros autores humanistas, não há necessidade da aplicação de testes, porque a própria relação de ajuda é terapêutica, no entanto se nos surgir outros casos com as mesmas características do que acabamos de descrever, não pomos de parte a aplicação dos mesmos, sempre dentro dos pressupostos da abordagem centrada na pessoa.

13.3. Caso C

A S. foi-nos enviada pelo seu professor de psicologia, tendo sido este a fazer a primeira marcação. Acreditava que a S. se encontrava num estado ansioso de grande intensidade e que poderia beneficiar de um acompanhamento psicológico, deixando expresso que apesar de ter sido sua sugestão a S. tinha acedido em experimentar.

13.3.1. Anamnese

S., 19 anos, caucasiana, solteira, estudante do 1º ano do curso de ensino básico, natural de Lisboa, vive com pai, mãe, uma irmã mais velha de 24 anos, outra mais nova de 14 anos. Tem boas relações com todos os membros da família excepto com a irmã mais nova com quem não sente muita proximidade e tem mesmo alguns conflitos. Estatura baixa, com peso adequado à estatura, vestuário cuidado. Aparência tímida e retraída, aparentando alguma ansiedade e dificuldade em partilhar os seus sentimentos.

Refere que este é o segundo ano que frequenta o primeiro ano de faculdade, pois no ano anterior, inscreveu-se em psicologia, noutra faculdade, mas sentia que não se identificava com o curso nem com os colegas o que originou logo de início um estado de ansiedade pela adaptação à faculdade que se tornou incapacitante pois recusava-se a sair de casa, levando-a a desistir, facto que não queria que se voltasse a repetir daí o seu pedido de ajuda.

S. relata também que sempre se sentiu muito protegida pelos pais e irmã velha devido aos problemas de saúde com que nasceu, nomeadamente insuficiência cardíaca.

O seu percurso escolar decorreu sem acontecimentos relevantes, sendo considerada boa aluna, com boas notas, acima da média.

13.3.2. História Clínica

Teve desde o nascimento, vários períodos de internamentos hospitalares, pois nasceu com uma doença de insuficiência cardíaca que não soube especificar, mas que originaram várias intervenções cirúrgicas. No entanto, após os vários tratamentos essa problemática apenas necessita acompanhamentos periódicos de rotina.

Esteve também internada com 9 anos por ter fracturado um braço.

13.3.3. Descrição das sessões

Primeira sessão

A S. surge acompanhada pelo pai, facto que justifica por se encontrar demasiado ansiosa para vir para a faculdade sozinha. Relata-nos a sua experiência anterior em que desistiu por não conseguir adaptar-se aos ritmos da faculdade e por ser um ambiente totalmente novo para si.

Este ano encontrava-se a experienciar o mesmo tipo e sentimento mas que queria ultrapassar pois não via justificação para que tal sucedesse.

Disse que os primeiros dias até correram bem, mas que estava de novo a pensar desistir e que tinha a certeza que não queria fazê-lo novamente.

Sente-se alguma dificuldade da sua parte em conseguir confiar e parece que S. faz alguma selecção do que quer e não quer partilhar.

Reflexão

Surgiu perante nós uma pessoa que se encontrava num grande sofrimento, totalmente incongruente na qual se percebia a desorganização do seu *self*. Passado o primeiro impacto desta observação, tentamos manter a nossa congruência, investindo no estabelecimento de uma relação que permitisse à S. sentir-se compreendida e aceite, para o início de uma relação de confiança, para que experienciasse a ausência de

ameaças num ambiente caloroso e onde se sentisse à vontade para, se assim o quisesse, falar ou desabafar as suas preocupações.

Acompanhamos o seu ritmo, respeitamos os seus silêncios e sempre que necessário exprimíamos verbalmente os sentimentos que S. sentia dificuldade em perceber sobre si mesma.

Segunda sessão

Desta vez vem sozinha, mas começa por dizer que a semana não foi fácil pois a dificuldade numa disciplina, faz com que já vá ansiosa para essa aula, no entanto nota uma diferença pois refere que já vai para a faculdade com menos ansiedade.

