

INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE: MODELOS E PRÁTICAS

Isabel Leal, Filipa Pimenta, Marta Marques
(Coordenadoras)

C8

INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE: MODELOS E PRÁTICAS

Isabel Leal, Filipa Pimenta, Marta Marques
(Coordenadores)

Titulo: *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas*

1ª Edição.

Setembro 2012

ISBN- 978-989-8463-37-1

Capa: Detalhe da obra do artista Vik Muniz, releitura em puzzle da obra *Orphan girl at cemetery*, Delacroix.

Composição: Paula Mangia

Lisboa: Placebo, Editora LDA.

ÍNDICE

Sobre os Autores.....	5
Introdução: Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde.....	11
<i>Isabel Leal, Filipa Pimenta e Marta Marques</i>	
A Psicologia da Saúde 40 anos depois.....	17
<i>José Luís Pais-Ribeiro</i>	
Psicologia da Saúde e Cuidados de Saúde Primários: Que Desafios num Contexto de Mudança?.....	31
<i>Joana Santos Rita</i>	
A Psicoterapia Psicanalítica nos Cuidados Primários - Vivência dos Utentes.....	43
<i>Cecília Rodrigues Medeiros e Rui Aragão Oliveira</i>	
Lúpus: Da Clínica à Investigação.....	59
<i>Filipe Barbosa</i>	
Obesidade: Factores de Pertinência na Intervenção para a Perda de Peso.....	78
<i>Filipa Pimenta, Isabel Leal e João Maroco</i>	
A Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. Práticas de Intervenção Psicológica numa Maternidade.....	93
<i>Sara Sereno</i>	
As famílias: Um olhar sistémico.....	106
<i>Maria Gouveia-Pereira</i>	
Homoparentalidade – Que famílias, que experiências?.....	115
<i>Pedro Alexandre Costa</i>	
Determinantes psicológicos e hormonais do desejo sexual.....	129
<i>Rui Miguel Costa</i>	
Psicoterapia Existencial com Crianças em Contexto Institucional / Comunitário - Integrando a Teoria e a Prática.....	137
<i>Branca Sá Pires</i>	
Está Alguém a usar esse fato de três peças? Uma perspectiva fenomenológico-existencial sobre uma psicoterapia.....	153
<i>Guiomar Gabriel</i>	
Mental time travel - teoria e aplicação.....	175
<i>João Garcez Aurélio</i>	

Actividade Física: Uma Perspetiva Psicológica	185
<i>Maria João Gouveia, Marta Marques, Cláudia Carvalho e Pedro Almeida</i>	
A Importância da Psicologia Forense na Assessoria Técnica aos Tribunais. O Papel do Psicólogo na Direcção-Geral de Reinserção Social.	209
<i>Ana Rolo</i>	
Psicologia em contexto forense: Modelos de intervenção técnica em meio prisional.....	231
<i>Jorge Monteiro</i>	

Sobre os Autores



Ana Isabel Rolo, licenciada em Psicologia Clínica e Mestre em Psicopatologia e Psicologia Clínica, exerce funções desde 1996 como técnica superior de reinserção social, na Direção-Geral de Reinserção Social, do Ministério da Justiça. Efetuou em 2010 um curso em Criminologia, na Faculdade de Direito da Universidade do Porto, e desde 2011, exerce também funções docentes no ISPA, no âmbito do Mestrado em Psicocriminologia.



Branca Sá Pires é Psicóloga Clínica (Instituto Superior de Psicologia Aplicada - ISPA), Psicoterapeuta Existencial (Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial - SPPE). Atividade profissional desenvolvida na AJU—Associação Jerónimo Usera, Instituição Particular de Solidariedade Social, Cascais: Avaliação psicológica, psicoterapia de apoio, psicoterapia existencial a crianças, jovens e adultos; Formação parental e acompanhamento de famílias em risco em projetos de intervenção comunitária. Formadora no curso de Psicoterapia Existencial na SPPE.



Cecília Medeiros, desenvolve a sua atividade profissional na área da saúde, sendo, atualmente, Psicóloga Clínica no ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) da Guarda, integrado na ULS (Unidade Local de Saúde) daquela região. Licenciou-se em Psicologia Clínica pelo ISPA (Instituto Superior de Psicologia Aplicada) em 2003, concluindo o Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, no mesmo Instituto, em 2006. Realiza, presentemente, o Doutoramento em Psicologia Clínica na Universidade de Évora, desenvolvendo investigação sobre o trabalho psicoterapêutico nos cuidados primários.



Cláudia Carvalho é licenciada e doutorada em Psicologia e actualmente é professora auxiliar no ISPA – IU, onde exerce também a função de co-directora do Mestrado em Psicologia da Saúde. É investigadora na Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES) A sua formação complementar inclui o *Clinical Training in Mind/Body Medicine* realizado na Harvard Medical School e o *Intensive Training in Ericksonian Approaches to Brief Hypnotic Therapy* da Milton Erickson Foundation e (ambos nos EUA). É Editora Associada da revista Psicologia, Saúde e Doenças e membro da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.



Filipa Pimenta, doutorada na especialidade de Psicologia da Saúde (nomeadamente, no campo da menopausa) pelo ISPA–Instituto Universitário, e a desenvolver pós-doutoramento na mesma especialidade (concretamente, na área de obesidade e perda de peso bem-sucedida), no ISPA-Instituto Universitário e na University College London. Tem formação como psicoterapeuta pela Associação Portuguesa de Psicoterapias Cognitiva e Comportamental (APTCC). Exerce atualmente atividade clínica, de docente (no ISPA–Instituto Universitário) e de investigação, estando associada a vários projetos no âmbito da saúde.



Filipe Barbosa, licenciado em Psicologia Clínica, com Mestrado em Psicossomática, tem trabalhado como psicoterapeuta de orientação psicodinâmica em contexto hospitalar (Hospital de Santa Maria) e em contexto privado. As áreas de intervenção são a perturbações psiquiátricas (depressão, doenças de comportamento alimentar e perturbações da personalidade), psicossomática (doenças crónicas, autoimunes, alérgicas e dermatológicas) e psico-oncologia.



Guiomar Gabriel trabalha em Lisboa como formadora, supervisora e psicoterapeuta. É licenciada em Psicologia, ramo de Psicoterapia e Aconselhamento pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa e mestre em Relação de Ajuda: Perspectivas da Psicoterapia Existencial pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, de Lisboa. Tem duas pós-graduações, uma em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental pela Associação Portuguesa de Terapia Comportamental e Cognitiva, e outra em Psicoterapia Fenomenológico-Existencial pela Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial. Tem publicado artigos em revistas da especialidade. fenomenológico-existencial.



Jorge Sanches Monteiro Iniciou a sua experiência profissional em 1995 na área da Saúde Mental no Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos, em Lisboa. tem formação de base em Psicologia Clínica, complementada por pós-graduações em Criminologia e em Ciências Criminais e dos Comportamentos Desviantes. Mestrando em Psicologia e Psicoterapias, é atualmente Chefe de Equipa Multidisciplinar da Direção-Geral dos Serviços Prisionais. Dirige o Departamento de Programas de reabilitação na área do tratamento prisional, tendo no passado desempenhado funções de Adjunto de Direção de estabelecimento prisional para as áreas da Saúde e de Programas de tratamento, após anos de experiência em acompanhamento individual de reclusos.



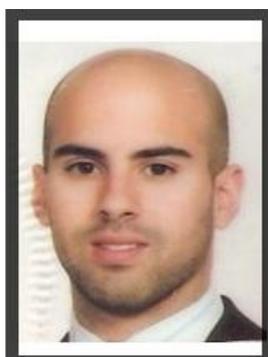
Isabel Leal Psicóloga e psicoterapeuta. Doutorada em Psicologia pela Universidade Católica de Louvain é desde 1983 docente do ISPA onde coordena mestrados, pós-graduações e doutoramentos. Foi diretora da Escola de Mestrados e Estudos Pós Graduados, vice-presidente do Conselho Científico e é coordenadora da Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES, I&D). Desenvolveu atividade profissional no âmbito do Ministério da Saúde, de 1979 a 1987 nos Hospitais Cívicos de Lisboa e depois, até 2007, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa onde fundou e coordenou o Departamento de Psicologia Clínica. Tem 37 livros publicados como autora e editora, 6 deles de divulgação, 49 capítulos de livros, 108 artigos em livros de atas e 115 artigos publicados em revistas científicas nacionais e internacionais.



José Luis Pais Ribeiro é professor Associado com agregação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. É atualmente Presidente da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Investigador reconhecido na área da Psicologia da Saúde, especialmente sobre Qualidade de vida e Bem-estar, é membro da Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES & ID) do ISPA. Da sua extensa bibliografia constam 18 livros técnicos e mais de duas centenas e meia de outras publicações científicas.



Joana Santos Rita, licenciada em Psicologia Clínica pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa; Mestre em Saúde Pública, especialização em Promoção e Proteção da Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Docente do Departamento das Ciências Sociais e Humanas da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Instituto Politécnico de Lisboa, onde leciona disciplinas de psicologia da saúde e de comunicação. desenvolve também atividade de psicóloga clínica em cuidados de saúde primários, no Agrupamento de Centros de Saúde Grande Lisboa V – Odivelas.



João Garcez Aurélio, nascido em Lisboa a 15 de Outubro de 1982, licenciou-se no ano de 2006 em Psicologia, área de Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. No momento presente está a desenvolver o seu doutoramento na área de Mental Time Travel. É doutorando na School of Health and Social Sciences, University of Edinburgh, função que exerce na qualidade de bolsheiro da Fundação para a Ciência e Tecnologia.



João Paulo Maroco Domingos, concluiu o doutoramento em Fisiologia e Bioquímica vegetal, na Washington State University, em 1998. É Professor Associado no ISPA. Publicou 98 artigos em revistas especializadas e 28 trabalhos em atas de eventos, possui 19 capítulos de livros e 12 livros publicados. Possui 131 itens de produção técnica.



Maria Gouveia Pereira concluiu o doutoramento em Psicologia Social e Organizacional no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa em 2004. É Professora no ISPA. Publicou 16 artigos em revistas especializadas e 10 trabalhos em atas de eventos, possui 3 capítulos de livros. Possui 67 itens de produção técnica. O domínio da especialização é nas áreas da psicologia social do desenvolvimento e na área da psicologia da saúde. É membro da Unidade de Investigação em Psicologia Cognitiva do Desenvolvimento e da Educação desde 1994.



Maria João Pinheiro Morais Gouveia é Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia Clínica e da Saúde do ISPA, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Licenciada em Psicologia Social e das Organizações e Doutorada em Psicologia da Saúde, pelo ISPA-IU. Leciona ao nível pré e pós-graduado em Métodos de Investigação, Avaliação em Psicologia da Saúde, Psicologia do Desporto e Atividade Física e Treino de Competências Psicológicas. Investigadora da Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES-I&D), na área do exercício e qualidade de vida.



Marta Moreira Marques nasceu no Porto em 1982, é licenciada em Psicologia Clínica pelo ISPA-IU (2005), pós-graduada em Psicologia do Desporto e da Atividade Física pelo ISPA-IU (2006), pós-graduada em Terapias Comportamental e Cognitiva pela APTCC (2012) e Mestre em Psicologia da Saúde (2008) pelo ISPA-IU. Presentemente, frequenta o programa de doutoramento em Psicologia da Saúde da Universidade de Leiden na Holanda. Leciona ao nível pós-graduado nas áreas de Psicologia da Saúde e da Psicologia do Desporto e da Atividade Física. É membro da Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES-I&D). Colabora ativamente com a comunidade no desenvolvimento de programas de promoção e mudança de comportamentos de saúde.



Pedro Alexandre Costa, licenciado em Psicologia Clínica pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada e Mestre em Psicologia do Desenvolvimento Infantil pela University of Central Lancashire, Reino Unido. Atualmente bolsheiro de Doutoramento em Psicologia, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, numa parceria entre a Universidade da Beira Interior e a Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, subordinado ao tema “Competências Parentais e Desenvolvimento Infantil em Famílias Homoparentais”.



Pedro Almeida, é licenciado e doutorado em Psicologia, docente do ISPA- IUL e Diretor do Departamento de Psicologia Social e das Organizações. É membro da Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES) e coordena ainda o Departamento de Psicologia do Sport Lisboa e Benfica (SLB)



Rui Aragão Oliveira é Psicanalista Titular da Sociedade Portuguesa de Psicanálise, onde atualmente desempenha o cargo de Vice-Presidente. É doutorado em Psicologia Clínica pela Universidade de Coimbra, onde colaborou com o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra. É diretor associado da CliniPinel, onde exerce clínica psicanalítica e tempo integral. Tem mais de meia centena de publicações em revistas da especialidade nacional e internacional. Em 2010 publicou o livro *Corpus Alienum* – psicologia e trabalho psicoterapêutico na reabilitação física.



Rui M. Costa doutorou-se na University of the West of Scotland em 2011 e atualmente é investigador pós-doutoral no ISPA – Instituto Universitário, Unidade de Investigação em Eco-Etologia, em Lisboa. Os seus interesses de investigação centram-se nos fatores psicológicos e psicofisiológicos dos comportamentos sexuais e do desejo sexual e na melhoria da função sexual.



Sara Sereno, psicóloga Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Mestre em Psicologia da Gravidez e Parentalidade pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Formadora na área da Saúde Sexual e Reprodutiva.

INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

A prática profissional da Psicologia - o ser psicólogo – é atualmente uma prática socialmente reconhecida. Esse reconhecimento tem sido conquistado ao longo dos anos mediante, por um lado, a sistematização e clarificação daquilo que é o corpo científico do conhecimento desta ciência e, por outro lado, através do desempenho de profissionais competentes e eficazes em inúmeros contextos.

A ciência psicológica, que toma como objeto de estudo e intervenção o comportamento e todos os processos mentais subjacentes, quando saí do laboratório e dos quadros teóricos em que precisa de se alicerçar, encontra uma extensa pluralidade de campos de intervenção já que pode, e utilmente tem uma palavra a dizer, em todas as situações da vida quotidiana.

É assim que a psicologia se desdobra, enquanto profissão, num sem número de especialidades focadas sobre contextos específicos: a psicologia educacional, a psicologia do desenvolvimento, a psicologia organizacional, a psicologia económica, a psicologia do trabalho, etc.

Mas, talvez a área de atividade que maior reconhecimento tenha conseguido e que no senso comum prefigure a profissão de psicólogo seja a Psicologia Clínica, ainda que esta não corresponda, de facto, a um tipo de Psicologia ao serviço de um contexto particular.

Diferentemente de outras psicologias que se vieram a instalar ao longo dos anos a Psicologia Clínica, na sua designação, pretende promover a ideia de que possuiu um método – o método clínico – e que é esse método que a diferencia e define.

A expressão Psicologia Clínica tem sido utilizada pelos profissionais de psicologia conferindo à expressão Clínico um sentido próximo do que lhe é dado na medicina, ou seja um atendimento do doente à “cabeceira”, que é como quem diz, individualizado, personalizado e prático. Há que reconhecer que a Psicologia Clínica apareceu associada ao modelo médico a que num primeiro momento recorreu para se afirmar como ciência. Mas, mercê das suas próprias condições de emergência, essa relação restringiu-se a uma especialidade médica - a psiquiatria- e o uso da expressão Psicologia Clínica, na sua forma mais populista, tendeu a qualificar a psicologia que se fazia com as pessoas com perturbações mentais (Fox, 1994) e a confundir- se com uma psicologia patológica.

De facto, a psicologia clínica desenvolveu-se e adquiriu notoriedade sobretudo após a Segunda Guerra Mundial na contribuição para a resolução dos problemas das vítimas da guerra, tanto na Europa como nos Estados Unidos da América focando primariamente as perturbações mentais.

Só em 1935 é criada, no seio da *American Psychological Association*, uma divisão autónoma de Psicologia Clínica em que explicava que esta tinha por finalidade definir as capacidades comportamentais e as características do comportamento de um indivíduo através dos métodos de medição análise e observação e, na base duma integração desses resultados com os provenientes dos exames físicos e história social, fornecer recomendações com vista ao apropriado *ajustamento* do indivíduo (MacKay, 1975).

Ou seja, embora sempre tenha havido uma enorme confusão entre esta concepção de *ajustamento* e patologia mental, desde os seus primórdios que os psicólogos clínicos foram exortados pelas suas instituições de pertença a trabalharem, não com doentes mentais

mas, antes, com toda a gente que, mercê da sua situação específica, precisasse de se ajustar ou reajustar a uma qualquer realidade. Aliás, o facto de a Psicologia Clínica se ter também, simultaneamente, afirmado enquanto prática liberal, parecia favorecer esta perspectiva de uma psicologia ao serviço de todos.

Mas, o facto de o contexto institucional dos primeiros psicólogos que se reclamavam clínicos, ser o Hospital Psiquiátrico, acabou por conotar a psicologia Clínica, por um lado, como uma psicologia ao serviço da psiquiatria e da psicopatologia e, por outro, de a consagrar como uma profissão que se inscrevia num quadro de prestação de cuidados de saúde. Até à década de 70 do século XX, na Europa, a relação entre os Psicólogos Clínicos e os Médicos que atuavam fora do contexto psiquiátrico era inexistente (Shillitoe, Bhagat e Lewis, 1986). A mesma constatação era feita pela APA Task Force on Health Research (1976) para a América do Norte.

A década de 70, entretanto, assistiu a uma mudança radical nas formas de conceptualizar o Sistema de Saúde em geral e os Cuidados de Saúde em particular.

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

Nesse contexto, deu-se uma clara ascensão dos modelos biopsicossociais que, ao colocarem a tónica na abordagem multidisciplinar nas equipas de saúde, tiveram um impacto definitivo nas práticas profissionais nos contextos de saúde e, entre elas, as dos psicólogos.

Esta mudança de pensar a saúde deu origem a uma nova área da Psicologia que se passou a chamar Psicologia da Saúde.

Em Portugal, concretamente, a regulamentação que institucionalizou a atividade profissional dos psicólogos no sistema de saúde em Portugal intitula-os de Psicólogos Clínicos (Dec.-Lei n.º 241/94 de 22 de Setembro), passando a constituir um dos ramos da carreira dos técnicos superiores.

Também entre nós, portanto, depois de um primeiro momento em que a Psicologia Clínica se centrava na doença mental, aparecia um conjunto de práticas do psicólogo com as populações fora do campo da doença mental que se designava como Psicologia da Saúde. Ambas, no entanto, partilhavam o facto de serem realizadas e compreendidas no âmbito do Sistema de Saúde em geral e nos Cuidados de Saúde.

A Psicologia Clínica da Saúde foi, assim, definida como a aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou «distress». (Ribeiro e Leal, 1996).

Do nosso ponto de vista a Psicologia Clínica, mais do que referida a uma população ou a uma nosologia, descreve uma metodologia de intervenção que privilegia o relacional, quer dizer, a qualidade de relação entre o Psicólogo e o seu utente. Neste sentido, o Psicólogo Clínico, seja qual for o quadro teórico que utilize e que lhe permite referenciar e descodificar o que lhe é trazido como sofrimento, mal-estar ou desadaptação, persegue delineamentos de intervenção

capazes de implicar uma diminuição, desvalorização ou reequacionamento dos problemas que lhe são apresentados.

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

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

Daí que a intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde seja um enorme território em parte ocupado, em parte a desbravar. Para lá dos serviços dependentes do Sistema de Saúde oficial - os hospitais e centros de saúde -, existem uma multiplicidade de serviços e programas, de iniciativa estatal, de organizações não-governamentais e de toda a sociedade civil, em que o foco na saúde dos cidadãos, da sua promoção, ao tratamento e aos cuidados paliativos, assegura (mesmo em tempo de crise) um enorme dinamismo da Psicologia Clínica e da Saúde.

Conhecer as atuais práticas profissionais nesta área não é uma tarefa das mais fáceis.

A prática profissional da psicologia depende, atualmente em Portugal, de uma formação académica de pelo menos cinco anos, composta por uma licenciatura de três anos e um mestrado em Psicologia de dois anos, a que se junta depois, um estágio profissional de, pelo menos, um ano de duração.

Apenas no último ano do Mestrado existe, na maioria dos currículos académicos, um estágio académico supervisionado que permite aos estudantes um primeiro contacto com aquilo que os psicólogos fazem

na sua prática profissional. Este estágio, que não excede os 9 meses correspondentes a um ano lectivo, e é feito por razões de ordem prática numa única instituição ou serviço, permite um conhecimento razoável daquilo que é a intervenção do psicólogo nesse âmbito específico mas, claro, deixa todos os outros campos de atuação do psicólogo noutras instituições e noutros contextos numa espessa penumbra.

No sentido de facilitar aos estudantes de Psicologia e aos jovens psicólogos o conhecimento daquilo que é prática profissional dos psicólogos no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde a Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES&ID) do ISPA organizou nos dias 4 e 5 de Maio de 2012 um colóquio subordinado ao tema “Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas”. Neste colóquio foram apresentadas diferentes trabalhos que enquadram teórica e praticamente a intervenção dos psicólogos sempre numa óptica de saúde.

O livro que aqui se apresenta corresponde a uma parte das apresentações então feitas e cobre uma vasta área de contextos de intervenção apresentando os seus modelos e as suas práticas.

Isabel Leal

Filipa Pimenta

Marta Marques

A PSICOLOGIA DA SAÚDE 40 ANOS DEPOIS

José Luis Pais Ribeiro

A Psicologia da Saúde é uma das áreas de intervenção e compreensão da psicologia mais recentes. Ela nasceu numa época de crise e pode, eventualmente, ser uma consequência, ou espelhar, as reorientações que as sociedades fazem em situação de crise.

Em 1973, nos Estados Unidos da América (EUA), foi criada no seio da American Psychological Association uma «task force on health research», com o intuito de estudar «a natureza e a extensão da contribuição dos psicólogos para a investigação básica e aplicada sobre os aspetos comportamentais nas doenças físicas e na manutenção da saúde» (APA Task Force on Health Research, 1976, p. 263).

Em 1976, esta comissão publicava um relatório sobre as relações entre a psicologia e os contextos tradicionais de saúde e doenças, com orientações doutrinárias para esta área.

Este relatório constituiu o embrião da nova área da psicologia que ficou conhecida por “Psicologia da Saúde” (PS).

Em 1978, criou-se a Divisão de Psicologia da Saúde da APA (Divisão 38), que, a partir de 1982, fez sair o primeiro número do seu periódico – Journal of Health Psychology.

No relatório da APA (APA Task Force on Health Research, 1976) afirmava-se: «The focus of the task force has been on research contributions by psychologists who are working on health and illness problems lying outside the traditional concerns with mental health and

mental illness» (p. 269). Surgia assim a orientação para áreas da saúde e das doenças que não eram até então o objeto formal da psicologia clínica.

Uma das primeiras definições formais de psicologia da saúde é proposta por Stone (1979): diz que a psicologia da saúde é qualquer aplicação científica ou profissional de conceitos e métodos psicológicos a todas as situações próprias do campo da saúde, não apenas nos cuidados de saúde, mas também na saúde pública, educação para a saúde, planificação da saúde, financiamento, legislação, etc. Deu origem à definição formal, ainda agora em vigor, a saber: domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia com vista à promoção e proteção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde (Matarazzo, 1980; 1982).

Na segunda década do século XXI estamos de novo numa época de crise. Como poderá a PS ajustar-se ao novo mundo?

Alterações sociais económicas e políticas

Na década de 70 do século passado verificou-se uma crise económica e social resultante de uma desregulação do sistema monetário internacional, de dois choques petrolíferos, com deficit comercial, recessão económica, inflação, falências, desemprego, principalmente entre os jovens. Nessa década outros acontecimentos expressam a crise, tanto em Portugal como no resto da Europa e no mundo mais desenvolvido de então, como seja: em Portugal o fim do regime colonial, e a queda do regime, a par com o fim dos regimes ditatoriais

na Grécia e Espanha. Na América do Norte a cassação do mandato do presidente Nixon, o estabelecimento dos movimentos feministas, o fim da guerra do Vietname. Na Europa e noutras partes do mundo a acção de movimentos revolucionários armados que levaram ao assassinato de um político italiano, Aldo Moro, pelas Brigadas Vermelhas italianas; o Exército Vermelho japonês e a Facção do Exército Vermelho alemão, a Acção Revolucionária Armada, ou Forças Populares 25 de Abril, em Portugal, entre muitos outros.

A década anterior, a de 60 foi uma época de contracultura desencadeada pelos jovens que defendiam a liberdade individual em oposição aos constrangimentos da sociedade. A cultura hippie, a liberdade sexual, com manifestações na música no cinema, na pintura e em todas as formas de arte em geral. A geração dos baby boomers, da geração Y ou geração milenial, os nativos digitais, em grande parte devido à possibilidade de divulgação das ideias e consequente impacto social devido ao crescimento das tecnologias de comunicação (rádio, televisão, entre outros). As manifestações a favor dos direitos civis com o estabelecimento formal dos direitos civis das minorias negras nos EUA e dos católicos na Irlanda do Norte, nomeadamente o direito de voto. Na Europa a primavera de Praga, o maio de 68 em França a par, mas com raízes diferentes, do Maio de 68 que correu nos EUA; em Portugal o acidente com o presidente do governo que deu uma queda que conduziu à sua morte. Foi uma década agitada em todos os campos com o assassinato do presidente Kennedy, de Luther King e do candidato a presidente irmão do presidente morto cinco anos antes, o início da guerra do Vietname, e da guerra colonial em Portugal, a chegada dos humanos à lua, Woodstock, etc.

Foi nesta década de mistura, de grandes mudanças, que aparece a PS e, como se explicou antes (Pais-Ribeiro, 2005), 40 anos antes, na

década de 30, também uma época de crise, afirmou-se a psicologia clínica, e, 40 anos antes, em 1896, Witmer (1907) estabelecia a sua clínica psicológica em Filadélfia.

Poderia organizar-se a psicologia em contexto de saúde em ciclos de 40 anos, a par das crises económicas e sociais. Parecem acompanhar os ciclos económicos definidos por Kondratiev de ondas longas da conjuntura do capitalismo que variavam entre os 40 e 60 anos, que se caracterizam pelo retorno dos fenómenos de recessão.

O primeiro decénio e deste século com os ataques de movimentos revolucionários na América do Norte e na Europa, o início de novas guerras no Iraque e Afeganistão, parecem reproduzir o espírito da década de 60. Também os movimentos jovens se têm distinguido nas suas manifestações (okkupas, indignados, etc) recorrendo às novas gerações de tecnologia da comunicação (internet, sms) para se manifestar em contracultura.

A psicologia da saúde

A PS introduz e espelha alterações no modo de pensar a psicologia na sua relação com a saúde e as doenças. Traz também o foco para a dimensão saúde em oposição à dimensão mais tradicional no sistema de saúde em geral, do foco no pathos, no padecer, nas doenças, embora o termo, na sua origem, pathos signifique, principalmente, paixão (mas também excesso, catástrofe, passividade, sofrimento).

A PS traz para este contexto a ideia, que já estava formalmente expressa na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) pós segunda grande guerra mundial, do aspeto positivo de uma vivência positiva (estado de bem estar...), mesmo nas doenças.

Nestes 40 anos o que mudou?

Já em 1988 Ramos explicava o aparecimento da Terceira Revolução da Saúde, referindo as alterações demográficas, tecnológicas, e o empoderamento da população. Deste conjunto de fenómenos resultava o aumento dos custos de saúde para valores inabarcáveis. É, também, definido formalmente que a qualidade de vida devia ser um resultado das intervenções em saúde a ser considerada a par da redução da mortalidade e da morbilidade: ou seja, deixou de ser suficiente reduzir os sintomas da doença, impedir que as pessoas morram, e passou a ser necessário que, a par destes aspetos, se garanta a melhoria da qualidade de vida (Bucher, Guyatt, Cook Holbrook, & McAlister, 1999): aparece também a International Classification of Functioning, Disability and Health conhecida por ICF, onde a OMS traz uma nova luz à noção de saúde e incapacidade, reconhecendo que todos os seres humanos, em algum momento da sua vida, experimentam algum grau de incapacidade, de perda de saúde e de vivência de doença. A incapacidade passa assim a ser uma experiência humana universal. Abandona o foco quase exclusivo nos aspetos médicos ou biológicos para incluir os aspetos sociais, contextuais e ambientais. Na psicologia aparece na mesma época o movimento da Psicologia Positiva que se propõe trazer o colorido das experiências humanas positivas para o campo da psicologia.

Ou seja, nestes 40 anos surgem alterações conceituais, políticas e práticas sobre o que é entendido como sistema de saúde numa formulação ampla. Na discussão que nos propomos referiremos três aspetos importantes: O envelhecimento populacional; o desenvolvimento tecnológico; o disease mongering.

Envelhecimento populacional

Já antes se discutiu a evolução da saúde e como se chegou à terceira revolução da saúde com o seu foco nos resultados de saúde e nos custos do sistema (Pais-Ribeiro, 2000, 2005).

Uma das grandes mudanças que ocorreram nos últimos 40 anos foi a mudança de um mundo pediátrico para um mundo geronte. O sucesso que o sistema de saúde teve com a intervenção pediátrica, nomeadamente no acompanhamento da gestação e natalidade, vacinação etc., foi um dos marcos importantes neste período, e que ainda está longe de se estender ao mundo geronte.

Hoje, nomeadamente na PS, colocam-se dois problemas dominantes: o crescimento das doenças crónicas e o aumento da expectativa de vida e, por conseguinte, da idade média da população. O Instituto Nacional de Estatística, mostra que a esperança de vida de um recém-nascido, em 1920 era de 35,8 anos para os homens e 40,0 para as mulheres, em 1960 de 60,7 e 66,4 respetivamente, em 2000 de 72,4 e 79,4, e em 2011, de 75,2 e 82,1. As projeções demográficas mostram que em 2006 o grupo etário populacional dominante era o dos 30-35 anos, que em 2025 será dos 50-55 anos e em 2050 nos 70-75 anos. Ora, quanto mais velho maior é a probabilidade de ter uma doença crónica.

A este propósito King (1990) utilizou a expressão «Armadilha Demográfica» para designar o resultado da passagem de um modelo de elevada natalidade e elevada mortalidade para outro de baixa natalidade e baixa mortalidade. Chama a atenção para o impacto destas mudanças, nomeadamente no ambiente e no colapso dos sistemas ecológicos. Este autor afirmava que esta ideia não era nova e que constitui uma nova versão do que Malthus defendera no século XVIII.

O envelhecimento da população, juntamente com a evolução tecnológica no diagnóstico e nos tratamentos, a par com um mais fácil acesso ao sistema de saúde tem aumentado a existência formal de doenças crónicas. Grande parte da população já vive com uma doença crónica, ou com condições que são tratadas como crónicas (p.ex. colesterol elevado, hiperlipidemia, hipertensão, entre outros). Tal aumenta substancialmente os custos do sistema de cuidados de saúde, tornando-se um problema delicado em tempos de crise.

Tal não significa que as pessoas mais velhas estejam destinadas a estar hospitalizadas ou acamadas. A investigação mostra que é possível envelhecer com saúde. Num estudo com 970 homens com mais de 90 anos, seguidos nos 25 anos anteriores, mostrava que o estilo de vida após os 70 anos que predizia melhor saúde após os 90 anos eram a atividade física, a ausência de obesidade e o não fumar, a que acrescentam a inexistência da diabetes e da hipertensão para maior longevidade (Yates, Djoussé, Kurth, Buring, & Gaziano, 2008).

Estes fatores, por serem fatores modificáveis, devem ser objeto de intervenção em programas de promoção da saúde com populações mais velhas (e em todas as idades). A psicologia, a par de outras especialidades relacionadas com a saúde estão particularmente aptas para desenvolver programas de mudança do estilo de vida que visem estes objetivos.

Esta intervenção não tem que ser realizada em contexto tradicional de saúde. Deve ser feito em contexto social, onde vivem as pessoas, e muitas autarquias, e outros grupos, apoiam e estimulam a intervenção com estes grupos, a par por exemplo, com organizações da Igreja.

Evolução tecnológica

O desenvolvimento tecnológico tem permitido grandes alterações nos cuidados de saúde. Há mais, melhores, e mais precisos, meios de diagnóstico e de tratamento. Tal, no entanto, aumenta os custos de saúde, porque cada uma destas novas técnicas é, não só ela própria dispendiosa, como ainda exige pessoal técnico diferenciado e especializado e também dispendioso. Por esta razão a sua utilização deve ser especialmente criteriosa, tanto da parte dos profissionais como dos doentes. Kolber, Zipp, Glendinning, e Mitchell (2007) sobre o uso Computed Tomography Screening, também conhecido por TAC (procedimento de diagnóstico que recorre a equipamento de raio-X para obter imagens seccionadas do corpo) verificaram que as pessoas esperavam que este exame lhes melhorasse a saúde. Existia pouca consciência das limitações do exame e dos seus efeitos secundários, e alertam para a necessidade de educação de doentes e profissionais antes de estes darem o consentimento informado. Esta crença de que exames regulares precoces e dispendiosos garante boa saúde está bem estabelecida.

Welch (1996), diz que a crença numa intervenção precoce assume que: a) uma doença detetada cedo é fácil de erradicar; b) intervenções precoces parecem estar associadas a melhores resultados, nomeadamente porque as pessoas detetadas precocemente vivem mais tempo do que as que são detectadas tardiamente. Esta premissa, diz Welch, é desafiada pela investigação. Welch (1996) afirma que a doutrina da intervenção precoce pode por vezes estar errada e resultar num efeito de «cascata clínica: mais problemas potenciais identificados, mais testes de diagnóstico, mais diagnóstico, mais tratamento e mais hospitalização – que no conjunto, e num balanço, não traz benefícios para o doente» (p. 1472). O

mesmo diz Osborn (2003) «quanto mais se procura mais se encontra: quanto mais se encontra mais se trata».

As possibilidades crescentes das novas tecnologias permitem identificar lesões teciduais em níveis cada vez mais precoces. Black e Welch (1993) salientam que a partir da década de 70 o armamentarium de técnicas de diagnóstico revolucionou a prática da medicina. A TAC, a ressonância magnética, a ultrassonografia e outras permitem detectar anomalias muito antes de produzirem sinais clínicos ou sintomas.

Mas, como explicam Kolber et al. (2007), grande parte dos exames imagiológicos expõem as pessoas a radiações que podem ser lesivas para a saúde, e são susceptíveis de fornecer falsos positivos e negativos. Numa investigação com 479 mulheres que tinham sido submetidas a rastreio de cancro da mama e cujos resultados foram falsos positivos, continuavam a achar que o exame era benéfico, e que tais erros eram aceitáveis (Schwartz, Woloshin, Sox, Fischhold & Welch, 2000).

Muito importante, é que não é por a tecnologia utilizada ser sofisticada que o diagnóstico e a saúde melhoram. Por isso, quer os profissionais quer as pessoas devem ser especialmente criteriosas quando recomendam e quando se submetem a estes exames e tratamentos.

A psicologia tem funções importantes no apoio psicológico ao doente, e o psicólogo, enquanto membro da equipa que participa neste processo, tem a função de ajudar o doente a tomar decisões sobre o tratamento a seguir, para estabelecer uma identidade de doente positiva, a mobilizar os recursos pessoais para se ajustar à nova identidade, para desenvolver meios de apoio ao doente no desenvolvimento de perícias para lidar com o sistema em que agora

está envolvido (sistema de saúde, segurança social, etc.), para ser apoiante relativamente àqueles que lhe estão mais próximos.

A decisão sobre o tratamento implica tomar bem a decisão e tomar uma boa decisão. São dois processos complementares. Para ser uma boa decisão sobre o tratamento implica: o doente estar apropriadamente informado; estar satisfeito com o processo de tomada de decisão; ficar satisfeito com o resultado (Kuppermann, & Nease, 1999). Este processo deve ser objeto de intervenção em contexto de saúde. A PS deve recorrer aos conhecimentos da psicologia em geral (como está expresso na sua definição) para alcançar este processo, como seja à psicologia cognitiva. Esta examina a forma como as pessoas raciocinam, formulam julgamentos, e tomam decisões. Redelmeier e Faughnan, (1999) propõem a existência de programas para ajudar doente a tomar bem decisões que incluam o seguinte fluxograma: o programa deve: verificar diferentes perspetivas; basear-se em preferências fortes e estáveis do cliente; evitar opções excessivas ou inadequadas; considerar uma perspetiva ampla e a longo termo; não simplificar excessivamente o passado.

Promoção da doença (disease mongering)

Herndon, Schwartz, Woloshin, e Welch,(2007) explicam que as doenças eram condições que as pessoas sofriam e sentiam e que cada vez mais são definidas de modo amplo, muito para além do que as pessoas sentem. Dão o exemplo da transformação de fatores de risco que passam a ser incluídos como doenças e tratados como tal (colesterol elevado, hiperlipidemia, hipertensão, intolerância à glucose e osteoporose). Tal procedimento tem implicações delicadas, sendo a mais importante que muito mais pessoas passam a estar doentes. Mais pessoas com diagnóstico de doença, mais são tratadas,

expondo-as aos perigos potenciais do tratamento, e com aumento dos custos. Estes autores exemplificam com a definição alargada da osteoporose. Com as alterações da definição a partir de 1994, o número de mulheres acima dos 65 anos com recomendação para tratamento passou de 6,4 para 10,8 milhões, com um aumento de custos de 28 milhões de dólares americanos, e de 1,6 para 4 milhões para as mulheres entre os 50 e 60 com custos de 18 milhões de dólares americanos. Ou seja, como dizem Moynihan, Heath, e Henry (2002), faz-se muito dinheiro com pessoas saudáveis que acreditam que estão doentes. Tal promoção da doença é designada por “disease mongering”, que Melo (2007) define como “esforços efectuados, habitualmente pela indústria farmacêutica ou outros com interesses económicos similares, com o objectivo de aumentar o mercado para os seus fármacos”(p.361). As empresas farmacêuticas passam a ideia que para cada doença ou condição há uma pílula, o que é falso (Wolinsky, 2005). Segundo este autor a frase que ilustra esta ideia é “para cada cura encontraremos uma doença”, quando o bom senso diria para cada doença encontraremos um tratamento.

As pessoas preocupam-se com as doenças. Um estudo de Cabral, da Silva, e Mendes (2002) mostra que quando os portugueses eram perguntados “se havia alguma doença que preocupava os portugueses em particular, e qual”, 63,1% referia o cancro, sendo a segunda doença que os preocupava a SIDA com 17,8%, a uma distância razoável. A principal causa de morte em Portugal, as doenças cardiovasculares, preocupava 7,7% dos inquiridos. Tal ilustra a distorção da representação de doença na nossa cultura, onde diariamente nos media há profissionais a explicar as doenças que podemos ter e que drogas, alimentos ou comportamentos devemos ter para não sofrer dessa doença, que normalmente não é uma

doença mas sim uma condição que pode ser fator de risco para uma ou várias doenças como dizem Herndon et al. (2007).

A promoção da doença deve ser combatida com aumento da consciência, do conhecimento, do empoderamento do cidadão. Isto faz-se com educação. É necessário educar as pessoas para não se preocuparem excessivamente com potenciais doenças. Devem preocupar-se com a saúde e protegê-la e promovê-la, e devem prevenir os principais fatores de risco para as doenças mais usuais. Mas fazendo proteção e promoção da saúde já inclui esses aspetos.

Conclusão

Estamos numa época em que a redução de custos é o principal objetivo dos governos, por vezes com sacrifício de conquistas civilizacionais importantes. Os cortes na saúde, na educação, na segurança social, são um bom exemplo. Isso afetará a profissão do psicólogo neste sistema, dado não ser um profissional de primeira linha. Mas há inúmeras áreas de intervenção que não são emprego tradicional. Estamos numa época em que temos que mostrar o que somos capazes de fazer. A par do que o psicólogo tem feito no sistema tradicional de saúde, há hoje inúmeros contextos (onde existem idosos, doentes crónicos, ou a população sem doença) para melhorar a sua saúde e garantir que vivem mais tempo, com menos sofrimento, e com melhor funcionalidade.