Descreve também a ansiedade que lhe causam as praxes, mas que sentiu o apoio das colegas para ultrapassar estas contrariedades, até porque como diz, chorava muito e as colegas aperceberam-se da sua dificuldade de integração.

Refere ainda que depois da primeira semana que teve de aulas nunca pensou que afinal a segunda fosse vivida de forma “tão fácil”, estando mesmo espantada consigo própria.

Diz também que sentiu que a semana foi calma e que achava que estava a lidar com as coisas de forma mais rápida do que esperava, que entretanto falou com uma prima que tinha passado pelo mesmo e ao sentir que não era única com esta problemática ajudou a olhar para o problema de outra forma.

Reflexão

Nesta sessão sentimos uma S. muito diferente, mais tranquila, o que nos levou a reflectir sobre o processo da terapia e de como o seu funcionamento, permite à pessoa avançar ao experienciar e aceitar as experiências rejeitadas que lhe causavam sofrimento e ansiedade.

Neste aspecto as nossas atitudes de aceitação incondicional e compreensão empática com a correspondente verbalização, cremos que facilitou o processo.

Terceira sessão

Nesta sessão a S. começou por referir que os seus dias até passavam com relativa facilidade, mas andava a ficar preocupada por à noite ter dificuldade em adormecer, e acordar muitas vezes, ficando com a sensação de manhã que não tinha descansado.

Já vem para a faculdade com naturalidade, sem sair ansiosa de casa, à noite é que antes de adormecer “rumina” nos pensamentos de incapacidade, e pressão com testes e trabalhos.

Sente algo parecido com perturbação de pânico, sem conseguir respirar e com um peso grande no peito. Assola-a o pensamento que não consegue fazer nada, não consegue corresponder à sua exigência porque refere que o é consigo própria, o que sente como contraditório. Porque por um lado sente que não consegue fazer nada, por outro é exigente e competitiva.

Reflexão

Nesta sessão sentimos a S. mais realista sobre os seus sentimentos no sentido de reconhecer as dificuldades mas ao contrário de antes do início do acompanhamento, já não se sentia incapaz de lidar com as mesmas, hoje a S. reconhecia os seus problemas e apresentava-os de forma a que apreendesse que os conseguiria resolver e que as respostas estariam em si, ou seja, a responsabilidade de assumir as suas decisões.

Quarta sessão

A S. vem um pouco mais triste e ansiosa, pois afirma que continua com problemas em adormecer e em organizar o dia, deixando trabalho para fazer e dizendo que não se consegue organizar e que quando se deita pensa no que devia ter feito durante o dia e não fez.

Afirma ainda que teve de pedir ajuda à irmã para fazer os trabalhos da disciplina que mais a angústia, pois não lhe fazem sentido mas como a irmã está em artes lhe dá uma ajuda preciosa.

Em relação à faculdade diz que ao contrário do que esperava já não vem com dificuldade nenhuma, pois sente-se mais integrada na turma e apoiada por algumas colegas com quem desenvolveu uma amizade.

Já não pensa em desistir e que aliás esse facto já nem lhe faz sentido e que pensando em retrospectiva nem percebe muito bem porque se sentiria como sentia.

Anda agora a ficar ansiosa é com os aspectos das praxes, pois assustam-na muito e não gosta da forma como os “Drs.” tratam os caloiros, mas que vai reflectir sobre o assunto e pensar se vai ou não participar nas praxes.

Reflexão

No final desta sessão a título de informação, ajudamos a S. a organizar uma espécie de agenda diária, de forma a diminuir a sua angústia ao deitar, pois ela referiu que deixava muitas coisas por fazer por não se conseguir organizar.

A elaboração desta agenda foi no sentido de ir acompanhando a S. a reflectir sobre o que a estava a desorganizar, pois ela referia que chegava cansada a casa e deitava-se a dormir um pouco o que originava a que quando acordava já não tinha tempo para fazer nada, além de que ao dormir de tarde não tinha sono à noite, ao verbalizarmos-lhe esta sua dificuldade permitimos que S. se apercebesse por um outro prisma o que lhe estava a dificultar a organização e desta forma conseguisse encontrar a solução que buscava.