Trabalho há muito mas muito deste trabalho que pode ser realizado fora do sistema tradicional de saúde (e a par deste) tem que ser conquistado. As autarquias, as organizações religiosas, as associações de doentes, que apoiam e integram os mais velhos, os doentes crónicos, etc, entre outros, precisam desse nosso trabalho. Mas enquanto emprego para a vida é provavelmente pouco eficaz.

O mundo está a mudar. A PS é parte dessa mudança: temos que mostrar o que é possível fazer e o que podemos fazer neste campo.

Referências:

- APA task Force on Health Research (1976). Contributions of psychology to health research: patterns, problems and potentials, *American Psychologist*, 31, 263-274.
- Black, W., & Welch, H. (1993). Advances in diagnostic imaging and overstimulation of disease prevalence and the benefits of therapy. *The New England Journal of Medicine*, 328 (17), 1237-1243.
- Bucher, H., Guyatt, G., Cook, D., Holbrook, A., & McLister, F. (1999). Users' Guides to the Medical Literature: XIX. Applying Clinical Trial Results: A. How to use an article measuring the effect of an intervention on surrogate end points. *The Journal of the American Medical Association*, 282, 271-278.
- Herndon, M.B., Schwartz, L.M., Woloshin, S., & Welch, H.G.(2007). Implications Of Expanding Disease Definitions: The Case Of Osteoporosis. *Health Affairs* 26 (6), 1702–1711; doi: 10.1377/hlthaff.26.6.1702
- King, M. (1990). Health is a sustainable state. *The Lancet*, 336, 664-667.
- Kolber, C., Zipp, G., Glendinning, D., & Mitchell, J. (2007). Patient Expectations of Full-Body CT Screening. *American Journal of Roentgenology*, 188, W297–W304. DOI:10.2214/AJR.06.0062
- Kuppermann, M., & Nease, R. (1999). What Is a Good Decision? *Effective Clinical Practice*, 2(4) 187-188
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37 (1), 1-14.
- Melo, M. (2007). A promoção da doença. A quem interessa? *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, 23,361-364
- Moynihan,R., Heath,I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *The British Medical Journal*,324 (7342),886-891

- Osborn, M. (2003). The disease reservoir Hypothesis: effects of changes in diagnostic thresholds. *In the news*, 16 (4), 5-6
- Pais-Ribeiro, J. (2000). A saúde e as doenças no século XXI. In: M.Dias e A. Amorim (Edts.) *Clínica Dentária Integrada: Contributos bio-psico-sociais*. (pp.1-21). Caparica: Egas Moniz Publicações
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora
- Ramos, V. (1988). Prever a medicina das próximas décadas: Que implicações para o planeamento da educação médica? *Acta Médica Portuguesa*, 2, 171-79.
- Redelmeier, D.A., & Faughnan, M.E. (1999). What Is a Good Decision? *Effective Clinical Practice*, 2(4) 190-192
- Schwartz, L., Woloshin, S., Sox, H., Fischhold, B., & Welch, H. (2000). US women's attitudes to false positive mammography results and detection of ductal carcinoma in situ: cross sectional survey. *The British Medical Journal*, 320, 1635-1640.
- Welch, H. (1996). Questions about the value of early interventions. *The New England Journal of Medicine*, 334 (22), 1472-1473
- Witmer, L. (1907). *Clinical Psychology*. *Psychological Clinic*, 1, 1-9
- Wolinsky, H. (2005). Disease mongering and drug marketing: Does the pharmaceutical industry manufacture diseases as well as drugs? *European Molecular Biology Organization reports*, 6 (7), 612-614: doi:10.1038/sj.embor.7400476
- Yates, L.B., Djoussé, L., Kurth, T., Buring, J.E., & Gaziano, J.M. (2008). Exceptional longevity in men: Modifiable factors associated with survival and function to age 90 years *Archives of Internal Medicine*, 168(3), 284-290

PSICOLOGIA DA SAÚDE E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: QUE DESAFIOS NUM CONTEXTO DE MUDANÇA?

Joana Santos Rita

A psicologia da saúde vem-se afirmando, desde os anos 70 do século passado. Apesar de se tratar de uma área relativamente recente no seio da Psicologia, podemos já traçar um percurso histórico, que se iniciou pela sua afirmação como ciência, passando depois para assumpção da profissão de ‘psicólogo da saúde’ e posteriormente pela adopção de uma perspectiva mais crítica e compreensiva dos fenómenos relacionados com a saúde e a doença (Murray, 2010). Para a década em curso, o desafio da psicologia da saúde será outro: tornar-se uma verdadeira psicologia da saúde pública, em que valores como a justiça social, o empowerment, a participação e a acção comunitária e colaborativa permitam a sua emancipação e também a criação de alianças e parcerias (Murray, 2010).

Esta ideia vem, de resto, ao encontro daquele que tem sido o trabalho dos psicólogos da saúde nos cuidados de saúde primários, nos últimos anos, em Portugal. Na verdade, as competências mais tradicionais para a avaliação e a intervenção clínica não chegam para o trabalho do psicólogo, nos cuidados de saúde primários. Serão igualmente necessárias outras competências, nomeadamente a capacidade de sistematização de linhas de investigação-acção; a compreensão dos fenómenos educacionais, sociais e organizacionais relacionados com a saúde; a gestão de recursos e a disponibilização de orientações, relativas aos aspectos psicológicos associados à

saúde e à doença, a outros profissionais; e a advocacia da humanização dos serviços prestadores de cuidados de saúde e de uma intervenção centrada na pessoa e na comunidade (Trindade & Carvalho Teixeira, 1998).

Com o presente artigo, pretendemos reflectir acerca dos desafios que se colocam ao psicólogo da saúde, que intervém no contexto dos cuidados de saúde primários, partindo da nossa vivência e da actividade que temos desenvolvido neste âmbito.

Psicologia da Saúde, Cuidados de Saúde Primários e Políticas de Saúde em Portugal

No nosso país, a reforma dos cuidados de saúde primários tem vindo a acontecer, de forma mais evidente, desde 2008. Em termos de políticas de saúde, reconhece-se que os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde e que os centros de saúde serão o primeiro ponto de acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde.

A reconfiguração dos centros de saúde e a criação dos agrupamentos de centros de saúde constituídos por diferentes unidades funcionais, preconizada no Decreto-Lei nº. 28/2008, de 22 de Fevereiro, pretendeu dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, com vista à melhoria no acesso aos cuidados de saúde e ao alcance de maiores ganhos em saúde. De salientar que as mudanças organizacionais e de funcionamento na rede de cuidados de saúde primários, não alteram substancialmente as principais funções desta rede, a saber: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a prestação de cuidados na doença, o acompanhamento da pessoa e da família ao longo do seu ciclo de vida, a intervenção junto da comunidade e a ligação a outros serviços de modo a garantir a

continuidade dos cuidados (Decreto-Lei nº. 28/2008, de 22 de Fevereiro).

Nos últimos quatro anos, temos assistido à efectivação da reforma dos cuidados de saúde primários, através da reorganização dos antigos centros de saúde e da criação de novas unidades funcionais prestadoras directas de cuidados de saúde: as unidades de saúde familiares (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP). Apesar de existirem algumas situações particulares, os psicólogos foram tendencialmente integrados nas unidades de recursos assistenciais partilhados, que se assume como prestadora de serviços de consultoria e assistenciais às outras unidades funcionais referidas e como organizadora das ligações funcionais aos cuidados diferenciados (hospitalares). A equipa da URAP inclui assim psicólogos, médicos de diferentes especialidades, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, higienistas orais, terapeutas ocupacionais, entre outros (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

Paralelamente, aconteceu uma sistematização das orientações estratégicas para obtenção de ganhos em saúde, através da construção e implementação do Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, DGS, 2004a; Ministério da Saúde, DGS, 2004b). Trata-se de um documento inovador no nosso país, que agrega um conjunto de princípios e estratégias orientadoras para que pessoas e instituições contribuam para o aumento dos resultados de saúde em Portugal (WHO Europe, 2010). Presentemente, encontra-se em fase de discussão a nova versão do Plano Nacional de Saúde, para o horizonte 2012-2016. Partindo do perfil de saúde dos portugueses (ACS, 2011), as grandes linhas do Plano Nacional de Saúde são

orientadas por prioridades definidas no âmbito de programas de grandeza nacional. No que concerne às estratégias para obtenção de ganhos em saúde e para a gestão da mudança, destacam-se a acessibilidade, a abordagem centrada na família e o enfoque na promoção da saúde. A reconfiguração da rede de cuidados de saúde primários procurará também dar resposta à necessidade de reorientação do sistema de saúde no sentido da qualidade, efectividade e sustentabilidade.

Neste contexto, a psicologia da saúde e o psicólogo nos cuidados de saúde primários vêem ainda mais legitimada a sua acção. Considerando a cidadania, o acesso, as políticas públicas saudáveis, qualidade e saúde sustentável como os grandes pilares das orientações estratégicas para a saúde em Portugal, facilmente compreendemos que, aquele que é apontado como o grande desafio para a psicologia da saúde nesta década (tornar-se uma verdadeira psicologia da saúde pública), é igualmente um desafio de cada um dos psicólogos que desenvolve a sua actividade nos cuidados de saúde primários.

Numa época de recursos escassos, a qualidade e a sustentabilidade das intervenções em saúde são ainda mais relevantes. Recentemente, a Ordem dos Psicólogos Portugueses publicou um relatório, que agrega um conjunto de evidências que demonstram que a intervenção psicológica é custo-efectiva tanto nos cuidados de saúde primários como nos cuidados hospitalares (OPP, 2011). Deste modo, fica clara a importância da intervenção psicológica na redução dos custos directos e indirectos.

Neste âmbito, a intervenção psicológica apresenta-se como um instrumento com potencialidade para contribuir para a melhoria da saúde das pessoas e das comunidades, para a contenção de

despesas no sector da saúde e ainda para o aumento da produtividade do país (OPP, 2011). Apesar da evidência do custo-efectividade da intervenção psicológica estar bem documentada, as orientações estratégicas e as políticas de saúde em Portugal nem sempre acompanham este conhecimento e, conseqüentemente, é ainda limitada a disponibilização de diferentes modalidades de ajuda, que permitam diminuir custos e alcançar ganhos significativos de bem-estar (OPP, 2011). Por esta razão, é hoje fundamental mostrar aquilo que fazemos nos cuidados de saúde primários e aceitar os diferentes desafios, que vão surgindo num contexto em mudança.

Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde nos Cuidados de Saúde Primários, num Contexto de Mudança

A psicologia nos cuidados de saúde primários consiste na prestação de serviços psicológicos aos indivíduos, famílias e comunidades, integrando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a função assistencial (Carvalho Teixeira, 2007). Considera-se assim que existem alguns pressupostos do trabalho do psicólogo nos cuidados de saúde primários, sendo eles: a adopção de um paradigma holista na compreensão da pessoa/comunidade e dos processos de saúde e doença; a integração nas equipas de cuidados de saúde primários; a orientação para um trabalho participativo e colaborativo entre profissionais de saúde com diferentes formações (APA, 1998; Carvalho Teixeira, 2007; Kagee & Naiboo, 2003).

A compreensão da pessoa/comunidade e dos processos de saúde e doença segundo um paradigma holista, também chamado metateoria biopsicossocial integracionista ou dialéctica (Reis, 1999a; Reis, 1999b; Kagee, & Naiboo, 2003), exige a adopção de uma concepção multidimensional integrada da pessoa, a descentralização do poder

numa equipa profissional interdisciplinar, a promoção da autonomia e da individualidade da pessoa/comunidade. Estes aspectos são particularmente importantes para a humanização dos cuidados e dos serviços de saúde, implicando assim uma mudança das atitudes tradicionalmente relacionadas com um modelo de natureza biomédica.

A integração nas equipas de cuidados de saúde primários e a verdadeira interdisciplinaridade pressupõem também a substituição da hierarquia pelo equilíbrio pontuado, em que o profissional que se evidencia na relação dialéctica profissional-utente será aquele que é mais contingente a cada situação concreta perante as necessidades evidenciadas pela pessoa, família ou grupo (APA, 1998; Reis, 1999b). Apenas assim será dada forma a um trabalho colaborativo entre profissionais com diferentes práticas e saberes, de modo a alcançar uma verdadeira parceria epistemológica na relação entre estes e os utentes dos serviços de saúde (Kagee & Naiboo, 2003).

Os cuidados de saúde primários são, por definição, aqueles que estão simultaneamente mais próximos e mais acessíveis aos cidadãos. Por esta razão, o psicólogo da saúde que trabalha neste contexto de saúde constitui-se como a primeira linha de intervenção, devendo adoptar uma perspectiva ecológica e comunitária que permita compreender os comportamentos relacionados com a saúde em função de determinado contexto social e cultural (Carvalho Teixeira, 2004). A promoção da saúde, a prevenção da doença e da incapacidade, a detecção precoce e o tratamento da doença são áreas de intervenção prioritária nos cuidados de saúde primários, a par com a disponibilização de cuidados coordenados e compreensivos dos sistemas familiar e comunitário. Neste sentido, a intervenção do psicólogo da saúde deverá considerar: a pessoa ou a família; a equipa de saúde (da qual o psicólogo é elemento); e outros stakeholders (e.g. família, comunidade, outros níveis do sistema de saúde).

De igual modo, as suas competências passarão por compreender essas as três componentes mencionadas, ter consciência das limitações de recursos e planear intervenções efectivas face às necessidades e aos recursos existentes, estando o psicólogo nos cuidados de saúde primários habilitado para prestar várias modalidades de ajuda inovadoras e integradoras, que considerem os aspectos comportamentais na saúde e na doença (e.g. consulta psicológica, aconselhamento psicológico); delinear, planear e avaliar projectos de promoção da saúde, de prevenção e de tratamento; intervir e prestar consultadoria sobre os aspectos emocionais e comportamentais inerentes aos diferentes problemas de saúde e doença; desenvolver investigação num contexto de saúde privilegiado; participar em actividades formativas e em grupos de avaliação da qualidade em saúde (APA, 1998; Trindade, 1999). Desta forma, a abordagem da psicologia da saúde nos cuidados de saúde primários envolve (Trindade & Carvalho Teixeira, 1998; Trindade & Carvalho Teixeira, 2000):

- A intervenção em programas de promoção da saúde e de prevenção da doença;
- A adesão a exames médicos e rastreios, recomendações e tratamentos médicos, regimes alimentares, de auto-cuidado e de reabilitação;
- Os processos de confronto e adaptação à doença e ao stress induzido por procedimentos médicos e de diagnóstico;
- Os processos de comunicação em saúde;
- A racionalização de comportamentos de procura e de utilização de cuidados de saúde;

- A promoção da qualidade e da humanização dos serviços e cuidados de saúde.

Nos últimos anos, a investigação sobre a psicologia da saúde nos cuidados de saúde primários já reiterou as suas contribuições para a promoção da saúde física e mental dos indivíduos, das famílias e das comunidades (Thielke, Thompson & Stuart, 2011). Estudos recentes de meta-análise mostram que nem sempre as intervenções da psicologia da saúde em cuidados de saúde primários são custo-efectivas, uma vez que existem ainda poucos trabalhos de investigação realizados em contextos reais (Thielke, Thompson & Stuart, 2011). Em termos práticos, será futuramente importante:

- Determinar e concretizar o grau de penetração da psicologia da saúde nos cuidados de saúde primários;
- Clarificar o papel específico do psicólogo da saúde nos cuidados de saúde integrados prestados às pessoas;
- Considerar o impacto do aumento de problemas de saúde mental, nomeadamente as perturbações ansiosas e depressivas, com conseqüente aumento da prescrição e consumo de medicação psicotrópica, repercutidos em mais gastos pelos sistemas de saúde.

Num contexto de mudança e de algumas descontinuidades, quais serão então os grandes desafios para os psicólogos nos cuidados de saúde primários, em Portugal?

A resposta a esta questão não é, de todo, imediata. Ela exige reflexão, não só individual, como no seio daqueles que desenvolvem a sua actividade no contexto dos cuidados de saúde primários. Para alcançar alguma profundidade, essa resposta deve ainda recolher os contributos de todos aqueles para quem e com quem os psicólogos da saúde se vão cruzando, tanto na prática como na investigação

aplicada. No entanto, atrevemo-nos a lançar desde já algumas ideias, na forma de um pequeno ensaio de resposta.

Num contexto de mudança e de algumas descontinuidades, a intervenção em psicologia clínica e da saúde nos cuidados de saúde primários poderá concretizar-se dando forma à ideia de continuum. Na verdade, a nossa intervenção implica considerar:

- O continuum saúde e doença;
- O continuum indivíduo, família, grupo e comunidade;
- O continuum nascer e morrer;
- O continuum assistencial e consultadoria;
- O continuum brevidade e permanência de cuidados.

Os cuidados de saúde primários dirigem-se às pessoas, às famílias e à comunidade, saudáveis ou doentes, mas sempre numa perspectiva de acompanhamento ao longo do ciclo de vida. Há então que decidir, a cada momento, se a nossa intervenção deverá ser directa ou, pelo contrário, mediada por outro profissional de saúde, que responderá melhor às necessidades das pessoas e apenas precisará do nosso suporte na retaguarda. Não abandonado a promoção da autonomia da pessoa como um objectivo central, será fundamental determinar a duração e a extensão da intervenção do psicólogo. Por fim, o desenvolvimento de competências comunicacionais em saúde, a formação de outros profissionais de saúde e a investigação em contextos reais surgem como “pano de fundo” e serão exigências sempre presentes.

A prática das profissões de saúde não se esgota na técnica, devendo incorporar uma forma diferente de pensar nas tarefas. Tendo presentes as recomendações de boas práticas em saúde, esta nossa posição pressupõe o desenvolvimento de atitudes de centração na

pessoa/paciente/família/comunidade, que se traduzem na prestação de cuidados que são congruentes e responsivos às suas necessidades, desejos e preferências (Duggan et al., 2006). Assim, a compreensão da pessoa enquanto indivíduo único e com direitos, a partilha de poder e responsabilidade entre o profissional e a pessoa, e a construção de uma aliança terapêutica surgem como aspectos determinantes na prestação de cuidados de saúde de proximidade (Mead & Bower, 2000). Para além disso, a investigação tem mostrado que a centração na pessoa está relacionada com o aumento da satisfação; a adesão a tratamentos e recomendações; o restabelecimento mais rápido em situações de doença; a diminuição da perturbação emocional; a diminuição de erros clínicos e de queixas dos pacientes; e o aumento da satisfação dos profissionais de saúde (Grilo, 2010).

Assumindo que estamos perante um novo desafio para a psicologia da saúde e defendendo que vivenciamos também um contexto de mudança nos cuidados de saúde primários, fica evidente que novas exigências serão colocadas aos psicólogos. As novas exigências traduzem-se num conjunto de competências e no desempenho de vários papéis, desenvolvidos a partir do conhecimento aprofundado da realidade e da adaptação ao contexto de saúde em que trabalham. Hoje, mais do que nunca, a participação, a colaboração e a criação de alianças se constituem como ferramentas essenciais no trabalho do psicólogo da saúde. Também este deverá saber aproveitar “os ventos e as correntes” da mudança, no sentido de afirmar a sua intervenção e dar a conhecer um conjunto de evidências que a suportam.

Referências

- Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde (2011). Estratégias para a Saúde – II) Perfil de Saúde em Portugal. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- American Psychological Association (1998). Interprofessional health care services in primary care settings: implications for the educational and training of psychologists. Washington DC: APA.
- Carvalho Teixeira, J. A. (1999). Formação em psicologia e cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 17 (3), 577-582.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 22 (3), 441-448.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2007). A Psicologia e o Centro de Saúde do século XXI. *Análise Psicológica*, 25 (2), 311-313.
- Decreto-Lei nº. 28/2008, de 22 de Fevereiro.
- Duggan, P., Geller, G., Cooper, L., & Beach M. (2006). The moral nature of patient-centeredness: Is it “just the right thing to do”?. *Patient Education and Counseling*, 62, 271-276.
- Grilo, A.M. (2010). Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competências. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Kagee, A., Naiboo, P. (2003). Health Psychology in family practice: Fulfilling a vital need. *South African Family Practice*, 45 (8), 7-10.
- Mead, N., Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51 (7), 1087-1110.
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2004a). Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – Volume I – Prioridades. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2004b). Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – Volume II – Orientações Estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde: Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Murray, M. (2010). Health psychology in context. *The European Health Psychologist*, 12, September 2010.

- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Evidência científica sobre custo-efectividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Reis, J. (1999a). O Sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega.
- Reis, J. (1999b). Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial?. *Análise Psicológica*, 17 (3), 415-433.
- Thielke, S., Thompson, A. & Stuart, R. (2011). Health psychology in primary care: recent research and future directions. *Psychology, Research and Behavior Management*, 4, 59-68.
- Trindade, I., Carvalho Teixeira, J. A. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde: O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 16 (2), 217-229.
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 17 (3), 569-576.
- Trindade, I., Carvalho Teixeira, J.A. (2000). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários – 2ª Edição*. Lisboa: Climepsi.
- Trindade, I., Carvalho Teixeira, J. A. (2002). *Psicologia em serviços de saúde: Intervenção em Centros de Saúde e Hospitais*. *Análise Psicológica*, 20 (1), 171-174.
- World Health Organization Europe, Regional Office for Europe (2010). *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

A PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS - VIVÊNCIAS DOS UTENTES

Cecília Rodrigues Medeiros e Rui Aragão Oliveira

A eficácia da psicoterapia psicanalítica no campo da saúde tem vindo a ser demonstrada pela investigação científica a nível internacional (Beutel et al., 2004; Kraft et al., 2006; Sandell et al., 2006; Sandell et al., 2007), mas, apesar da defesa desta intervenção nos organismos de saúde (Richardson & Hobson, 2000; Goldie, 1985), ainda impera a necessidade de mais investigação numa era que apela para a demonstração da evidência em relação aos resultados da intervenção psicológica no campo da saúde (Wood, 2010).

Apesar das dificuldades em proceder à avaliação dos processos de psicoterapia psicanalítica, dado o próprio objecto de estudo - os processos inconscientes (Aragão Oliveira et al, 2009/2010), as suas possibilidades em termos de mudança interna, permitem-nos defender, também nós, a sua utilização nos serviços de saúde, uma vez que uma redução dos sintomas e uma alteração de comportamento não parecem suficientes para sustentar uma melhoria significativa e duradoura nos pacientes.

Para Aragão Oliveira et al (2009/2010) o sintoma pode alterar-se, desaparecer e transformar-se, mas a problemática inconsciente pode manter-se e levar ao surgimento de sintomas substitutivos e expressos de outras formas.

Para estes autores (2009/2010), o desaparecimento de sintomas, paradoxalmente, pode até significar uma pior condição do paciente, dado o seu valor defensivo, pelo que as classificações nosográficas

habituais da psiquiatria não são suficientes para avaliar o processo psicoterapêutico psicanalítico, existindo alguns casos de êxito terapêutico em que embora não haja alteração dos sintomas manifestos, existem melhorias ao nível do sofrimento.

Em Portugal, existem poucos trabalhos sobre psicoterapia nos contextos de saúde e, mais especificamente, nos cuidados primários (Coimbra & Brígido, 2012; Ricou et al., 2012), sendo a investigação nesta área ainda escassa.

Assim, face à escassez de estudos em Portugal sobre psicoterapia nos contextos de saúde, em geral, e nos cuidados primários, em particular, impõe-se o desenvolvimento de mais investigação, nomeadamente em relação à psicoterapia psicanalítica.

Para Manthei (2007) torna-se importante, para avaliar a eficácia da psicoterapia, abordar a compreensão do cliente sobre o processo, através do uso de métodos qualitativos que exploram em maior profundidade como os clientes percebem e experienciam o seu processo.

A revisão da literatura centrada na perspectiva do cliente (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) indica a importância da relação terapêutica, resultando como variáveis relacionais importantes no cliente a sua contribuição para a aliança terapêutica, envolvimento, colaboração, capacidade de expressão e comunicação, e reconhecimento do valor do terapeuta. Por outro lado, identificaram como variáveis relacionais importantes no terapeuta a sua contribuição para a aliança terapêutica, envolvimento, credibilidade, colaboração e reconhecimento do valor do cliente, assim como a implementação competente das intervenções psicoterapêuticas.

O estudo de Sandell et al. (2007) sobressai num panorama em que a investigação, maioritariamente, continua a suportar a eficácia de todas

as terapias de forma igualitária (Sousa, 2006), ao explorar se a equivalência quantitativa entre diferentes abordagens terapêuticas pode ocultar diferenças nas experiências dos pacientes sobre a qualidade da mudança. Assim, 32 pacientes que terminaram terapia cognitivo-comportamental ou terapia psicodinâmica foram entrevistados sobre as suas experiências em psicoterapia.

Existiram experiências comuns aos dois grupos de pacientes satisfeitos, tais como melhores capacidades de adaptação, principalmente no que se refere aos sentimentos. Os pacientes alcançaram uma estabilidade emocional maior com uma conseqüente redução na ansiedade. Vários aspectos da relação com o terapeuta foram, também, sentidas pelos pacientes dos dois grupos como tendo sido particularmente úteis, tais como o envolvimento e a motivação de ambos, terapeuta e paciente, e uma forte aliança terapêutica foram indicados pelos dois grupos como contribuindo para a mudança.

A experiência de mudança mais distintiva dos pacientes de terapia psicodinâmica foi o sentimento de se compreenderem melhor. Tal envolve o sentimento de ter uma história de vida mais coerente e um sentimento básico de segurança, com maior auto-aceitação e auto-confiança. Os pacientes da terapia psicodinâmica descreveram-se a si próprios como mais auto-reflexivos e com uma gama maior de mudanças relacionadas com a personalidade.

Para os autores (2007), se assumirmos que experiências comuns reflectem factores comuns, podemos assumir que as diferenças entre os dois grupos de pacientes podem reflectir factores específicos, diferentes técnicas e diferentes abordagens e posições.

Lambert em 2007, num estudo de 4 anos, investiga a área das percepções dos utentes sobre o aconselhamento psicológico nos cuidados primários. O que concluíram foi que todos os participantes

experienciaram algum nível de mudança positiva que eles perceberam como resultado de terem sido escutados, acreditados e tendo alguém interessado neles.

Em Portugal, têm vindo a ser realizadas investigações sobre as vivências do processo psicoterapêutico noutros contextos que não os de saúde (ver, por exemplo, Ribeiro de Sousa, 2006), inclusive quando esse processo psicoterapêutico é de orientação psicanalítica.

Referimo-nos ao trabalho de Aragão Oliveira e colegas (2009/2010) que desenvolveram um estudo sobre as vivências do processo psicoterapêutico em psicanálise e psicoterapia psicanalítica com o objectivo de compreender a experiência vivida por pacientes que passaram por processos de psicoterapia psicanalítica ou psicanálise e com o propósito de analisar e compreender os motivos que os levaram a procurar tratamento, explorar as vivências das varias fases do processo, explorar as mudanças sentidas no decorrer do processo e após o seu término, e perceber a concepção do relacionamento com o psicoterapeuta.

Os resultados indicam que os pacientes valorizaram as intervenções dos terapeutas e as transformações ocorridas durante a terapia, existindo, mesmo, a marcar esta evolução, a tendência de alguns pacientes para irem mais além e relacionarem mudanças no plano interno (intra-psíquico) com mudanças no plano relacional e conflitos com o outro. Parece existir também um natural incremento de recursos conscientes que possibilitam expressar todo o processo de transformação vivida de uma forma mais clara e completa pelo sujeito (Aragão Oliveira et al., 2009/2010).

No mesmo sentido, estamos a desenvolver uma investigação que se focaliza nos contributos da psicoterapia nos contextos de saúde ao investigar as experiências dos utentes que realizaram um processo

psicoterapêutico nos cuidados primários, com o objectivo de alargar a nossa compreensão sobre os fenómenos que ocorrem nesses processos e, a partir daí, contribuir para um aumento da eficácia psicoterapêutica neste contexto.

Para tal, foram entrevistados 40 utentes que já tinham terminado ou que ainda realizavam processos de psicoterapia nos cuidados primários, tendo estes sido encaminhados, com o seu acordo, por 11 psicólogos de vários centros de saúde do país.

Aos utentes foi pedido que reflectissem sobre os motivos que os levaram a procurar ajuda psicológica nos centros de saúde, as mudanças percepcionadas que atribuíam à intervenção recebida, um momento do processo psicoterapêutico que tivesse sido especialmente importante, a relação com o terapeuta, a relação entre o processo terapêutico e a sua saúde física e as vivências do terminar do processo.

Esta comunicação apresenta os resultados relativos apenas aos utentes que realizaram psicoterapia psicanalítica (n=13) sobre os motivos de procura de ajuda psicológica, as mudanças percepcionadas e os factores que, segundo eles, terão contribuído para essas mudanças.

Metodologia

Reportamo-nos a um estudo exploratório com um desenho observacional descritivo transversal. A amostragem é não probabilística e de conveniência, tendo a recolha da amostra sido realizada entre Janeiro e Agosto de 2011 em todo o país (Norte, Centro e Sul).

Quanto ao procedimento, foram realizadas 10 reuniões com as equipas de psicologia dos centros de saúde, nas quais foi pedido aos psicólogos que contactassem com os seus utentes para averiguar o seu eventual interesse na participação no estudo no sentido de serem posteriormente contactados pela investigadora para marcação da entrevista.

Nesta reunião, também foram solicitados os e-mails dos psicólogos para posterior envio do questionário do terapeuta que permitiu a recolha dos dados sobre os terapeutas e dos dados dos pacientes que concordaram em participar no estudo.

Os utentes foram previamente informados que a entrevista seria gravada em formato áudio para efeitos de transcrição sendo o anonimato e a confidencialidade preservados, tendo estes assinado o consentimento informado em conformidade.

O guião da entrevista semi-estruturada utilizado foi retirado do trabalho de Oliveira et al. (2009/2010) sobre as vivências dos pacientes sobre o processo psicoterapêutico, tendo-se apenas acrescentado uma questão relativa à relação entre a saúde física e o processo psicoterapêutico.

Caracterização dos 13 utentes entrevistados

Os 13 utentes são maioritariamente do sexo feminino (12), sendo que apenas 1 era do sexo masculino. As suas idades situam-se entre os 20 e os 57 anos.

Estes utentes foram englobados no grupo dos utentes que realizaram psicoterapia psicanalítica a partir das informações recolhidas junto dos 4 psicólogos que os referenciaram como tendo recebido essa

intervenção, tendo-se em conta a frequência da mesma (semanal) e a formação do psicólogo (em psicoterapia psicanalítica ou psicanálise).

A duração do acompanhamento variou entre 6 meses a 3 anos, tendo 5 utentes já finalizado o processo e 8 mantendo-se em acompanhamento na altura da entrevista.

A análise da informação obtida através da realização de entrevistas semi-estruturadas fundamenta-se num modelo de análise do tipo qualitativo baseado no Método Fenomenológico Descritivo Psicológico de Giorgi (2009).

Resultados

Motivos de procura de ajuda psicológica nos Centros de Saúde

Da análise realizada, surgiram os seguintes constituintes da estrutura dos Motivos de Procura de Ajuda Psicológica:

Motivos de natureza objectiva, interna - sintomas psicológicos.

Motivos de natureza objectiva, interna - sintomas somáticos (optámos por englobar aqui a condição de saúde do próprio);

Motivos de natureza objectiva externa - quando o sujeito atribui a sua vinda à consulta por indicação de terceiros;

Motivos de natureza subjectiva e conflitual - conflitos internos (motivos relacionados com a insatisfação do sujeito com aspectos de si próprio, como os recursos mentais, os sentimentos, as memórias e a aceitação do próprio “Eu”);

Motivos de natureza subjectiva e conflitual - conflitos externos ou relacionais (sentimentos de insatisfação e/ou conflito com o outro e com a forma como se relaciona com este e/ou este consigo).

Todos os utentes que realizaram psicoterapia psicanalítica nos centros de saúde referiram motivos de natureza interna - sintomas psicológicos (sintomas depressivos, ansiedade e irritabilidade) e motivos de natureza subjectiva e conflitual - conflitos internos (insatisfação consigo próprio, memórias dolorosas, dificuldades no luto, desejos de um maior auto-conhecimento, sentimentos de culpabilidade e solidão) e motivos de natureza subjectiva e conflitual – conflitos externos ou relacionais como insatisfação com as relações familiares, insatisfação na relação com o companheiro, dificuldades na área laboral, dificuldades na relação com o outro em geral e doença de familiares.

As referências pelos profissionais de saúde foram referidas por 11 destes utentes e os motivos somáticos (perturbações do sono, alteração do ritmo cardíaco e cansaço físico) foram apontados apenas por 5 utentes.

De referir que, dentro do grupo destes utentes, assistimos, nalgumas situações, a uma evolução nos motivos de procura de ajuda, tendo os utentes referido outras temáticas que vão surgindo durante o processo e que remetem para os conflitos internos.

Estes motivos foram-se alterando ao longo do processo, no sentido de um maior auto-conhecimento, referindo os utentes por exemplo que: “Depois, quando recorri à ajuda psicológica, percebi que haviam muitas outras coisas na minha vida que não estavam resolvidas” ou “O que estamos a tratar ultimamente já é a minha personalidade (...) porque eu reagia de determinada forma com determinada pessoa (...) e não o facto que me levou lá”.

Experiências de Mudança

Nesta secção, apresentamos os dados referentes à questão sobre as mudanças percebidas que os utentes atribuíram à intervenção psicológica e à questão sobre como essas mudanças surgiram. Uma vez que a maior parte dos utentes ainda se encontrava em acompanhamento, e, dos que tinham terminado, a maior parte, tinha terminado há cerca de um mês, optámos por não apresentar os dados referentes à questão relativa ao que aconteceu a essas mudanças após o término da psicoterapia, que, apenas, foi colocada em situações pontuais.

Englobamos, também, nestes resultados as respostas dadas à questão sobre o impacto da psicoterapia na saúde física através das mudanças percebidas ao nível dos sintomas somáticos.

Mudanças percebidas

Da análise realizada, surgiram os seguintes constituintes da estrutura das Mudanças percebidas de acordo com a natureza das mudanças verbalizadas pelos sujeitos:

Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Situações Concretas da Vida do Sujeito;

Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Sintomas Psicológicos (alteração do tipo ou da frequência destes sintomas);

Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Sintomas Somáticos (alteração do tipo ou da frequência destes sintomas);

Mudanças no Plano Subjectivo e Conflitual - Conflitos Internos;

Mudanças no Plano Subjectivo e Conflitual - Conflitos com Objectos Externos.

Todos os utentes que realizaram psicoterapia psicanalítica (n=13) referiram mudanças nos sintomas psicológicos (diminuição ou supressão dos sintomas depressivos, menos ansiedade, maior alívio e menos angústia, irritabilidade menor, menos raiva), ao nível dos conflitos internos (aumento da auto-consciência de si e dos conflitos internos inerentes ao sofrimento psíquico, maior satisfação com os recursos internos: flexibilidade, capacidade para lidar com a angústia, para resolver problemas e para lidar com sentimentos negativos, aumento da capacidade reflexiva, maior confiança nas suas capacidades, melhorias na auto-estima, melhorias na auto-aceitação, sentimentos de um novo “Eu”, menor culpabilização) e dos conflitos com objectos externos (melhorias na relação com os outros em geral, melhorias na relação com familiares, melhorias na relação com o companheiro, cuidar mais de si na relação com o outro).

Sublinha-se que todos os utentes que se referiram a mudanças ao nível dos conflitos externos ou relacionais, também referiram mudanças ao nível dos conflitos internos, chegando mesmo a associar os dois tipos de mudanças: “Percebi o que estava por trás dos atritos com os meus pais e comecei a sentir-me mais compreensiva com os outros e a ver o que eu poderia fazer para melhorar a minha relação com eles.” ou “Comecei a falar sobre outras coisas que estavam por baixo disto tudo(. ..) ajudou-me a ultrapassar tudo isto e depois reflectiu-se no bem estar da minha família e da minha vida profissional”

As mudanças nos sintomas somáticos foram referidas por 6 utentes (conseguiram alimentar-se melhor e até emagrecer, tiveram menos dores de cabeça, sentiram-se menos cansados fisicamente ou muito melhor fisicamente, não concretizando esta melhoria) e aquelas ao nível das situações concretas de vida (voltar a estudar ou investir mais nos estudos, tirar a carta ou conseguir conduzir sozinho, praticar

desporto, conseguir sair de casa, fazer compras sozinho, ir de férias, passear ou ir à praia) por 5 utentes.

O que contribuiu para a mudança percebida:

Da análise realizada, surgiram os seguintes constituintes da estrutura sobre a forma como as mudanças ocorreram:

Aspectos relativos aos utentes (envolvimento);

Aspectos da relação terapêutica (confiança, aceitação, compreensão, etc);

Aspectos relativos à capacidade reflexiva;

Técnicas específicas utilizadas durante a psicoterapia.

Todos os utentes que realizaram psicoterapia psicanalítica referem contributos para a mudança que advêm da aliança terapêutica, e de uma reflexão sobre si próprios que os levou a descobrir conexões e a descobrir aspectos internos, tornando-se a terapia, muitas vezes, uma forma de chegar à raiz dos problemas. Outro contributo parece ser uma alteração na forma de pensar, em que o paciente olha para si e para os outros com uma nova perspectiva para a qual contribuem as intervenções do terapeuta e aquilo que o utente retira delas.

Discussão

Neste trabalho procurámos compreender a experiência dos utentes dos cuidados primários relativa à procura de acompanhamento psicoterapêutico, e às mudanças decorrentes deste processo.

Apesar de se tratar de um contexto de saúde, a maior parte dos utentes deste estudo procura os serviços de psicologia devido a motivos psicológicos não decorrentes do seu estado de saúde física,

quer por iniciativa própria, quer por encaminhamento, sobretudo, de profissionais de saúde.

Estes motivos são de natureza interna (sintomas psicológicos), de natureza subjectiva e conflitual: conflitos internos e conflitos externos ou relacionais e, em muito menor grau, devido a sintomas somáticos, o que remete para a valorização de uma abordagem psicoterapêutica que vá para além de um aconselhamento em saúde.

Os resultados também sugerem que nos utentes que realizaram psicoterapia psicanalítica existe uma evolução nos motivos de procura de ajuda, no sentido de uma maior consciência dos conflitos internos, parecendo existir uma tendência para que os utentes ao longo do processo se focalizem mais no seu mundo interno. De facto, existem referências ao surgimento de novos temas no decorrer do acompanhamento que levam os utentes a re-enquadrar os seus objectivos iniciais.

Estas alterações, segundo Aragão Oliveira et al. (2009/2010) devem ser consequências do processo de mudança promovido pela terapia, podendo ser um dos critérios de eficácia a própria mudança dos motivos para realizar a terapia.

Tais transformações, também, foram sublinhadas nas respostas relacionadas com as mudanças nos conflitos internos que apontam para uma maior auto-consciência de si e dos conflitos inerentes ao sofrimento psíquico e para um aumento dos recursos internos para lidar com esse sofrimento, associado a uma maior capacidade reflexiva.

A focalização nos aspectos internos, também, aparece sublinhada nas teorias dos utentes sobre como as mudanças se operaram.

Para estes, as mudanças ocorreram no contexto de uma forte relação terapêutica, condição absolutamente necessária para que o processo existisse.

Os utentes experienciaram a relação terapêutica como segura e sentiram que podiam confiar no terapeuta para além do seu nível habitual de confiança nos outros. Este sentimento de segurança tornou possível lidar com assuntos difíceis e tomar riscos emocionais, aspectos difíceis, mas necessários para o processo. Para este sentimento de segurança contribuiu a percepção de um genuíno cuidado, respeito, e envolvimento da parte do terapeuta.

Esta experiência de uma relação terapêutica segura permitiu um aumento da consciência, e novos insights, uma vez que parte do problema inerente com a falta de consciência tem a ver com o sentir-se ameaçado ou em sofrimento (Giorgi, 2011).

Assim, as mudanças ocorreram, segundo os utentes, através de uma reflexão sobre si próprios que os levou a descobrir conexões e a descobrir aspectos internos, tornando-se a terapia, muitas vezes, uma forma de chegar à raiz dos problemas.

Associado a este aumento do auto-conhecimento parece estar uma alteração na forma de pensar, em que o paciente olha para si e para os outros com uma nova perspectiva para a qual contribuem as intervenções do terapeuta e aquilo que o utente retira delas.

Esta nova perspectiva, que advém da alteração de pressupostos, também se enquadra numa relação de segurança e emocionalmente carregada, uma vez que estes também são mantidos por razões de segurança e por motivações emocionais (Giorgi, 2011).

Esta nova forma de pensar mobiliza o cliente para mais mudanças e outros comportamentos mais satisfatórios e construtivos (as

mudanças ao nível dos conflitos externos e relacionais aparecem associadas às mudanças internas) e está associada às intervenções do psicólogo (interpretações, re-enquadramentos, etc) e ao envolvimento do utente, o que o inclui como parte activa do processo.

Parece assim, ter-se operado um aumento significativo dos recursos internos, encontrando os utentes satisfação na sua consciencialização, visível na forma como se expressam.

Assim, uma importante consequência de estar em terapia nos cuidados primários foi que esta aumentou a capacidade dos utentes se pensarem, dentro e fora das consultas, ou seja, nalgumas situações, iniciou-se um processo de auto-reflexão autónomo, destacando-se a intenção dos utentes em continuarem o trabalho psicoterapêutico por si mesmos, o que reflecte a internalização da função terapêutica.

Estas mudanças percebidas e, sobretudo, valorizadas pelos utentes, que olham para a intervenção psicoterapêutica nos centros de saúde como um espaço de mudança, de compreensão e de sentimentos de conforto, podem levar-nos a reflectir na importância de uma intervenção psicoterapêutica focalizada nos conflitos internos neste contexto.

Referências

- Aragão Oliveira, R., Senra, H., Dias, C. A., Oliveira, C., Nunes, C., Loureiro, L. & Oliveira, S. (2009/2010) Vivências do processo psicoterapêutico em psicanálise e psicoterapia psicanalítica. Lisboa: CliniPinel. Trabalho não editado.
- Beutel, M.E., Rasting, M., Stuhr, U., Ruger, B. & Leuzinger-Bohleber, M. (2004). Assessing the impact of psychoanalyses and long-term psychoanalytic therapies on health care utilization and costs. *Psychotherapy Research* 12 (2), 146-160.

- Coimbra, D. & Brígido, M.(2012). Desafiando a promoção da saúde mental nos cuidados de saúde primários. In J. Ribeiro; I. Leal; A. Pereira; P. Vagos& I. Direito (Ed) Actas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promoção da Saúde e doenças crónicas desafios à promoção da Saúde (pp. 84-87). Lisboa: Placebo, Editora, Lda.
- Giorgi, B. (2011). A phenomenological analysis of the experience of pivotal moments in therapy as defined by clients. *Journal of Phenomenological Psychology* (42), 61–106.
- Goldie, L.(1985). Psycho-analysis in the national health service general hospital. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 1B, 23-34.
- Lambert, P.(2007). Client perspectives on counselling: Before, during and after. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2),106-113.
- Kraft, S., Puschner, B., Lambert, M.J., & Kordy, H. (2006). Medical utilization and treatment outcome in mid-and long term outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Rresearch*, 16(2), 241-249.
- Manthei, R.J. (2007). Clients talk about their experience of the process of counseling. *Couselling Psychology Quartely*, 20(1), 1-26.
- Orlinsky, D. E.; Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch Einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.).*Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª Ed., pp. 270-376). NewYork: Jonh Wiley & Sons.
- Ribeiro de Sousa, Z.C. (2006). *Psicoterapia, narrativa e mudança: Histórias sobre o processo terapêutico*. Braga:Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Richardson, P.H. & Hobson, P. (2000). In defence of NHS psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 14,63-74.
- Ricou, M., Correia, S., Canário, C. & Duarte, I.(2012, Abril). A psicologia nos cuidados de saúde primários: um estudo de custo-efectividade. Comunicação apresentada no 1º Congresso Nacional da Ordem dos Psicólogos Portugueses: Afirmar os Psicólogos, Lisboa.
- Sandell, R., Lazar, A. & Grant, J. (2006). Do psychoanalytic treatments have positive effects on health and health care utilization? Further findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis project (STOPPP). *Psychotherapy Research*, 16(1), 51-66.
- Sandell, R., Nilsson, T., Svensson, M. & Clinton, D.(2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and

psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553-566.

Sousa, D.(2006). Investigação em psicoterapia. Contexto, questões e controvérsias: Possíveis contributos da perspectiva fenomenológica existencial. *Análise psicológica*, 24 (3), 373-382.

Wood, H.(2010). Integrating research with NHS clinical practice: Unwelcome intrusion or constructive triangulation? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(3), 252-261.

LÚPUS: DA CLÍNICA À INVESTIGAÇÃO

Filipe Barbosa

A investigação e a prática clínica, frequentemente, são encaradas como dois caminhos distintos e, muitas vezes, opostos. Parece existir uma clivagem entre estas duas formas de gerar e transmitir conhecimento, funcionando separada uma da outra, com percursos diferentes, com posturas diversas, mas com os mesmos objectivos, nomeadamente, ajudar as pessoas.

O posicionamento epistemológico de Freud (1926) considerava a psicanálise simultaneamente, como uma teoria, uma investigação e como intervenção terapêutica. A prática clínica é vista assim, como uma actividade terapêutica e simultaneamente como uma investigação científica. Segundo o autor, a clínica propiciava descobertas que não se restringiam aquele determinado paciente, mas podiam ser integradas a uma teoria geral da psique, de seu funcionamento e dos seus transtornos.

Green e Stern (2000) afirmam também que os resultados da investigação parecem escassos em comparação com a riqueza da experiência clínica. No entanto, na investigação empírica as principais funções incluem colocar as convicções, que podem ter base na riqueza da experiência clínica, sugerindo orientações e princípios gerais.

Será que estes dois caminhos são opostos? Que pontos existem em comum? Como poderemos aproximar investigação e prática clínica?

Neste artigo pretende-se apresentar os resultados de um projecto de investigação, conjuntamente com as vivências da prática clínica,

procurando realçar a importância das duas abordagens, sublinhando a relevância da conjugação entre duas áreas complementares no apoio psicológico a doentes com LE (lúpus eritematoso).

Lúpus

O LE é uma doença auto-imune, inflamatória e crónica, caracterizado por exacerbações e remissões imprevisíveis com variadas manifestações e quadros clínicos, envolvendo diversos órgãos e sistemas (Stoll et al., 2001; Boomsma et al., 2002), com uma sintomatologia complexa, exigindo uma avaliação cuidadosa e sistemática para determinar a extensão e gravidade da doença (Nieto Rey, 1991)).

Os factores que determinam a agudização e descompensação da doença continuam por explicar, mas admite-se a sua multifactorialidade com envolvimento e interacção de factores genéticos, imunológicos, ambientais, hormonais, virais, entre outros (Parke e Rothfield, 1988) conduzindo a diferentes resultados clínicos (Fava e Sonino, 2005).

A literatura tem focado essencialmente, a relevância de factores psiquiátricos nos doentes com LE, nomeadamente, a depressão ou as perturbações neuropsiquiátricas (Stoll et al., 2001; Nery et al., 2007). A co morbilidade psiquiátrica pode assumir várias determinações: a) uma perturbação psiquiátrica preexistente e primária; b) uma reacção a uma doença crónica; c) efeitos da terapêutica administrada; d) e uma manifestação directa do LES no sistema nervoso central (Dickens et al., 2005; Nery et al., 2007).

Os estudos actuais acentuam o papel destas dimensões, potenciando os aspectos biológicos, fisiológicos e comportamentais,

negligenciando os aspectos vivenciais e psicológicos. Assim, achamos importante aprofundar o conhecimento de uma outra perspectiva adicional sobre os doentes com LE, procurando perceber que factores psicológicos, emocionais e vivenciais são mais evidentes, bem como procurar entender quem são as pessoas com esta doença.

Partimos de uma perspectiva alargada sobre as pessoas, tendo em consideração: os aspectos biológicos e constitucionais, aspectos pessoais e emocionais, a dimensão relacional e familiar, o contexto social e laboral, a dimensão espiritual, a doença e como pode interferir em todas estas dimensões (Barbosa, 2006).

Se a investigação nos pode dar uma perspectiva global, apontando para orientações e directrizes gerais, a prática clínica, quer pelo apoio psicológico continuado a doentes internados, quer através da psicoterapia de longa duração, permite um aprofundar sobre a vida e mente destas pessoas. Ambas procuram conhecimentos válidos e verdadeiros, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista (Lakatos, 2003).

Apesar de relevantes (Iverson e McCracken, 1992) os factores psicológicos nos doentes com LES têm sido pouco estudados: auto-estima, suporte social, vinculação, personalidade e ocorrência de acontecimentos de vida relevantes (Dobkin et al., 1998).

Observações clínicas apontam para a associação entre o stress, a actividade da doença e a percepção de dor (Affleck et al., 1994; Hogeweg et al., 1995).

Alguns estudos, usando instrumentos estandardizados de avaliação de acontecimentos de vida, indicam que o stress psicológico precede a descompensação e a recaída de sintomas das doenças auto-imunes, como a esclerose múltipla (Grant et al., 1989).

Devido à imprevisibilidade da manifestação dos sintomas e, por vezes, às opções limitadas de tratamento, os doentes com LE deparam-se com exigências de adaptação rigorosas e indutoras de stress. É frequente a sugestão pelos doentes que alguns acontecimentos de vida indutores de stress foram factores precipitantes ou contribuíram para a sua doença (Blumenfield, 1978).

Do contacto clínico regular com estes doentes, deparamo-nos com alguns subgrupos de doentes, particularmente: 1- doentes com estrutura depressiva, e, frequentemente, com depressões associadas; 2- doentes com características alexitimicas, existindo essencialmente, uma marcada dificuldade em identificar, discriminar e expressar os sentimentos; 3- doentes com personalidade dependente, evidenciando um estilo de vinculação ansiosa; 4- doentes com uma elevada incidência de acontecimentos de vida violentos e invasivos que afectam o curso da sua vida e funcionamento mental.

A depressão tem sido descrita por vários autores no LE (Stoll et al., 2001; Nery et al., 2007). Por outro lado, a literatura é escassa relativamente à alexitimia ou vinculação. Relativamente a estudos com acontecimentos de vida, Kozora et al. (2005) têm sublinhado o papel no LE.

O objectivo deste estudo é estudar os factores psicológicos nos doentes com LE, com base nos quatro subgrupos evidenciados na prática clínica.

Método

Amostra

Os doentes de LE (n = 53) foram sequencialmente estudados na Consulta de Doenças Auto imunes do Hospital de Santa Maria (Serviço de Medicina Interna 2).

Excluíram-se os doentes com LE que tinham: patologia psiquiátrica actual ou passada, comprometimento cognitivo, ou incapacidade para preencher os questionários.

Foi recolhido um grupo de controlo (n = 31), constituído por indivíduos saudáveis na população portuguesa. O grupo de controlo foi seleccionado por emparelhamento de sexo, idade e classe social. Apresentando os seguintes critérios de exclusão: 1) patologia orgânica actual, 2) doença crónica, 3) doença incapacitante a nível físico e 4) patologia psiquiátrica actual ou passada.

Procedimento

Num primeiro passo, o estudo foi submetido à comissão de Ética do Hospital de Santa Maria, tendo sido aceite.

Após o preenchimento do consentimento informado, aceitando colaborar no estudo, os indivíduos pertencentes aos dois grupos, completaram um questionário de dados sócio-demográficos (idade, sexo, raça, estado civil, situação laboral actual, residência e nível de escolaridade), e participaram numa entrevista clínica com o objectivo de recolher informação clínica referente à história psiquiátrica passada e recente, bem como à condição médica e completaram depois questionários de auto preenchimento, relativos ao conjunto de variáveis psicológicas, variáveis psicopatológicas e dimensões da qualidade de vida.

No mesmo momento os doentes eram avaliados clinicamente por um médico de medicina interna. Os participantes do estudo foram diagnosticados pelos médicos do referido serviço, consoante critérios internacionalmente adoptados, e foram avaliados clinicamente recorrendo ao tempo de evolução da doença, à terapêutica administrada, aos critérios de actividade de doença (índices BILAG e

SLEDAI), e ao score damage relativo a lesões irreversíveis não relacionadas com a actividade (SLICC/ACR Damage Index).

Avaliação Clínica

Utilizou-se o método “Systemic Lúpus Erythematosus Disease Activity Index” (S.L.E.D.A.I.) para a avaliação do índice de actividade da doença, sendo este método validado e um dos mais utilizados na prática clínica (Gladman, 1994). Neste contexto, é registada qualquer manifestação visada nos referidos parâmetros desde que presente nos 10 dias anteriores, independentemente do seu grau de severidade ou da evolução relativamente a estadios de doença anteriores.

O Índice de Avaliação SLICC, pretende avaliar o compromisso orgânico irreversível em doentes lúpicos, definido como dano persistente continuamente por pelo menos seis meses. Instrumentos

Escala de Vinculação do Adulto (EVA) para avaliar as relações de vinculação do adulto optou-se pelo Adult Attachment Scale (1987). A escala foi construída com o objectivo de desenvolver o instrumento de três itens de Hazan e Shaver e concebida para identificar os três padrões de vinculação mencionados teoricamente: seguro, evitante e ansioso. A escala é composta por 18 itens tipo Likert. A escala foi traduzida e validada para a população portuguesa por Canavarro et al. (2006).

Utilizou-se o Toronto Alexythymia Scale (TAS-20) para a determinação e avaliação de características alexitímicas. Desenvolvida por Taylor e Doody (1985), é um questionário de auto-avaliação formado por 20 itens tipo Likert. A TAS-20 foi adaptada, validada e aferida para a população portuguesa (Veríssimo, 2001).

Para determinar as características da personalidade utilizou-se o NEO-FFI, que é uma versão reduzida do NEO-PI. Este teste,

desenvolvido por Costa e McCrae (1992), é constituído por 60 perguntas, tipo Likert. O NEO-FFI é uma medida concisa das cinco grandes dimensões da personalidade, neuroticismo, extroversão, abertura, agradabilidade e conscienciosidade. Barros (1998), adaptou para português a versão reduzida do NEO-PI-R: o NEO-FFI.

Para avaliar sintomas psicopatológicos utilizou-se o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI, Derogatis, 1977), uma versão reduzida do SCL-90-R. É um inventário de auto-resposta com 53 itens. Existem nove dimensões de sintomatologia avaliadas: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideacção paranóide e psicoticismo e três Índices Globais.

Os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que esta apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas.

Análise Estatística

Considerando a distribuição normal dos dados (Kolmogorov-Smirnof test), utilizou-se metodologia paramétrica. Para além da análise descritiva dos dados, foram utilizadas análises bivariadas com os testes de qui quadrado, na comparação de frequências entre

Foram efectuados estudos de correlação com a totalidade da amostra e estudos de correlação parcial para os grupos. Usou-se o produto-momento de Pearson para as variáveis cardinais sempre que se encontraram reunidos os pressupostos da distribuição básica.

O tratamento e análise de dados foram efectuados através do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17, tendo-se adoptado o intervalo de confiança de 95 % (<.05), como estatisticamente significativo.

Resultados

Dados Sociodemográficos

A comparação entre os grupos de Controlo e o LE permite constatar a homogeneidade das variáveis demográficas: idade [$F(2,115) = .084$; n.s.]; sexo [$\chi^2(1) = .037$; $p = .848$], raça [$\chi^2(1) = .095$; $p = .758$], estado civil [$\chi^2(4) = 2.606$; $p = .626$], situação laboral [$\chi^2(4) = 5.773$; $p = .217$] e residência actual [$\chi^2(1) = 1.356$; $p = .244$]. No que respeita à variável habilitações literárias, o grupo de controlo apresenta uma percentagem significativa mais elevada de indivíduos com curso superior [$\chi^2(2) = 8,994$; $p = .011$].

Avaliação Clínica

Caracterizou-se a amostra de LE em termos de tempo de doença (média= 9.43, d.p.= 9.1), actividade da doença (média= 2.28, s.d.= 4.83) e lesões irreversíveis (média= 0.45, s.d.= 1.04).

No presente estudo, a amostra considerada apresentava baixo nível de compromisso de acordo com esta abordagem (SLICC), com um score máximo de 6 pontos evidenciado num só doente (1,6% da amostra), sendo que 76.2 % dos doentes apresentaram um score de 0. Ainda neste contexto, apenas 4 doentes (6.3% da amostra) revelaram ligeiro envolvimento neuropsiquiátrico.

Relativamente ao índice de actividade da doença (SLEDAI), a amostra mostrou um baixo índice de actividade lúpica, com um score máximo de 20 registado num só doente (1.6% da amostra), a grande maioria dos doentes apresentavam um score de 0 (69.8%). Considerando dois parâmetros de especial relevância, não foi descrita psicose ou síndrome orgânica cerebral em qualquer dos doentes observados.

Variáveis Psicológicas

Observaram-se diferenças significativas entre os dois grupos em todas as escalas do BSI, entre elas: somatização ($t= 5.200, p < .0001$), obsessivo-compulsivo ($t= 3.514, p < .001$), sensibilidade interpessoal ($t= 2.868, p < .005$), depressão ($t= 6.295, p < .000$), ansiedade ($t= 5.315, p < .0001$), ideação paranóide ($t= 2.268, p < .026$), psicoticismo ($t= 2.543, p < .013$) e GSI ($t= 4.368, p < .0001$), verificando-se uma elevada incidência de sintomas psicopatológicos no grupo de LE. Relativamente aos sintomas depressivos observou-se uma elevada prevalência (> 1.7), 45.3 % nos doentes com LE.

O grupo de doentes com LE apresenta uma elevada ocorrência de características alexitimicas (> 61), 50.9%, 20.8 % tinham características moderadas (52-60) e 28.3 % não exibiam características alexitimicas. Comparando com o grupo de controlo, os doentes com LE apresentavam valores mais elevados no TAS-20 ($t = 6.360, p < .0001$).

Os doentes pertencentes ao grupo de LE, por comparação com os do grupo de pessoas saudáveis, apresentam índices mais elevados de vinculação insegura, nomeadamente ansiosa ($t= 2.890, p < .005$) e evitante ($t= 3.540, p < .001$), sendo as diferenças entre os grupos mais notórias para a vinculação segura ($t= - 4.014, p < .0001$).

Relativamente às dimensões da personalidade, os doentes com LE, apresentaram resultados mais elevados: neuroticismo ($t= 4.323, p < .0001$), e mais baixos: extroversão ($t= - 3.572, p < .001$) e abertura ($t= - 3.483, p < .001$) do que o grupo de controlo.

Correlações entre as variáveis psicológicas

No nosso estudo observámos correlações estatisticamente significativas entre sintomas depressivos e: alexitimia ($r= .463, p < .0001$), estilo de vinculação ansioso ($r= .572, p < .001$), estilo de

vinculação evitante ($r = .423$, $p < .001$), neuroticismo ($r = .663$, $p < .001$), extroversão ($r = -.407$, $p < .001$) e abertura ($r = -.288$, $p < .005$).

Relativamente à alexitimia, encontramos associações significativas, além da acima descrita, com neuroticismo ($r = 0.499$, $P < .001$), extroversão ($r = -0.364$, $P < 0.05$) e abertura ($r = -0.443$, $P < 0.001$). Não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa com os estilos de vinculação inseguro ou seguro.

Não se observaram quaisquer associações significativas entre as variáveis clínicas (tempo de evolução, SLICC e SLEDAI) e os sintomas depressivos, alexitimia, estilos de vinculação ou dimensões da personalidade.

Discussão

Os resultados do nosso estudo salientam o papel dos sintomas depressivos e de alguns factores psicológicos, nomeadamente alexitimia, estilo de vinculação ansioso e características de personalidade, como o neuroticismo no LE. Estes resultados são coerentes com a prática clínica com estes doentes, em que se observam diferentes subgrupos acima descritos.

O subgrupo com maior expressão são os doentes com LE com sintomas depressivos. Uma primeira hipótese seria a associação com as variáveis clínicas, constituindo-se os sintomas depressivos uma reacção ao LE, à invasão da doença e seu tratamento, mas não se encontram correlações significativas, e a nossa amostra evidencia um baixo nível de actividade lúpica. Este resultado abre espaço para novas hipóteses, relacionadas com o funcionamento mental prévio de cada doente, será que a estrutura depressiva não era pré-existente?

No contacto mais próximo com os doentes deste subgrupo, pode-se constatar algumas características gerais, apesar de existir sempre diferenças individuais, nomeadamente, baixa auto-estima, culpabilização, dificuldade em lidar com a agressividade (direccionada para si), idealização da figura materna, superego rígido e conformismo. Estas características apontam para uma estrutura depressiva, que já estaria formada e que determinaria o funcionamento mental. Estes dados são confirmados pelo facto de alguns dos doentes observados já terem tido seguimentos psiquiátricos passados, com medicação psicofarmacológica, antes do diagnóstico da doença.

Estes doentes evidenciam o automatismo de um funcionamento mental observado em doentes depressivos sem patologia médica, que frequentemente são tratados com psicoterapias (Kerneberg, 2000; Knekt et al., 2008). Em que o LE se constituía como um incidente exterior que poderia agravar os sintomas depressivos.

Outra hipótese seria a elevada incidência de acontecimentos de vida recentes que potenciasssem sintomas depressivos. Numa primeira análise superficial aos doentes seguidos em psicoterapia, essa hipótese não se confirma, uma vez que a grande maioria destes doentes apresentam uma vida estável e sem grandes alterações externas relevantes. No entanto, seria necessário confirmar estes resultados num estudo semelhante ao de Kozora et al., (2005), de forma a termos dados mais objectivos.

O segundo subgrupo seria constituído pelos doentes com características alexitimicas, que apresentariam dificuldades em identificar, discriminar e expressar as emoções e afectos (Taylor et al., 1997), coerente com os dados do nosso estudo, em que se destaca uma elevada prevalência da alexitimia em muitos doentes com LE.

Tem sido descrita uma elevada prevalência de alexitimia em algumas doenças médicas, como, colite ulcerosa (Boye et al., 2008), fibromialgia (Neyal Muftuoglu et al., 2004) e doenças cardiovasculares (Peters e Lumley, 2007), mas são escassas as referências da associação entre alexitimia e LE apesar de, na clínica, serem evidentes estes traços em grande número de doentes.

É difícil esclarecer o papel que desempenham na génese, evolução e adaptação ao LE. Alguns autores defendem que a alexitimia pode ser um factor de vulnerabilidade possível para doenças médicas ou psiquiátricas (Luminet et al., 2007), podendo influenciar a doença através de quatro vias: fisiológica, comportamental, emocional e social (Lumley et al., 1996).

A nível clínico, o contacto com estes doentes com características aleximiticas é um desafio, uma vez que existe um foco exclusivo no somático e nos sintomas clínicos, e uma negação dos factores psicológicos. São doentes muito resistentes às psicoterapias, mas durante o processo existe uma redução significativa dos sintomas clínicos, recorrendo menos aos médicos e a exames complementares.

O que é mais evidente nestes doentes são as dificuldades em identificar e discriminar as emoções na vida real e na relação terapêutica. Existe uma distância marcada dos afectos, e um desconhecimento do seu papel no funcionamento mental. O significado das emoções e afectos é vazio e sem sentido, potenciando tendência ao conformismo, dificuldade em mudar (porque está tudo bem), dificuldade em sonhar e em fantasiar, dificuldade em desejar, limitando a sua existência como pessoa (Matos, 1999; McDougall, 1982; Marty, 1993; Sami-Ali, 2001).

Segundo Lipsitt (1999) as emoções preparam o corpo para a reacção de “fuga” ou “luta” em situações de emergência, de tal forma que,

perante situações que evocassem emoções como “medo” e “raiva”, desencadear-se-iam mudanças fisiológicas importantes no corpo. Devido às dificuldades descritas acima, os doentes apresentavam bloqueios parciais que os determinam a um sofrimento somático imutável.

O subgrupo dos doentes com características de personalidade dependente, em que o estilo de vinculação ansioso é uma das características predominantes, necessitando o contacto muito próximo com os outros, nomeadamente requerendo muita atenção dos médicos e familiares.

Existem evidências de uma série de estudos que relatam uma associação entre vinculação insegura e doença física (Maunder e Hunter, 2001; Ciechanowski et al., 2002). O LE, sendo uma doença crónica que pode atingir vários órgãos, com surtos de agudização e fases de remissão, constitui-se numa real ameaça à integridade física, podendo mesmo tornar-se fatal (Stoll et al., 2001; Boomsma et al., 2002). A relação entre vinculação e doença é bidireccional, os episódios relacionados com a doença podem levar à activação do sistema de vinculação, uma vez que podem representar perda, ameaça, isolamento e dependência (Maunder e Hunter, 2001). Schmidt et al. (2002), reforçam que o stress, induzido pela doença, pode influenciar a categorização da vinculação. Perante a situação de doença e ameaça surge a necessidade de proximidade, conforto e suporte das figuras de vinculação, para salvaguardar o bem-estar e segurança. Geralmente, procuram este apoio e protecção nos profissionais de saúde, constituindo-se estes como figuras de vinculação (Ciechanowski et al., 2002).

Sendo o LE uma doença muito instável a nível clínico, com expectativa incerta sob a natureza, tempo e localização da crise

(Dickens et al., 2005), e com expectativa de envolvimento de órgãos vitais, influenciando o funcionamento físico e psicológico (Ward et al., 2002; Dickens et al., 2005). O doente com LE ao confrontar-se com uma ameaça arbitrária e mantida, em que não existem, por parte dos médicos, certezas apenas probabilidades, é natural que nele se instale um estado de tensão elevada.

Deste modo, o doente fica, habitualmente, sobre o “comando” de um objecto (doença) que não tranquiliza, nem as contém, pelo contrário vulnerabiliza para a emergência de uma instabilidade e ambivalência, com os seus correlatos de sofrimento psicológico (angústia e depressão), nem sempre compreendidos pelos outros, conduzindo, muitas vezes, a formas de tendencial isolamento social (Dickens et al., 2005). A necessidade de algo tranquilizante e contentor, seja uma relação médico doente estável, ou uma melhoria e controlo sintomático estável e firme, parece ser essencial para estes doentes.

Por outro lado, a existência de um estilo de vinculação inseguro evidenciada, cria um terreno de instabilidade e imprevisibilidade com sensação de perda de controlo, bem como uma perda da capacidade para planear o futuro (Dickens et al., 2005). A maior prevalência de estilo de vinculação inseguro ansioso traduz a importância de uma figura de vinculação estável, uma vez que acreditam pouco na sua maneira de gerir as situações, procurando muito o apoio dos outros, para a tranquilização (Hunter e Maunter, 2001), por isso, são, muitas vezes, descritos como dependentes e ansiosos.

Conclusão

Em conclusão, a especificidade da doença parece ser o factor explicativo para estes resultados e não o facto de esta doença ser

crónica. O LE apresenta características particulares que afectam os indivíduos de uma forma determinante.

Os nossos resultados apontam, também, para a necessidade de estabilidade numa relação profissional de saúde-doente e um eventual trabalho psicológico especializado sobre factores de personalidade (neuroticismo, características alexitimicas), bem como sobre os sintomas depressivos.

Este estudo destaca a necessidade de uma estruturação de intervenções específicas e individuais respeitando as necessidades e características de cada doente, de forma a poder aliviar o sofrimento psicológico, potenciar o funcionamento mental e o bem-estar.

Os dados da investigação realizada, bem como o dia-a-dia com estes doentes ajudam à procura de uma apoio psicológico mais eficaz, próximo e adequado a cada pessoa e doente com LE, sensibilizando o meio médico, a comunidade científica e a sociedade em geral para esta realidade.

Referências

- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgins, P. (1994). Person and contextual features of daily stress reactivity: Individual differences in relations of undesirable daily events with mood disturbances and chronic pain intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 329–340.
- Barros, A.M. (1998). Os valores e o modelo dos cinco factores da personalidade: aplicação de dois instrumentos de medida a uma amostra de adultos trabalhadores. Tese de Mestrado em Psicologia. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Blumenfield, M. (1978). Psychological aspects of systemic lupus erythematosus. *Primary Care*, 5: 159–171.
- Boomsma, M., Bijl, M., Stegeman, C., Kallenberg, C., Hoffman, G., & Tervaert, J. (2002). Patients' perceptions of the effects of systemic lupus erythematosus on health, function, income, and interpersonal

relationships: a comparison with Wegener's granulomatosis. *Arthritis & Rheumatism*, 47(2):196-201.

- Boye, B., Jahnsen, J., Mogleby, K., Legarder, S., Jantschek, G., Jantschek, I., Kunzendorf, S., Benninghoven, D., Wilhelmsen, I., Sharpe, I., Blomhoff, S., Malt, U.F., & Lundin, K.E. (2008). The INSPIRE study: are different personality traits related to disease-specific quality of life (IBDQ) in distressed patients with ulcerative colitis and Chron's Disease?. *Inflammatory Bowel Disease*, 14(5).
- Canavarro, M.C. (1999). *Relações afetivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M.C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: Uma Revisão Crítica a Propósito da Aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na População Portuguesa. *Psicologia*, 20 (1): 155-186.
- Ciechanowski, P.S., Walker, E.A., Katon, W.J., & Russ, J.E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). *NEO PI-R. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Dickens, C., Levenson, J., & Cohen, W. (2005). Rheumatology. In: Levenson, J. Editor. *Textbook of Psychosomatic Medicine*. London: American Psychiatric Publishing.
- Dobkin, P.L., Fortin, P.R., Joseph, L., Esdaile, J.M., Danoff, D.S., & Clarke, A.E. (1998). Psychosocial Contributors to Mental and Physical Health in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Care and Research*, 11 (1): 23-31.
- Fava, G.A., & Sonino, N. (2005). The clinical domains of psychosomatic medicine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66:849-58.
- Freud, S. (1926). A questão da análise leiga. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1976, 203-93.
- Gladman, D.D. (1994). Indicators of disease activity, prognosis and treatment of systemic lupus erythemathosus. *Current Opinion on Rheumatology*, 6:487-92.
- Grant, I., Brown, G. W., Harris, T., McDonald, W. I., Patterson, T., & Trimble, M. R. (1989). Severely threatening events and marked life difficulties preceding onset or exacerbation of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 52, 8-13.

- Green, A., & Stern, D.N. (2000). *Clinical and Observational Psychoanalytic Research: Roots of a Controversy*. London: Karnac Books.
- Hazan, C., & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3): 511-524.
- Hogeweg, J.A., Kuis, W., Oostendorp, R.A.B., & Helders, P.J.M. (1995). General and segmental reduced pain thresholds in juvenile chronic arthritis. *Pain*, 62: 11–17.
- Hunter, J.J., Maunder, R.G. (2001). Using attachment theory to understand illness behaviour. *General Hospital Psychiatry*, 23: 177-182.
- Iverson, G.L., & McCracken, L.M. (1992). Attributing psychopathology to systemic lupus erythematosus: some methodological considerations. *Annals of Rheumatic Disease*, 5:134-5.
- Kernberg, O.F. (2000). Mourning and melancholia: eighty years late. *Changing Ideas in a Changing World: the Revolution in Psychoanalysis. Essays in Honor of Arnold Cooper*, 95-102.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R., Haaramo, P., Järvikoski, A. (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity — A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107: 95–106.
- Kozora, E., Ellison, M.C., Waxmonsky, J.A., Wamboldt, F.S., & Patterson, T.L. (2005). Major life stress, coping styles, and social support in relation to psychological distress in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 14: 363-372.
- Lakatos, E.M., & Marconi, M.A. (2003). *Fundamentos da Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas.
- Leak, A.M., & Isenberg, D.A. (1989). Autoimmune rheumatic disorders in childhood – a comparison with adult – onset disease. *Quarterly Journal of Medicine*, 73 (270).
- Lipsitt, D. (1999). A century of psychosomatic medicine: successes and failures. In M. Dinis (ed.). *Reflexões sobre a Psicossomática*. Lisboa: Editora Mariana Dinis.
- Luminet, O., Rokbani, L., Oguz, D., & Jadoulle, V. (2007). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 62: 641-648.

- Lumley, M.A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41:505-18.
- Marty, P. (1993). *Psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Matos, A.C. (1999a). Ser único e ter rosto: o binómio resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (1), 11-21.
- Maunder, R.G., & Hunter, J.J. (2002). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contribution to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63: 556-587.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 81-90.
- Nery, F.G., Borba, E.F., Hatch, J.P., et al. (2007). Major depressive disorder and disease activity in systemic lupus erythematosus. *Comprehensive Psychiatry*, 48: 14–9.
- Neyal Muftuoglu, M., Herken, H., Demirci, H., Virit, O., & Neyal, A. (2004). Alexithymic features in migraine patients. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 254:182–186
- Nieto Rey, J.L. (1991). Lupus eritematoso sistémico en la edad pediátrica. *Revista Espanhola Reumatológica*, 18 (10).
- Parke, A., & Rothfield, N.F. (1988). Overt psychopathology in systemic lupus erythematosus. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 17.
- Peters, R.M., & Lumley, M.A. (2007). Relationship of alexithymia to cardiovascular disease risk factors among african americans. *Comprehensive Psychiatry*, 48: 34-41.
- Sami-Ali (2001). *Sonho e Psicossomática*. Lisboa: Dinalivro.
- Stoll, T., Kauer, Y., Buchi, S., Klaghofer, R., Sensky, T., & Villiger, P. (2001). Prediction of depression in systemic lupus erythematosus patients using SF-36 mental health scores. *Rheumatology*, 40:695-698.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997). Disorders of affect regulation. In *Alexithymia in medical and psychiatry illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G.J., & Doody, K. (1985). Verbal measures of alexithymia: what do they measure. *Psychotherapy Psychosomatics*, 43:32-37.
- Veríssimo, R. (2001). Versão portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens – I. *Acta Médica Portuguesa*, 14:529-536.

Ward, M.M., Marx, A.S., & Barry, N.N. (2002). Psychological distress and changes in the activity of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*, 41

OBESIDADE: FATORES DE PERTINÊNCIA NA INTERVENÇÃO PARA A PERDA DE PESO

Filipa Pimenta, Isabel Leal, e João Maroco

Apesar de influenciada por fatores genéticos, a obesidade está fortemente associada a fatores ambientais que fomentam o consumo de alimentos com elevado teor em gordura e açúcar (e disponibilizados em doses que excedem as necessidades fisiológicas das pessoas) e que encorajam uma vida sedentária (Wadden, Brownell, & Foster, 2002).

A economia do comportamento afirma que a tendência para a gratificação imediata, veiculada pelo prazer de comer, em prejuízo da valorização de benefícios a médio-longo prazo (e.g. fruição de um bom estado de saúde), assim como uma pobre percepção de autocontrolo e compromisso, explicam igualmente a elevada prevalência de obesidade (O'Donoghue & Rabin, 1999; Laibson, 1997).

A abordagem clínica à obesidade inclui diversos tratamentos, nomeadamente, comportamentais, cirúrgicos e medicamentosos (Wadden, Brownell, & Foster, 2002) que poderão ser aplicados de forma combinada e com apoio profissional multidisciplinar. Por exemplo, sabe-se que a eficácia de um tratamento farmacológico será potenciada se este for combinado com uma mudança estruturada ao nível do comportamento alimentar e do exercício físico (Jakicic et al., 2001). Verifica-se ainda que, quando a intervenção cirúrgica (concretamente, cirurgia bariátrica) é efetuada isoladamente, os indivíduos com obesidade sujeitos ao procedimento cirúrgico, em

comparação com congêneres que fizeram uma perda de peso sem recurso a cirurgia, apresentam níveis mais elevados de humor deprimido, uma menor capacidade de restrição alimentar, menor frequência de atividade física e um maior consumo de comida calórica (e.g. fast food) (Bond, Phelan, Leahey, Hill, & Wing, 2009). Desta forma, um tratamento concertado, abrangendo várias disciplinas do campo da saúde, parece ser a abordagem mais eficaz na área da obesidade (Turk et al., 2009).

As recomendações mais usuais fazem referência aos programas que combinam a prática de exercício físico, uma redução das calorias ingeridas (com enfoque na escolha de alimentos saudáveis) e o recurso a intervenções com eficácia demonstrada (por exemplo, comportamentais) (National Heart, Lung and Blood Institute, 1998; WHO, 2006).

As terapias cognitivas e/ou comportamentais (TCC) têm comprovado um grau de eficácia satisfatório na diminuição de peso, especialmente nas avaliações imediatamente após a implementação do tratamento (Cooper et al., 2010; Kalodner & DeLucia 1991; Mefferd, Nichols, Pakiz, & Rock, 2007; Munsh et al., 2007; Pimenta, Leal, Branco, & Maroco, 2009; Rossini et al., 2011). Adicionalmente, os benefícios da TCC no contexto da perda de peso podem não ser apenas para o indivíduo, alvo da intervenção: uma investigação revelou que existe uma correlação entre os resultados obtidos pelos participantes sujeitos ao tratamento psicológico e as mudanças verificadas no estilo de vida dos membros das suas famílias, nomeadamente no dos cônjuges (Rossini et al., 2011).

Todavia, outros autores afirmam que a TCC não é eficaz na manutenção do novo peso mais baixo, obtido após a intervenção. Cooper et al. (2010) demonstraram, num estudo que envolveu um

follow-up de três anos, que diversos tratamentos psicológicos falham na promoção da manutenção da perda de peso (após uma diminuição de peso bem-sucedida). Outros autores suportam igualmente que é possível uma perda de peso à volta dos 6 kg em pessoas com obesidade, recorrendo a TCC; porém, o reganho do peso foi verificado aos 12 meses (Lien et al., 2009), no período mais amplo de 5 anos (Wadden & Butryn, 2003) ou de 10 anos (Diabetes Prevention Program Research Group, 2009). Grilo, Masheb, Wilson, Gueorguieva e White (2011) sublinham que, apesar desta forma de tratamento ficar aquém do desejável em relação a uma perda de peso bem-sucedida, e como tal mantida, a TCC confirma-se eficaz no tratamento da perturbação de ingestão compulsiva.

Sabe-se igualmente que a estigmatização relacionada com o peso se associa à manifestação de perturbação de ingestão compulsiva, com níveis mais exacerbados de depressão, ansiedade, perturbação da imagem corporal e menor autoestima (Friedman, Ashmore, & Applegate, 2008). Um aumento do cortisol, no contexto de um aumento de stress, pode também despoletar o comportamento de ingestão de comida com elevado teor calórico (Dallman et al., 2004; Epel, Lapidus, McEwen, & Brownell, 2001).

Apesar da recuperação do peso perdido ser uma realidade no longo prazo, há benefícios que se podem conservar. Desta forma, uma TCC pode promover nos primeiros seis meses uma melhoria parcial ao nível da resistência à insulina, comumente observada em casos de obesidade. Esta melhoria é mantida doze meses após o tratamento, mesmo perante a recuperação do peso perdido; isto deve-se em parte ao decréscimo de gordura abdominal (que, apesar do aumento de peso, poderá não se alterar) (Lien et al., 2009). Foram igualmente observados benefícios noutra estudo, com uma intervenção de estilo de vida para promoção de perda de peso: no follow-up a dez anos, e

embora se tenha verificado um ganho do peso perdido durante os seis meses de intervenção, a incidência da diabetes manteve-se baixa neste grupo, em comparação com outros grupos (entre eles, placebo) (Diabetes Prevention Program Research Group, 2009).

A literatura documenta ainda que os programas comportamentais para a perda de peso disponíveis poderão não ir ao encontro das necessidades dos adultos jovens (ou seja, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos), dado estes irem a menos sessões, aderirem de forma mais pobre ao follow-up e apresentarem com menor frequência uma perda de peso bem-sucedida (ou seja, superior a 5% do peso inicial) (Gokey-LaRose et al., 2009). Além da idade, também os fatores socioeconómicos e culturais podem explicar a dificuldade observada em determinados grupos em manter níveis elevados de motivação empregue ao processo de perda de peso bem-sucedida (Befort et al., 2008).