Percebemos que conforme ela reflectia sobre todos estes aspectos, ia organizando as horas do dia de forma a obrigar-se a cumprir com o que ela própria estipulava, sem que houvesse uma inflexibilidade de forma a causar-lhe mais ansiedade por não conseguir cumprir.

Quinta sessão

A S. chega com um largo sorriso dizendo que finalmente tinha conseguido organizar uma agenda diária que a deixava confortável, tendo feito ajustamentos e que agora sentia-se para além de menos ansiosa, também conseguia fazer o que tinha de fazer e à noite já se deitava muito menos ansiosa e adormecia com mais facilidade o que lhe dava uma sensação de tranquilidade que não sentia há muito tempo.

O resto da sessão decorreu com a S. a falar de forma orgulhosa por estar a conseguir encontrar estratégias que lhe permitem diminuir a ansiedade.

Fala dos testes e de como estuda para os testes, de como pára um bocado quando começa a ficar bloqueada ao executar algum trabalho, voltando a pegar nele assim que se sente tranquila e capaz, no facto de já nem se lembrar da ansiedade quando vem para a faculdade e de como a sua família está a reparar nas suas mudanças.

A relação próxima com o pai e com a mãe, traz-lhe tranquilidade por um lado, mas por outro sente-se por vezes um pouco sufocada com os cuidados, por vezes excessivos que têm com ela.

Parece-nos que a S. tomou consciência da sua autonomia e apesar de sentir o amor e afectos dos pais como algo essencial, o facto é que agora os sente como algo invasivo à sua autonomia, não necessitando tanto da atenção destes para tomar decisões e saber o que é melhor para si.

Recordamos que na primeira sessão a S. veio acompanhada pelo pai referindo que só dessa forma se sentia confortável em vir à faculdade.

Reflexão

À medida que o processo da terapia avança, percebemos a organização do seu *self* no sentido de uma maior simbolização das suas experiências o que lhe permite aceitar-se

de forma mais incondicional a si e aos outros reduzindo a tensão interna e dando-lhe um *locus* de controlo interno.

Sexta sessão

S. vem à sessão um pouco agitada afirmando que tem pensado muito nas últimas semanas e que realmente se sente bem por ter iniciado este acompanhamento, pois se olha para trás com alguma perplexidade por aquilo que sentia, por outro lado reconhece que neste momento se nunca tivesse iniciado o acompanhamento talvez se não tivesse já desistido era agora que o fazia, pois está a participar nas praxes e esse aspecto deixa-a muito ansiosa, pela forma como é tratada pela “madrinha”.

Por outro lado, ao reflectir sobre a forma como neste momento se conhece a si própria achou que uma forma de ultrapassar esta situação era pedir a uma amiga de infância que a acompanhasse nas praxes para assim se sentir apoiada, foi o que fez reduzindo dessa forma o estado de ansiedade que lhe causava a participação nas praxes. Mais, no próximo dia de praxes já vai tentar ir sozinha. Outra estratégia que encontrou, foi partilhar com os “Drs.” da praxe como se sentia o que fez com que sentisse cuidado da parte deles para com ela, o que também reduziu o seu sentimento de ansiedade.

Termina a sessão com um profundo suspiro dizendo “agora sei que sou capaz”.

Reflexão

Nesta sessão podemos destacar a responsabilidade que a S. adquiriu sobre si própria e sobre a sua forma de enfrentar as dificuldades, tendo a consciência que depende de si e das suas atitudes o rumo da sua vida.

A respeito desta sessão reflectimos sobre o conceito de *coping*, que segundo Lazarus (1966, citado por Tap & Oubrayrie-Roussel, 1999), assenta na hipótese de um ajuste entre a pessoa e o meio perante uma situação geradora de *stress*, levando-a a reagir de forma gerir os factores que o causam.

Este aspecto significa que a pessoa desenvolveu capacidades de auto-avaliação e competências de respostas ajustadas a novas estratégias que lhe permitem experienciar o seu bem-estar psicológico (Tap & Oubrayrie-Roussel, 1999).