Weber e Wyne (2006) sublinham que o incremento da motivação, a par da experimentação de estratégias de natureza variada para superar os obstáculos percebidos (nomeadamente relacionados com uma nutrição saudável e prática de exercício físico), são componentes-chave em qualquer intervenção cognitiva e/ou comportamental que tenha como meta a diminuição do peso corporal.

Dada a importância do incremento da motivação e gestão da ambivalência muitas vezes associada à mudança comportamental e adesão aos programas ou tratamentos propostos, o uso da entrevista motivacional pode exercer um efeito valioso na promoção da mudança comportamental no processo de diminuição do peso (Rubak, Sandbæk, Lauritzen, & Christensen, 2005). Por exemplo, a associação desta técnica a um programa de autoajuda comportamental proporcionou alterações ao nível de variáveis

relacionadas com a alimentação (nomeadamente, preocupação e controlo) (DiMarco, Klein, Clark, & Wilson, 2009).

Para além do trabalho com as variáveis associadas à nutrição, a literatura da especialidade sublinha que são necessárias intervenções que sejam facilitadoras do exercício físico, dado este ser um fator com grande importância na manutenção do sucesso (Jakicic, Marcus, Lang, & Janney, 2008).

A recomendação genérica alude a trinta minutos de atividade física com intensidade moderada, praticada na maior parte dos dias (Pate et al., 1995) ou 150 minutos por semana (Knowler et al., 2002). Contudo, começou a emergir nos últimos anos o consenso de que, para a promoção de uma perda de peso bem-sucedida, será necessário uma maior quantidade de exercício físico, que ultrapassa as recomendações documentadas anteriormente: a recomendação de trinta minutos de exercício moderado diário poderá ser assim suficiente para a diminuição do risco de desenvolvimento de doenças crónicas (por exemplo, doença cardiovascular ou diabetes), mas insuficiente para a promoção da perda de peso com subsequente manutenção a longo prazo do novo peso mais baixo (Saris et al., 2003). Assim, as diretrizes para uma perda de peso bem-sucedida rondam um mínimo de sete horas semanais de exercício físico moderado-vigoroso (Buse et al., 2007), ou 200-300 minutos (entre 3,3 e 5 horas) por semana (Jakicic et al., 2001) ou ainda entre 45 e 60 minutos de intensidade moderada por dia sendo, no caso das crianças, recomendado um nível superior de atividade física (Saris et al., 2003).

Jakicic, Marcus, Lang e Janney (2008) defendem que a combinação entre uma alimentação baixa em calorias (1.200-1.500 calorias por dia) e a prática de 275 minutos por semana de exercício físico,

permitem a manutenção de uma perda bem-sucedida de mais do que 10% do peso inicial. Um fator que parece determinante para a perda de peso (independentemente do tipo de macronutriente que domina a dieta prescrita) é o grau de adesão ao plano de redução calórica sugerido (Bray, 2008).

As terapias cognitivas e comportamentais parecem levar ao desenvolvimento e utilização eficaz de estratégias comportamentais para o controlo do peso e de geração e prática de pensamentos mais adaptativos relacionados com a comida e corpo (Kalodner & DeLucia, 1991). Sarwer et al. (2008) referem que uma maior contenção cognitiva e a manifestação do comportamento de adesão à dieta proposta determinam a percentagem de peso perdido após a cirurgia, em quadros de obesidade.

Como adjuvante ou alternativa às TCC presenciais, surgiram nas últimas décadas as intervenções com suporte na internet. Foi já demonstrada, por exemplo, que a combinação do tratamento entregue presencialmente com uma abordagem via internet pode magnificar as mudanças desejadas para a produção de uma perda de peso (Pellegrini et al., 2012).

As intervenções de saúde pública têm sido, cada vez mais, disseminadas e implementadas de forma eficaz através da internet, e abrangendo uma grande variedade de condições clínicas; todavia, os programas para a perda de peso têm sido os mais amplamente estudados (Bennett & Glasgow, 2009).

Intervenções através da internet têm provado o seu potencial para a promoção de perda de peso significativa (Webber, Tate, & Bowling, 2008; Wing, Tate, Gorin, Raynor, & Fava, 2006). Além disso, devido à dificuldade associada à manutenção do novo peso mais baixo após uma perda de peso com sucesso, e pela necessidade de um suporte

continuado, a internet começou a evidenciar-se como uma ferramenta capaz de veicular um apoio contínuo e eficaz na prevenção da recuperação do peso perdido (Stevens et al., 2008).

Foi identicamente demonstrado que uma intervenção comportamental, dirigida por um terapeuta online, é mais eficaz do que um programa de autoajuda (disponibilizado igualmente via internet) na perda de peso bem-sucedida e respetiva manutenção (Gold, Burke, Pintauro, Buzznell, & Harvey-Berino, 2007). E, de acordo com Webber, Tate e Bowling (2008), um maior envolvimento e utilização da internet, no contexto do programa de intervenção, relaciona-se com uma maior quantidade de peso perdido.

Todavia, uma revisão sistemática recente conclui que, apesar de haver indícios de diminuição de peso nos participantes dos vários estudos, não é possível determinar o grau de eficácia, nem os fatores associados à perda de peso e adesão aos programas implementados via internet, devido, entre outros, à grande heterogeneidade dos desenhos de investigação utilizados (Neve, Morgan, Jones, & Collins, 2010).

Variáveis como o controlo cognitivo, a ingestão emocional, a desinibição, a aceitação, a urgência relacionada com a comida e sua ingestão, a prática da atenção plena (mindfulness) e a motivação são focos importantes a adotar num programa cujo objetivo seja a perda de peso (Forman et al., 2006).

Além das variáveis mencionadas anteriormente, a automonitorização de comportamentos relacionados com a perda de peso (nomeadamente, alimentação e atividade física) tem sido igualmente evidenciada como fortemente associada ao sucesso na perda e manutenção de peso (Burke et al., 2011).

Contrariamente, um observar persistente e/ou a apalpação repetida do corpo (body checking), assim como comportamentos de evitamento, estão negativamente associados à perda de peso. Ambos aparecem associados a uma maior dificuldade percebida no processo de perda de peso, menor autoestima, maior insatisfação corporal, sobreavaliação mais expressiva da forma e peso corporais e um medo mais significativo da gordura (Latner, 2008).

Estratégias derivadas da terapia de aceitação e compromisso (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) – cujo objetivo é o desenvolvimento da disponibilidade para sentir experiências internas aversivas ou desconfortáveis e, concomitantemente, implementar comportamentos que vão ao encontro das metas e valores dos indivíduos (Forman, Butryn, Hoffman, & Herbert, 2009; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) – nomeadamente, a promoção de atenção plena ao comportamento de ingestão de alimentos, de tolerância e aceitação a experiências internas desagradáveis e de compromisso com a implementação de mudança comportamental relacionada com a perda de peso bem-sucedida, podem auxiliar no processo de perda de peso. Um outro estudo suporta a evidência de que estratégias baseadas na aceitação produzem resultados muito positivos ao nível da gestão do desejo (cravings) e do controlo de ingestão de um alimento altamente calórico (chocolate), em pessoas que apresentam à partida uma elevada suscetibilidade à presença do mesmo (Forman et al., 2007). Esta suscetibilidade a estímulos que despoletam uma ingestão excessiva de comida revelou-se associada a um maior risco de recuperação de peso em indivíduos que passaram por um processo de diminuição de peso, e independentemente do processo ter sido cirúrgico ou não-cirúrgico (Bond, Phelan, Leahey, Hill, & Wing, 2009).

Considerações finais

É necessária uma intervenção política para, por um lado, desenvolver contextos físicos e sociais facilitadores de atividade física, desenvolvidos por exemplo, nos locais de trabalho e nas escolas (Saris et al. 2003). Por outro, é urgente uma regulação mais exigente da publicidade sobre produtos alimentares, especialmente dirigida a crianças, que permita agir de forma eficaz sobre variáveis ambientais determinantes na obesidade (Wadden, Brownell, & Foster, 2002).

A facilitação do acesso a uma alimentação saudável (por exemplo, nos locais de trabalho e escolas) em populações com dificuldades socioeconômicas, a promoção de atividade física (através da utilização de escalas, do desenvolvimento de ciclovias, da caminhada em alternativa a à utilização de transportes motorizados) e recurso a programas implementados em escolas que têm provado uma boa relação custo-benefício são evidenciadas pela Organização Mundial de Saúde como medidas importante de implementar para diminuir as preocupantes prevalência e incidência de obesidade (WHO, 2006). Não obstante, as TCC disponíveis (quer presenciais, quer através da internet), apesar de potenciarem uma perda de peso significativa imediatamente após a intervenção, carecem de eficácia na manutenção a longo prazo do peso perdido.

A Organização Mundial de Saúde aconselha ainda o envolvimento de vários atores, determinantes na inversão das estatísticas associadas à obesidade, nomeadamente, o envolvimento de ministérios como o da Saúde, Educação, Agricultura e Economia, para uma colaboração aos níveis nacional e internacional, com o intuito de estabelecer uma ação ampla e multissetorial; a promoção, pelas autoridades locais, de ambientes facilitadores de exercício físico; o envolvimento da sociedade civil no aumento da atenção pública e no apoio à geração

de abordagens inovadoras junto de consumidores, jovens, sindicatos, organizações desportivas, entre outras; a participação ativa do setor privado no desenvolvimento de ambientes promotores de saúde, no local de trabalho; a colaboração com os média, como veículo de informação, educação e divulgação de políticas de saúde na área da obesidade (WHO, 2006).

Para além da obtenção da diminuição de peso em quadros de obesidade, a aquisição de hábitos nutricionais saudáveis, o estabelecimento de rotinas de exercício físico e a promoção do bem-estar emocional têm como meta mais lata a diminuição da mortalidade e morbilidade (Franco et al., 2009). E, apenas a observação dos comportamentos de risco (para a obesidade) à luz de um modelo que incorpore fatores psicofisiológicos, ambientais, sociais, desenvolvimentais, emocionais e cognitivos (Silva, Pais Ribeiro, & Cardoso, 2008), num trabalho colaborativo entre profissionais das diferentes áreas, poderá permitir a compreensão desta problemática e a estruturação de intervenções objetivamente eficazes.

Referências

- Befort, C. A., Nollen, N., Ellerbeck, E. F., Sullivan, D. K., Thomas, J. L., & Ahluwatia, J. S. (2008). Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(5), 367-377.
- Bennett, G. G., & Glasgow, R. E. (2009). The delivery of public health interventions via the internet: actualizing their potential. *Annual Review of Public Health*, 30, 273-292.
- Bond, D. S., Phelan, S., Leahey, T. M., Hill, J. O., & Wing, R. R. (2009). Weight loss maintenance in successful weight losers: surgical versus non-surgical methods. *International Journal of Obesity*, 33(1), 173-180. doi: 10.1038/ijo.2008.256.

- Bray, G. A. (2008). Lifestyle and Pharmacological Approaches to Weight Loss: Efficacy and Safety. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(11), S81-S88. doi: 10.1210/jc.2008-1294.
- Burke, L. E., Conroy, M. B., Sereika, S. M., Elci, O. U., Styn, M. A., Acharya, S. D., Sevick, M. A., ... Glanz, K. (2011). The effect of electronic self-monitoring on weight loss and dietary intake: a randomized behavioral weight loss trial. *Obesity*, 19(2), 338-344. doi:10.1038/oby.2010.208.
- Buse, J. B., Ginsberg, H. N., Bakris, G. L., Clark, N. G., Costa, F., Eckel, R., Fonseca, V., ... Stone, N. J. (2007). Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus. *Diabetes*, 30(1), 162-172. doi: 10.2337/dc07-9917.
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M. E., & Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: a randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research & Therapy*, 48(8), 706-713.
- Dallman, M. F., la Fleur, S. E., Pecoraro, N. C., Gomez, F., Houshyar, H., & Akana, S. F. (2004). Minireview: Glucocorticoids—Food Intake, Abdominal Obesity, and Wealthy Nations in 2004. *Endocrinology*, 145(6), 2633-2638.
- Diabetes Prevention Program Research Group (2009). 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet*, 374(9702), 1677-1686. doi:10.1016/S0140-6736(09)61457-4.
- DiMarco, I. D., Klein, D. A., Clark, V. L., & Wilson, G. T. (2009). The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eating Behaviors*, 10(2), 134-136.
- Epel, E., Lapidus, R., McEwen, B., & Brownell, K. (2001). Stress may add bite to appetite in women: a laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*, 26, 37-49.
- Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Brandsma, L. L., & Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2372-2386. doi:10.1016/j.brat.2007.04.004.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 223-235.

- Franco, O. H., Karnik, K., Osborne, G., Ordovas, J. M., Catt, M., & Ouderaa, F. (2009). Changing course in ageing research: the healthy ageing phenotype. *Maturitas*, 63, 13-19.
- Friedman, K. E., Ashmore, J. A., & Applegate, K. L. (2008). Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: psychological and behavioral correlates. *Obesity*, 16, 569-574. doi:10.1038/oby.2008.457.
- Gokee-LaRose, J., Gorin, A. A., Raynor, H. A., Laska, M. N., Jeffery, R. W., Levy, R. L., & Wing, R. R., (2009). Are standard behavioral weight loss programs effective for young adults? *International Journal of Obesity*, 33, 1374-1380. doi:10.1038/ijo.2009.185.
- Gold, B. C., Burke, S., Pintauro, S., Buzznell, P., & Harvey-Berino, J. (2007). Weight loss on the web: a pilot study comparing a structured behavioral intervention to a commercial program. *Obesity*, 15(1), 155-164.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson, T. G., Gueorguieva, R., & White, M. A. (2011). Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 675-685. doi: 10.1037/a0025049.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Jakicic, J. M., Clark, K., Coleman, E., Donnelly, J. E., Foreyt, J., Melanson, E., Volek, J., ... American College of Sports Medicine (2001). American College of Sports Medicine position stand: appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(12), 2145-2156.
- Jakicic, J. M., Marcus, B. H., Lang, W., & Janney, C. (2008). Effect of exercise on 24-month weight loss maintenance in overweight women. *Archives of Internal Medicine*, 168(14), 1550-1559. doi:10.1001/archinte.168.14.1550.
- Kalodner, C. R., & DeLucia, J. L. (1991). The individual and combined effects of cognitive therapy and nutrition education as additions to a behavior modification program for weight loss, *Addictive Behaviors*, 16(5), 255-263.

- Knowler, Barrett-Connor, Fowler, Hamman, Lachin, Walker, Nathan, & Diabetes Prevention Program Research Group, (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 346, 393-403.
- Laibson, D. I. (1997). Golden eggs and hyperbolic discounting. *Quarterly Journal of Economics*, 112(2), 443-477.
- Latner, J. D. (2008). Body checking and avoidance among behavioral weight-loss participants. *Body Image*, 5(1), 91-98. Doi: 10.1016/j.bodyim.2007.08.001.
- Lien, L. F., Hagg, A. M., Arlott, M., Slentz, C. A., Muehlbauer, M. J., McMahon, R. L., Rochon, J., ... Svetkey, L. P. (2009). The STEDMAN Project: Biophysical, Biochemical and Metabolic Effects of a Behavioral Weight Loss Intervention during Weight Loss, Maintenance, and Regain. *OMICS: A Journal of Integrative Biology*, 13(1), 21-35. doi:10.1089/omi.2008.0035.
- Mefferd, K., Nichols, J. F., Pakiz, B. & Rock, C. L. (2007). A cognitive behavioral therapy intervention to promote weight loss improves body composition and blood lipid profiles among overweight breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 104(2), 145-52.
- Munsh, S., Biedert, E., Meyer, A., Michael, T., Schlup, B., Tuch, A. & Margraf, J. (2007). A randomized comparison of cognitive-behavioral therapy and behavioural weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 102-113.
- National Heart, Lung and Blood Institute (1998). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report. Executive Summary*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Neve, M., Morgan, P. J., Jones, P. R., & Collins, C. E. (2010). Effectiveness of web-based interventions in achieving weight loss and weight loss maintenance in overweight and obese adults: a systematic review with meta-analysis. *Obesity Reviews*, 11(4), 306-321. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2009.00646.x.
- O'Donoghue, T., & Rabin, M. (1999). Doing it now or later. *American Economic Review*, 89(1), 103-124.
- Pate, P. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., Buchner, D., ... Wilmore, J. H. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of

Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273(5), 402-407.

- Pellegrini, C. A., Verba, S. D., Otto, A. D., Helsel, D. L., Davis, K. K., & Jakicic, J. M. (2012). The comparison of a technology-based system and an in-person behavioral weight loss intervention. *Obesity*, 20(2), 356–363. doi:10.1038/oby.2011.13.
- Pimenta, F., Leal, I., Branco, J., & Maroco, J. (2009). O peso da mente – Uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Análise Psicológica*, 27(XVII), 175-187.
- Rossini, R., Moscatiello, S., Tarrini, G., Di Domizio, S., Soverini, V., Romano, A., Mazzotti, A., ... Marchesini, G. (2011). Effects of cognitive-behavioral treatment for weight loss in family members. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(11), 1712-1719. Doi: 10.1016/j.jada.2011.08.001.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312.
- Saris, W.H., Blair, S. N., van Baak, M. A., Eaton, S. B., Davieis, P. S., Di Pietro, L., Fogelholm, M.,... Wyatt, H. (2003). How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity Reviews*, 4(2), 101-104.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Baker, A. W., Gibbons, L. M., Raper, S. E., & Williams, N. N. (2008). Preoperative eating behavior, postoperative dietary adherence and weight loss following gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4(5), 640-646.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L., & Cardoso, H. (2008). Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais da selecção alimentar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 189-208.
- Stevens, V. J., Funk, K. L., Brantley, P. J., Erlinger, T. P., Myers, V. H., Champagne, C. M., Bauck, A., ... Hollis, J. F. (2008). Design and Implementation of an Interactive Website to Support Long-Term Maintenance of Weight Loss. *Journal of Medical Internet Research*, 10(1), e1. doi: 10.2196/jmir.931.
- Turk, M. W., Yang, K., Hravnak, M., Sereika, S. M., Ewing, L. J., & Burke, L. E. (2009). Randomized clinical trials of weight-loss maintenance: a review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 58-80. doi: 10.1097/01.JCN.0000317471.58048.32.

- Wadden, T. A., Brownell, K. D., & Foster, G. D. (2002). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 510-525.
- Wadden, T. A., & Butryn, M. L. (2003). Behavioral treatment of obesity. *Endocrinology Metabolism Clinics of North America, 32*, 981–1003.
- Weber, M. & Wyne, K. (2006). A cognitive/behavioral group intervention for weight loss in patients treated with atypical antipsychotics. *Schizophrenia Research, 83*(1), 95-101.
- Webber, K. H., Tate, D. F., & Bowling, J. M. (2008). A randomized comparison of two motivationally enhanced Internet behavioral weight loss programs. *Behaviour Research & Therapy, 46*, 1090-1095.
- WHO (2006). European Charter on counteracting obesity. Consultado a 20 de Maio de 2012, em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/87462/E89567.pdf.
- Wing, R. R., Tate, D. F., Gorin, A. A., Raynor, H. A., & Fava, J. L. (2006). A self-regulation program for maintenance of weight loss. *The New England Journal of Medicine, 355*, 1563-1571.

A PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DA PARENTALIDADE PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NUMA MATERNIDADE

Sara Sereno

A psicologia da saúde é definida como o conjunto dos contributos da psicologia para a promoção e manutenção da saúde, bem como para a prevenção e tratamento da doença. A intervenção em psicologia da saúde procura levar os sujeitos a desenvolver competências e comportamentos conducentes à sua saúde e bem-estar e a evitar situações de risco e de doença.

A expressão Psicologia da Gravidez e da Parentalidade surge na sequência de uma outra de 1990: Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Esta é a designação mais comumente aceite e utilizada para referir a área da Psicologia da Saúde que se ocupa da maternidade (Leal, 2005).

Esta especialidade teve origem no reconhecimento da relevância das dimensões psicológicas para a saúde materna e do recém-nascido. É uma área de intervenção e investigação que tem por base o modelo biopsicossocial, onde o indivíduo é abordado de forma holística e onde são considerados os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Estes fatores são considerados elementos determinantes na adaptação à etapa do ciclo de vida marcada pela maternidade.

A abordagem da maternidade, numa óptica da saúde, inscreve-se numa especialidade concreta pré-existente a todo o discurso psicológico. Dizendo de outra forma, o espaço da reflexão e intervenção que a maternidade oferece à psicologia, chega-nos num

primeiro momento, via discurso médico (Leal, 2005). Assim, a interdisciplinariedade da Psicologia da Gravidez e da Maternidade acontece com outras áreas da saúde como a obstetrícia, a pediatria e a ginecologia. O entrecruzar de dois discursos (médico e psicológico) não implica a perda de autonomia e individualidade de cada um mas sim a valorização e a complementaridade de ambos.

Porém, é a necessidade de inscrever o papel do pai, o terceiro habitualmente periférico, alargando a intervenção e compreensão psicológica ao papel do homem que transforma o conceito inicialmente aceite em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade.

Um Psicólogo Clínico numa Maternidade

O Serviço de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) existe oficialmente desde 1987. Em 1989 conquista instalações próprias e apoio administrativo. É um serviço clínico, autónomo, que tem como objetivo a prestação de serviços aos utentes da maternidade, diretamente dependente da Administração e enquanto serviço clínico dependente do diretor clínico. O Serviço de Psicologia pode ainda desenvolver consultas autónomas, promover internamentos ou altas e deve, em articulação com os serviços existentes, dar resposta aos pedidos e encaminhamentos que para ele foram dirigidos, ou protocolarmente estabelecidos.

Contribui ainda ativamente em outras áreas ligadas à formação e investigação: formação de psicólogos em estágios, supervisão clínica, formação interna a outros técnicos, formação externa, cedência de meios para investigação, publicações, congressos, conferências e integra Comissões e Núcleos de trabalho de âmbito multidisciplinar (Comissão de Ética para a Saúde, Comissão Técnico-Pedagógica, Nucleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco).

A equipa é constituída atualmente por quatro psicólogas clínicas (uma é a coordenadora do serviço), quatro estagiárias académicas por protocolo com as universidades públicas e duas estagiárias profissionais em regime de voluntariado, no âmbito da Ordem dos Psicólogos.

O psicólogo clínico integrado na MAC presta serviços que se direcionam na óptica da Psicologia da Saúde, nas três valências médicas fundamentais: Obstetrícia, Pediatria e Ginecologia.

A intervenção da psicologia estende-se a toda a instituição e pode acontecer de forma protocolada a algumas consultas (p. ex. grávidas adolescentes, infertilidade), a pedido em todas as consultas e urgências, e à chamada em todo o internamento (obstetrícia, ginecologia e pediatria).

Importa conhecer a Instituição de modo a adequar as propostas com a realidade, a cultura e a dinâmica institucional e importa também manter os técnicos que colaboram com a psicologia informados do que fazemos, como fazemos e porque fazemos. De ressaltar a importância de pertencer a um serviço organizado e autónomo, bem como pertencer a equipas multidisciplinares.

Na sua intervenção, a psicologia realiza: primeiras entrevistas ou consultas de triagem/rastreio psicológico (avaliação psicológica); consultas terapêuticas pontuais (também denominadas entrevistas psicológicas de seguimento) e, finalmente, consultas de acompanhamento psicoterapêutico – individuais (mulher ou homem), ao casal ou aos familiares. Realizam-se também avaliações psicológicas com recurso a aplicação de provas e testes psicológicos principalmente na intervenção na área da pediatria onde se recorre frequentemente à avaliação do desenvolvimento.

Por definição, e em termos genéricos, a avaliação consiste na produção de informação útil para depois se poderem tomar decisões bem fundamentadas (Pais Ribeiro & Leal, 1997). A avaliação em Psicologia distingue-se daquela que se faz em outras áreas pelo recurso a técnicas e instrumentos que lhe são próprios. Há uma técnica de avaliação que deve ser privilegiada e dominada pelos psicólogos que intervêm no sistema de cuidados de saúde: a entrevista (Pais Ribeiro & Leal, 1997). A importância da entrevista psicológica em qualquer contexto de saúde é inegável e reconhecida, visando o reconhecimento ou classificação em categorias previamente estabelecidas de patologias, sinais, sintomas ou sistemas de funcionamento ou disfuncionamento físico ou mental (Pais Ribeiro & Leal, 1997).

A avaliação psicológica da situação em causa é feita, em qualquer dos três serviços, privilegiando-se o recurso à entrevista clínica. Esta avaliação decorre através de um processo que normalmente decorre ao longo de várias sessões. Na primeira, procura-se estabelecer um contacto inicial com a/o utente, contacto esse que deve proporcionar uma relação de confiança. Nas sessões seguintes, poder-se-á recorrer à aplicação de instrumentos de avaliação psicológica adequados aos objetivos em causa e de acordo com as características do indivíduo.

Tendo como base o resultado desta avaliação psicológica, (quer através da entrevista clínica quer recorrendo a instrumentos) o psicólogo fará um diagnóstico e estabelecerá um projecto terapêutico que poderá conduzir a um processo de apoio psicológico ou psicoterapia.

Assim, se a/o utente concordar com esta decisão, dar-se-á início ao processo de apoio psicológico cuja duração e periodicidade variam de

acordo com a situação em causa. O apoio psicológico consiste no estabelecimento de uma relação próxima e de confiança entre o psicólogo e o paciente, relação essa que permite a criação de um espaço no qual o paciente se sente seguro para partilhar os seus sentimentos, fantasias, medos e receios. Um dos objetivos principais desta intervenção é o de que este processo ajude o indivíduo a adquirir uma maior capacidade de elaborar os aspetos negativos que levaram a esta intervenção, de modo que seja capaz de vivenciar os seus conflitos de uma forma mais adaptada.

A intervenção num contexto institucional hospitalar como uma maternidade reveste-se de características específicas e particulares:

Setting terapêutico – diferente do clássico: a consulta pode acontecer em qualquer lugar, num tempo não definido, e em diferentes circunstâncias (de pé, sentado ou deitado);

Limitação temporal dos objetivos – Focalizados num problema específico do sujeito contextualizado pela instituição e temporalmente marcado;

Caracterização do pedido – frequentemente não é dirigido ao Psicólogo mas à Instituição e muitas vezes não é fácil que seja verbalizado e compreendido (grupos culturais menos favorecidos)

Assim, a intervenção de apoio, focalizado no suporte a fornecer no decurso de uma situação específica visa: permitir aquisição de novo equilíbrio pessoal em torno das questões da saúde da mulher, da reprodução, do nascimento e da relação precoce; necessidade de reatualizar defesas enfraquecidas; e desenvolver capacidades que permitam a reinserção social e profissional.

Áreas de Intervenção

A pertinência da intervenção psicológica na área de obstetrícia (Psicologia Obstétrica) decorre de toda uma movimentação emocional inerente ao processo de gravidez (Correia et al., 2003). De acordo com Colman e Colman (1994), a gravidez não é uma experiência estática nem breve, mas plena de crescimento e mudança. É uma fase de profundas alterações a nível somático, psicológico e social, o que envolve reestruturações e reajustamentos que implicam um esforço suplementar da mulher. Por este motivo, e do ponto de vista psicológico, a gravidez é, segundo diversos autores, um momento vivido pela mulher como um período de crise (Canavarro, 2001).

Este período irá pôr à prova o funcionamento psicológico da mulher e os seus mecanismos de defesa e por vezes torna-se alvo de intervenção psicológica (Correia et al., 2003). O processo gravídico pode ser acrescido de vicissitudes que muitas vezes complicam a vivência psicológica da gravidez. É necessário esclarecer que a MAC recebe essencialmente situações de gravidez de alto risco.

Outras situações com que frequentemente os psicólogos que trabalham nesta área se deparam são a morte perinatal e/ou a malformação fetal que podem despoletar uma reação de sofrimento emocional, que acarreta ajustamentos psicológicos, familiares e individuais, difíceis de serem vividos e aceites, que são sem dúvida merecedoras de atenção. Estas situações envolvem sempre uma perda, seja do bebé real, do bebé imaginário ou de ambos e como tal, pressupõem um processo de luto.

Tendo em conta todo este entendimento num quadro de Psicologia Obstétrica (interceção do discurso médico com o discurso psicológico) foi adaptado à realidade da MAC, quer na intervenção em consultas externas quer no internamento. Este trabalho de intervenção

psicológica enquadra-se numa abordagem multidisciplinar com o consequente diálogo com todos os técnicos visando obviamente uma partilha de linguagens, entendimentos e perspetivas de intervenção.

Assim, as áreas de intervenção psicológica organizam-se de acordo com a própria organização do Serviço de Obstetrícia: Consultas Externas de Obstetrícia (Alto Risco geral, Referência, Diabetes, Patologia Aditiva (Toxicodependentes), Grupo de Estudos de Morte Fetal, Patologia do 1º Trimestre, Consulta de Gravidez Indesejada, Gravidez Múltipla, Imunodepressão (Seropositivas), Hipertensão, Diagnóstico Pré-Natal (situação de diagnóstico de malformação com proposta de IVG); Internamento (Serviço de Medicina Materno-Fetal, Puérperas Normais, Puérperas Patológicas, Unidade de Reanimação de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência); Unidade da Adolescência (Unidade destinada ao acompanhamento de Adolescentes nas diversas situações de saúde sexual e reprodutiva: gravidez, interrupção de gravidez, planeamento familiar, problemas ginecológicos).

O Serviço de Psicologia Clínica da MAC tem tido como um dos seus grandes objetivos dos últimos anos a colaboração e desenvolvimento de projetos na área da saúde sexual e reprodutiva, dando particular ênfase à promoção de uma Educação para a Sexualidade, contribuindo assim para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e mais responsável da sexualidade abrindo, deste modo, um caminho para a prevenção da gravidez indesejada na adolescência.

Neste sentido, desenvolveu em 2009 um projeto de promoção de saúde sexual e reprodutiva na adolescência na MAC, direcionado para escolas da cidade de Lisboa, que se materializava em sessões de sensibilização para grupos de adolescentes com uma

periodicidade semanal. O impacto que percebemos com o desenvolvimento destas ações levou-nos à candidatura ao Alto Comissariado da Saúde. Nasceu assim o Projeto “Adoles(Ser): Sexualidade e Afectos”, do Centro de Estudos da Mulher e da Criança em parceria com a Maternidade Dr. Alfredo da Costa e com financiamento do Alto Comissariado da Saúde, por um período de dois anos. O balanço das atividades desenvolvidas e do seu impacto junto dos adolescentes e professores enquadrando e enfatizando a estreita colaboração da MAC (Serviço de Saúde) com a Comunidade Escolar é extremamente positivo.

A intervenção na área de obstetrícia prevê ainda a colaboração nas aulas de preparação para o nascimento, em conjunto com outros grupos profissionais: fisioterapeutas, dietista, enfermeiras e médicos.

Na área de Ginecologia, a consulta psicológica (Psicologia Ginecológica) intervém sobretudo ao nível do Planeamento Familiar, Consulta de Apoio à Fertilidade, Ginecologia Oncológica e Senologia.

Na consulta de planeamento familiar, a intervenção passa pela realização de uma entrevista de rastreio psicológico a mulheres onde pareça haver dúvidas na consistência da tomada de decisão para a laqueação tubária com o objetivo de avaliar a adequação do pedido ao nível dos fatores motivacionais, aspetos familiares e sociais, elaboração e reflexão do pedido, nível de ansiedade e identificação clara de fatores de risco psicológico. Assim, o psicólogo clínico procura contribuir para uma decisão livre, integrada e responsável, aumentar o bem-estar ao nível da sua vivência psicológica, evitar possíveis sequelas psicológicas pós laqueação tubária e esclarecer a utente em relação à sua tomada de decisão e às repercussões que um método contraceptivo de carácter permanente pode ter na estabilidade emocional.

O papel do psicólogo numa consulta de apoio à fertilidade passa por criar um espaço para humanizar o tratamento, proporcionando uma escuta da história de vida dos casais, das suas dúvidas, medos, fantasias e expectativas em relação ao tratamento; caracterizar o estado emocional do casal direcionando o suporte necessário no decorrer do tratamento; e reconhecer e compreender o que o casal vivencia em cada etapa do tratamento.

Quando pensamos em infertilidade temos sempre que considerar que associado a este conceito encontramos sempre o desejo de um filho e/ou de gravidez (Faria, 2000). A situação de infertilidade é capaz de provocar efeitos devastadores tanto na esfera individual como conjugal e destabilizar as relações do indivíduo com o seu meio social.

Neste seguimento, esta situação é tida como um dos acontecimentos de vida mais stressantes e desorganizadores, caracterizado pela perda de controlo sobre a própria vida, desencadeando sentimentos difíceis de aceitar e comportamentos pouco adaptativos, bem como pensamentos depreciativos e pouco racionais.

A identificação e compreensão das implicações psicológicas da infertilidade propicia a oportunidade de se evitar as dificuldades antes que elas exerçam o seu poder negativo sobre o emocional, age de maneira profilática, tanto de pacientes quanto da equipa médica.

Desta forma, a intervenção nesta consulta acontece de forma protocolada, o que significa que todos os casais que iniciam o processo de infertilidade têm uma entrevista psicológica de rastreio (ao casal), donde pode resultar um acompanhamento psicológico individual, quer ao homem, quer à mulher, ou conjugal, ou consultas de psicologia pontuais nos momentos cruciais do processo.

De uma forma sucinta, pretende-se avaliar os seguintes parâmetros: equilíbrio psíquico, relacionamento conjugal, desejo de um filho, vivência psicológica da infertilidade, suporte social, antecipação à gravidez múltipla, antecipação da reação ao insucesso (opções alternativas ou equacionar a vida sem filhos), nascimento de uma criança (Faria, 2000).

Na consulta de ginecologia oncológica, os objetivos delineados para a intervenção psicológica são: rastrear o distress (sofrimento psicológico) e os quadros de perturbação emocional (ansiedade, depressão) de modo a promover estratégias adaptativas para lidar com as dificuldades específicas do momento; intervir precocemente nas situações já diagnosticadas ou com suspeita de patologia e que suscitem preocupação imediata; acompanhar as mulheres desde o início de todo o processo psico-oncológico; minimizar desde logo os fatores de risco que perturbam a qualidade de vida das mulheres, dos casais e das suas famílias, e finalmente, facilitar a adaptação das mulheres à situação de diagnóstico de patologia oncológica.

No caso específico da consulta de senologia (patologia mamária), os critérios de referenciação à consulta de psicologia são mulheres com diagnóstico de patologia mamária ou suspeita e que, desde logo, apresentam sinais de sofrimento psicológico intenso; mulheres com sinais e sintomas de perturbação psicopatológica - perturbação do humor, da ansiedade, perturbação da adaptação, entre outras; mulheres com fatores de risco associados (idade jovem, fraca ou inexistente rede de suporte social e emocional, hábitos de vida pouco saudáveis e de risco, vivência de outras doenças graves, perdas múltiplas, situação de recidiva e mulheres propostas para consulta de cirurgia onco-plástica). A intervenção pode acontecer na fase do diagnóstico, fase de pré-tratamento e durante o tratamento.

Na área de Pediatria, a intervenção psicológica (Psicologia Pediátrica) tem como objetivo principal o atendimento a crianças que frequentam a consulta de Neonatologia e Desenvolvimento, no entanto, no âmbito desta área inclui-se também a Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-Nascido e a Unidade de Cuidados Intermédios ao Recém-Nascido.

A intervenção na consulta de neonatologia e desenvolvimento baseia-se no pressuposto de que o desenvolvimento infantil é o resultado de uma conjunção de fatores, que envolvem não só as características individuais da criança, mas igualmente o ambiente cuidador onde a criança se vai desenvolver.

Conceptualizando-se deste modo o desenvolvimento, como um produto de interações dinâmicas e contínuas da criança com o seu meio, importa pois intervir preventivamente o mais precoce possível, na otimização do seu desenvolvimento.

Tendo como base o modelo de intervenção centrado na família com crianças de risco e suas famílias, o objetivo subjacente é o de que o desenvolvimento futuro da criança de risco pode ser melhorado, não só intervindo precocemente na relação pais-criança, mas também através do bem-estar psicológico dos membros da família e na promoção do desenvolvimento de competências parentais adaptadas e adequadas à criança (Brazão et al., 1995).

Os utentes desta consulta são crianças (e suas famílias) que nascem em situações de risco físico (prematuridade, asfixia, malformações ou outras problemáticas físicas) e/ou psicossocial (filhos de pais: toxicodependentes, com HIV, adolescentes).

A intervenção compreende consultas de rastreio, apoio psicoterapêutico e intervenção ao nível das interações pais-crianças.

No processo de avaliação psicológica da criança utilizam-se escalas de desenvolvimento (ex.: Griffiths, escalas de Wechsler).

As unidades de cuidados intensivos/intermédios neonatais pressupõem uma situação de risco e fragilidade do bebé, e acolhem na sua grande maioria bebés prematuros. A situação de prematuridade é sentida pelos pais como uma violação das expectativas normais de uma criança saudável e acarreta uma dupla separação: a separação física do bebé e a separação imposta pela incubadora.

Quanto maior a situação do internamento e separação, maior também a perturbação e sofrimento dos pais (Ferreira, 1995). O modo como a família se adapta ao stress de ter uma criança nesta situação depende dos seus próprios recursos internos, do significado fantasmático do desejo do filho e dos suportes disponíveis sociais e familiares.

A ajuda aos pais requer, pois, a compreensão que os efeitos do problema têm nestes, do seu próprio processo de adaptação e do modo como vivenciam estes momentos.

Este atendimento psicológico varia de acordo com as necessidades e recursos internos da família e, a abordagem terapêutica definida a nível de apoio e intervenção, tem o fim limitado à melhoria dos sintomas específicos ou desadaptações, e exigem o “alívio” mais rápido possível, por causa da sua natureza emocionalmente desorganizativa (Ferreira, 1995).

A intervenção junto dos pais começa imediatamente logo após o momento em que o bebé entra na unidade. Ocorre assim o primeiro encontro com os pais numa situação de crise, debaixo de angústia intensa. Nesta situação de crise, que interrompe o ciclo de desenvolvimento normal, há uma rutura emocional e familiar, perante

a qual os pais se questionam sobre a sobrevivência do bebê e as suas capacidades parentais, de afeto e de cuidado.

Os objetivos de intervenção com estes pais incidem principalmente no sentido de facilitar a compreensão da situação, diminuir as ansiedades, potenciar a vinculação ao bebê promovendo assim uma adaptação à situação.

Referências

- Brazão, S., Pais, M. & Baptista, M. (1995). A Intervenção do Psicólogo na Consulta de Neonatologia e Desenvolvimento. *Análise Psicológica*, 1-2, XIII, 131-138.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade - representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro, M. C. (Ed), *Psicologia da gravidez e da maternidade (17-49)*. Coimbra: Quarteto.
- Correia, M. J., Borralho, A., Góis, G. & Costa, M. (2003). *Intervenção Psicológica no Serviço de Obstetrícia*. "Trabalho não-publicado".
- Faria, C. (2000). Aspectos psicossociais do casal infértil. In *Andrologia clínica* (pp. 163-170). Porto: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Ferreira, L. (1995). A Irrealidade de um Bebê Real: Intervenção Psicológica. *Análise Psicológica*, 1-2, XIII, 63-66.
- Pais Ribeiro, J. L. & Leal, I. (1997). Avaliação e psicodiagnóstico em psicologia da saúde. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 357-370.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

AS FAMÍLIAS: UM OLHAR SISTÊMICO

Maria Gouveia-Pereira

Trabalhar com famílias, hoje em dia, tornou-se uma prática corrente para muitos dos técnicos de saúde mental, nomeadamente para os clínicos gerais, técnicos da educação e da justiça. Apesar disso, verificamos igualmente que muitos desses técnicos abordam as famílias que os procuram, numa perspectiva meramente individual, correndo assim o risco de uma análise simplista e linear, ou seja, com um olhar repartido e descontínuo da vida familiar. Estar com a família no sentido de a ajudar a diminuir o seu sofrimento (a maioria das famílias que nos procuram estão em sofrimento), implica não apenas conhecimentos teóricos mas também técnicas adequadas, que só uma formação e treino específico podem contribuir para atingir o objectivo que leva a família a procurar a dita ajuda.