Sétima sessão

S. vem um pouco apreensiva, começando por dizer que pelo menos nas sessões sabia que podia falar e compreendia que era isso que necessitava, pois em casa, apesar de se dar bem com todos menos com a irmã mais nova, não se sentia à vontade para desabafar com ninguém porque se o fizesse os pais ficavam logo preocupados com ela de uma forma que ela refere como “excessiva”.

Hoje vem um pouco irritada com as colegas de turma, diz que era um receio que tinha desde o início, pois numa turma só de raparigas automaticamente os conflitos surgem. Diz que são muito imaturas e que se sente muito diferente delas em termos de maturidade, “eu estou aqui para aprender e parece que elas só querem falar nas aulas e não respeitam quem quer estar atenta”, “as conversas delas nos intervalos é só rapazes e roupas e saídas e como eu não me encaixo nisso elas olham para mim de forma diferente e dizem que sou de nariz empinado”.

“Hoje estou mesmo irritada com algumas delas, tive mesmo de responder mal a uma, porque fizemos um teste e no final perguntaram-me como tinha corrido e eu geralmente no final não gosto de falar no teste que acabei de fazer, porque fico sempre na dúvida se fiz as coisas bem ou não, prefiro esperar pelo resultado e elas começaram a dizer que tinha a mania que era superior”. Esta sua insegurança nas suas capacidades e falta de intrusão com o grupo de colegas ainda deixam a S. um pouco ansiosa, mas que parece-nos já conseguir lidar e ultrapassar.

Depois de compreender os seus sentimentos, S. refere a sua preocupação com os trabalhos e testes, mas diz que o facto de ter uma agenda organizada lhe trás tranquilidade e já dorme bem.

Reflexão

Percebemos que este processo tem permitido a S. experienciar as inconsistências do seu *self*, ao falar abertamente deles ao confiar em nós e na nossa relação para honesta e livremente as exprimir. Este funcionamento, cremos estar directamente ligado com as condições que lhe facilitamos no espaço da terapia.

Oitava sessão

S. entra calmamente com um sorriso, senta-se e refere que já adoptou o hábito de vir às sessões todas as semanas e que por isso pensa antes no que vai falar, mas que hoje não tem muita coisa para falar, porque o facto de ter alguém com quem falar nas últimas semanas lhe parece que estava num estado de panela de pressão e que agora que falou tudo o que lhe causava angústia, já libertou a pressão que sentia sempre no peito e que acorda sempre com uma sensação de alívio e pronta para enfrentar o dia-a-dia.

Sorri e fica por alguns minutos em silêncio, agita-se um pouco, dizemos-lhe que parece não se sente muito cómoda com o silêncio, ao que S. responde que sim e que lhe é estranho pois estava habituada a chegar ali e falar sem parar, e que agora acha estranho não ter nada para dizer.

Passado um pouco fala de situações da escola secundária, dos colegas, das suas notas e de como era boa aluna e continua a ser, mas que a sua insegurança a deixa sempre ansiosa ao receber as notas e que depois pensa que não tem motivos para ficar ansiosa pois esforça-se sempre ao máximo para estudar e ter boas notas, se bem que momentos antes de entrar para os testes a ansiedade a faz esquecer tudo o que estudou, mas que

depois de começar parece que tudo volta e acaba por conseguir fazer sempre tudo com bons resultados.

A sessão continua entre momentos de silêncio e sorrisos, dizendo, “afinal o silêncio serve-me para pensar”, ao que respondemos: “Sente estes momentos de silêncio como momentos úteis para reflectir”

Reflexão

Nestas altura limitávamo-nos a aguardar calmamente que a S. de forma espontânea quebrasse o silêncio respeitando a sua vontade, por vezes respirava fundo parecendo-nos que se preparava para abordar algum assunto mais difícil, mas aguardávamos silenciosamente que decidisse por si qual o rumo que desejaria tomar, pois também não nos parecia desconfortável com estes momentos.

Nona sessão

S. vem agitada mas alegre, “fiz um esforço para conseguir vir porque ando cheia de trabalhos e testes, mas como me sinto tão bem aqui, achei que era melhor parar um pouco e aqui estou”.

Relatou os diferentes trabalhos, a dificuldade do trabalho em grupo, porque uns trabalham mais que outros, os testes e os seus resultados mas acima de tudo a forma satisfatória com que agora encara todos os possíveis problemas que lhe surjam.

Quase no final da sessão perguntou-nos quantas sessões já tínhamos realizado e quantas ainda faltavam, dizendo que sentia-se capaz de finalizar o processo pois sentia que tinha feito um desenvolvimento e crescimento que nunca julgava ser possível no início das sessões.

Que aquela sensação constante de apreensão pelo desconhecido, o medo constante de falhar tinham desaparecido, ainda não se sentia segura de si e que o primeiro

pensamento era sempre “não consigo” mas que pelo menos nesta altura não ficava presa a esses sentimentos e tentava “dar-lhes a volta”.

Ficou, a seu pedido agendada mais uma sessão para finalizarmos o processo.

Reflexão

Não só nesta, mas como vimos em sessões anteriores, percebemos a segurança da S. no orgulho que sente no desenvolvimento e crescimento ao longo do processo, o sentimento de progresso e realização ao assimilar tanto momentos de tristeza como de alegria e a mudança de postura perante os factos da vida que se lhe apresentam.

Décima sessão

Surge sorridente e alegre, afirmando que estava convencida que conseguiria dali para a frente encarar os problemas com outros “olhos”, “estou bem”, “não me sinto ansiosa em vir para a faculdade”. “ainda fico um pouco nervosa, quando penso nos trabalhos e nos testes, na minha participação nas praxes, mas acho que não tem nada a ver com a forma como me sentia antes”, “sinto-me mais madura emocionalmente”.

Falou-nos um pouco do ambiente em casa e de como se tinha alterado para melhor, de como dormia bem e a horas e nos laços afectivos que tinha conseguido criar com algumas das suas colegas de faculdade, aspecto que sempre tinha tido muita relutância em desenvolver.

Terminou a sessão dizendo que “se soubesse que era assim já tinha procurado este tipo de ajuda há muito tempo”, “quando me lembro do que passei sozinha, até nem conseguia sair de casa e agora pareço e sinto-me outra”.

A sessão terminou com um resumo de todo o caminho percorrido pela S. e na mudança que se verificou ao longo do mesmo com o resultado do seu sentimento de orgulho por o ter conseguido e simbolizado.

13.3.4. Reflexão sobre o caso C

No final de cada sessão fazíamos sempre um resumo do que a pessoa trazia e partilhava e que o que experienciávamos era que a pessoa ao fim de algumas sessões parece que já ficava à espera desse mesmo resumo e o ouvia com toda a atenção, como se o facto de o ouvir a ajudasse a arrumar as suas ideias e levar consigo para a continuação do processo fora do *setting* terapêutico.

Não só neste caso, mas de uma forma geral, as pessoas a determinado momento do processo de terapia, apercebem-se da mudança e crescimento ao integrarem e reorganizarem o seu *self*. Referem com muita frequência que o facto de falarem e se sentirem aceites e compreendidos os ajuda a verem os seus problemas com outra perspectiva e dessa forma mais claramente.

Ultrapassado o primeiro momento, em que a pessoa deposita em nós a expectativa da resolução dos seus problemas e se apercebe que afinal a responsabilidade está em si, mas percepção este facto como algo desejável, a este respeito aquilo que sentimos é que de facto a relação dual de confiança que estabelecemos, é encarado pela pessoa como um espaço seu de liberdade e estruturação que lhe permite desenvolver as capacidades inatas e inerentes à sua aplicabilidade no futuro, pois a forma como se reorganiza e estrutura é permanente e não apenas pontual permitindo ver-se e aceitar-se de forma diferente.

Tal sucede igualmente connosco, pois a relação que se estabelece facilita a mudança e o crescimento das duas pessoas em relação.

Pareceu-nos que quando a S. nos procurou se encontrava essencialmente incongruente face ao conflito que vivia entre as suas experiências organizacionais e a simbolização dessas experiências, basicamente relacionada com a forma como se sentia relativamente à protecção e atenção dos pais dirigida a ela, pois se por um lado a S.

queria corresponder à imagem que os pais tinham dela por outro o que experienciava era diferente causando-lhe o estado de ansiedade com que nos apareceu.