No sentido de contextualizar não apenas a minha comunicação nesta mesa, bem como a dos meus dois colegas, vou começar por falar muito breve e sucintamente sobre o início da terapia familiar.

A terapia familiar sistémica foi desenvolvida a partir da metade do século XX, mais precisamente a partir de 1950. Esta surge nos E.U.A. num contexto de mudança epistemológica, passava-se de um pensamento mais analítico para um pensamento mais sistémico., que consistia no abandono de uma visão mecanicista-causal para uma visão sistémica dos fenómenos. Para esta mudança, na altura contribuíram diversos autores e ciências (antropologia, biologia, etc.). Assim, a terapia familiar ancora em diversas áreas de conhecimento, integrando conceitos que advêm da teoria geral dos sistemas (Von

Bertalanffy, 1973), da cibernética (Wiener, 1948) e da teoria da comunicação humana (Bateson e col. 1987). Com todo este conjunto de conceitos e modos diferentes de olhar (e pensar) a realidade, uma equipa interdisciplinar constituída e liderada por Bateson, mais tarde juntar-se-lhe-ia Watzlawick entre outros, iniciaram um programa dedicado à investigação no campo da esquizofrenia, debruçando-se sobre a análise da comunicação no seio das famílias de esquizofrénicos. Assim, a interacção da família é considerada como processo patológico presente na etiologia da esquizofrenia, traduzindo-se numa forma específica de comunicação designada por double-bind ou dupla injunção (Bateson et al., 1956). Passa-se da doença mental como a consequência de um psiquismo perturbado para a perturbação da comunicação no seio do sistema familiar. Esta mudança de paradigma na psicologia, psiquiatria e consequentemente na psicopatologia permite esboçar um novo conceito de doença mental.

Estes trabalhos deram origem à Escola de Palo Alto, que viriam a influenciar todo o campo da terapia familiar. Começam assim os primeiros passos da terapia familiar. A difusão da terapia familiar desenvolveu-se rapidamente na Europa, nomeadamente com os trabalhos pioneiros de Selvini-Palazzoli e colaboradores (1982), cujos autores fundaram o Centro per lo Studio della Famiglia em Milão, dando origem à conhecida Escola de Milão.

Em Portugal, a terapia familiar foi introduzida nos final da década de 70 com um grupo de pioneiros (psicólogos e psiquiatras), que em 1979 criaram a Sociedade Portuguesa de Terapia familiar, dando início à formação, investigação e prática clínica com as famílias numa perspectiva sistémica.

Feita esta pequena contextualização do aparecimento da terapia familiar, importa voltar ao enfoque da terapia familiar sistémica.

O enfoque passou a ser colocado na análise das interacções, das relações entre os elementos da família. A causalidade é de tipo circular feita de interacções recíprocas entre as múltiplas variáveis em que causa e efeito se influenciam reciprocamente. Por outras palavras, o comportamento de um elemento familiar influencia inevitavelmente os outros elementos da família, sendo deste modo, e como aliás Palazzoli e col. (1982) defendem, epistemologicamente errado considerar o seu comportamento como a causa do comportamento dos demais elementos da família; cada elemento familiar influencia os outros, e este é por sua vez influenciado pelos restantes elementos familiares. Por outro lado, e em consequência do corolário sistémico da totalidade, o indivíduo e o sistema familiar evoluem em simultâneo e mudam reciprocamente, tornando a noção de co-evolução determinante (Bateson, 1987).

Deste modo, não basta apenas analisar os processos psicológicos individuais separadamente, mas também o modo como acontecem e se organizam; não detectamos o comportamento do todo através das partes.

Apesar do conceito de família ter sofrido muitas modificações ao longo dos tempos (Menezes, 1989) e nesta apresentação não discutiremos também, do que se está a falar quando se fala de família no século XXI, está a falar-se exactamente de quê?, ou seja estamos a falar de famílias reconstituídas, famílias monoparentais, famílias de homossexuais, etc.? Todas estas realidades questionam o conceito institucionalizado de família. Contudo, importa definir o que aqui se entende por família. Do ponto de vista sistémico, nomeadamente na acepção de Sampaio e Gameiro (1992), a família é considerada como

um sistema aberto, em que um conjunto de elementos estão ligados por um conjunto de relações, em contínua e permanente transformação para que se possa adaptar e sobreviver às diferentes exigências internas e externas que vai enfrentando ao longo do seu processo de desenvolvimento. A família é um sistema entre outros sistemas (exº. bairro, escola, centro de saúde, etc.) com os quais interage. Também o sistema familiar pode integrar outros subsistemas, como por exemplo o sistema conjugal, parental e fraternal (Minuchin & Fishman, 1981; Relvas, 1996). Por outro lado, a família não é uma entidade estática, está em processo de mudança constante, assim como o seu contexto social.

Quando uma família vem ter connosco importa olhar para o ciclo de vida em que esta se encontra, uma vez que a entrada num determinado ciclo de vida pode ser um período de stresse e crise, e nem sempre as famílias respondem a esses desafios de forma equilibrada e como uma oportunidade de crescimento e transformação. Vou exemplificar: uma família com um filho(a) adolescente implica grandes mudanças na dinâmica e na estrutura familiar, as regras que até então eram adequadas, quando os filhos eram pequenos, deixam de o ser. Esta etapa é considerada uma das mais importantes no ciclo de vida familiar (Relvas, 1996), na medida em que é uma etapa transversal a três gerações. Ao mesmo tempo que o adolescente vivencia alterações físicas, emocionais e comportamentais, ocorre uma alteração na relação pais-filhos e ocorre ainda a entrada dos pais na meia-idade e a velhice dos avós.

A adolescência é também uma etapa de desenvolvimento do individuo onde ocorrem tarefas específicas, destacando-se entre elas, a autonomia, a individuação e a construção da identidade psicossocial (ciclo individual). Evidentemente, que relativamente a estas tarefas temos processos profundamente interligados entre si, que se

influenciam mutuamente, constituindo deste modo os alicerces psicológicos que permitem a separação adolescentes-pais. A construção de identidade é facilitada por uma maior autonomia, e esta, por sua vez, é tanto maior quanto mais o processo de individuação estiver concretizado (Fleming, 2005). Ocorre, portanto, uma interacção dialéctica entre a vinculação e a separação-individuação, ou seja estas duas entidades co-evoluem interactivamente em vez de se oporem como tradicionalmente se pensava. De facto, uma vasta investigação empírica sustenta que o adolescente que se sente ligado aos seus pais por vínculos seguros é aquele que progride mais na sua autonomia e como tal na construção da sua identidade. Mas nem sempre é assim. Muitas vezes, a inquietação dos pais leva-os a exercer um controlo desmedido, enchendo os filhos de proibições relativamente ao que não podem fazer, ou ainda às relações que não podem ter, levando os filhos a contestações mais ou menos directas, em que a comunicação corre riscos de disfuncionamento (Alarcão, 2000) e, por sua vez, a autonomia não será verdadeiramente alcançada. As famílias que são muito fechadas, as ditas famílias emaranhadas, possuem distâncias interpessoais muito reduzidas, as fronteiras entre as gerações são difusas, os papéis familiares são rígidos e estabelecem fronteiras rígidas com o exterior, no sentido de supostamente acentuar a coesão interna, acabam por conduzir a uma indiferenciação do sistema intra-familiar, podendo restringir a sua capacidade de adaptação e de autonomia. Por outro lado, neste tipo de famílias, os movimentos por parte do adolescente no sentido da sua autonomia podem ser vivenciados como falta de lealdade, causando-lhe grande sofrimento, que por sua vez terá repercussões nos outros elementos da família, podendo assim, neste contexto, emergir sintomatologia evidenciada num dos elementos da família (paciente identificado). É muitas vezes

nestas situações que a família recorre à terapia familiar. Outras vezes, procuram-nos quando os pais e mães não se entendem sobre a educação dos filhos ou quando a relação entre pais e filhos atinge um nível de insuportabilidade. Os filhos adolescentes precisam de regras claras, precisas e coerentes, ou seja precisam de pais a desempenhar essas funções mas com segurança, flexibilidade, compreensão e afecto.

Como acabamos de referir, o ciclo individual e o ciclo familiar são interdependentes (Saraceno, 1992), obrigando a um permanente equilíbrio entre as exigências do sistema familiar e as aspirações e desejos do adolescente, podendo este período ser um potencial marcador de problemas desenvolvimentais a estes dois níveis: familiar e individual. Assim, para melhor se entender o funcionamento familiar é importante compreender o ciclo de vida em que a família se encontra, as circunstâncias em que vive e os acontecimentos marcantes, quer em termos de sistema familiar, quer individualmente, pois são processos que se influenciam reciprocamente. Considerarmos, portanto, o ciclo de vida da família ajuda a fazer o diagnóstico e a planear a intervenção, ou seja, ajuda o terapeuta a focalizar-se não no sintoma individual, mas sim na teia relacional.

Como acabamos de ver a terapia familiar sistémica preocupa-se em compreender os problemas de saúde mental (individuais) numa óptica relacional, mas também se preocupa em promover a mudança de comportamentos e funcionamento (individuais) desajustados pela transformação das relações.

Posto isto gostaria ainda de melhor clarificar o valor do sintoma, ou seja o sintoma tem uma função de equilíbrio da homeostase familiar. Para exemplificar o que acabo de dizer, vou falar-vos de uma família que pediu ajuda, porque tinham um filho com 6 anos de idade com

problemas de desobediência e de rebeldia grave. Os pais referiam que já tinham usado vários métodos para resolver a situação mas os resultados continuavam a ser negativos e já não sabiam mais o que fazer. O cansaço e o desgaste era evidente. Numa abordagem terapêutica de terapia familiar percebemos que existia uma relação bastante conflituosa entre os pais há já bastante tempo. Numa sessão em que esteve presente apenas o casal verificamos que o conflito conjugal assumira grandes proporções, chegando estes a ter colocado a hipótese de separação. No entanto, com a rebeldia e a desobediência permanente do filho, este casal uniu-se na preocupação com a “rebeldia” da criança e o mal-estar e conflito entre eles (casal) está suspenso mas presente. Deste modo, a triangulação permite a continuação dos pais juntos, mas a família está bloqueada no seu processo evolutivo. Ainda a propósito deste exemplo, lembro-me que Minuchin (1979) referia que a rebeldia de uma criança numa família, não tendo mais do que 25 quilos nem mede mais do que um metro de altura, que pode “aterrorizar” toda a família, será de supor que a criança tem um cúmplice. E se tem todo esse poder é porque subiu aos ombros de um dos adultos quase sempre com a “ajuda” de um dos progenitores, podendo o terapeuta colocar a hipótese de que os cônjuges se desqualificam um ao outro, ou seja a criança fica triangulada numa posição de poder. O processo terapêutico pode e deve ser um processo de co- construção de novas relações, significados e soluções; é um catalisador de mudança das pessoas através da transformação do sistema de relações.

Termino a minha comunicação com uma metáfora de Elkaim (2007), também ele terapeuta familiar, escrita num dos seus livros. Este estava um dia a passear com uma amiga, num jardim em Paris e chamou a sua atenção para uma bela árvore em flor e teceu a seguinte metáfora: “As famílias são semelhantes a estas árvores

magníficas, em que cada ramo desabrocha na Primavera ... mas pode acontecer que às vezes um desses raminhos não dê rebentos ou então que um desses rebentos não desabroche, que uma flor não floresça. O ramo parece então estar seco, como se estivesse privado de seiva para se desenvolver. O papel do terapeuta familiar é o de um jardineiro que propõe ou proporciona um bom humo, a terra boa, que faz dirigir o sol para o sítio certo. A seiva contida no tronco pode então circular e irrigar todos os raminhos, incluindo aqueles que parecem atrofiados.”

Com esta metáfora Elkaim (2007) quis explicitar o quanto as pessoas, por vezes, se focalizam num dos membros da família, (...) “atribuindo-lhe todos os males, e estigmatizando-lo como “doente”, ou “desviante”, quando na maior parte das vezes ele não é senão um portador de um sintoma que de facto diz respeito a toda à família... A melhor solidariedade será todos juntos procurarem aconselhamento, permitindo que esse “designado doente” saia do seu estado”(pg.13).

Referências

- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios familiares.Uma visão sistémica. Lisboa: Quarteto Editora.
- Bateson, G. (1956). Towards a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science. 1, 251-264.
- Bateson, G. (1987). Natureza e Espírito. Lisboa: D. Quixote.
- Elkaim, M. (2007). Como sobreviver à própria família. Lisboa: Sinais de Fogo
- Fleming, M. (2005) . . Entre o Medo e o Desejo de Crescer. Psicologia da Adolescência. Porto: Edições Afrontamento.
- Menezes, I. (1989). Desenvolvimento no contexto familiar. In B.P. Campos

- (coord.). Psicologia do desenvolvimento e educação dos jovens (pp. 152- 191). Lisboa: Universidade Aberta.
- Minuchin, S. (1979). Familles en Thérapie. Paris: Edições Jean Pierre Delarge
- Minuchin, S. & Fishman, C.H. (1981). Family Therapie Techniques. Cambridge:
Harvard University Press.
- Palazzoli , M. Boscolo, L. Cecchin, G. & Prata, G. (1982). Paradoja y contraparadoja. Buenos Aires: Edições A.C.E..
- Sampaio, D. & Gameiro, J. (1985). Terapia familiar. Porto: Edições Afrontamento.
- Saraceno, C. (1997). Sociologia da família. Lisboa: Estampa.
- Relvas, A.P. (1996). O ciclo vital da família. Lisboa: Edições Afrontamento
- Relvas, A.P. (1999). Conversas com famílias. Discursos e perspectivas em terapia familiar. Porto: Afrontamento.
- Watzlawick, P. (1980). La langage du Changement. Paris: Edições du Seuil.
- Von Bertanfly, L. (1973) - Théorie Général des Systèmes. Paris: Dunod.
- Wiener, N (1948). Cybernetics. Cambridge: Edições: MIT Press.

HOMOPARENTALIDADE – QUE FAMÍLIAS, QUE EXPERIÊNCIAS?

Pedro Alexandre Costa

Homoparentalidade é um neologismo criado pela Associação de pais e futuros pais gays e lésbicas (PPGL) para caracterizar as famílias constituídas por um pai ou mãe homossexual, ou por dois pais ou duas mães; Homo, derivado do Latim, significa ‘igual’, referindo-se aqui ao género dos pais ou mães (Perelson, 2006).

Apesar dos primeiros estudos com famílias homoparentais datarem dos finais da década de 1970, é quase 20 anos depois que a curiosidade científica conhece uma maior expressão, fortemente impulsionada por diversos casos de disputa de custódia nos Estados Unidos em que a orientação sexual homossexual do pai ou da mãe serviu como justificação para a não atribuição de custódia de crianças nascidas no seio de uma relação heterossexual (Patterson & Redding, 1996). Foi também nesta altura que muitas mulheres constituíram as suas famílias, de forma planeada, recorrendo a técnica de inseminação artificial, fenómeno este apelidado de Lesbian Baby Boom (Patterson, 1992). Só uma década mais tarde são os homens gays a dar início a um fenómeno idêntico – Gay Baby Boom (Johnson & O’Connor, 2002).

Quando falamos de parentalidade através de concepção numa relação entre duas pessoas de sexo diferente ou através de técnicas de reprodução medicamente assistida não há qualquer dificuldade em associar um pai e uma mãe biológicos à criança. No caso da adoção

de uma criança, à parentalidade por parte do pai e/ou mãe adotante chama-se parentalidade legal. Há, contudo, outras formas em cujas figuras parentais não têm necessariamente laços biológicos ou legais com a criança, ainda que desempenhem as funções parentais do ponto de vista prático e afetivo em iguais circunstâncias a pais e mães biológicos. Estas figuras parentais são comumente chamadas de pais ou mães sociais. Em casais de pessoas do mesmo sexo, onde apenas uma (ou por vezes nenhuma) das pessoas tem um laço biológico com a criança, a outra pessoa é, então, pai ou mãe social, como por exemplo no caso de um casal de duas mulheres em que uma se submete a inseminação artificial, sendo esta a mãe biológica e a outra a mãe social. São chamados pais e mães sociais as figuras parentais em países onde impera um modelo familiar heterossexual (e heterossexista) e por isso onde as famílias homoparentais não são legalmente reconhecidas.

Devido aos múltiplos impedimentos legais à parentalidade por pessoas homossexuais e por casais do mesmo sexo na grande maioria dos países ocidentais é muito difícil estimar o número de famílias homoparentais. Estimativas nacionais sobre o número de famílias homoparentais e sobre o número de crianças que crescem nestas famílias são conhecidas apenas nos Estados Unidos. De acordo com os Censos Americanos eram mais de 90 mil os casais de duas mulheres com pelo menos uma criança, e mais de 60 mil os casais de dois homens. No que diz respeito ao número de crianças, estava-se que 270 mil tinham dois pais ou duas mães e 540 mil tinham um pai gay ou uma mãe lésbica (US Census Bureau, 2003). Outras estimativas nacionais realizadas por meio de estudos comunitários revelaram que 20% das mulheres lésbicas e 11% dos homens gays tinham filhos a seu cargo (Bryant & Demian, 1994). Em Portugal, só muito recentemente se encontram os primeiros estudos

empíricos com famílias homoparentais, não sendo por isso possível estimar a dimensão desta população. Contudo, estudos comunitários apontam para uma percentagem de 3% de pessoas gays, lésbicas ou bissexuais com filhos, e 8 a 10% de casais do mesmo sexo com filhos (Costa, Pereira & Leal, 2001a, 2011b). No que diz respeito às formas de parentalidade, a maioria das famílias homoparentais Portuguesas são famílias reconstituídas após o coming-out do pai ou da mãe como homossexuais, através de adoção singular, ou de inseminação artificial “caseira” (Costa, Pereira & Leal, 2012), não sendo legalmente possível a adoção, a reprodução medicamente assistida ou a gestação de substituição (vulgo “barriga de aluguer”) a casais do mesmo sexo.

Apesar de a parentalidade por casais do mesmo sexo ser possível apenas em alguns estados dos Estados Unidos, Bélgica, Dinamarca, Islândia, Holanda, Noruega, Espanha, Suécia e Reino Unido (Commissioner for Human Rights, 2011), os resultados da investigação comparativa entre famílias homoparentais e heteroparentais são unânimes na conclusão de que não há diferenças entre as crianças que crescem nestes dois tipos de famílias em áreas fundamentais do seu desenvolvimento socio-psico-emocional. Mais precisamente, não foram encontradas diferenças no desenvolvimento emocional, ajustamento psicológico, ajustamento comportamental, desenvolvimento cognitivo, e identidade de género e identidade sexual (Allen & Burrell, 1996; Anderssen, Amlie & Ytteroy, 2002; Crowl, Ahn & Baker, 2008). Da mesma forma, não foram encontradas diferenças entre pais e mães homossexuais e pais e mães heterossexuais ao nível do seu ajustamento psicológico, investimento e envolvimento parental, e ajustamento relacional (Bos, van Balen & van den Boom, 2004, 2005; Patterson, 2006; Ryan, 2007).

Não obstante não existirem diferenças entre estes dois tipos de famílias em áreas desenvolvimentais fundamentais, as famílias homoparentais têm experiências únicas suscitadas pela opressão social e múltiplas discriminações de que são vítimas (Clarke, 2002), e que têm repercussões tanto na dinâmica familiar interna, como na forma como o sistema familiar interage com outros agentes e contextos exteriores. Segundo Stacey (1996, p. 135) “as crianças de pais gays [e mães lésbicas] são vicariamente vítimas de homofobia e heterossexismo institucional violentos. Todas elas sofrem de consideráveis desvantagens económicas, legais e sociais impostas pelos seus pais [e mães], por vezes de forma ainda mais severa. Elas arriscam-se a perder um pai [ou mãe] ao simples capricho de um juiz”.

No que diz respeito a esta opressão social, há diferentes fontes de stress adicional imposto a estas famílias. Ao nível legal, nas dificuldades ou impedimentos a diferentes formas de parentalidade, ou mesmo de reconhecimento das figuras parentais ou dos casais do mesmo sexo. Ao nível médico, na prevalência do preconceito na prática clínica, com implicações na saúde de pessoas gays, lésbicas e bissexuais, ou nos obstáculos colocados aos pais e mães sociais. Ao nível psicológico, na gestão do ‘segredo familiar’, ou seja, da configuração familiar, na falta de suporte social e comunitário, ou mesmo através de experiências de discriminação. Na escola, onde podem surgir conflitos e agressividade entre pares contra crianças que crescem nestas famílias, e onde se mantêm preconceitos que limitam uma total integração e aceitação das famílias. E, finalmente, ao nível da sociedade de forma geral, desde as diferentes formas de heterossexismo mais subtil à agressão verbal e/ou física homofóbica (Costa, Pereira & Leal, 2012; Gabb, 2001; Hash & Cramer, 2003; Robitaille & Saint-Jacques, 2009, Stacey & Biblarz, 2001).

Não obstante as diferentes formas e contextos onde esta opressão social pode ser exercida sobre as famílias homoparentais, sabe-se hoje que tanto as variáveis positivas como um bom relacionamento conjugal e envolvimento e investimento parental, ou as variáveis negativas ao nível da internalização do estigma da homossexualidade e experiências de discriminação, não são diretamente responsáveis por determinar o bom ou mau ajustamento familiar ou da criança. Pelo contrário, a literatura tem identificado um conjunto de variáveis mediadoras internas e externas à família. Por um lado, no que diz respeito às estratégias de coping intrafamiliares, a forma como os pais e mães gerem a divulgação da sua orientação sexual às crianças é fundamental para a perceção das crianças da naturalidade da sua família. De facto, um discurso aberto e com naturalidade sobre a constituição familiar, e consequente preparação das crianças para as perceções da sociedade sobre este tipo de famílias é determinante por parte da criança na adoção de estratégias e ferramentas adequadas para também ela lidar com a opressão social. Por outro lado, há também estratégias específicas das famílias homoparentais que lhes permitem proteger a família em geral, e as crianças em particular, de experiências de vitimização, nomeadamente ao nível das relações familiares e de amizade que estabelecem, da integração na comunidade LGBT, da criação de redes de suporte com outras famílias semelhantes, e também ao nível da divulgação da configuração familiar de uma forma natural mas ponderada nos diferentes contextos exteriores (Bos & van Balen, 2008; Costa, Pereira & Leal, 2012; Fairtlough, 2008; Hash & Cramer, 2003)

Assim, apesar das diferentes experiências de opressão social, diretas e indiretas, que as crianças em famílias homoparentais experienciam ao longo da sua vida, são as diferentes estratégias de proteção intra e extrafamiliares adotadas pelos seus pais ou mães que lhes permitem

ter um desenvolvimento socio-psico-emocional adequado. O conhecimento destas estratégias famílias foi então possível ao reescrever as questões de investigação de “Que tipo de problemas têm as crianças devido ao heterossexismo e opressão social?” para “Como é que as crianças e as famílias se mantêm estáveis e saudáveis apesar do heterossexismo e opressão social com que são confrontadas?” (Laird, 1994, 1996; Litovich & Langhout, 2004).

O presente estudo utiliza um desenho de investigação qualitativo, com dois principais objetivos. O primeiro objetivo é o de caracterizar as famílias homoparentais em Portugal, vias para a parentalidade e configurações familiares. O segundo objetivo é o de explorar as experiências únicas e específicas destas famílias, tendo em conta, nomeadamente, o desejo e experiências de parentalidade, a gestão da opressão social e experiências de discriminação, e os fatores de proteção e estratégias de coping intra e extrafamiliares para fazer face à opressão social sentida. Não obstante, tem-se encontrado alguma heterogeneidade nas famílias homoparentais participantes. No que diz respeito às vias de parentalidade, foram encontrados quatro principais grupos de famílias: (1) famílias planeadas de uma mulher lésbica ou um casal de duas mulheres; (2) famílias planeadas de um homem gay ou de um casal de homens; (3) famílias de uma mulher lésbica ou bissexual que foi mãe em relação heterossexual anterior; e (4) famílias de um homem gay ou bissexual que foi pai em relação heterossexual anterior. Desta forma, e porque as experiências intrafamiliares são diferentes entre estes grupos, em particular entre os grupos de famílias planeadas e os grupos de famílias reconstituídas, as suas experiências extrafamiliares, ao nível do suporte social, integração comunitária, aceitação e opressão social são também diferentes.

Os dados são recolhidos através de um questionário de caracterização sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada. A entrevista foi desenvolvida no seguimento dos objetivos propostos, e dividida em cinco grandes temas: (1) Constituição familiar; (2) Experiências de parentalidade; (3) Suporte social e aceitação familiar; (4) Experiências de opressão social e de discriminação; e (5) Fatores de proteção. Foi escolhido como método qualitativo a entrevista semiestruturada por permitir recolher informação sobre os temas previamente definidos e simultaneamente permitir que as famílias falem livremente sobre as suas experiências, emoções e problemáticas. Assim, dos temas definidos foram elaboradas as respetivas questões, ainda que a sua sequência seja flexível por forma a que o processo de entrevista seja mais guiado pela família do que pelo investigador. Para a análise das entrevistas utiliza-se o método Análise Interpretativa Fenomenológica (IPA; Interpretative Phenomenological Analysis) desenvolvida por Smith (1996). O método IPA tem como objetivo documentar, e posteriormente interpretar, a forma como os 'fenómenos', as experiências subjetivas são vividos pelas pessoas, sendo o propósito do investigador que utiliza este método interpretar e fazer sentido dos fenómenos relatados. Parte-se do particular – alguns casos – para o geral – uma população; não sendo, contudo, objetivo principal a generalização para toda a população, mas antes a forma como pessoas que partilham determinadas características vivenciam os fenómenos nas suas divergências e convergências em detalhe (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Um exemplo

Anabela e Catarina , de 38 e 39 anos respetivamente, são um casal há 11 anos e casadas há 1 ano. São mães de uma menina de 3 anos de idade, concebida por inseminação artificial caseira com dador

conhecido. Durante a entrevista conversou-se sobre as diferentes etapas do projeto de parentalidade, desde as primeiras conversas do casal sobre o tema, desejos de parentalidade individuais, às experiências de parentalidade. De acordo com o problema colocado neste estudo, foram também exploradas as experiências de opressão social de acordo com o seu significado para esta família.

Uma das primeiras perguntas colocadas pelo investigador foi sobre as principais preocupações que tinham em relação à educação da sua filha, tendo a mãe social manifestado a seguinte preocupação:

“A minha principal preocupação tem a ver com o facto de eu não ser, de facto, ou melhor sou de facto mas não sou de lei, eu sou mãe de facto mas não sou mãe de lei. E isso implica que a Inês não tem direito à minha figura parental não é. E isso assusta bastante porque imaginemos que acontece alguma coisa e é preciso eu decidir no momento, e eu não passo de uma estranha não é, para um hospital não passo de uma estranha”

Semelhante preocupação foi verbalizado pela mãe biológica, mais tarde na entrevista, referindo-se às consequências da falta de legitimação legal do papel da mãe social:

“No nosso dia-a-dia a nossa relação com a Inês é super igualitária, não... não pensamos nisso sequer, nem ela pensa (...) Mas no entanto (...) temos uma espada sobre a cabeça se me acontece alguma coisa a mim... Percebe, isso é... é muito, muito complicado. É muito complicado de gerir no dia-a-dia... e nós não somos caso único, de todo, de todo. (...) As pessoas de uma forma geral, o que nos une é a fragilidade não é... perante a lei. E a fragilidade das nossas crianças que ainda é pior.”

Perante esta e outras experiências de opressão social, foi mais tarde conversado sobre os fatores de proteção utilizadas pelas mães para

fazer face a sentimentos de isolamento e de fragilidade. Para além de uma rede social de qualidade de que gozam, tanto por parte das respetivas famílias de origem como por parte das amizades que mantêm, ambas as mães mantêm-se ativas na comunidade LGBT , mas também na procura de famílias com um contexto e configuração semelhantes:

“Nós estamos sempre a pensar e (...) pelo menos é a minha forma de fazer e de viver, aumentar a rede. Gosto de gostar de pessoas, e de ter amigos e portanto essa parte é importante. E depois são pessoas que tem muitas coisas em comum connosco, nomeadamente um desejo de parentalidade tão forte que à partida, mesmo sendo lésbicas ou gays, deram-se ao trabalho de ultrapassarem todos os obstáculos para concretizar o desejo de parentalidade. (...) E depois gosto de conversar sobre a troca de experiências exatamente por isso, porque também queremos preparar a Inês e queremos saber com o que contamos, e é bom ouvir as experiências, por um lado isto por nós, e depois por outro lado apesar de ela ser muito pequenina mas é óbvio que é bom também para ela ter exatamente a mesma coisa não é, pares no futuro a quem, que já tenham passado por isso ou que ela possa ajudar a passar por alguma dificuldade, por algum problema.”

Esta estratégia, específica de famílias homoparentais, revela uma das formas encontradas por estas mães para se protegerem da discriminação exterior, e, desta forma, anteciparem futuros problemas que a filha poderá encontrar com base na sua configuração familiar. Esta troca de experiências tem sido reportada na literatura como uma das estratégias mais frequentemente evocadas tanto por pais e mães LGBT, como por potenciais pais e mães LGBT que ultrapassa a questão da proteção e sublinha a procura de pertença, mesmo de comunidade:

“Uma família arco-íris, mas também de sermos uma família de ativistas porque, porque damos acesso a por exemplo irmos a Paris em 2010 com um encontro Europeu cheio de crianças. E depois estivemos em Espanha num encontro de famílias LGBT também, com 300 e tal famílias... foi fantástico. (...) Mas daí a achar que é uma sorte... não sei. Na verdade, qualquer pessoa pode ir, mas para mim e acho que a Inês também gostou, e vai gostando cada vez mais, e toda a gente... são momentos super fortes, e super importantes. Acabam por se criar laços fortes, e isso é.. não tanto pelos miúdos, pelo menos não na idade da Inês os outros sim, vê-se que sim, mas com adultos isso é uma experiência como família muito gira.”

A divulgação da orientação sexual das mães sob a forma da configuração familiar é outra das tarefas específicas das famílias homoparentais. Enquanto que famílias cujas crianças foram concebidas em relações heterossexuais optam com frequência pela ocultação da orientação sexual, a grande maioria das famílias planeadas gays e lésbicas preparam e antecipam formas de divulgação ganhando assim forma de fator de proteção da família.

“Eu acho que nós também nunca fizemos qualquer tipo de conversa de segredo sobre, sobre a nossa família junto da escola, isso era extremamente importante que a escola soubesse, e soubesse lidar com o assunto. (...) Aliás, nós a primeira vez que fomos visitar a escola, fomos escolher a escola, fomos os 5, a Inês tinha aí um mês. Fomos os 5. Portanto contámos logo, e explicámos logo como é que as coisas eram.”

Neste caso em particular, “os 5” refere-se a um esquema de coparentalidade em que o sistema familiar constituído pelas duas mães e a criança, compartilham as funções parentais com um casal de dois homens. A mãe prossegue explicando que a abertura perante

a escola não é uma estratégia circunscrita, mas sim uma atitude geral tanto no seio da família como na relação com o exterior:

“Eu (...) acho que o caminho para que haja problemas é exatamente o tratar da família, da constituição da família, como se fosse um problema. Não é? Não... não há nada como explicar, e falar, e conversar, e dizer tudo, e ser claro, e estar disponível para esclarecer dúvidas, sejam internas ou externas o que for, mas... sempre com as cartas na mesa. Sem fantasmas.”

Assim, são estas estratégias, planeadas e conscientes, que permitem que as famílias confrontem um exterior discriminatório. A elaboração destas e outras estratégias são também inculcadas às crianças no sentido de lhes dar ferramentas para se protegerem de potenciais situações vitimizantes, permitindo-lhes desta forma manter elevados níveis de ajustamento comportamental e psicológico, e uma boa integração social. Se o problema de investigação fosse colocado como “Que tipo de problemas têm as crianças (ou o sistema familiar) devido ao heterossexismo e opressão social?”, não teríamos acesso às estratégias de gestão da configuração familiar e da sua integração nos diferentes contextos, que se sabe serem fundamentais para a qualidade das dinâmicas familiares e para o bom desenvolvimento das crianças.

Referências

- Allen, M. & Burrell, N (1996). Comparing the impact of homosexual and heterosexual parents on children: meta-analysis of existing research. *Journal of Homosexuality*, 32, 19-35.
- Anderssen, N., Amlie, C. & Ytteroy, E. A. (2002). Outcomes for children with lesbian or gay parents: a review of studies from 1978 to 2000. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 335-351.

- Bos, H. M. W. & van Balen, F. (2008). Children in planned lesbian families: Stigmatization, psychological adjustment and protective factors. *Culture, Health & Sexuality*, 10, 221-236.
- Bos, H. M. W., van Balen, F. & van den Boom, D. (2004). Experience of parenthood, couple relationship, social support, and child-rearing goals in planned lesbian mother families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 755-764.
- Bos, H. M. W., van Balen, F. & van den Boom, D. C. (2005). Lesbian families and family functioning: an overview. *Patient Education and Counseling*, 59, 263-275.
- Bryant, A. S. & Demian (1994). Relationship characteristics of American gay and lesbian couples: findings from a national survey. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 1, 101-117.
- Costa, P. A., Pereira, H. & Leal, I. (2011a, Julho). Desenvolvimento da escala revista de ajustamento diádico (RDAS) com casais do mesmo sexo. Sessão de posters apresentados no VIII Congresso Iberoamericano / XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica, Lisboa.
- Costa, P. A., Pereira, H. & Leal, I. (2011b, Julho). Validade retrospectiva da RDAS em relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo. Sessão de posters apresentados no VIII Congresso Iberoamericano / XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica, Lisboa.
- Costa, P. A., Pereira, H. & Leal, I. (2012). [Competências parentais e desenvolvimento socio-emocional de crianças em famílias homoparentais]. Dados de investigação não publicados.
- Commissioner for Human Rights (2011, June). Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Clarke, V. (2002). Sameness and difference in research on lesbian parenting. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 210-222.
- Crowl, A., Ahn, S. & Baker, J. (2008). A meta-analysis of developmental outcomes for children of same-sex and heterosexual parents. *Journal of GLBT Family Studies*, 4, 385-407.
- Fairtlough, A. (2008). Growing up with a lesbian or gay parent: young people's perspectives. *Health and Social Care in the Community*, 16, 521-528.

- Gabb, J. (2001). Desirous subjects and parental identities: constructing a radical discourse on (lesbian) family sexuality. *Sexualities*, 4, 333-352.
- Hash, K. M. & Cramer, E. P. (2003). Empowering gay and lesbian caregivers and uncovering their unique experiences through the use of qualitative methods. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 15, 47-63.
- Johnson, S. M. & O'Connor, E. (2002). *The gay baby boom: The psychology of gay parenthood*. New York: New York University Press.
- Laird, J. (1994). Lesbian families: A cultural perspective. *Smith College Studies in Social Work*, 64, 263-296.
- Laird, J. (1996). Family-centered practice with lesbian and gay families. *Families in Society*, 77, 559-572.
- Litovich, M. L. & Langhout, R. D. (2004). Framing heterosexism in lesbian families: a preliminary examination of resilient coping. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14, 411-435.
- Patterson, C. J. (1992). Children of lesbian and gay parents. *Child Development*, 63, 1025-1042.
- Patterson, C. J. (2006). Children of lesbian and gay parents. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 241-244.
- Patterson, C. J. & Redding, R. (1996). Lesbian and gay families with children: Public policy implications of social science research. *Journal of Social Issues*, 52, 29-50.
- Perelson, S. (2006). A parentalidade homossexual: uma exposição do debate psicanalítico no cenário francês atual. *Revista de Estudos Feministas*, 14, 709-730.
- Robitaille, C. & Saint-Jacques, M.-C. (2009). Social stigma and the situation of young people in lesbian and gay stepfamilies. *Journal of Homosexuality*, 56, 421-442.
- Ryan, S. (2007). Parent-child interaction styles between gay and lesbian parents and their adopted children. *Journal of GLBT Family Studies*, 3, 105-132.
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11, 261-271.
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, method and research*. London: Sage Publications.

- Stacey, J. (1996). *In the name of the family: rethinking family values in the postmodern age*. Boston, MA: Beacon Press.
- Stacey, J. & Biblarz, T. J. (2001). (How) does the sexual orientation of parents matter? *American Sociological Review*, 66, 159-183.
- US Census Bureau (2003). *Married couple and unmarried-partner households: 2000-Census 2000 special reports*. Acedido em Fevereiro 2011: <http://www.census.gov/prod/2003pubs/censr-5.pdf>.

DETERMINANTES PSICOLÓGICOS E HORMONAIS DO DESEJO SEXUAL

Rui Miguel Costa

A falta de desejo sexual tem uma prevalência alta na população geral e afecta pessoas de todas as idades (Brotto, 2010; Stuckey, 2008). Desde há muito que se reconhece que a testosterona (T) tem um papel importante no desejo sexual. Contudo, a falta de desejo é muito provavelmente multifactorial e o papel desempenhado por factores psicológicos poderá explicar porque é que nem sempre se encontraram relações significativas entre a T e o desejo, incluindo em mulheres em idade reprodutiva e em homens com níveis normais de T (Isidori et al., 2005; Stuckey, 2008; Woodis, McLendon, & Muzyk, 2012).

Entre os factores psicológicos que poderão contribuir para a ausência de correlação entre a T e o desejo sexual poderão estar traços de personalidade caracterizados por dificuldades em perceber emoções. Tais traços incluem a alexitimia (dificuldade na percepção e expressão de emoções) (Taylor, Bagby, & Parker, 1997) e mecanismos de defesa de defesa (processos psicológicos automáticos para lidar com o mal-estar desencadeado por um dado stressor toldando a consciência desse mesmo stressor ou de emoções por ele provocadas) (APA, 1995). Os mecanismos de defesa foram primeiramente conceptualizados por psicanalistas, mas também podem ser concebidos, fora da esfera do pensamento psicanalítico, como estilos cognitivos e comportamentais para lidar com o stress (coping styles). A possibilidade de que dificuldades em perceber emoções seja uma determinante da falta de desejo é confirmada por

estudos que mostram que a alexitimia está associada a desejo sexual hipoactivo em ambos os sexos (Madioni & Mammana, 2001) e que certos mecanismos de defesa (tal como dificuldades em perceber acontecimentos mentais e sensoriais em geral) são factores importantes na etiologia de vários problemas sexuais, que se associam à falta de desejo (Brody, Houde, & Hess, 2010; Costa & Brody, 2010). Contudo, o papel que a alexitimia e os mecanismos de defesa desempenham na discordância entre a T e o desejo sexual nunca foi investigado. Tal investigação é pertinente, uma vez que psicoterapia pode intervir eficazmente na redução da alexitimia e do uso de mecanismos de defesa (Bond, 2004; Spek, Nyklicek, Cuijpers, & Pop, 2008).

Para além disso, tem sido demonstrado que a T tem efeitos positivos no humor (Davison & Davis, 2011; Goldstat, Briganti, Tran, Wolfe, & Davis, 2003; Pope, Cohane, Kanayama, Siegel, & Hudson, 2003; Schmidt et al., 2004; Shifren et al., 2000), mas que também pode aumentar a agressividade (O'Connor, Archer, & Wu, 2004; Schmidt et al., 2004). Todavia, a investigação também é inconclusiva a este respeito (Alexander et al., 1997; Andersen & Tufik, 2008; O'Connor et al., 2004; Persky et al., 1982; Schiavi, White, Mandeli, & Levine, 1997; Tricker et al., 1996). Ora, uma vez que a alexitimia e vários mecanismos de defesa estão associados a depressão e agressividade (Bond, 2004; Spek et al., 2008; Spitzer, Siebel-Jurges, Barnow, Grabe, & Freyberger, 2005), é plausível que obstáculos à percepção emocional se possam traduzir em depressão e tendências agressivas, mas há falta de investigação sobre as inter-relações da T, do humor e da capacidade de perceber as emoções.