Ao longo das sessões e o facto de se sentir compreendida e aceite tal como era, foi reorganizando o *self* e tomando consciência de quem era, e do que conseguia alcançar sozinha e por si própria, assistimos ao seu crescimento e mudança e ao desenvolvimento da sua capacidade de enfrentar factos mais desagradáveis, ajustando-se às novas situações.

14. Breve reflexão sobre o estágio

A execução do presente estágio permitiu-nos sentir a consolidação de um verdadeiro jeito de ser, ou seja, a sua aplicabilidade exprime-se através de uma metáfora popular da seguinte forma: “Saber a teoria é importante, mas sem a experiência é o mesmo que tentar matar a fome apenas visualizando a ementa de um restaurante”.

Embora o sentimento não fosse a necessidade de confirmação da teoria, pois essa sempre nos pareceu confirmada pelos escritos de Rogers e outros autores, era acima de tudo assistir e testemunhar a urgência da tranquilidade adquirida ao longo de todo um processo rumo ao desenvolvimento de capacidades de auto-actualização e complexificação orgânica. Um processo que devidamente acompanhado, compreendido e aceite permite o crescimento e adaptação eficaz perante as contrariedades surgidas por nós e pelos outros.

Todas as fases pelas quais passamos, insegurança, estarei a agir adequadamente? Serei capaz de prestar uma real ajuda terapêutica? Serei verdadeiramente competente? Na humildade de reflectir após cada sessão sobre o que se passou, e saber acima de tudo que o nosso próprio desenvolvimento pessoal passa pelo nosso próprio jeito de ser e aceitarmo-nos e vivenciar a experiência e a presença desses momentos.

Aproveitar estes momentos para reflectir, estudar e aperfeiçoar ao detectar lacunas e falhas que sempre existem na formação, mas neste sentido, aprender a tirar partido dos erros cometidos com a responsabilidade de desenvolver as capacidades necessárias para o compreender e emendar.

Todas estas questões chegaram ao final do estágio com uma resposta que poderá parecer simplista mas que nos faz todo o sentido: a força da paixão pela capacidade humana de se auto actualizar e auto organizar, perceber que mais do que técnicas as nossas atitudes face à pessoa, fazem toda a diferença entre congruência e incongruência, uma aceitação incondicional sobre nós e sobre os outros e a certeza que se estivermos autênticos na relação e empenhados na crença que nunca sabemos tudo e estes processos são tal como o nome diz, processos dinâmicos, um caminho fluído construído a dois, um acompanhamento eficaz na tomada de consciência entre o self e a experiência organísmica, por tudo o descrito, temos pelo menos uma certeza, este é o caminho a seguir, evoluir e nunca deixar de reflectir e crescer.

15. Conclusão

A elaboração deste relatório permitiu-nos o registo e descrição das diversas actividades nas diferentes instituições.

Desta forma, este estágio revelou-se uma experiência bastante diversificada, visto termo-nos deparado com situações e realidades com características muito próprias que nos obrigou a um esforço suplementar de adaptação para corresponder às expectativas das mesmas.

Neste sentido, este estágio revelou-se um processo facilitador de aprendizagem e consolidação do papel de um psicólogo pautado pela abordagem centrada na pessoa. O respeito pela pessoa e a crença que dentro de cada um existe uma tendência inerente à

complexificação, ou seja, a confiança no potencial da pessoa e que nós poderemos ser, não os condutores desse processo, mas os facilitadores de uma relação que o possibilite.

O próprio Rogers foi evoluindo na sua teoria à medida que o tempo passava, e com humildade e sabedoria afirmava-o e actualizava-se a partir das experiências com os clientes.

Creemos que não é possível afirmar categoricamente que esta ou aquela abordagem é superior ou inferior a outra, no entanto, tal como Rogers, acreditamos que é um jeito de ser e que as atitudes e a filosofia do terapeuta podem ser de suprema relevância para contribuir, com a relação que lhe proporciona, para uma caminhada conjunta na direcção de um funcionamento mais ajustado e podem revelar-se relações a partir das quais tanto terapeuta como cliente cresçam e se desenvolvam rumo a um funcionamento mais próximo do pleno.

Vários estudos têm sido feitos ao longo dos anos sobre a eficácia dos diversos modelos terapêuticos, e o que sobressai de todas com resultados equivalentes, apelidado de dilema dos factores específicos em oposição aos não-específicos, estes são os factores comuns, sendo: a) uma relação intensa de confiança e emocionalmente carregada com a pessoa que ajuda; b) uma teoria explicativa das causas dos problemas do paciente; c) o acesso a novas informações sobre a natureza dos problemas e alternativas de como lidar com eles; d) o aumento da esperança de auxílio em virtude das capacidades e qualidades do terapeuta; e) a possibilidade de realizar com sucesso novas experiências de vida acarretando um aumento da auto-confiança; e f) a oportunidade para expressar emoções pessoais (Cordioli, 2008).

Reconhecemos as diferenças na denominação dos vários factores, no entanto, retira-se da experiência da aplicação prática da Terapia Centrada na Pessoa, um evidente progresso na reorganização, integração, desenvolvimento, crescimento e mudança e

numa redução das tensões internas na pessoa que procura ajuda. As atitudes facilitadoras proporcionadas pelo terapeuta, deixam a liberdade de seguir o seu caminho ao seu ritmo o que dá à pessoa uma sensação realista das suas capacidades de autonomia para decidir o que é melhor para si.

Apercebemo-nos ainda, na surpresa de algumas pessoas ao integrarem a experiência da descoberta do desenvolvimento de capacidades que lhes permitiram o crescimento desejado rumo a uma adaptação psicológica e a um funcionamento mais ajustado perante as adversidades da vida, capacidades estas que desconheciam totalmente possuir mas que as deixaram deveras orgulhosas pelo sentimento de “afinal ser capaz”.

É neste sentido que a Terapia Centrada na Pessoa permite que a pessoa possa investir em si própria no seu bem-estar psicológico, que se traduz por uma redução da tensão, ansiedade e menor vulnerabilidade, desenvolvendo as capacidades inatas para menores ameaças ao seu *self*, deixando menores possibilidades ao desenvolvimento de atitudes defensivas permitindo uma melhor adaptação a qualquer situação da sua vida ao experienciar um maior controlo de si.

16. Referências bibliográficas

- Anderson, R. & Cissna, K.N. (1997). *The Martin Buber – Carl Rogers Dialogue. A new transcript with commentary*. Albany: State University of New York Press.
- Bento, A. & Barreto, E. (2002). *Sem-amor Sem-Abrigo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bozarth, J. (2001). *Terapia centrada na pessoa: um paradigma revolucionário*. (Euridice Gouveia trad.) Lisboa: EDIUAL-Universidade Autónoma Editora. (obra original publicada em 1998).
- Brodley, B.T. (1998). O conceito de tendência actualizante na terapia centrada no cliente. In *A pessoa como centro – revista de estudos Rogerianos*, 2, 37-49. Lisboa. APPCPC.
- Brodley, B.T. (2000, Outono-Inverno). A presença na terapia centrada no cliente. (Rute Brites Trad.). In *A pessoa como centro – revista de estudos Rogerianos*, 6, 48-77. Lisboa. APPCPC.
- Capelo, F.M.. (2000, Primavera-Verão). Aprendizagem centrada na pessoa: contributo para a compreensão do modelo educativo proposto por Carl Rogers. *A pessoa como centro – revista de estudos Rogerianos*, 5, 17-23. Lisboa: APPCPC.
- Cordioli, A. V. (Org.). (2008). *Psicoterapias: abordagens actuais*. (3ª ed.). Porto Alegre. Artmed.
- Costa, J.A & Melo, A.S. (Coords.). (1995). *Dicionário da Língua Portuguesa*. (7ª ed.). Porto: Porto Editora.
- Góis, J.P. & Brites, R. (2003/2004). O self – a propósito de uma análise crítica do conceito. *A pessoa como centro – revista de estudos Rogerianos*, 11/12, 13-35. Lisboa: APPCPC.
- Frankl, V.E. (2012). *O homem em busca de um sentido*. (Francisco J. Gonçalves trad.). Lisboa. Lua de Papel. (obra original publicada em 1946).