A presente investigação tem como objectivo preencher esta lacuna. Aumentos de T são observados em machos de várias espécies cerca de 20 minutos após exposição não-táctil a fêmeas ou aos seus odores

(Roney, Lukaszewski, & Simmons, 2007). Em humanos, uma série de estudos tem mostrado que estímulos sexuais visuais, fantasia sexual auto-induzida, ou interações com o sexo oposto produzem uma elevação de T salivar entre 20 e 35 minutos após o início da exposição ao estímulo. Estes estudos também demonstram que há correlações directas entre a resposta da T e indicadores de interesse sexual em resposta aos estímulos (Goldey & van Anders, 2011b; Lopez, Hay, & Conklin, 2009; Roney et al., 2007). Contudo, estas correlações directas têm frequentemente uma dimensão modesta ou nem sempre se verificam (Goldey & van Anders, 2011b; Lopez et al., 2009; Roney et al., 2007). Assim, um objectivo principal desta investigação é avaliar a resposta de T e de desejo sexual subjectivo suscitados por estímulos sexuais e, seguidamente testar se a discordância entre a T e o desejo é (pelo menos parcialmente) explicada pela alexitimia e por vários mecanismos de defesa. Um outro objectivo é testar a hipótese de que pessoas com maior discordância entre a T e o desejo provocados pelo estímulo sexual têm maior probabilidade de sofrerem de sintomatologia depressiva e/ou serem mais agressivas (diferentes aspectos da agressividade serão avaliados separadamente; e. g. agressão verbal, agressão física, hostilidade) e se estas hipotéticas relações são explicadas pela alexitimia e por mecanismos de defesa. Objectivos adicionais incluem verificar como o desejo sexual (sentido durante o

mês passado) se relaciona com os níveis basais de T, com as diferentes variáveis psicológicas, e com a concordância entre a resposta hormonal e a resposta de desejo após exposição aos estímulos. Também se examinará se a discordância entre os níveis basais de T e o desejo sentido durante os últimos 30 dias está associada a alexitimia, mecanismos de defesa, agressividade e depressão. Porque em homens os problemas erécteis estão

relacionados com a alexitimia (Madioni & Mammana, 2001; Michetti, Rossi, Bonanno, Tiesi, & Simonelli, 2006), as relações entre a função erétil e as diferentes variáveis hormonais e psicológicas também serão investigadas.

A má qualidade de sono está associada baixos níveis de T, perturbações psicológicas e problemas sexuais (Andersen, Alvarenga, Mazaro-Costa, Hachul, & Tufik, 2011; Andersen, Santos-Silva, Bittencourt, & Tufik, 2010; Schnatz, Whitehurst, & O'Sullivan, 2010; Sowers et al., 2008). Como tal, o seu papel nas relações entre a T e o desejo também será investigado.

Estão planeados três estudos em população não clínica, cada um com uma amostra entre 150-200 participantes de ambos os sexos. Os três estudos diferirão no tipo de estímulo sexual apresentado: 1) fantasia auto-induzida através do preenchimento dum questionário em computador com perguntas sobre um hipotético encontro com um(a) parceiro(a) sexual, 2) filme com actividade sexual explícita, 3) filme romantico/erótico com uma cena de sedução entre um homem e uma mulher, mas sem actividade sexual explícita. Todos estes estímulos podem desencadear quer uma experiência de desejo e excitação sexuais, quer uma resposta de T (Carvalheira, Brotto, & Maroco, 2011; Goldey & van Anders, 2011a, 2011b; Hellhammer, Hubert, & Schurmeyer, 1985; Lopez et al., 2009), mas é possível que haja diferenças entre sexos na susceptibilidade à resposta consoante a modalidade de estímulos (Lopez et al., 2009).

Averiguar se tais diferenças entre sexos existem é um objectivo adicional. O estudo envolvendo o método de fantasia auto-induzida está presentemente a decorrer. No caso dos estímulos visuais, também serão estudadas as relações entre as variáveis hormonais e

psicológicas e as respostas do sistema nervoso autónomo (batimento cardíaco e nível de condutância dérmica) aos estímulos.

A medição da T far-se-á a partir de amostras de saliva, um método não invasivo e validado, que reflecte a porção de T biodisponível (livre para se ligar aos receptores e exercer os seus efeitos) (Goldey & van Anders, 2011).

Realizar-se-ão outras investigações para responder a questões levantadas pelas anteriores e explorar outros factores psicológicos. Para além da capacidade em perceber alterações emocionais, outros traços de personalidade poderão moderar as correlações entre a T e o desejo sexual, tais como extroversão, procura de sensações, dominância e tendência para o risco. Estes traços têm sido relacionados com a T (Roney et al., 2007) e deixam em aberto a questão se a correlação entre a T e o desejo será mais forte em pessoas com pontuações mais altas nas medidas que os avaliam.

Referências

- Alexander, G. M., Swerdloff, R. S., Wang, C., Davidson, T., McDonald, V., Steiner, B., et al. (1997). Androgen-behavior correlations in hypogonadal men and eugonadal men. I. Mood and response to auditory sexual stimuli. *Hormones and Behavior*, 31, 110-119.
- Andersen, M. L., Alvarenga, T. F., Mazaro-Costa, R., Hachul, H. C., & Tufik, S. (2011). The association of testosterone, sleep, and sexual function in men and women. *Brain Research*, 1416, 80-104.
- Andersen, M. L., Santos-Silva, R., Bittencourt, L. R., & Tufik, S. (2010). Prevalence of erectile dysfunction complaints associated with sleep disturbances in Sao Paulo, Brazil: a population-based survey. *Sleep Medicine*, 11, 1019-1024.
- Andersen, M. L., & Tufik, S. (2008). The effects of testosterone on sleep and sleepdisordered breathing in men: Its bidirectional interaction with erectile dysfunction. *Sleep Medicine Reviews*, 12, 365-379.

- APA. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition, International Version: American Psychiatric Association: Washington DC 1995, pp.769-5.
- Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 263-278.
- Brody, S., Houde, S., & Hess, U. (2010). Greater tactile sensitivity and less use of immature psychological defense mechanisms predict women's penile-vaginal intercourse orgasm. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 3057-3065.
- Brotto, L. A. (2010). The DSM diagnostic criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in men. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2015-2030.
- Carvalho, A., Brotto, L. A., & Maroco, J. (2011). Portuguese version of Cues for Sexual Desire Scale: the influence of relationship duration. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 123-131.
- Costa, R. M., & Brody, S. (2010). Immature defense mechanisms are associated with lesser vaginal orgasm consistency and greater alcohol consumption before sex. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 775-786.
- Davison, S. L., & Davis, S. R. (2011). Androgenic hormones and aging - The link with female sexual function. *Hormones and Behavior*, 59, 745-753.
- Goldey, K. L., & van Anders, S. M. (2011a). Sexual Thoughts: Links to Testosterone and Cortisol in Men. *Archives of Sexual Behavior*, in press.
- Goldey, K. L., & van Anders, S. M. (2011b). Sexy thoughts: Effects of sexual cognitions on testosterone, cortisol, and arousal in women. *Hormones and Behavior*, 59, 754-764.
- Goldstat, R., Briganti, E., Tran, J., Wolfe, R., & Davis, S. R. (2003). Transdermal testosterone therapy improves well-being, mood, and sexual function in premenopausal women. *Menopause*, 10, 390-398.
- Hellhammer, D. H., Hubert, W., & Schurmeyer, T. (1985). Changes in saliva testosterone after psychological stimulation in men. *Psychoneuroendocrinology*, 10, 77-81.
- Isidori, A. M., Gianetta, E., Gianfrilli, D., Greco, E. A., Bonifacio, V., Aversa, A., et al. (2005). Effects of testosterone on sexual function in men: results of a metaanalysis. *Clinical endocrinology*, 63, 381-394.

- Lopez, H. H., Hay, A. C., & Conklin, P. H. (2009). Attractive men induce testosterone and cortisol release in women. *Hormones and Behavior*, 56(1), 84-92.
- Madioni, F., & Mammana, L. A. (2001). Toronto Alexithymia Scale in outpatients with sexual disorders. *Psychopathology*, 34, 95-98.
- Michetti, P. M., Rossi, R., Bonanno, D., Tiesi, A., & Simonelli, C. (2006). Male sexuality and regulation of emotions: a study on the association between alexithymia and erectile dysfunction (ED). *International Journal of Impotence Research*, 18, 170-174.
- O'Connor, D. B., Archer, J., & Wu, F. C. (2004). Effects of testosterone on mood, aggression, and sexual behavior in young men: a double-blind, placebo-controlled, cross-over study. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 89, 2837-2845.
- Persky, H., Dreisbach, L., Miller, W. R., O'Brien, C. P., Khan, M. A., Lief, H. I., et al. (1982). The relation of plasma androgen levels to sexual behaviours and attitudes of women. *Psychosomatic Medicine*, 44, 305-319.
- Pope, H. G., Jr., Cohane, G. H., Kanayama, G., Siegel, A. J., & Hudson, J. I. (2003). Testosterone gel supplementation for men with refractory depression: a randomized, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 105-111.
- Roney, J. R., Lukaszewski, A. W., & Simmons, Z. L. (2007). Rapid endocrine responses of young men to social interactions with young women. *Hormones & Behavior*, 52, 326-333.
- Schiavi, R. C., White, D., Mandeli, J., & Levine, A. C. (1997). Effect of testosterone administration on sexual behavior and mood in men with erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 231-241.
- Schmidt, P. J., Berlin, K. L., Danaceau, M. A., Neeren, A., Haq, N. A., Roca, C. A., et al. (2004). The effects of pharmacologically induced hypogonadism on mood in healthy men. *Archives of General Psychiatry*, 61, 997-1004.
- Schnatz, P. F., Whitehurst, S. K., & O'Sullivan, D. M. (2010). Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic. *Journal of Women's Health*, 19, 1843-1849.
- Shifren, J. L., Braustein, G. D., Simon, J. A., Casson, P. R., Buster, J. E., Redmond, G. P., et al. (2000). Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *New England Journal of Medicine*, 343, 682-688.

- Sowers, M. F., Zheng, H., Kravitz, H. M., Matthews, K., Bromberger, J. T., Gold, E. B., et al. (2008). Sex steroid hormone profiles are related to sleep measures from polysomnography and the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep*, 31, 1339-1349.
- Spek, V., Nyklicek, I., Cuijpers, P., & Pop, V. (2008). Alexithymia and cognitive behaviour therapy outcome for subthreshold depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 164-167.
- Spitzer, C., Siebel-Jurges, U., Barnow, S., Grabe, H. J., & Freyberger, H. J. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 240-246.
- Stuckey, B. G. (2008). Female sexual function and dysfunction in the reproductive years: the influence of endogenous and exogenous sex hormones. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2282-2290.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press: Cambridge.
- Tricker, R., Casaburi, R., Storer, T. W., Clevenger, B., Berman, N., Shirazi, A., et al. (1996). The effects of supraphysiological doses of testosterone on angry behavior in healthy eugonadal men--a clinical research center study. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 81, 3754-3758.
- Woodis, C. B., McLendon, A. N., & Muzyk, A. J. (2012). Testosterone supplementation for hypoactive sexual desire disorder in women. *Pharmacotherapy*, 32, 38

PSICOTERAPIA EXISTENCIAL COM CRIANÇAS EM CONTEXTO INSTITUCIONAL / COMUNITÁRIO - INTEGRANDO A TEORIA E A PRÁTICA

Branca Sá Pires

“Man’s freedom is not from conditions but freedom to take a stand on whatever conditions might confront him.” (Frankl, 1959)

Como psicóloga clínica e psicoterapeuta existencial, tenho a oportunidade de trabalhar com pessoas que vivem em situação de carência económica e social graves, num contexto muito diferente do clássico setting privado. Como tal, o pedido que me é geralmente apresentado surge submerso num mar de dificuldades de vida que são concretas, graves e muitas vezes incontornáveis. Estar perante alguém que pede apoio psicológico enquanto está a passar por uma fase de crise económica – real - há anos, muitas vezes com pouco acesso a comida, a uma habitação adequada às necessidades familiares, e com uma grande dificuldade em saber que caminhos seguir para mudar a sua situação de vida é sem dúvida um desafio. No caso de crianças, a situação é ainda mais complexa pois estas são muito dependentes dos pais/cuidadores para poderem sobreviver. Cuidadores estes que mal conseguem cuidar de si-mesmos. Muitas destas crianças sempre viveram assim... no limite do aceitável, vivendo uma vida de sobrevivente na selva que são as nossas cidades ditas modernas. Estar perante uma criança que sempre viveu na desordem, no caos concreto e afectivo, com sucessivas perdas e poucos ganhos, que desde sempre aprendeu que mais vale desistir, é também em si um grande desafio.

A Psicoterapia Existencial, com o seu enfoque no outro como Ser-no-mundo, aborda toda a Existência da Pessoa. Como tal, o trabalho efectuado é sempre situado na facticidade da vida do cliente, seja ele um milionário ou uma pessoa a viver abaixo do limiar da pobreza. O contexto em que a pessoa vive não é ignorado, mas sim acolhido, respeitado e aceite como parte do seu mundo, tal qual ela o experimenta. Desta forma, a Psicoterapia Existencial vem-nos ensinar não há acessão de pessoas no que se refere à psicoterapia, não há casos mais ou menos indicados em si.

Com este texto espero ilustrar como a Psicoterapia Existencial pode ser útil no acompanhamento de crianças em situação de vulnerabilidade psico-social com muito poucos recursos. Apresento um estudo de caso que revela como a teoria pode guiar a prática e assim ajudar o outro em sofrimento. Apenas foco nos aspectos teóricos que melhor se relacionam com o caso, não tentando fazer uma exploração exaustiva de tudo o que a teoria da abordagem Existencial tem para oferecer. É importante sublinhar que este texto descreve o meu modo de estar em psicoterapia, e como tal, reflecte a minha apropriação pessoal da teoria, adaptada especificamente à Joana.

Os dados aqui apresentados foram alterados de forma a poder proteger a identidade dos participantes.

Acerca da Psicoterapia Fenomenológico-Existencial

A Psicoterapia Fenomenológico-Existencial segue como metodologia principal a Fenomenologia, e como base teórica para a compreensão do Outro, as Filosofias da Existência. Nesta abordagem, a psicoterapia, ao invés de focar nas vivência intra-psíquicas, é antes vista como um encontro do terapeuta com um outro Ser-no-mundo

(Heidegger, 1962), igual a si. Em sessão, a abordagem utilizada para a compreensão do outro, é o método fenomenológico, que é de um modo muito sucinto o “Estudo do fenómeno, isto é, daquilo que aparece à consciência, daquilo que é dado” (Lyotard, 1999), sendo o fenómeno, a totalidade de experiências vividas que pertencem a uma pessoa (Giorgi, 1997). Tudo o que aparece em sessão é relevante e passível de ser objecto de reflexão. Ou seja, o psicoterapeuta em clínica está perante um outro, igual a si, com a sua experiência de vida, com a sua experiência pessoal do que é para si viver. O que é trabalhado é o que concretamente é trazido para a sessão, e, para a relação terapêutica— elemento essencial da terapia. Nesta abordagem compreensiva, o terapeuta não parte de um pressuposto de saber mais do que o cliente, mas, vai a partir da atitude dialógica descobrindo o significado com o cliente, do que se revela na sessão. Um dos pressupostos do método Fenomenológico é a utilização da Epoche:

“...to set aside any initial biases and prejudices and to suspend, or bracket, all expectations and assumptions regarding the client’s statements and their implicit meaning.” (Spinelli, 2007)

O psicoterapeuta aborda o outro com uma atitude de Unknowing – com uma atitude de descoberta do outro em conjunto com o cliente. Ou seja, o terapeuta tenta “pôr em parênteses” o que sabe acerca do que é apresentado na sessão, ou acerca do outro, de modo a entrar em contacto com a experiência subjectiva do cliente, tal como é sentida pelo próprio. O que se sabe acerca do cliente (seja por experiência pessoal ou através de articulação com outros colegas –

quando isto acontece) não é ignorado nem anulado, mas é posto como que “em suspenso” de modo que não domine a relação.

O cliente, ao ser visto como um outro Ser-no-mundo, (Heidegger, 1962) e um Ser-no-mundo-com-os-outros, é assim visto como uma Pessoa sempre em relação com os outros e com o mundo, sendo a vida sempre contextualizada. “A bare subject without a world never is” (Heidegger, 1962), ou como diz Wittgenstein “ ‘p’ e não ‘q’ é impossível” (Bouwsma, 2005), ou seja há sempre relação entre o sujeito e o que o rodeia. Ludwig Binswanger, veio a elaborar este conceito de Heidegger, identificando 3 dimensões específicas da existência humana. O próprio Binswanger cunhou estes aspectos de “mundos” – Welt. Simplificando, relacionamo-nos connosco próprios (com o Eigenwelt), com os outros (Mitwelt) e com as coisas e o mundo concreto (Umwelt). Segundo este autor, não podemos fugir do facto de estarmos sempre em relação connosco e com o mundo à nossa volta, com as suas próprias limitações (Fall, Holden, & Marquis, 2004). No final dos anos 80, Emmy Van Deurzen autora contemporânea, apresenta um quarto “mundo” de relação – Ueberwelt, o mundo do transcendente, dos valores, de tudo que nos transcende (Van Deurzen 1996 e 1998 citado por Carvalho Teixeira, 2006). Apresenta-se a seguinte figura para conceptualizar estes “4 mundos”, e que ajudará à compreensão da Joana.

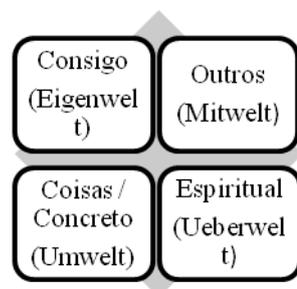


Figura 1 – “os 4 mundos” segundo Binswanger e Van Deurzen

Psicoterapia Existencial com Crianças

Na sua essência, a psicoterapia Existencial com crianças não tem de ser diferente da psicoterapia com adultos. Segue-se o método fenomenológico, e a base filosófica é a mesma. Tal como nos adultos, trabalhamos com a criança, com o que nos traz, e o enfoque não é a patologia, “O terapeuta começa onde a criança se encontra, e lida imediata e directamente com os sentimentos desta, em vez dos seus sintomas ou problemas.” - Tradução livre (Moustakas, 1970). Identificam-se no entanto duas diferenças significativas no trabalho específico com crianças, uma de cariz mais teórico e outra mais prática.

No que se refere à primeira questão teórica, se seguirmos os conceitos dos 4 mundos, apercebemo-nos que as crianças são muito mais dependentes do Mitwelt do que os adultos. Aliás, é com base na relação com os outros significativos que cada uma das outras dimensões da existência são construídas. Como tal, o peso que estes têm na vida das crianças é muito grande e deve ser tido em conta. É de tal modo importante, que ao contrário do trabalho com adultos, o terapeuta frequentemente tem de estar preparado para interagir com estes outros elementos significativos – pais, professores, terapeutas da fala, assistentes sociais etc.

Em relação à questão mais prática, se o terapeuta aborda a criança tal como esta se revela, este privilegia os principais modos de comunicação que são utilizadas, sendo que para além da comunicação verbal, há um maior espaço para a comunicação não verbal (através as expressões artísticas tais como desenho, pinturas, plasticinas e barro etc.) e para a linguagem principal da criança, que é o brincar. Como diz Garry Landreth “Os pássaros voam, os peixes nadam, as crianças brincam” (Landreth, 2002).

Joana

Acompanhei a Joana durante 16 sessões que se desenrolaram ao longo de um ano lectivo, sensivelmente de Outubro a Junho – com muitas faltas pelo meio.

O Encaminhamento.

A mãe da Joana já provinha de uma família muito carenciada. A Joana, com 8 anos, foi encaminhada pelo Hospital, que a acompanhava em pedopsiquiatria e psicologia há vários anos. A sua psicóloga anterior era voluntária e teve de deixar o Hospital, interrompendo assim o apoio psicológico.

Pedido e Contrato Terapêutico

O pedido inicial dividia-se em 3 partes: Psicoterapia para ajudar a Joana devido a a) Atraso de desenvolvimento, com deficiência motora ao nível das mãos e dos pés, comprovados por relatórios médicos, dificuldades na modulação emocional e de aprendizagem; b) Hiperactividade; c) Dar continuidade ao trabalho efectuado pela psicóloga anterior. Desde o término do acompanhamento anterior, a Joana começou a desenvolver mais dificuldades ao nível da aprendizagem, e começou a revelar muitas dificuldades ao nível do seu comportamento, em particular, no que se refere à disciplina. “Teimosa!” era sem dúvida a palavra mais usada para a descrever.

O contrato estabelecido foi de sessões semanais de 50 minutos.

A mãe tinha grandes expectativas em relação ao apoio psicológico, pedia-me para fazer “qualquer coisa, porque ela é um desastre!”.

Contexto Familiar

A Joana tinha uma experiência de vida bastante atribulada. A sua família ficou desalojada tinha ela cerca de 3 anos. Desde então viveram sempre num quarto numa instituição, onde estavam

“temporariamente” há cerca de 5 anos. Vivia neste único quarto com a mãe, o irmão de 15 anos, e duas irmãs, de 11 e 14 anos. O pai estava preso desde a altura em que a Joana nasceu, e raramente se viam. Para além do quarto, toda a vida familiar se desenrolava em espaços comuns a todos os residentes, por exemplo: refeições, casas de banho partilhadas etc. Havia também regras muito concretas em relação ao modo como podiam utilizar os serviços de água e luz, havendo pouca autonomia.

Relativamente à saúde familiar, a mãe e o irmão apresentavam problemas de saúde muito graves com frequentes hospitalizações ao longo dos anos.

Contexto Escolar

Na escola, a Joana sempre apresentara dificuldades, mas desde que tinha terminado a psicoterapia anterior, tinha piorado o seu comportamento, tornando-se mais agitada e mais irrequieta nas aulas. A Joana estava no 3º ano mas ficava à parte na sala, a fazer matéria do 1º ano de escolaridade. Frequentemente interrompia o decorrer das aulas, ao querer participar embora não desse a mesma matéria que os restantes colegas. Apenas podia utilizar lápis de cor (e não outros materiais) supostamente devido ao seu atraso de desenvolvimento. O seu colega de carteira três vezes por semana, e seu único amigo (segundo a própria) era um menino com paralisia cerebral grave.

Fase 1 – O início

Aquando a sua 1ª consulta comigo parecia pouco desenvolvida para a idade, tanto fisicamente como a nível dos seu comportamento. Era pequenina para a idade, magrinha, aparentava ter um atraso de

desenvolvimento pela sua fisionomia - com olhos grandes mas inquisitivos que ainda pareciam maiores devido aos óculos que usava. Babava-se regularmente também. Ao primeiro contacto parecia tímida, ligeiramente assustadiça, mas curiosa em conhecer-me. Relativamente à sua motricidade, o que se destacava era a sua agitação motora.

A mãe ao descreve-la dizia-me que levava todos à loucura. Estava muito fragilizada e dizia “já não sei o que fazer!”, ou “já ninguém pode com ela”, “é mesmo chatinha”!. A mãe falava assim na presença da filha. Não tinha nenhum controlo sobre ela, embora fosse visível que tinham um relacionamento afectuoso. Apresentou-me logo cópias dos relatórios de avaliações prévias, inclusive testes cognitivos, que demonstravam que a Joana tinha uma debilidade mental ligeira.

Nas sessões, a Joana era muito irrequieta. Na mesma sessão além de saltitar de actividade em actividade, ia inúmeras vezes à janela ver a mãe, pedia frequentemente para ir à casa de banho para “não fazer nada”, queria entrar e sair da sala sem pedir licença, ficar a olhar para as pessoas na rua e mexer em tudo. Apresentava um modo de brincar típico de crianças em sofrimento ou perturbadas. (Moustakas C., 1953).

Inicialmente, apenas queria brincar com a plasticina. Trocava o sexo às personagens das suas histórias, e fazia o mesmo quando brincava com bonecos, tudo era muito confuso. A maior parte dos bonecos das suas histórias estavam doentes, e comiam em grandes grupos à volta da mesa de jantar. (Autêntico reflexo da sua vida familiar.)

O seu jogo preferido em sessão era brincar às professoras, onde era uma professora ríspida e exigente. Aproveitava esses momentos para tentar perceber e integrar matéria da escola.

Com o passar do tempo, comecei a ver uma espécie de padrão no “ir à casa de banho”. Parecia que fugia para lá, como se fosse o seu refúgio. Começou a ir à casa de banho cada vez mais perto do fim da sessão. Comecei a pôr a hipótese que o “ir à casa de banho” funcionava como um uma espécie de almofada entre a sessão e a vida no exterior, um esquema para se acalmar antes de enfrentar o mundo. Deixava-a ir à casa de banho, quando pedia, mas acompanhava-a sempre, e ficava fora da casa de banho, à porta e esperava sempre que saísse por seu próprio pé, sem a ir buscar, respeitando a sua necessidade de ali estar.

Houve um dia que me marcou particularmente. Fomos lavar as mãos à casa de banho nesse dia pois tínhamos estado a trabalhar com tinta, e quando estiquei o braço para pegar no sabonete ela encolheu-se toda como se lhe fosse bater.

T - “oh Joana... eu não te vou bater!”

Ela fica com os olhos arregalados, em choque. Aninha a cabeça na minha barriga, e abraça-me. Quando a vou entregar à mãe, volta atrás, vem dar-me um beijinho (antes não acontecia) e dá-me um GRANDE abraço (pendura-se literalmente no meu pescoço). Quando vai ter com a mãe, dá-lhe também um grande abraço. A mãe é muito carinhosa e acolhedora e parecia um pouco surpreendida com aquela situação. Houve um momento de ligação especial difícil de descrever, mas foi um marco na relação terapêutica. Foi nesse dia que não só descobri o quão bom era o relacionamento com a mãe, como me apercebi que lhe costumavam bater – especialmente colegas da escola e o irmão (contou-me mais tarde). Esta criança que era o terror para toda a gente na sua vida, conseguia afinal ser meiga e carinhosa e o que estava era sempre muito assustada e baralhada.

Foi logo no início também que começou a irregularidade das consultas devido às suas dificuldades económicas e fraca rede de suporte social.

Fase 2 - Estar-com a Joana, tal como se encontrava.

Nesta fase começou a ser tremendamente “queixinhas” e “refilona”. Embora a agitação motora começasse a decrescer, tudo a perturbava e queixava-se de tudo com muita veemência. Falava rápido e atrapalhava-se a falar, parecia que vinha da rua com uma sobrecarga de informação e que estava a tentar processar tudo ao mesmo tempo. Frequentemente gritava, e por vezes soltava uma espécie de grito, que era muito intenso, mas cujo volume era muito baixo: “aaagghhhh!” – quase inaudível, mas nitidamente uma expressão de desconforto. Tal como é descrito por Moustakas, (1970), o seu foco de agressividade (demonstrado num grande desconforto e “rabugice”) ia-se tornando mais focalizado e não era apenas um mau-estar disperso, o que era indicativo que de alguma forma estávamos no bom caminho. Procurava a mãe à janela, mas começava a verbalizá-lo antes de ir. Passo a passo, ia elaborando os seus sentimentos. Por exemplo: começou a explicar que tinha medo que a mãe se fosse embora e também que tinha medo do escuro.

No entanto, nesta fase, as sessões eram difíceis. Era como se durante a sessão inteira ela apenas rezingava, parecia desconfortável. Quando ia ao WC, parecia começar a gostar do facto de eu ficar fora, à porta e era como se apreciasse a minha “companhia” do outro lado da porta. Esta situação parecia-me pouco ortodoxa. Penso que ao deixá-la sair a seu tempo, sem insistir foi também importante para a nossa relação, e para a sua autoestima. Quando finalmente saía,

recebia feedback positivo meu (honesto e verdadeiro) que a ia fazendo sentir-se mais competente e com mais autocontrole.

A dada altura, a mãe tem uma sessão comigo em que leva o irmão. Nesse dia comecei a pensar como seria viverem todos juntos no mesmo quarto: ele era alto e de grande porte, com 15 anos era muito maior que eu! Apercebi-me que não tinha muita noção da sua força, e pensei nas lutas que tinham, que às vezes a Joana descrevia. Com a mãe, fui abordando a importância de acabar com a agressividade física na vida da Joana quanto antes, ela esforçava-se e lá foi cumprindo com o que lhe era pedido. Ao longo do acompanhamento, a mãe ia-me pedindo mais soluções concretas para lidar com a filha. Ao tentar explorar quais as dificuldades que tinha com a Joana o que surgia era acima de tudo, o não conseguir manter limites e impor-se. Como habitavam todos no mesmo espaço, não conseguia impor regras, por exemplo: se queria que as filhas fossem dormir mais cedo, tinha de desligar as luzes, o que implicava que se desligavam as luzes para todos, mesmo os que ficariam acordados. Ao explorarmos a questão do WC, descobrimos que a Joana fugia para lá sempre que a aborreciam, como se fosse o seu refúgio – indo de encontro ao que eu própria sentia nas sessões. Era o único sítio em que podia fechar a porta e estar sozinha quando tudo se tornava demasiado intenso. Revi com a mãe a importância do feedback positivo, e de “apanhar a filha a fazer coisas bem”. Também tentei ajuda-la a ser mais coerente no modo como impunha os limites, embora fosse muito difícil.

Fase 3 – Da Angústia à “Revelação”- da Teoria à Prática

Nesta 3ª fase, com a relação terapêutica bem estabelecida, voltei-me para a teoria para ajudar a uma maior compreensão do caso. A Joana revelava-se uma criança difícil, com uma vida familiar também em si

muito difícil de alterar. Elaborei então um esquema que ligava o conceito dos 4 mundos, com a experiência que tinha da Joana, das sessões. Por exemplo, no Mitwelt (relação com os outros), em relação ao pai, dizia-me “é mau”; a relação com a mãe era afectuosa mas a dinâmica assentava nos castigos; a relação com o irmão era confusa estando presente em simultâneo, carinho e agressividade; a avó descrevia-a como insuportável. Na escola, o feedback que obtinha dos outros era também geralmente negativo e particularmente restritivo. Ao rever o seu Eigenwelt, foi possível identificar como se via, e como isto estava relacionado com o seu Mitwelt – Via-se como pequena, inferior às outras crianças da sua idade; gritar era a forma como partilhava o seu desconforto; a descrição que fazia de si era “sou irritante”, e o que orientava o seu comportamento era o facto de receber ou não um castigo. No Umwelt foi possível identificar como a sua vida se desenrolava num espaço demasiado pequeno, sendo a casa-de-banho o único local onde se sentia mais tranquila, onde os outros não a incomodavam, era o local onde se ia acalmar.

Ao esquematizar a ligação entre a informação que tinha e a teoria foi-me possível melhor compreender como a sua vida era efectivamente complicada.

Ajudou-me a entender também melhor a sua dificuldade em estar longe da mãe: A Ansiedade de separação da mãe tinha um significado. Efectivamente tinha falta de prática em estar afastada da mãe fora da escola.

Percebi que o seu relacionamento com os outros era baseado em receber feedback negativo constante, em ser tratada não como uma menina de 8 anos, mas como uma “chatinha” com idade mental abaixo da dela, como se as suas dificuldades cognitivas fossem uma atestado de sub-humanidade. Na prática, percebi que poderia ser

terapêutica ao ser diferente dos outros da sua vida. Em vez de ser mais uma adulta que ralha e castiga, eu podia ser alguém que a aceita e compreende. Não estando só atenta ao seu sofrimento e comportamentos mais patológicos, poderia estar atenta aos momentos em que revelava comportamentos mais saudáveis. Como sugere Landreth (2002) passei a estar atenta aos momentos em que os padrões patológicos eram interrompidos, e como tal que indicavam a possibilidade de ela ser diferente. Esta abordagem permitiu-me relacionar-me com ela, e não só com os ditos sintomas.

Ao longo das sessões, comecei a devolver-lhe verbalmente o que me apercebia que estava a acontecer, por exemplo: “parece-me que estás com muita vontade de ver a mãe” – aceitando o que ela sentia. Devagarinho, ela própria ia conseguindo elaborar o que sentia em vez de ficar apenas agitada e atrapalhada. À medida que ia desenhando começava a contar-me o que lhe ia acontecendo e começou também a partilhar sonhos, pesadelos e medos que tinha enquanto pintava e desenhava com recurso a vários materiais. Os desenhos iam-se tornando cada vez mais importantes na nossa relação, ao desenhar começa a respirar mais devagar e chega a deixar de se babar. Começa a querer experimentar jogos de confiança e a testar limites, mas de um modo cada vez mais adequado. Ao brincar as escolas, passou a ser uma professora que impunha regras, e não era apenas autoritária.

Certo dia, a mãe entra no gabinete e diz: “Estou muito contente doutora! A Joana está muito melhor! Dizem na escola que está mais calma nas aulas, que está a aprender, e até já come sozinha!” Eu fiquei surpreendida, especialmente porque a Joana faltava tanto que ficava sempre com a sensação que o processo terapêutico sendo esporádico não seria suficientemente benéfico para ela.

As sessões foram ganhando uma nova dinâmica.

Começaram a ser cada vez menos importantes e frequentes as idas ao WC. Começou a ganhar gosto por cumprir regras. Ia demonstrando alguma agressividade, mas era cada vez menos difusa, mais focalizada, e mais adequada às situações. Nesta fase começou também a elaborar histórias mais coerentes e adequadas com os bonecos e ia sucessivamente destruindo e reconstruindo a casinha de bonecas. Interpretei isto como representativo do modo como via a sua vida: tinha de destruir o modo de funcionamento antigo, para dar espaço a uma maior organização.

Fase final...

A partir desta altura deixou de vir. Recebi o seguinte telefonema da mãe: “A Joana melhorou tanto na escola que não tiveram outra escolha senão passa-la! (Estavam a contemplar retê-la no 3º ano em Setembro.) Foi de fazer a matéria do 1º ano na 3ª classe, para terminar a matéria do 2º e passar para o 3º ano! Andou mais de um ano agora em poucos meses! Lá na escola ninguém quer acreditar. Ainda apresenta problemas no comportamento, mas está a aprender!”

Através deste exemplo parece-me possível demonstrar como a Psicoterapia Existencial pode ser útil e pode trazer uma nova forma de olhar para o cliente em terapia. Esta criança beneficiou sem dúvida, de uma relação terapêutica, aceitante, em que o foco não incidia sobre os sintomas ou a categorização psicopatológica, mas sim sobre a compreensão seu modo de estar-no-mundo. Ao ser aceite, passou a viver em vez de apenas reagir ao seu meio, e ousou ser diferente. Como dizia Viktor Frankl (1959) “Tudo pode ser retirado ao Homem excepto uma coisa, a última das liberdades humanas: escolher qual a atitude a tomar perante qualquer situação, escolher o seu próprio

caminho.” (Tradução Livre). A Psicoterapia Existencial veio, a meu ver lembrar a Joana desta possibilidade – que apesar da sua experiência de vida, e limitações concretas que tinha, que podia aprender a confiar, que podia escolher o seu próprio caminho, abrindo possibilidades de empowerment, de autocontrolo, indo além dos rótulos que lhe tinham sido impostos, podendo escolher crescer. Como diz Sartre (1984) “Somos condenados a ser livres”, e a Joana experimentou isso em terapia.

É importante também referir a importância da adesão da mãe da Joana ao processo terapêutico. Como figura fundamental no MitWelt da filha, a mãe, através do aconselhamento parental, conseguiu não só alterar o modo como se relacionava com a filha, como promoveu o seu crescimento pessoal. A mãe também ousou vê-la para além dos rótulos e dos sintomas.

Passados alguns anos voltei a ver a Joana, e ela já mais calma e sem dúvida mais feliz, deu-me um grande abraço, e fez-me imediatamente esta pergunta: “Tu lembras-te de como eu era chatinha?!”. O “ser chatinha” era algo do passado, que podíamos agora visitar, não com ansiedade e angustia, mas com sentido de humor.

Referências

- Bouwsma, O. (2005). Conversas com Wittgenstein. Lisboa: Relógio D'Água.
- Carvalho Teixeira, J. (2006). Introdução à psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*, XXIV (3), 289-309.
- Fall, K., Holden, J., & Marquis, A. (2004). *Theoretical models of counselling and psychotherapy*. New York: Rountledge.
- Frankl, V. (1959). *Man's Search for Meaning*. London: Rider, Ebury Press.

- Giorgi, A. (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology* , 28 (2), 235-260.
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. New York: Harper and Row.
- Landreth, G. (2002). *Play Therapy, The Art of The Relationship*. New York: Brunner.
- Liotard, J.-F. (1999). *A Fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.
- Moustakas, C. (1953). *Children in Play Therapy*. 1953: McGraw-Hill.
- Moustakas, C. (1970). *Psychotherapy with Children, The Living Relationship*. New York: Intext.
- Sartre, J. (1984). *Being and Nothingness*. New York: Washington Square Press.
- Spinelli, E. (2007). *Practicing Existential Psychotherapy - The Relational World*. London: Sage.

ESTÁ ALGUÉM A USAR ESSE FATO DE TRÊS PEÇAS? UMA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL SOBRE UMA PSICOTERAPIA

Guiomar Gabriel

“Os momentos realmente decisivos em psicoterapia, como qualquer paciente ou terapeuta que os experimentaram sabem, são imprevisíveis, únicos, inesquecíveis, sempre irrepetíveis e frequentemente indescritíveis.” (Laing, 1964, p. 56)

Tenho visto ao longo destes anos de trabalho terapêutico e de supervisão que as pessoas nos chegam como papéis amachucados, transformados em bolas mais ou menos aguçadas, com mais ou menos forma. A maior parte delas vê-se assim, identifica-se assim, naquele amarrotamento, naquela forma auto e hetero-imposta. Muitas ainda têm a expectativa que ali lhe demos mais uns apertões, para pôr a forma no lugar, ou mais uns amarrotões, que lhes digamos quem são, como são e sobretudo, como deveriam ser. Assim estamos habituados a fazer uns aos outros.

Eu terapeuta sou outro papel amarrotado, cheio de vincos e formas. Tento endireitar-me muito para cumprir bem o meu papel. Tento exhibir a minha forma mais aproximada do que é “ser terapeuta”, falo num certo tom, digo umas palavras e omito outras, acerco-me como posso do que é ser “uma terapeuta”. Isto é a má-fé sartreana. Para Sartre, ao temermos a nossa insuportável liberdade, preferimos “fazer-nos” algo, transformar-nos em em-si, ou seja, objectificar-nos, fazendo de conta que somos uns sem opção senão ser aquilo. Em o “Ser e o Nada” Sartre (1997) descreve por exemplo o empregado de café que segura a bandeja de determinada forma, movimentando-se de uma

maneira particular, “faz-se” empregado de café. Não é o homem que é naquele momento. É “um” empregado de café. Assim também nos acontece como terapeutas.

Porém, só quando conseguimos os dois, terapeuta e cliente, desamarrotar-nos e desdobrar-nos no Ser que somos, e só quando o fazemos ambos, é que de facto a terapia acontece. Para lá dos diagnósticos, para lá da técnica, para lá da má-fé.

E o que procura, de facto, o outro de nós, quando entra no nosso gabinete? Ser tratado e visto como o alguém que é. Esta é uma das mais fortes intenções da terapia fenomenológico-existencial (Van Deurzen, 1988).

R. D. Laing (um psiquiatra escocês que fez escola nos anos 60’-70’ do séc. XX) dizia que tratamento é como eu trato uma pessoa (1964). Em psicoterapia existencial isto não é um mero jogo de palavras. O meu tratamento é como eu trato o outro. Tentamos estabelecer um encontro humano à maneira humana. É com base nesta relação que a terapia existencial se constrói e movimenta. E é nesse espírito que passo a apresentar-vos o David, esta pessoa inteira e completa que é o David. Vou dar o meu melhor para que consigam conhecê-lo com justiça, mesmo sabendo que qualquer relato é já um aprisionamento da vida.

O David vivo, eu viva, o leitor vivo, é processo de ser, é um movimento, e qualquer descrição do ser é apenas uma polaroid que se tira, um texto que se escreve e que inevitavelmente constrange e imobiliza. Sabendo isto à partida, esta impossibilidade de descrever o mover-se deste homem ou a dança da nossa relação (ou de qualquer outro ser ou qualquer outra relação), mostro-vos de seguida as melhores polaroids que consigo tirar da terapia entre o David e mim.

Primeira Polaroid do David

Com vinte e muitos anos surge à primeira sessão e logo se apodera de mim uma sensação fortíssima: Estou perante uma personagem de um romance queirosiano. Alto e magro, fato de três peças de corte vintage, diria mesmo aqui-vintage, barbicha e bigodinho de pendurar balões. Tudo nele transpira formalidade, a forma lenta como se move, o discurso perfeito, perfeito, como se estivesse a ler e não a falar. Estou perante a pessoa menos pessoa e mais pessoa que eu já vi. Tão próprio e tão distante.

Senta-se muito direito e diz-me que me procurou porque está desesperado e já não pode sobrecarregar mais os amigos. Foram eles que o enviaram. Está triste e só. Só, porque o namorado de há 3 anos emigrou e o David, não conseguindo tolerar a distância, decidiu terminar a relação que tinham. “Não podia ficar com ele sem poder estar com ele e agora fiquei sem ele de todo.” Fala-me de dor insuportável. Fragmentação, fracionamento de si. Desejo de morrer. A vida parece-lhe uma miragem: vê-a de longe mas não a sente nas veias. Está arrependido de não ter mantido a relação. Mas se o Manel quis emigrar não o podia prender a si. Se o Manel preferiu ir, então que amor tinham entre os dois? Os dias são passados a tomar analgésicos fortíssimos (tem uma doença crónica dolorosa que se agravou com este contexto) e ansiolíticos. Trabalha em esforço diariamente.

O David é filho único criado pelos dois pais e a avó materna. A mãe e a avó tinham sido vítimas de violência doméstica e haviam fugido de casa, para Lisboa, quando a mãe ainda era criança. Passaram muitas privações, sempre juntas. O pai e a mãe casaram sem amor e viviam em constante conflito com o filho. Muitas vezes o David sentia que era através da crítica e confronto com ele que os pais se uniam e

descobriam alguma ligação conjugal. O David sempre foi um excelente aluno, bom a todas as disciplinas. Muito isolado, sentindo-se sempre diferente dos outros miúdos e sem qualquer vontade de interagir com os colegas, tinha na avó a sua maior referência e o apoio nas alturas em que se sentia violentado pelos pais e em que agredia e se defendia dos pais. Passou muito tempo da infância e adolescência a ler e a pensar. Cresceu intelectualmente muito rápido e fê-lo para poder melhor argumentar com a família. Um adulto no meio de três adultos. Sempre que me falava da sua infância passavam por mim imagens de um crescido pequenino, sisudo, amuado. A sua voz tem, ainda hoje, algo do amuo e da agressividade passiva de sempre.

Como passámos das personagens às pessoas: Conversão de Objectos em Sujeitos

Aqui estava eu perante esta personagem. A minha sensação à saída das primeiras sessões era de perplexidade: nunca tinha estado em terapia face a alguém tão disfarçado. Parecia um poço de força e virtude e distância e o meu sentir era de espanto.

David narrava a sua vida, o que pensava e o que se passava, como tantos clientes. Até aqui, nada de novo: Estórias, acontecimentos, esta semana passou-se isto e aquilo, relato racional e intelectualizado, no fundo a nossa maneira humana de comunicar, o “Eu-Iso” buberiano (Buber, 2003). Nas primeiras sessões, e infelizmente, por vezes até às últimas, apresentamo-nos assim, em modo de relato liso. É assim que estamos habituados a falar uns com os outros. Creio que há uma inibição mútua do estar-com inteiro, com as suas três, quatro, mil dimensões. As primeiras sessões costumam ser bidimensionais, e nesse aspecto, o David não era diferente. Mesmo quando me dizia que sofria muito, isso não se fazia sentir. Quando me falava de

vaguear sem destino pela cidade, eu não conseguia ver o homem ali. Eram os relatos de uma personagem muito bem descrita por um qualquer escritor talentoso com as palavras, mas não com a vida.

O meu primeiro ímpeto terapêutico foi encontrar uma forma de ver o homem que ali estava. Fui fazendo a minha investigação fenomenológica, explorando e reflectindo o que o David me trazia, sem pressas. Sou um ser muito apressado e algo impulsivo, mas ao longo deste quase 18 anos de prática clínica consegui ganhar a calma em mim de esperar que o cliente chegue ao seu momento de revelação e depois, ao nosso momento de revelação. Tivemos condições para falar sobre a sua forma de estar em sessão lá para a 5ª ou 6ª vez que nos vimos, bem mais rápido do que estava à espera, confesso.

O David estava a contar-me que no início da adolescência fugia muitas vezes para a igreja (ele não tinha qualquer tipo de fé), só para poder estar perto da beleza, num sítio onde as coisas eram elevadas, boas, belas. Naqueles momentos queria muito ser como os personagens dos livros de autores do séc. XIX que lia. Queria ser verdadeiramente bom, nobre, moral. Entristecia-se com a mesquinhez dos outros que via à sua volta, e com a sua, e ali naquela igreja podia transportar-se para outro tempo e espaço e outro si-mesmo.

Senti que podia arriscar dizer-lhe o que me tinha acontecido até ali, na relação com ele: “David, fico muito impressionada ao ouvir falar-me dessa época, e sinto como devem ter sido fundamentais para si ter aqueles momentos de encontro com o seu ideal de David e de pessoa... Sabe que desde o primeiro momento em que o vi, ainda antes de entrarmos para a sessão, o senti como uma personagem queirosiana, e quando o oiço falar-me de si, do que tem passado, não posso deixar de continuar a vê-lo assim... A minha sensação consigo

tem sido vê-lo aí, tão direito na sua cadeira, tão formal enquanto me conta os momentos mais dolorosos da sua vida, tão aberto e exposto. Sinto a sua grande vontade de se trazer para aqui, mas simultaneamente, tão longe, tão impessoal e tão escondido... Como uma personagem.” O David abriu os costumeiramente semicerrados olhos, gesto que nunca lhe tinha visto até ali. E disse, na habitual sisudez, mas com uma subtil vivacidade: “Nunca tinha visto isso assim. As pessoas apaixonam-se facilmente por mim, mas tenho a sensação que ninguém me vê para além do fato. Esta maneira de estar é ...” E olha para mim de novo, como se me tivesse visto pela primeira vez, como se tivesse sido visto pela primeira vez.

Deixem-me fazer uma pausa no relato para dar a conhecer uma das ideias presentes no nosso trabalho psicoterapêutico de índole fenomenológico-existencial. Sartre, para nos fazer compreender o fenómeno da intersubjectividade, exemplifica com a seguinte situação: Estou a espreitar pelo buraco da fechadura. Nessa altura, todo eu sou aquele acto, aquele ver que se projecta no que estou a ver. Não há um “mim” naquela altura, mas apenas o acto de ver. De repente oiço um ruído atrás de mim. Nessa altura, com a hipotética presença do olhar de um outro sobre mim, tomo consciência de mim mesmo. Já não sou só o acto de ver, mas alguém que espreita pela fechadura, alguém que quis espreitar. Todo eu e o sentido para aquele acto se desdobram perante mim mesmo quando sinto o olhar do outro sobre mim. “É pelo olhar do outro que sei quem sou.” (Sartre, 1997, p.338). Ou seja, a nossa consciência de que somos gente, um “eu-mesmo” aparece apenas pelo outro, através do outro. Isto é fundamental em terapia, damo-nos mutuamente ao olhar do outro, e se o outro nos vir como humano, gente verdadeira, um “Tu”, então passamos a poder ter-nos a nós mesmos como um “Eu” e não um “Isso”. E ainda não me

cruzei com ninguém que não deseje profundamente esta conversão de Objecto em Sujeito.

Voltemos aquele primeiro momento de um nós, um primeiro momento de intersubjectividade. O David mirou-me e senti-me pela primeira vez gente ali com ele. Porque pela primeira vez o tinha tratado como gente, com aquela audácia de quem quer saber do outro, mesmo. Em mim, é precisa uma certa coragem para que comece a falar com o outro como um Tu, e não como um ser objectivável num relato qualquer. É que essa abertura torna-me também pessoa, exposta ao outro. Aquele primeiro momento de intersubjectividade deixou marcas e marcou uma diferença no nosso diálogo, não pelo conteúdo do que foi dito, mas pelo olhar, a forma como nos pudemos desvelar como quem éramos ali, vencendo pela primeira vez o o que éramos ali.

Com o trabalho de uma ano e meio de pesquisa mútua sobre o David, fosse por ele mesmo começar por querer “trazer a sua vida de outra maneira”, eu mesma por querer ir para além do nível do quotidiano e mergulhar no subjectivo, lá fomos percebendo o sentido da personagem-David e posteriormente, o sentido do ser-David.

Desespero, perda e procura de sentido

Em terapia Existencial, fazendo justiça à ideia feita que se tem, a busca de sentido é fundamental. Assim sendo, não nos costumamos debruçar muito nos “porquês?” (porque ficou o David assim?) mas mais nos “para quês?”. O pensamento existencial orienta-se para o futuro, o projecto. Uma das ideias base do existencialismo é a ideia de liberdade, somos “condenados a ser livres” (Sartre, 1997) e esta liberdade condena-nos a escolher. Escolhemos quem somos, em cada contexto. Claro que existem condicionalismos, os factos à nossa volta, as coisas que nos acontecem, mas face a todos, há liberdade

de escolha, e ela exerce-se no seio do nosso próprio projecto, o nosso próprio tornar-se. O viver terapêutico faz-se em movimento por todos os tempos presentes (passado, presente e futuro), porém, o sentido de ser é sempre um projectar-se num futuro. Daqui decorre que a questão fundamental a colocar aos nossos clientes é a questão do sentido, concretizada no “Para quê?”

O sentido de David tinha sido o de dar-se a conhecer como boneco, já que ninguém à sua volta estava muito interessado em saber quem ele era de facto, ou dar-lhe alguma hipótese de se expressar como queria. Tudo o que dizia em casa era sentido como ataque, maltrato, o miúdo só quer é perturbar-nos. A sensação de ser como uma cunha cravada entre os pais, a sensação de que os seus gostos eram uma forma de agressão fê-lo ir decidindo fazer de si boneco. O David tinha uma carreira incrível, uma posição de muito poder a que muito poucos tinham chegado com a sua idade. E relatou-me mais tarde: “Vou ser como eles querem para ser quem eu sou. Sigo as expectativas e ainda as ultrapasso. Querem que use um fato, vou usar o fato mais fato que existe, um fato de três peças, feito no alfaiate. Uma maneira muito amarga de seguir as regras sem seguir as regras, de confrontar os outros com a sua tolice, os seus padrões e imposições e constrangimentos estúpidos, e uma maneira de me manter eu-mesmo... Só que, sabe... Nunca ninguém percebeu que eu me vestia assim para lhes dizer isto.”

Vejam que o David veio para a terapia em desespero. Não sabia quem era. Tinha perdido, por opção, a única pessoa com quem se sentia acarinhado, compreendido e aceite. Uma das tentativas que fiz, logo de início, foi a de procurar entender qual a dificuldade de viver do David. Tanta dor, dor relatada e não sentida ali, face a uma escolha que tinha sido a sua. A afogar-se num mar de dor e culpabilidade, e o pensamento sempre em torno do amor perdido, enquanto da minha

parte, olhava para este homem e emergiam apenas destroços na sua vida. O pai deprimido em casa, sem actividade; a avó que o tinha criado, morta; os amigos que o enviam para terapia porque “já não sabem o que me fazer”; a mãe distraída e ausente; o trabalho perfeito em que ele é perfeito mas que executa como um autómato bem-pensante e bem-falante; a casa desconfortável e fria; a relação com uma mentora que se apaixonou por ele e que ele mantém, nem perto, nem longe, “comporto-me como ela quer. Ela quer de mim o cavalheiro, então, sou um cavalheiro.”. Vejo, dizia, destroços, relações que se desenrolam, uma após outra, sem nunca ver o David ali, inteiro por trás do boneco que fez de si.

Execução da Liberdade de Ser: Decidir como um Homem

Dois ou três meses depois do início das nossas sessões fizemos férias de Páscoa e o David retorna com a novidade que se demitiu do emprego. Do emprego-troféu que tinha. Nunca tinha colocado a hipótese concreta ali comigo, nem aquando da ruptura com o Manel, e eis que de um dia para o outro fala com a chefe e demite-se. Espanto-me internamente. Espanto-me na relação “Eu não imaginava que estava a tomar essa decisão”. O David é rápido a exhibir toda uma argumentação lógica para a decisão. Foi a primeira vez que o vi fazer isto, mas ao longo do processo pude presenciar esta forma de decidir e justificar relativamente a: voltar a tentar seduzir o Manel; concorrer a um trabalho no estrangeiro, exactamente na cidade onde o Manel estava; começar, continuar e terminar relações de namoro. Fui-lhe devolvendo o que via e sentia daquelas decisões. A questão para mim não era que as tomasse, mas que não me falasse sobre elas.

David: “Mas eu próprio as tomo de repente, sem me aperceber muito bem.”

G: “E o seu discurso tão bem alinhado, as suas razões tão bem fundamentadas?”

D: “Isso é o que eu sei fazer. Eu consigo justificar tudo num instante, mas não é bem assim que as coisas se passam...”

G: “Então só justifica a posteriori?”

D: “Sim, eu só sei que me sinto mal, e que tenho de fazer qualquer coisa, e faço essa coisa, e depois tenho de mostrar a toda a gente que isso não foi o que foi: um acto desesperado para me sentir melhor. Não quero que saibam que ando aqui à deriva. E é tão fácil justificar o que quer que seja. E as pessoas só querem que eu lhes diga qualquer coisa com sentido.”

G: “Eu não quero isso. Eu quero só poder estar presente nas coisas como elas são para si, em si, e não ficar aqui passiva a receber um discurso de como pensa que eu quero que elas sejam...”

D: (silêncio) “... Nunca me pediram para fazer isso. Nunca deixei que ninguém me visse a fazer isso, nem eu próprio até vir para aqui me conseguia ver mesmo de verdade, ou sentir as coisas e a dar-lhes nomes”.

Com o passar do tempo das nossas sessões, David começa a trazer-me nas suas decisões, a consciencializar a forma como vivia a relação com os outros e consigo mesmo, e sobretudo, traçamos uma trajectória de encontro, em que a omissão deixa progressivamente fazer sentido para os dois. Tal como da minha parte era cada vez mais fácil dizer-lhe como me sentia na relação com ele, o mesmo se passou com ele.

Já no fim da terapia, decide finalmente emigrar e pede-me que o ajude a ponderar bem a decisão, diz-me que quer deixar de se precipitar, quer sentir que não foge através da acção, quer saber

exactamente o que está a fazer e com que sentido. Nessa altura combinámos também se a terapia termina ou continua de uma forma intermédia qualquer. Faz-nos sentido terminar por agora. E combinámos mais dois meses para poder fechar o processo e pesar bem a mudança de vida que está prestes a fazer. E fazemo-lo. O David sentia muita pressa de arrancar com aquele projecto de vida mas ainda tinha mais vontade de saber de si no seu processo. Tivemos tempo, demos tempo para olhar para cada elemento com cuidado, para nos despedirmos um do outro.

Ser-para-a-Morte, Ser-para-a-Vida

É um fim de terapia com muita ponderação, muita pesagem de si. O si-para-si, que deseja saber-se livre das amarras e das convenções, experimentar-se longe, só, estar em contacto consigo. O si-com-os-outros: as relações cada vez mais íntimas com alguns amigos, e a cada vez menor frequência de relação com as pessoas com quem estava por convenção, e ainda a transformação de relações convencionais que tinha em relações íntimas através da sua autoexpressão mais verdadeira e descoberta. O si-no-mundo, já com menos necessidade de formalismos, uma relação mais aberta com o que o rodeia. O si-comigo, em que nos reconhecemos mutuamente na nossa humanidade e num encontro. Às tantas diz-me: “Foi preciso muita insistência para que eu começasse a ter esta coragem de ser eu próprio. Tenho sempre tendência para me esquecer, ficar no meio das coisas e das situações. A Guiomar quis ver-me para além disso, e agora mais para o fim, quando eu me deixava ir para esse tipo de relato mais racional, saía daqui frustrado. Ao início via-a só como uma profissional, agora também a vejo assim, mas muito próxima de mim, sempre quis saber como eu era, e agora eu quero ser mais autêntico.”

Nunca lhe tinha falado de autenticidade, e cá estava ele a trazer o conceito para a sessão, mas vivido, não como uma teoria qualquer. No fim da terapia, o David já não parece uma personagem queirosiana. Já não faz de si uma personagem queirosiana. Parece a quem é: David.

O que fizemos pelo meio

Como conseguimos estabelecer esta jornada? Muita atenção ao discurso, se estava mais vivido ou mais distante, muita exploração do que de facto sentia a cada momento (por vezes olhava para mim e dizia: “Já sei, como é que isto me faz sentir, de verdade, não é? Pois é, isso é sempre difícil.”) muita focagem na experiência vivida, por exemplo:

David: Sei que sou frio e distante. Toda a gente me diz isso e eu não consigo sentir o mesmo que os outros sentem pelas pessoas. Chego-me a perguntar se gosto mesmo de alguém. Acho que não consigo gostar de ninguém.

G: Podemos usar a nossa experiência aqui para trabalhar isso. Eu não o estou a sentir agora como frio e distante. Estou a senti-lo como se tivesse um pudor qualquer em mostrar-me o seu afecto, mas não como se não o tivesse. Por exemplo, o cuidado que tem comigo ao tentar dizer o que lhe pesa sem me pesar. E também o cuidado que se vê que tem com os outros, quando me conta o que faz, o que diz.

D: (olhos a mostrar tristeza) eu não me consigo ver assim. Mas sei que me importo. Por exemplo, quando vou à Gulbenkian, às vezes levo um bolinho à senhora da bilheteira. Ela já me conhece e é velhota. Eu sei que ela gosta. Eu sei que não parece desinteressado, os meus amigos se me vissem fazer isso diriam que estou a compra-

la mas não. Eu nunca recebi nada por isso. Apenas levo bolos porque ela fica feliz e gosto de poder fazer isso.

G: Em que é que vê nesse exemplo a sua frieza e dificuldade em gostar dos outros?

D: Mas é assim que toda gente me diz que sou. Calculista, frio, sem sentimentos.

G: Isso é o que lhe dizem, o que lhe disseram. E agora, aqui comigo, como estamos? Está aqui essa frieza? Esse não gostar? (olho para ele. Não sinto qualquer frieza. Só alguma distância. Ficamos uns momentos assim. Responde com um novo ímpeto:)

D: Aqui não há nada disso porque esta relação não se quadra com isso. Aqui eu só tenho de falar de mim e a Guiomar tem de me ouvir, é a minha psicoterapeuta, não...

G: Claro que sim, temos esta relação assim, que é diferente das outras, mas mesmo com estes parâmetros, estamos a sentir coisas. Há sempre algo aí e aqui que sente, para além dos nossos papéis, que temos. (novo silêncio, olhar um para o outro). Como é que sente o seu afecto agora, aqui, comigo?

D: Nada, não sinto nada.

G: Como é que é esse nada que sente?

D: (silêncio, fecha os olhos)

G: (noto um desconforto qualquer, espero)

D: Que horas são?

G: Faltam 10 mins. O que quer fazer?

D: Olhe, não me apetece muito ir por aqui agora.

G: (?)

D: Não íamos ter tempo, não sei como me ia ficar a sentir, ...

Começou a falar de qualquer coisa. A sessão chega ao fim, e o David refere um bloqueio imenso. Não gostou de sentir “aquilo”... Não queria explorar mais.

Na semana seguinte, começa por dizer que queria perceber o medo que sentiu quando estávamos a pesquisar sobre a sua frieza, que eu sentia como pudor. E desta vez, em vez de nada, ele sentiu calor, e uma enorme vontade de gostar, e algo como uma barreira, uma proibição. Veio-lhe uma imagem da avó. E começando a falar sobre a avó a pedir-lhe segredo, a contar-lhe coisas sobre os pais e a pedir-lhe que não dissesse nada. O David começa a desenrolar a sua história familiar mas com um novo sentido, o sentido de ser uma espécie de porta-voz disfarçado da avó, de quem o pai não gostava e que a mãe já não suportava. Ele a tentar ser como a avó queria que ele fosse, sem poder dizer, para garantir o lugar da avó na família e na casa. Até o afecto que tinha pela avó tinha de ser vivido em segredo porque a avó lhe pedia isso (olha, não digas à tua mãe que falámos sobre isto que ela tem medo que gostes mais de mim que dela..., não contes aos teus pais, senão eles zangam-se com a avó...) e quando o David começava a discutir com os pais, a avó nunca intervinha. O David apercebeu-se que fizera parte de uma peça, desde muito pequeno, em que tratar mal os pais era uma espécie de função que lhe fora atribuída. Assim a avó não tinha de se expor e ter de sair de casa novamente estava protegida. A mãe não tinha de discutir com o pai, porque havia sempre o David para a confrontar. O pai, não tinha de tomar uma posição face à sua mulher e à sua vida, porque havia sempre aquele filho desconfortável e conflituoso,

Este disfarce no amor veio com a frase espantada e aliviada: “Então afinal eu consigo mesmo gostar de alguém?! Eu tenho aqui amor

também?!” E mais à frente: “Acho que tive de desempenhar este papel de raiva e de regulador das ligações na família tantas vezes que me esqueci de ir vendo se era mesmo assim que pensava, se era mesmo assim que queria. E depois, quando já ninguém me conhece, já eu não me conheço, já ninguém sabe, já se dizem as coisas só porque estamos todos habituados a dizê-las e fazê-las assim. Como eu... olhe, veja a minha carteira: tenho de ter as notas todas desta maneira, os cartões todos assim, o meu armário com os pratos de uma determinada forma. Na minha casa, em mim, tudo estático, tudo parado.”

Mais para o fim da terapia, conta-me que depois de um jantar, os amigos arrumaram-lhe mal a loiça no armário. E com um sorriso: “E eu deixei ficar. Deixei ficar para ver se aguentava. (sorriso abre-se mais) Sabe que não só aguento como gosto! Gosto! Cada vez que vejo aquelas coisas ali fora de sítio vejo que mudei. Já não tenho de ter tudo controlado, arrumado e sobretudo, parado. Faz parte da vida que venha alguém e me desarrume a loiça. E não faz mal. E eu para ser eu, não tenho de ir a correr pô-la no sítio que escolhi. Sou eu na mesma, a decidir que aquela fica ali.”

O momento que marca um antes e um depois

Numa das sessões da primeira fase da terapia, ainda antes de deixar o emprego, o David vem muitíssimo abatido e triste. A semana foi dura, falou-me duma série de acontecimentos com os amigos, os pais e no emprego, em que sem perceber porquê se tinha ficado a sentir muito mal. E a meio da sessão declara que quer passar a vir menos vezes. Normalmente, nestes casos, tento explorar o pedido de mudança de frequência, que é um trabalho terapêutico feito à distância (motivos e razões, racionalizações e respostas

racionalizadas minhas: as minhas regras, os meus procedimentos base, o contrato terapêutico). Desta vez, senti força para reclamar o meu lugar junto desta pessoa. Devolvi-lhe que o sentia mesmo muito triste naquele dia, e que em todas as situações que me tinha trazido hoje havia qualquer coisa de solidão, de estar com os outros mas ficar só na mesma, e que agora, aquele pedido de passar para quinzenal me parecia como se eu também fosse um outro com quem ele estava mas que no fundo o deixava só. Senti que havia algum acolhimento da parte dele das minhas palavras. Disse-lhe então que não queria passar para quinzenal, mas queria perceber como é que, quando estamos em sessão, nós podíamos fazer para ele não se sentir tão só. Primeiro, tive uma muralha de:

D: “Não é consigo, sou eu, eu não consigo estar melhor que isto, tenho de voltar ao antidepressivo...”

G: “Eu sei que é consigo, é consigo que eu quero falar, é consigo que eu quero estar esta hora, e quero muito que, pelo menos nesta hora, isto não seja um fazer de conta que estamos juntos, e ficarmos a sentir a solidão na mesma.”

D: “mas a vida é mesmo assim, eu é que tenho de aprender a viver só e nunca mais aprendo a gostar disso!”

G: “Mas você quer gostar de viver só? Gosta de viver só? (abano de cabeça) Ou quer sentir-se acompanhado quando está, de facto, acompanhado? Eu quero sentir que estamos acompanhados quando estivermos aqui. Eu quero aprender consigo como é que isto se faz, como é que, pelo menos aqui, pode estar menos só... Como podemos estar os dois aqui presentes um para o outro.”

E então, pela primeira vez, este homem chorou. Soluçou. Eu, fiquei ali com as mãos abertas no colo, muito quieta, como se nada se pudesse mexer naquele momento. A sensação era de recepção de algo muito

precioso. Finalmente este homem podia chorar de verdade ao pé de alguém, chorar-com, ser triste-com, ser só/com e eu era a fiel depositária daquele estar, eu ali, estava como pessoa na sua presença. Ele de cabeça baixa, soluçava. No fim havia uma quietude à nossa volta. Despediu-se com um “Obrigado, eu volto para a semana.”

Discussão

Laing (1990, p. 139) diz-nos que “o sentido de identidade requer a existência de outro por quem o próprio é conhecido” , i.e., só sabemos quem somos se alguém souber quem somos. Laing hipotetiza que por vezes este objectivar-se serve a função de preservar-se subjectivamente. Porém, como só nos constituímos pessoa quando estamos em relação, ao invés de protegermos esse sentido de eu subjectivo, empobrecemo-lo, uma vez que o colocamos longe da possibilidade de ser visto por outrem e com isso, longe de tornar-se. Foi este movimento que o David estabeleceu. Objectivando-se, tentou proteger a sua subjectividade, mas perdidas as únicas pessoas que ainda o conheciam (Avó e Manuel), perdeu-se a si próprio. Foi assim que iniciou terapia.

O nosso processo terapêutico passou muito simplesmente por este caminhar no sentido de devolvermos subjectividade um ao outro. Através da exploração fenomenológica do que se ia passando entre os dois, com partilha dos sentidos sentidos em mim, e nele, face ao que o David trazia como narrativas e ao que se ia passando na relação terapêutica, fomos conseguindo espreitar para lá da má-fé sartreana, para lá da inautenticidade.

Citando Sartre em “O Ser e o Nada”:

“[...] assim como o outro é para meu ser-sujeito um objecto provável, também só posso descobrir-me no processo de me tornar objecto provável para um sujeito[...] eu não poderia ser objecto para um objecto: é necessária uma conversão radical do outro, que o faça escapar à objectividade”(Sartre, 1997, p. 331).

Só um terapeuta sujeito pode relacionar-se com um cliente sujeito. Daí a importância em terapia existencial da nossa presença muito inteira como terapeutas. “Basta que o outro me olhe para que seja o que sou.”.(Sartre, 1997, p. 338). Ao omitirmos da terapia o mais genuíno da relação com o cliente e o mais genuíno de nós, estaremos, possivelmente, a perder oportunidades riquíssimas de saber quem somos e de nos tornarmos quem somos, i.e., rasgar a objectificação, vislumbrarmos e experienciarmos momentos de subjectividade -ser sujeito- e de intersubjectividade -ser sujeito com outro sujeito.

Uma Psicoterapia baseada na Intersubjectividade

Uma psicoterapia baseada na intersubjectividade pode permitir, por um lado, a experiência de um ser-em-relação, seja com o mundo, com o outro ou consigo mesmo. Por outro, a passagem de uma visão do mundo e da terapia de causa-efeito, agente-sujeito, regras-resultados para uma visão de Encontro. Buber transmite-nos esta passagem assim:

“Na mera solicitude a pessoa mantém-se essencialmente consigo mesma, mesmo que comovida com pena extrema. Na acção e ajuda, ela inclina-se para o outro, mas as barreiras do seu próprio ser não são totalmente vergadas. Ela coloca a sua assistência, não a si, acessível ao outro.” (Buber, 1947 cit in (Morgan-Williams, 2002, p. 110).

Para Buber, torno-me através da minha relação com o Tu e à medida que me torno eu, eu digo Tu (Morgan-Williams, 2002). Sendo assim, a impressão que se tem de si no encontro terapêutico será mutável, tanto para o terapeuta como para o cliente, numa espiral de “Entre” que não se circunscreve ao terapeuta nem ao cliente, mas ao encontro.

Na sua autobiografia Laing refere, ao comentar o contacto com alguns pacientes altamente perturbados e retirados, o fenómeno da Presença de outrem:

“Esta presença, tão imediata à nossa sensibilidade, do outro, escapa-se a ser inteiramente agarrada objectivamente. Há um momento atrás era apenas um corpo a emitir alguns movimentos. Agora, alguém está lá. No momento em que nos viramos para este sentido da presença imediata do outro, os movimentos exprimem intenções, e voltamos ao reino da conduta humana, mesmo que vestigial. O nosso sentido da presença do outro endossa os seus movimentos de significado. [...] Este movimento de reconhecimento do outro coincide com a primeira vez que nos sentimos “olhados” pelo outro que “se aproxima”. Sentimos que o outro nos sente.” (cit in (Groth, 2001)

Como percebemos de Sartre, a necessidade de ser visto por outrem que não o próprio não se situa apenas a um nível visual, mas experiencial e existencial; ser confirmado, reconhecido, amado. “[...]se estremeço de vergonha ao menor ruído, se cada ranger dos degraus me anuncia um olhar, é porque já estou em estado de ser-visto.” (Sartre, 1997, p. 355). Tal significa que mesmo fingindo ser objecto (a personagem queirosiana que o David desempenhava), a consequência imaginada da revelação já existe em nós, já estamos em estado de sermos vistos quando optamos por não nos deixarmos ser vistos.

“O olhar é, antes de tudo, um intermediário que remete de mim mesmo a mim mesmo” (Sartre, 1997, pp. 333-334). Pelo olhar, este corpo que sou, este que sou, fica visível para mim. Consciencializo-me, de certa forma, constituo-me pelo olhar. É este o olhar que o David ao início evitava. O processo parecia ser o seguinte: Se creio que estou “certo”, e tu crês que estou errado, se te digo o que penso, tu devolver-me-ás uma imagem de mim que eu rejeito, far-me-ás duvidar, duvidar de mim ou duvidar de ti. Ou entro em conflito aberto comigo ou contigo. Ou me angustio comigo, por não saber o que queria, por não ser “bom” como queria, ou me angustio connosco, porque estás distante e não compreendes/ aceitas as minhas opções.

Sendo assim, percebemos através de Laing e de Sartre, que a recusa em aparecer face ao outro, neste caso, a recusa de expor-se do David, como em muitos de nós, ao poder ser sentida como construção de espaço de liberdade, também comporta consigo um conflito e uma perda de oportunidade de se sentir mais completo, de se sentir como de facto se é, inteiro, não cindido. E, indo mais além, perder a hipótese de se sentir para lá de inteiro, em-relação-com. Numa relação de intersubjectividade pode emergir uma sensação de si, inteira e total, como também a própria noção de limite entre o eu e o tu se dissolve, podendo passar-se para outro nível de consciência que perpassa os limites de um corpo para se situar no espaço do Entre. (Buber, 2003)

Para um Encontro-Terapia: Proposta de Abertura à Genuinidade na relação terapêutica

Se o foco da nossa reflexão estiver no cliente e no que se lhe fez, para encontrar novas maneiras de “lhe” fazer qualquer coisa, ou seja num objecto de estudo e tratamento, talvez se esteja longe de uma

terapia existencial. Talvez estejamos a tentar ajudar-nos a prestar melhores serviços através de um olhar para o cliente circunscrito, isolado de nós, que nega a relação; Talvez estejamos a olhar para as nossas emoções e experiências como empecilhos ao tal “tratamento” e a não ponderar as hipóteses de clarificação e exploração e mudança que podem trazer; talvez estejamos a tentar proteger demais a nossa pessoa do confronto com o outro, por nos sentirmos tão importantes e tão valiosos no papel de cirurgião que opera clientes, ou de leal conselheiro, que recusamos mudar de metáfora e implicarmo-nos mais inteiramente no processo terapêutico; talvez a educação em psicoterapia se torne por vezes um fenómeno de aculturação autofágica, ou seja, não servindo outro objectivo que o de se perpetuar, perdendo de vista o real propósito dos nossos esforços que é o de ajudar outros seres humanos a viver vidas mais plenas e próprias (a forma própria de se ser, como se traduz à letra a *Eigentlichkeit*, autenticidade, tal como proposta por (Heidegger, 2005). Certamente os nossos clientes, nós mesmos e como sociedade ganhamos, ganhamos mesmo de cada vez que saímos da má-fé, das relações Eu-Isso, e ousamos estar em Presença uns dos outros. Um encontro humano à maneira humana.

Referências

- Buber, M. (2003). *Eu e Tu* (6ª Ed. ed.). São Paulo: Centauro Editora.
- Groth, M. (2001). *Laing's Presence*. *Janus Head*, 4(1).
- Heidegger, M. (2005). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Laing, R. D. (1964). *Transcendental Experience in Relation to Religion and Psychosis*. *The Psychedelic Review*, 1(3), 7-11.
- Laing, R. D. (1990). *The divided self : an existential study in sanity and madness*. London, England ; New York, N.Y., USA: Penguin Books.

- Morgan-Williams, S. (2002). All rereal living is meeting. In S. d. Plock (Ed.), Further existential challenges to psychotherapeutic theory and practice (pp. 105-123). London: The society for existential analysis.
- Sartre, J.-P. (1997). O Ser e o Nada, Ensaio de Ontologia Fenomenológica (P. Perdigão, Trans. 6 ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Van Deurzen, E. (1988). Existential counselling in practice. London ; Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

MENTAL TIME TRAVEL - TEORIA E APLICAÇÃO

João Garcez Aurélio

A produção científica associada ao tema da memória tem sido prolífica nas últimas décadas (Sweatt, 2010). Contudo, existem muitas questões para as quais ainda não há uma resposta (Eijndhoven et al., 2012; Rosenbaum, Murphy & Rich, 2012; Sun, 2012). Têm sido apresentadas múltiplas teorias em diversos campos científicos—psicologia e neurociências, entre outros—com vista a explicar o funcionamento dos diferentes processos mnésicos. Contudo, não só existem incompatibilidades entre estas teorias, como frequentemente é colocado em causa o que, até muito recentemente, se considerava ser conhecimento adquirido (Sun, 2012; Winocur, Moscovitch & Bontempi, 2010). Em virtude destes anacronismos, uma descrição simples e holística deste conceito é pouco viável. Esta situação pode ser considerada natural na medida em que a memória, sendo uma faculdade cognitiva transversal a outras faculdades e constituída por múltiplos componentes e sistemas em frequente interação entre si, possui um extremo grau de complexidade (Dew & Cabeza, 2011; Fischer, Drosopoulos, Tse & Born, 2006; Knowlton & Moody, 2008).

É neste contexto de desafios e de incerteza que emerge o constructo de mental time travel (MTT), definido como a capacidade que um indivíduo possui de se projetar para o passado (sob a forma de memórias autobiográficas) e para o futuro (sob a forma de episodic foresight – projeção episódica futura), re-experienciando eventos como se estes estivessem realmente a ocorrer (Suddendorf & Corballis, 2007). O fenómeno de MTT é produto da interação entre

múltiplos processos cognitivos, entre os quais se destacam as contribuições dos sistemas/processos/produtos mnésicos, consciência, atenção, self e imaginação. Este breve artigo incide sobre a relação entre MTT e os diferentes elementos mnésicos.

Memória

A memória é um fenómeno há muito estudado (Eichenbaum, 2008) que, por força das suas idiossincrasias, tem sido alvo de várias tentativas de classificação (Roediger, Zaromb & Goode, 2008). Enumerá-las seria uma tarefa onerosa, muito para além do propósito deste texto, pelo que será dado ênfase aos sistemas que consideramos serem mais relevantes para a compreensão do processo de MTT.

Sistemas de classificação da memória. Um dos sistemas mais populares de classificação da memória, no que respeita a literatura, baseia-se no tempo decorrido desde a codificação da informação. De acordo com esta taxonomia, existem três tipos de memória: Memória sensorial, memória de trabalho/memória de curto prazo e memória de longo prazo. Apesar da existência de dissociações a nível neural, é frequente a ocorrência de interações entre estes três tipos de memória, sendo a memória de longo prazo aquela que assume uma maior relevância para o processo de MTT.

Tal como o nome indica, a memória de longo-prazo envolve o armazenamento de informação por um extenso período de tempo, permitindo ao indivíduo reter informação sem que seja necessário estar continuamente a devotar-lhe atenção. A memória de longo-prazo pode ser dividida em duas categorias que, apesar de dissociadas, estão frequentemente em interação: Memória explícita (ou declarativa) e memória implícita (ou não-declarativa/processual) (Sweatt, 2010). A

memória implícita está associada a um modo inconsciente e não intencional de evocação mnésica (Dew & Cabeza, 2011), abrangendo fenómenos como o priming e o condicionamento clássico (Milner, Squire, & Kandel, 1998). Apesar de ser possível que o conhecimento implícito tenha acesso à consciência, tal sucede por via de processos distintos dos exibidos pela memória explícita (Anderson et al., 2004), caracterizados por uma maior dificuldade de verbalização—daí a origem do termo memória não-declarativa (Knowlton & Moody, 2008).

A memória explícita, também conhecida como memória declarativa, é frequentemente dividida em dois tipos de conhecimento declarativo: semântico e episódico (Sweatt, 2010). A memória semântica refere-se ao conhecimento de factos, eventos, ideias e conceitos, sendo fundamental para que os indivíduos sejam capazes de identificar objectos e compreender o significado das palavras (Martin & Simmons, 2008). A memória episódica, segundo Tulving (2002), é responsável pela ocorrência de MTT e, na sua base, estão três factores indispensáveis: self, consciência auto-noética—que é responsável pelo indivíduo sentir que é ele que está a experienciar um evento—e a capacidade de experienciar subjectivamente a passagem do tempo. Contudo, existe alguma discordância face a esta taxonomia, justificada pelo facto de alguns autores considerarem erróneo não distinguir memória episódica de memória autobiográfica. Segundo estes, a memória autobiográfica remete para um constructo mais abrangente que a memória episódica (Conway, 2005) e somente ela é específica dos seres humanos (Fivush, 2011), na medida em que implica a influência de factores como o self, a emoção e a personalidade (Fivush, 2011; Schoofs, Hermans & Raes, 2012; Wisco & Nolen-Hoeksema, 2010). Tendo em consideração estes dados, a memória autobiográfica é melhor definida não como um subtipo de memória episódica mas sim como uma memória do self em interacção

com terceiros, para a qual contribuem os diferentes objetivos de um indivíduo.

Analisados alguns aspectos dos sistemas mnésicos que incidem sobre o passado, importa elaborar sobre os conceitos de memória prospectiva e pensamento futuro episódico, na medida em que o fenómeno de MTT também se aplica ao futuro. O processo de MTT para o futuro pode ocorrer de várias formas, entre as quais pensamentos futuros semânticos, que implicam um conhecimento sobre eventos futuros (Atance & O'Neill, 2001), memória prospectiva, que é, paradoxalmente, retrospectiva na sua essência, visto que implica recordar intenções passadas (Einstein, McDaniel, Marsh & West, 2008; Roediger et al., 2008) e pensamentos episódicos futuros, ou, tal como a definimos, projeção episódica futura. É este último processo que assume grande importância para o fenómeno de MTT, tendo sido elaborado e desenvolvido por Atance e O'Neill (2001). Esta forma de projeção para o futuro depende, em parte, da imaginação, sendo frequentemente complementada através de experiências passadas, o que permite o desenvolvimento do processo de MTT.