- Hall, C.S., Lindzey, C. & Campbell, J.B. (2000). *Teorias da personalidade*. (4ª ed.). (M.A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1998).
- Hipólito, J. (2001, Outono-Novembro). A terapia centrada na pessoa e a abordagem do corpo pelo relaxamento. *A pessoa como centro – revista de estudos Rogerianos*, 8, 57-63. Lisboa: APPCPC.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. Lisboa.
- Moreira, V. (2007). *De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa mundana em psicoterapia*. São Paulo. Annablume.
- Moreira, V. (2009). A Gestalt-terapia e a Abordagem Centrada na Pessoa são enfoques fenomenológicos? *Revista da Abordagem Gestaltica*. 15, n.1,3-12. Retrived Janeiro, 15, 2013 from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672009000100002&script=sci_arttext
- Nye, R.D., (2000). *Três psicologias: ideias de Freud, Skinner e Rogers*. (R.B., Taylor, Trad.). São Paulo: Thomson Learning.
- Nunes, O. (1999, Primavera-Maio). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. *A pessoa como centro – revista de estudos Rogerianos*, 3, 59-64. Lisboa: APPCPC.
- Pervin, L. & John, O. (2004). *Personalidade: teoria e pesquisa*. (8ª ed.). (R. C. Costa trad.). Porto Alegre. Artmed.
- Pires, P. (2003/2004). O psicodiagnóstico em contexto do counselling centrado na pessoa. *A pessoa como centro – revista de estudos Rogerianos*, 11/12, 71-88. Lisboa: APPCPC.

- Prouty, G. (2001). *Evolução teórica na terapia experiencial centrada-na-pessoa: sua aplicação nas psicoses esquizofrênicas e de atraso mental*. (Julia Freire trad.). Loures. Encontro-Editora. (Obra original publicada em 1994).
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. Retrieved Janeiro, 15, 2013 from <http://shoreline.edu/dchris/psych236/Documents/Rogers.pdf>
- Rogers, C. R. & Kinget, G. M. (1975). *Psicoterapia e relações humanas*. (Vol.1). (M.L., trad.) Belo Horizonte: Interlivros.
- Rogers, Carl R.; (1983). *Um jeito de ser*. (Maria Cristina Machado Kupfer, Heloisa Lebrão e Yone Souza Patto, trad.). São Paulo. EPU – Editora Pedagógica e Universitária Ltda. (Obra original publicada em 1980).
- Rogers, C., Wood, J., O'Hara, M., & Fonseca, A.(1983) *Em busca de vida: da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa*. (2ªed.). São Paulo: Summus Editorial.
- Rogers, C. (2000). *Manual de counselling*. (Bertina Tomé e Silvina Vida Larga trad.). Fanhões: Encontro – Coleção Psicologia e Existência. (Obra original publicada em 1946, com o título Counselling with returned servicemen).
- Rogers, Carl R.; (2004). *Terapia centrada no cliente*. (Silvina Vida Longa trad.). Lisboa. Edual – Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. (Entre letras, trad.) Lisboa: Padrões Culturais Editora. (Obra original publicada em 1961).
- Rogers, C. (2011). *O poder pessoal*. (Alberto Cardoso trad.). Lisboa: Padrões Culturais Editora. (Obra original publicada em 1977, *On Personal Power – Inner and its Revolutionary Impact*).

- Schultz, D.P.; Schultz, S. E. (2005). *História da psicologia moderna*. (tradução Suely Sonoe Murai Cuccio) (8ª ed.). São Paulo: Thomson Learning Edições.
- Shlien, J. (1998). Empatia em psicoterapia. (Carlos Nunes Trad.). *A pessoa como centro – revista de estudos Rogerianos*, 1, 40-53. Lisboa: APPCPC.
- Tap, P. & , Oubrayrie-Roussel, N. (1999, Outono-Novembro). Personalização e dinâmica relacional. *A pessoa como centro – revista de estudos Rogerianos*, 4, 41-84. Lisboa: APPCPC.
- Wood, J.K. (Coord.). (2008). *Abordagem centrada na pessoa*. (4ª ed.) Vitória: EUFES