Mental Time Travel

O conceito de MTT está profundamente relacionado com a consciência humana e é, possivelmente, o derradeiro feito do cérebro humano (Suddendorf & Corballis, 2007). O fenómeno de MTT para o passado, que ocorre sob a forma de memória autobiográfica, possibilita a existência de um sistema de self estável, estando relacionado com aspectos de personalidade e padrões de vinculação (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Quanto ao processo de MTT para o futuro, que se manifesta na forma de uma projeção episódica futura, este possibilita um controlo preditivo sobre o ambiente, influenciando

o comportamento e induzindo respostas emocionais (Ball & Little, 2006).

O processo de MTT para o passado e para o futuro envolve, portanto, processos distintos, apesar da existência de algumas similaridades (Berntsen & Jacobsen, 2008). Quando comparados, a projeção episódica futura assume uma valência mais positiva e acarreta um nível de construção esquemática superior ao evidenciado nas memórias autobiográficas (Berntsen & Bohn, 2010). No que respeita as semelhanças, ambas as formas de MTT—para o passado e para o futuro—podem surgir de uma de duas formas: Um modo de evocação estratégico e orientado para os objectivos do indivíduo (Conway, 2005); ou um modo de evocação involuntário, para o qual é importante que haja um paralelismo entre circunstâncias de codificação e evocação da informação, e para o qual a facilidade de discriminação dos estímulos é fundamental.

Muitas questões permanecem relativamente ao processo involuntário de MTT (Berntsen, 2009) e o contributo de modelos cognitivos de emoção pode vir a ser particularmente valioso a este respeito (Power & Dalgleish, 2008). Estudos recentes indicam que o processo involuntário de MTT para o futuro é mais específico e tem um impacto mais negativo que o seu homónimo voluntário (Berntsen & Jacobsen, 2008), existindo perspectivas contraditórias quanto à possibilidade de mecanismos semelhantes estarem na origem de ambos (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Hall & Berntsen, 2008; Schlagman & Kvavilashvili, 2008).

Relativamente aos sistemas cognitivos subjacentes a MTT para o futuro e para o passado, parecem existir semelhanças ao nível dos sistemas mobilizados (D'Argembeau & Van der Linden, 2006). Contudo, importa novamente ressaltar as muitas incógnitas em redor

do fenómeno de MTT. Nesse sentido, a realização de estudos que envolvam populações clínicas parece ser fundamental para a obtenção de respostas. A vertente mais analisada de MTT concerne as memórias autobiográficas voluntárias, e vários estudos demonstram uma clara relação entre memórias autobiográficas gerais (pouco detalhadas ao nível dos seus pormenores) e depressão (Cláudio, 2004; Williams et al., 2007), sendo este excesso de generalidade considerado um traço característico dos sujeitos deprimidos (Barnhofer et al., 2002; Gibbs et al., 2004; Raes et al., 2006) e preditivo de uma possível recuperação (Peeters, Wessel, Merckelbach, & Boon-Vermeeren, 2002). Neste sentido, são compreensíveis os apelos ao uso de técnicas terapêuticas que incidam sobre processos mnésicos em terapia (Moulds, Kandris & Williams, 2007) e sobre projeções episódicas futuras positivas (MacLeod et al., 2005). De acordo com Brewin, Gregory, Lipton e Burgess (2010), as memórias involuntárias e as suas respectivas emoções, ao estarem continuamente presentes na consciência dos indivíduos deprimidos, fornecem aos seus terapeutas a oportunidade de modificarem os processos de avaliação e coping dos seus pacientes.

Com base nestes elementos, torna-se imperioso avaliar os possíveis benefícios que um profundo conhecimento do fenómeno de MTT involuntário (para o passado e futuro) e voluntário (para o futuro) poderão propiciar.

Referências

Anderson, J. R., Bothell, D., Byrne, M. D., Douglass, S., Lebiere, C., & Qin, Y. (2004). An integrated theory of the mind. *Psychological Review*, 111(4), 1036-1060. doi: 10.1037/0033-295X.111.4.1036

- Atance, C. M., & O'Neill, D. K. (2001). Episodic future thinking. *Trends in Cognitive Sciences*, 5(12), 533-539. doi: 10.1016/S1364-6613(00)01804-0
- Ball, C. T., & Little, J. C. (2006). A comparison of involuntary autobiographical memory retrievals. *Applied Cognitive Psychology*, 20, 1167-1179. doi: 10.1002/acp.1264
- Barnhofer, T., Jong-Meyer, R., Kleinpaß, A., & Nikesch, S. (2002). Specificity of autobiographical memories in depression: An analysis of retrieval processes in a think-aloud task. *British Journal of Psychology*, 41, 411-416. doi: 10.1348/014466502760387524
- Berntsen, D. (2009). *Involuntary autobiographical memories: An introduction to the unbidden past*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berntsen, D., & Jacobsen, A.S. (2008). Involuntary (spontaneous) mental time travel into the past and future. *Consciousness & Cognition*, 17, 1093-1104. doi: 10.1016/j.concog.2008.03.001
- Berntsen D., & Bohn, A. (2010) Remembering and forecasting: The relation between autobiographical memory and episodic future thinking. *Memory & Cognition*, 38(3), 265-278. doi: 10.3758/MC.38.3.265
- Brewin, C. R., Gregory, J.D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural Mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117(1), 210-232. doi: 10.1037/a0018113
- Cláudio, V. (2004). *Da trama das minhas memórias o fio que tece a depressão: Esquecimento dirigido e memória autobiográfica na depressão major*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Conway, M.A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594- 628. doi: 10.1016/j.jml.2005.08.005
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288. doi: 10.1037//0033-295X.107.2.261
- D'Argembeau, A., & Van der Linden, M. (2006). Individual differences in the phenomenology of mental time travel: The effect of vivid visual imagery and emotion regulation strategies. *Consciousness and Cognition*, 15, 342–350. doi: 10.1016/j.concog.2005.09.001
- Dew, I. T. Z., & Cabeza, R. (2011). The porous boundaries between explicit and implicit memory: Behavioural and neural evidence.

Annals of the New York Academy of Sciences, 1224, 174-190. doi: 10.1111/j.1749-6632.2010.05946.x

- Eichenbaum, H. (2008). Introduction and overview. In H. Eichenbaum (Ed.), *Learning theory and behavior*. Vol. 3 of *Learning and memory: Memory systems* (pp. 1-8). Oxford, UK: Elsevier.
- Eijndhoven, P., Wingen, G., Fernández, G., Rijpkema, M., Pop-Purceanu, M.,...Tendolkar, I. (2012). Neural basis of recollection in first-episode major depression. *Human Brain Mapping* doi: 10.1002/hbm.21439
- Einstein, G. O., McDaniel, M. A., Marsh, M. L., & West, R. (2008). Prospective memory: Processes, lifespan changes, and neuroscience. In H. L. Roediger (Ed.), *Learning theory and behavior*. Vol. 2 of *Learning and memory: Cognitive psychology of memory* (pp. 867-892). Oxford, UK: Elsevier.
- Fischer, S., Drosopoulos, S., Tsen, J., & Born, J. (2006). Implicit learning-explicit knowing: A role for sleep in memory system interaction. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18(3), 311-319. doi: 10.1162/089892906775990598
- Fivush, R. (2011). The development of autobiographical memory. *Annual Review of Psychology*, 62, 559-582. doi: 10.1146/annurev.psych.121208.131702
- Gibbs, B. R., & Rude, S. S. (2004). Overgeneral autobiographical memory as depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 511-526. doi: 10.1023/B:COTR.0000045561.72997.7c
- Hall, N. M., & Berntsen, D. (2008). The effect of emotional stress on involuntary and voluntary conscious memories. *Memory*, 16, 48-57. doi: 10.1080/09658210701333271
- Knowlton, B. J., & Moody, T. D. (2008). Procedural learning in human. In H. Eichenbaum (Ed.), *Learning theory and behavior*. Vol. 3 of *Learning and memory: Memory systems* (pp. 321-340). Oxford, UK: Elsevier.
- MacLeod, A. K., Tata, P., Tyrer, P., Schmidt, U., Davidson, K., & Thompson, S. (2005). Hopelessness and positive and negative future thinking in parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 495-504. doi: 10.1348/014466505X35704
- Martin, A., & Simmons, W. K. (2008). Structural basis of semantic memory. In H. Eichenbaum (Ed.), *Learning theory and behavior*. Vol. 3 of *Learning and memory: Memory systems* (pp. 113-130). Oxford, UK: Elsevier.

- Milner, B., Squire, L., & Kandel, E. R. (1998). Cognitive neuroscience and the study of memory. *Neuron*, 20, 445-468
- Moulds, M. L., Kandris, E., & Williams, A. D. (2007). The impact of rumination on memory for self-referent material. *Memory*, 15, 814-821. doi: 10.1080/09658210701725831
- Peeters, F., Wessel, I., Merckelbach, H., & Boon-Vermeeren, M. (2002). Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 5, 344-350. doi: 10.1053/comp.2002.34635
- Power, M., & Dalgleish, T. (2008). *Cognition and emotion: From order to disorder* (2nd ed.). New York: Psychology Press/Taylor and Francis Group.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Demyttenaere, K., Sabbe, B.,...Eelen, P. (2006). Is overgeneral autobiographical memory an isolated memory phenomenon in major depression? *Memory*, 14(5), 584-594. doi: 10.1080/09658210600624614
- Roediger, H. L., Zaromb, F. M., & Goode, M.K. (2008). A typology of memory terms. In R. Menzel (Ed.), *Learning theory and behavior*. Vol. 1 of *Learning and memory: A comprehensive reference* (pp. 11-24). Oxford, UK: Elsevier.
- Rosenbaum, R. S., Murphy, K. J., & Rich, J. B. (2012). *WIREs Cognitive Science*, 3, 47-63. doi: 10.1002/wcs.155
- Schoofs, A., Hermans, D., & Raes, F. (2011). Effect of self-discrepancy on specificity of autobiographical memory retrieval. *Memory*, 20(1), 63-72. doi: 10.1080/09658211.2011.637934
- Schlagman, S., & Kvavilashvili, L. (2008). Involuntary autobiographical memories in and outside the laboratory: How different are they from voluntary autobiographical memories? *Memory and Cognition*, 36, 920-932. doi: 10.3758/MC.36.5.920
- Suddendorf, T., & Corballis, M. C. (2007). The evolution of foresight: What is mental time travel, and is it unique to humans? *Behavioral and Brain Sciences* 30(3), 299-313. doi: 10.1017/S0140525X07001975
- Sun, R. (2012). Memory systems within a cognitive architecture. *New Ideas in Psychology*, 30, 227-240. doi: 10.1016/j.newideapsych.2011.11.003
- Sweatt, J. D. (2010). *Mechanisms of memory* (2nd ed.). London: Academic Press.
- Tulving, E. (2002). From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1-25. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135114

- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E.,...Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.122
- Winocur, G., Moscovitch, M., & Bontempi, B. (2010). Memory formation and long-term retention in humans and animals: Convergence towards a transformation account of hippocampal-neocortical interactions. *Neuropsychologia*, 48, 2339-2356. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.04.016
- Wisco, B. E., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Valence of autobiographical memories: The role of mood, cognitive reappraisal and suppression. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 335-340. doi: 10.1016/j.brat.2009.11.009

ATIVIDADE FÍSICA: UMA PERSPETIVA PSICOLÓGICA

Maria João Gouveia, Marta Marques, Claudia Carvalho & Pedro Almeida

A psicologia do desporto e da atividade física é uma área de aplicação da psicologia que se debruça sobre os contributos da ciência psicológica para compreender e explicar o comportamento das pessoas quer em contextos de performance quer nas suas atividades físicas de lazer.

Nas últimas décadas tem vindo a acumular-se dados científicos sobre o importante contributo do exercício e atividade física (AF) para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. Uma visão tradicional da saúde enfatiza o papel que o exercício físico pode exercer na prevenção e tratamento da doença e na saúde mental. Já uma visão positiva, realça os seus contributos para a promoção da saúde e o bem-estar psicológicos. Nesta perspetiva, ser saudável não representa tanto um objetivo a ser atingido, mas antes um processo em que o individuo estabelece um compromisso com um estilo de vida através do qual procura ativamente e de forma continuada o equilíbrio entre as diferentes dimensões da sua saúde (física, mental, social, emocional, espiritual, ambiental, vocacional). Neste âmbito, a psicologia do exercício e atividade física preocupa-se especialmente em compreender os efeitos psicológicos do exercício para o bem-estar e em identificar os fatores e processos psicológicos que favorecem a adoção e persistência num estilo de vida ativo que potencie os efeitos positivos do exercício.

Neste artigo resumiremos de forma breve o que sabemos hoje sobre os contributos do exercício para o bem-estar físico e especialmente psicológico e espiritual das pessoas. O reconhecimento destes benefícios realça a importância de se conhecer os fatores e processos psicológicos que determinam a adoção e persistência de um estilo de vida saudavelmente ativo. Sistematizaremos de seguida alguns dos fatores psicológicos que a investigação tem demonstrado serem os mais relevantes para um comportamento de exercício e atividade física autorregulado pelas pessoas. Por último descrever-se-ão dois exemplos de projetos de investigação/intervenção em curso que testam modelos e estratégias psicológicas com o objetivo da promoção do exercício e da atividade física numa população clínica (pacientes com fadiga crónica) e em pessoas com mais de 65 anos.

Atividade física e bem-estar: Físico, psicológico e também espiritual

O consenso científico que hoje existe sobre o papel da atividade física (AF) para o bem-estar é reconhecido pelas principais organizações internacionais de saúde pública, conduzindo à emissão regular de um conjunto de recomendações com vista a uma prática de AF em níveis relevantes para a saúde e a qualidade de vida (e.g., Cavill, Kahlmeier, & Racioppi, 2006; World Health Organization, 2010).

O conceito de AF engloba todo o movimento corporal que aumenta o consumo energético para além dos níveis de descanso (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). A maioria da investigação sobre benefícios da AF debruça-se sobre a prática de exercício físico (i.é., AF estruturada e com objetivos centrados na melhoria da condição física, da saúde e do bem-estar). Muito menos investigação existe especificamente sobre a prática de “AF de lazer” (i.é., a utilização do

corpo e movimento de forma espontânea e livre, orientada especialmente para o prazer que a atividade física proporciona) (Berger, Pargman & Weinberg, 2002). Neste artigo utilizaremos o termo AF enquanto sinónimo de exercício físico.

Benefícios físicos do exercício.

Uma percentagem importante desta investigação sobre os benefícios da atividade física tem-se centrado no seu impacto na redução da doença (ou dos seus fatores de risco) e noutros resultados objetivos de saúde física, realçando o enfoque inicial nesta área de investigação, num modelo de prevenção da doença (para revisão destes resultados ver e.g., Warburton, Katzmarzyk, Rhodes & Shephard, 2007). Neste âmbito, existe hoje informação suficiente que suporta a relação entre níveis moderados ou elevados de exercício e a redução do risco de: a) doenças coronárias (e.g., Berlin & Colditz, 1990) b) acidentes vascular-cerebrais (e.g., Wannamethee & Shaper, 1999), c) excesso de peso e obesidade (e.g., Mayo, Grantham, & Balasekaran, 2003), d) diabetes Tipo II (e.g., Folsom, Kushi, & Hong, 2000); e) cancro do cólon, da mama e do endométrio (e.g., Friedenreich, 2002), f) quedas nos idosos (e.g., Gregg, Pereira, & Caspersen, 2000) ou mortalidade global (Dishman, Washburn, & Heath, 2004).

O sedentarismo é pois hoje, um importante fator de risco para a saúde.

Uma perspetiva de promoção de saúde assenta fundamentalmente na identificação dos benefícios psicológicos e na promoção do desenvolvimento humano associados ao exercício. Vejamos um breve sumário destes impactos.

Benefícios psicológicos do exercício.

A literatura empírica sobre as relações entre atividade física (AF) e o bem-estar psicológico é já muito extensa. Contudo, apesar dos resultados serem bastante consistentes, subsiste ainda alguma controvérsia, o que resulta de alguma fragilidade metodológica, no controlo experimental ou na potência estatística dos estudos. As limitações de controlo experimental advêm da natureza bastante complexa da relação entre AF e bem-estar psicológico, na medida em que é moderada por vários fatores. Estudos têm demonstrado que esta relação depende do tipo e modo de prática do exercício (e.g., aeróbio ou anaeróbio, com ou sem competição, de intensidade moderada ou elevada, regular ou esporádico), das preferências e características do indivíduo (e.g., prefere relaxar ou arriscar e ativar com o exercício?), do grupo (e.g., efeitos distintos para crianças, adultos e idosos), ou ainda do contexto em que se realiza a prática (e.g., com ou sem contacto com natureza) (Barton & Pretty, 2010; Berger & Motl, 2001).

Apesar de todas estas dificuldades, Biddle e Mutrie (2001) referem, na sua revisão sobre a relação entre exercício e bem-estar psicológico que “nearly all areas studied show positive effects for exercise across diverse methods of investigation, including meta-analyses, population surveys and experimental trials, and virtually none show negative effects” (p. 200). Esta abordagem multi-método reforça aliás também a confiança nos resultados disponíveis (para uma revisão aprofundada dos benefícios psicológicos da AF ver também Biddle, Fox, & Boutcher, 2000; ou Faulkner & Taylor, 2005 para os impactos na saúde mental).

Apoiando-se na extensa revisão da literatura feita por Biddle et al. (2000), Faulkner & Taylor (2005) sistematizam os consensos empíricos existentes. As conclusões mais relevantes indicam que:

a) Após a prática do exercício verifica-se uma alteração positiva do humor e outros estados afetivos, quer pela redução dos afetos negativos quer pelo incremento da energia e vitalidade. As meta-análises existentes sugerem que o exercício tem pelo menos um efeito fraco a moderado no aumento do vigor, e na diminuição da tensão, depressão, fadiga, confusão e raiva (Biddle, 2000). Estes efeitos no humor, no entanto, parecem moderados por características do exercício (e.g., intensidade ou duração) e por aspetos individuais, como a condição física ou a experiência no exercício. Estudos experimentais revelaram repercussões negativas no humor quando o exercício era praticado próximo dos níveis de intensidade e duração máximos do indivíduo (e.g., Hall, Ekkekakis, & Petruzzello, 2002).

b) Resultados de meta-análises revelam que ter objetivos de exercício centrados no domínio da tarefa, no esforço, e no desenvolvimento de competências pessoais ou ainda, realizar exercício em grupos com clima motivacional orientado para a mestria (i.é., centrado no esforço e desenvolvimento pessoal), tem uma relação moderada a forte com o afeto positivo (Biddle, 2000).

c) O exercício tem um efeito fraco a moderado na redução da ansiedade. Sessões únicas podem diminuir os estados de ansiedade, reduzir a reatividade fisiológica ou acentuar a recuperação face a fontes psicossociais pontuais de stresse; já uma prática continuada pode conduzir à redução do traço de ansiedade (Taylor, 2000). É significativo que os efeitos mais fortes emirjam precisamente nos estudos mais controlados (experimentais e aleatórios).

d) Existe evidência empírica suficiente para apoiar uma relação causal entre exercício e menores níveis de depressão. Dados epidemiológicos mostram que uma prática continuada de programas de exercício está associada a uma menor probabilidade de desenvolver um diagnóstico clínico de depressão (Mutrie, 2000). Estudos experimentais revelam que o exercício (aeróbio e de resistência) pode ser usado, com vantagem, como coadjuvante de intervenções psicoterapêuticas clássicas no tratamento da depressão moderada ou severa. O seu impacto anti-depressivo parece ser idêntico ao de outras técnicas psicoterapêuticas (Biddle & Mutrie, 2001).

e) O exercício está relacionado com o incremento do auto-conceito físico e da auto-estima. Os impactos são positivos para ambos os sexos, mas mais sólidos para as crianças e adultos (do que para idosos ou jovens e jovens adultos), ou ainda para quem começa a prática com baixos níveis de auto-estima. O exercício aeróbio e principalmente o de resistência são os que parecem mais eficazes no incremento desta auto-percepção a curto prazo (Fox, 2000).

f) Estudos experimentais mostram que a maior parte destes indicadores de bem-estar psicológico estão fundamentalmente associados à prática de exercício ou AF de intensidade moderada (e.g., Berger & Owen, 1992a). O exercício físico intenso apresenta resultados mais contraditórios até porque estes parecem depender, por exemplo, do tempo decorrido após a prática, da natureza do exercício ou das preferências de tipo e intensidade de exercício (e.g., Blanchard & Rodgers, 1997).

Como decorre destes resultados, a relação entre atividade física e o bem-estar psicológico é moderada por vários fatores. Procurando sumarizar a informação empírica disponível, Berger e colaboradores

propuseram uma taxonomia que permite identificar a natureza do exercício e da prática que mais contribui para a melhoria do humor e outros estados afetivos positivos (Berger & Motl, 2000, 2001).

O modelo proposto reconhece que os benefícios afetivos do exercício não são automáticos. Podem ser potenciados ou prejudicados em função do tipo de exercício e do modo de prática. De acordo com esta taxonomia, um pré-requisito reside na atividade ter de ser agradável para o praticante, o que enfatiza o papel da escolha motivacional e da auto-determinação na prática. Adicionalmente, o tipo de exercício deve incluir o maior número possível dos seguintes componentes: respiração abdominal e regular, ser previsível, com movimentos repetitivos e rítmicos e sem competição (e.g., Berger, Butki, & Berwind, 1995; Berger & Owen, 1992b). Relativamente ao modo de prática, o exercício deve ser de intensidade moderada, realizado de forma regular para que o praticante adquira competência e automatismo, duas a três vezes por semana e durante pelo menos 20 a 30 minutos (e.g., Berger & Owen, 1992a,b).

Estas recomendações para potenciar os benefícios psicológicos imediatos do exercício não devem mistificar a natureza complexa desta relação. Embora consistente, a relação entre exercício e o bem-estar psicológico não é necessariamente causal. Vários mecanismos, biológicos (e.g., produção de endorfinas, redução hormonas de stresse como cortisol ou as catecolaminas) e/ou psicológicos (e.g., reforço da perceção de controlo e mestria, de sentimentos de auto-eficácia, ou incremento da interação social) poderão explicar ou potenciar estas relações.

Também do ponto de vista psicológico a AF proporciona várias oportunidades para aumentar a qualidade de vida das pessoas. A participação no exercício auxilia na regulação do humor e na gestão

de stresse (permitindo o relaxamento ou criando eustresse, em função da natureza da atividade escolhida); potencia o bem-estar psicológico, pela redução da ansiedade e depressão (não clínicas), e pelo reforço do auto-conceito físico e da auto-estima.

Para além destes aspetos, a AF pode ainda contribuir para a qualidade de vida uma vez que proporciona oportunidades de prazer e divertimento ou mesmo a possibilidade de vivenciar outras experiências ótimas, como o Flow (Csikszentmihalyi, 2002; Gouveia, Pais-Ribeiro, Marques, & Carvalho, 2012). As experiências ótimas (“peak moments”) são vivências poderosas, memoráveis e altamente recompensadoras (pelo que podem ter forte impacto no bem-estar) e que ocorrem frequentemente no exercício (Privette & Bundrick, 1991). O Flow é um estado psicológico positivo, com imersão total na atividade, e que resulta do equilíbrio ideal entre as competências pessoais e exigências da tarefa. As experiências Flow promovem a perceção de controlo, concentração e profunda sintonia com a atividade, proporcionando sentimentos de felicidade e bem-estar na prática física. As características próprias desta experiência de Flow (imersão profunda na ação, experiência de integração mente-corpo, a perda da noção espaço-tempo, ou o sentimento de transcendência de limites físicos) transformam a experiência de Flow não apenas numa experiência profundamente aprazível mas têm permitido associá-lo à espiritualidade vivida no exercício físico. Esta relação teórica recebeu recentemente também apoio empírico (Gouveia, 2011).

Atividade física e Bem-estar espiritual

A procura da espiritualidade e do bem-estar espiritual é um dos significados pessoais atribuídos à atividade física (e.g., Joslin, 2003) reforçando a relevância deste comportamento para a vida das

peças. Estes praticantes de AF referem encontrar uma certa energia e presença superior na natureza ou na paz e sossego de experiências solitárias de exercício; associam referências espirituais a tomar conta do próprio corpo, à tomada de consciência da magnificência do corpo humano, e a uma série de outras situações e significados que acompanham a prática de uma atividade que envolva o corpo (Berger, et al., 2002).

Fortemente associado a uma procura da espiritualidade pelo exercício, surge a oportunidade que este parece fornecer para experienciar a integração entre corpo-mente-espírito constituindo-se por vezes como um processo de transformação pessoal (Leonard & Murphy, 1995). Esta noção de integração corpo-mente-espírito, assim como a noção de um percurso ético de transformação individual, está igualmente subjacente à definição de saúde espiritual ou bem-estar espiritual de alguns autores (e.g., Vella-Brodrick, & Allen, 1995). Outros significados também atribuídos ao exercício e ao movimento poderão contribuir para a sua função espiritual. Entre eles incluem-se a autoexploração e reflexão pessoais, a sensação de liberdade, o cuidado com uma saúde global e integrada, o ter tempo para si próprio, o “empowerment”, a comunicação com a natureza, a meditação, a absorção no movimento e no esforço e no uso do corpo e ainda a oportunidade para experienciar momentos de transcendência pessoal (Berger et al., 2002).

Sumarizando, aos efeitos psicológicos imediatos do exercício (e.g. no humor) crescem-se os impactos mais raros, mas fortemente significativos para as pessoas, que representam as experiências de Flow, os sentimentos de transformação pessoal ou mesmo a espiritualidade associados às experiências ótimas vividas no exercício. No seu conjunto, todas estas experiências positivas

contribuem, cumulativamente, para o desenvolvimento da qualidade de vida das pessoas.

Por todos estes motivos é relevante uma melhor compreensão acerca de quais são os fatores psicológicos que determinam a escolha e o envolvimento persistente no exercício físico. É o que veremos de seguida.

Fatores Psicológicos associados à prática de atividade física

Como acima referido, a prática regular de atividade física proporciona benefícios fundamentais para a saúde física e mental das pessoas em todas as idades. Contudo, estima-se que 60% da população mundial não pratica atividade física suficiente (Seefeldt, Malina & Clark, 2002). Para além deste dado, a investigação tem demonstrado que 50% das pessoas que iniciam a prática de atividade física desistem durante os 6 meses seguintes (Berger et al, 2002).

O comportamento de atividade física é complexo, influenciado por múltiplos fatores, entre eles, as características da própria atividade, aspetos sociais e fatores psicológicos (Dishman & Buckworth, 1997). Nas duas últimas décadas, tem havido um interesse crescente na investigação sobre os fatores psicológicos inerentes aos processos de adesão, manutenção e abandono da prática de atividade, com o objetivo máximo de compreender quais os processos psicológicos que podem potenciar a eficácia das intervenções de promoção atividade física (para uma revisão das teorias de mudança de comportamento no âmbito da atividade física ver Berger et al., 2002).

Atualmente, o enfoque ao nível da mudança de comportamentos de saúde centra-se na perspectiva de que as pessoas têm a capacidade para regular o seu próprio comportamento, se possuírem a informação

e as ferramentas necessárias para tal (Bandura, 2000; Maes & Karoly, 2005). Assim, uma perspectiva de autorregulação assume-se como fundamental para a compreensão de comportamentos de saúde complexos e sua promoção (Bandura, 2000; Gebhardt, 2006). A autorregulação remete para o princípio de que o comportamento humano é dirigido a objetivos importantes para o próprio e que a aproximação a estes pode ser facilitada ou afetada por processos autorregulatórios, quer na identificação e procura ativa dos objetivos quer na sua manutenção (Maes & Karoly, 2005). Desta forma, considera-se que as intervenções que identifiquem e potenciem estes processos autorregulatórios podem ser mais eficazes. Seguidamente descrever-se-ão os principais fatores psicológicos que contribuem para um comportamento de atividade física autorregulado.

Objetivos conflitantes e alinhamento de objetivos.

A prática de atividade física, tal como outros comportamentos de saúde (e.g. dieta alimentar), é um objetivo ou uma atividade específica que os indivíduos procuram atingir. No mesmo nível hierárquico que a prática de atividade física, estão outros objetivos pessoais (e.g. outra atividade de lazer). Estes objetivos podem influenciar-se positiva ou negativamente (Riediger, Freund, & Baltes, 2005). De acordo com a perspectiva de autorregulação, as pessoas têm vários objetivos, atividades e tarefas que pretendem desempenhar num mesmo momento, requerendo uma distribuição adequada de recursos para responder às necessidades (Gebhardt, 2006). Quando objetivos igualmente desejáveis estão em conflito, os indivíduos poderão ter que, num dado momento, escolher um objetivo (e.g. fazer tarefas domésticas) em detrimento de outro (e.g. fazer exercício físico).

A investigação realizada tem demonstrado que os indivíduos sedentários relatam um maior número de objetivos altamente valorizados e que podem ser conflitantes com a prática de atividade física (e.g. Gebhardt & Maes, 1998), que os objetivos conflitantes são um obstáculo à prática regular de atividade física (e.g. Karoly, Ruehlman, Okun, Lutz, Newton, & Fairholm, 2005) e que são igualmente um preditor significativo de abandono da prática (e.g. Gebhardt & Maes, 1998).

Considerando a influência que os objetivos conflitantes parecem ter na iniciação e também abandono da prática de atividade física, é importante que se potencie a identificação das atividades conflitantes, a procura de alternativas, bem como o aumento da valorização do comportamento de atividade física, nomeadamente através da compreensão da contribuição da prática de atividade física para alcançar outros objetivos pessoais que estão alinhados a um nível hierárquico superior (e.g. ser saudável).

Implementação de intenções e planeamento de objetivos.

Um dos principais desafios que se coloca ao nível da promoção de atividade física é perceber como é que podemos ajudar as pessoas a passar da intenção (e.g. “eu quero começar a fazer atividade física”) à ação (e.g. “eu já sou fisicamente ativo/a”)? O modelo da implementação de intenções de Gollwitzer (1993, 1999), postula que quando se planeia a execução de um comportamento tendo especificado previamente quando e onde esse comportamento irá ocorrer (i.e. formando uma implementação de intenções), a probabilidade de vir a executar esse comportamento é maior do que simplesmente o estabelecer uma meta. A implementação de intenções tem demonstrado ser eficaz na promoção de variados

comportamentos de saúde particularmente em comportamentos que apenas são repetidos uma vez, ou ocasionalmente durante um curto período de tempo (e.g.: fazer o despiste do cancro do colo do útero (Sheeran & Orbell, 2000). Contudo, na promoção da atividade física, os estudos não são concludentes, existindo alguns estudos que apresentam resultados positivos (e.g. Hill, Abraham, & Wright, 2007), outros que não encontraram diferenças entre a formação de implementação de intenções e a simples prescrição do exercício (e.g. Carvalho, Mazzoni, Kirsch, Meo & Santandrea, 2008) e ainda outros onde a implementação de intenções se mostrou desfavorável (e.g. Buden & Sagarin, 2007) Uma hipótese explicativa que tem sido apontada por alguns autores é a de que os comportamentos repetidos no tempo parecem exigir flexibilidade, podendo a formação de implementação de intenções prejudicar a concretização desses comportamentos (Gollwitzer, Bayer, & McCulloch, 2005). Recentemente o modelo HAPA (Schwarzer, 2008; Sniehotta, Scholz & Schwarzer, 2006) foi proposto para ajudar a preencher a lacuna entre a intenção e o comportamento ao considerar importante que este planeamento seja verificado e ajustado à medida que as pessoas se aproximam dos seus objetivos, tendo em conta as dificuldades que surgem na persecução desses objetivos. Por outras palavras, é sugerida necessidade de planear alternativas para os obstáculos ao comportamento desejado que possam surgir (e.g. “se estiver a chover no dia da caminhada, então vou caminhar para o centro comercial”).

Auto-eficácia.

De uma forma geral, a autoeficácia refere-se à “crença que a pessoa tem de que é capaz de se organizar e executar as ações necessárias para produzir um determinado resultado desejado” (Bandura, 2000, p.

300). A percepção que a pessoa tem de que é capaz de desempenhar com sucesso um determinado comportamento (i.e. a autoeficácia) aumenta a probabilidade de se envolver nesse mesmo comportamento (Marcus & Forsyth, 2003). No âmbito da psicologia da atividade física consideram-se essencialmente dois tipos de autoeficácia: a autoeficácia para desempenhar o comportamento (ou autoeficácia para o objetivo) e a autoeficácia para ultrapassar barreiras (ou eficácia autorregulatória/ coping). A primeira refere-se à confiança que a pessoa tem de que é capaz de fazer a atividade física específica que estabeleceu, nos moldes a que se propôs (McAuley & Mihalko, 1998); já a segunda, refere-se à competência que a pessoa tem de que se é capaz de iniciar e/ou persistir numa atividade, mesmo que possam surgir dificuldades, como por exemplo, o mau tempo e o cansaço (McAuley & Mihalko, 1998). A investigação tem demonstrado que a autoeficácia é um preditor significativo do comportamento de atividade física (e.g. Lewis, Marcus, Pate & Dunn, 2002).

Assim, é recomendado que as intervenções para a promoção de prática de atividade física potenciem a percepção da autoeficácia das pessoas, através de técnicas de modelagem, controlo emocional, estratégias para ultrapassar barreiras, entre outras.

Regulação autónoma do comportamento.

Quando se formula um objetivo de atividade física, é importante considerar a autonomia no objetivo formulado. De acordo com a teoria de Autodeterminação de Deci e Ryan (1985, 2000), que se debruça sobre os aspetos motivacionais e regulatórios do comportamento humano, as pessoas podem realizar um determinado comportamento porque valorizam esse comportamento, porque é pessoalmente importante para a pessoa (i.e. regulação autónoma) ou, por outro

lado, porque outras pessoas o desejam e podem exercer pressões externas (regulação controlada). A investigação tem demonstrado que a regulação autónoma é um importante preditor da prática de atividade física (e.g. Standage, Sebire & Loncy, 2008).

É importante que as intervenções de promoção de atividade física potenciem a autonomia das pessoas, quer através da formulação de objetivos pessoais de atividade física com significado e importância para a própria pessoa, quer através de estratégias que reforcem a autonomia na regulação do comportamento (e.g. monitorização do comportamento; aumento da perceção de competência (autoeficácia)).

Considerando a importância dos fatores de autorregulação na promoção do comportamento de atividade física, a Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (ver <http://www.ispa.pt/ui/uipes/>) tem vindo a apostar em projetos de investigação-ação nesta área. Presentemente estão a ser realizadas duas investigações que têm como objetivo principal avaliar a eficácia das intervenções psicológicas no aumento da promoção de atividade física em pessoas com fadiga crónica e pessoas com mais de 65 anos. De seguida, apresentamos de forma breve estas intervenções:

Programa 4 PASSOS para reduzir a sua fadiga: Uma intervenção de autorregulação para a promoção de atividade física na fadiga crónica. (Trial registration: ISCRTN70763996; SFRH/BD/47579/2008)

Esta intervenção foi desenvolvida com base nos modelos de autorregulação e procura avaliar a eficácia de uma intervenção breve na promoção do comportamento de atividade em pessoas com fadiga crónica. A fadiga crónica é uma situação clínica que se caracteriza por uma queixa principal de fadiga persistente (dura pelo menos 6

meses), não é aliviada com o descanso, é debilitante, resulta na redução substancial das atividades diárias e não é explicada por uma doença orgânica. Em muitos casos, as pessoas com sintomas de fadiga persistente tendem a evitar a prática de exercício por considerarem que aumenta os sintomas de fadiga (Prins, Van der Meer & Bleijenberg, 2006). No entanto, a investigação sugere que a falta de exercício físico e descanso excessivo resultam num decréscimo da condição física, que por sua vez, podem levar a um aumento dos sintomas de fadiga e debilidade percebidos. Desta forma, é recomendado pelas agências de saúde, a prática de exercício físico controlado, em pessoas com sintomas de fadiga crónica, como forma de tratamento complementar dos seus sintomas (e.g. Afari & Buchwald, 2003).

A intervenção, realizada em instituições prestadoras de cuidados de saúde, consiste em: realização de duas sessões de entrevista motivacional, em que são trabalhadas competências autorregulatórias e estabelecido um objetivo e plano de atividade física para os 3 meses seguintes; realização de duas sessões telefónicas breves para monitorizar o plano de atividade física e são ainda fornecidos materiais informativos e de atividades; e fornecimento de um manual informativo e um manual de atividades que contêm as competências de autorregulação mencionadas. A avaliação dos participantes é feita em baseline, 3 meses (após a intervenção) e 1 ano depois (follow-up). São recolhidas medidas de autorrelato das características clínicas e das variáveis psicológicas que são trabalhadas (e.g. cognições e competências autorregulatórias) e ainda o registo de nº de passos diários através da utilização do pedómetro (medida objetiva de atividade física).

O programa encontra-se neste momento em fase de avaliação. Espera-se que o programa 4 PASSOS tenha um efeito significativo no

aumento da prática de atividade física. Para além disto, é esperada uma diminuição significativa na redução da fadiga e sintomatologia associada.

A descrição detalhada da intervenção pode ser consultada no protocolo da intervenção que se encontra publicado (Marques, De Gucht, Maes & Leal, 2012) e numa plataforma internacional de registo de estudos experimentais

(<http://www.controlled-trials.com/ISRCTN70763996/>).

Promoção de atividade física em idosos nos cuidados de saúde primários. (ref #: ptdc/sau-sap/110799/2009):

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2009) para a atividade física nos maiores de 65 anos é de um mínimo de 150 minutos semanais de atividade aeróbica de intensidade moderada, em períodos não inferiores a 10m de duração, por contribuir para a redução do risco de quedas, redução de doenças prevalentes neste grupo etário e manutenção de uma vida autónoma (US Department, 2000). Contudo, parece ser difícil, especialmente para as pessoas mais velhas, manter-se fisicamente ativo. Apenas 1 em cada 4 adultos com mais de 55 anos pratica atividade física nos seus tempos de lazer, uma percentagem que tende a diminuir com a idade (Schoenborn, Vickerie, & Powell-Griner (2006). Caminhar tem sido sugerido como uma forma moderada de atividade física que pode ser facilmente implementada no contexto dos cuidados de saúde primários (Lamb, Barlett, Ashley, & Bird, 2002).

Este projeto tem como objetivo incrementar os níveis de atividade física em adultos maiores de 65 anos no contexto dos cuidados de saúde primários e após prescrição do seu médico de família. Paralelamente pretende testar a eficácia de algumas das estratégias acima explanadas, implementação de intenções e planeamento

ajustado aos objectivos, no início a manutenção de uma prática diária de actividade física durante 6 meses. São utilizadas várias medidas, nomeadamente antropométricas (peso, altura, perímetro da cintura e tensão arterial) e psicológicas (saúde funcional e bem estar). São ainda avaliadas variáveis sociodemográficas e os hábitos de saúde e lazer. Os participantes são utentes de Centros de Saúde, referenciados para o estudo pelo seu médico de família. Obtido o consentimento informado para participação no estudo, cada participante tem acesso a 5 entrevistas clínicas individuais de acompanhamento ao longo de 6 meses. Na primeira entrevista é feita uma breve intervenção a todos os participantes orientada para a percepção do risco relacionado com os baixos níveis de actividade física, seguida da intervenção experimental em função do grupo a que o participante for alocado (intenções de meta, implementação de intenções e implementação de intenções com planos para ajustar os objetivos). A todos os participantes será entregue um pedómetro, solicitando-se um registo diário da actividade física ao longo dos 6 meses da intervenção.

Espera-se encontrar um efeito significativo das intervenções com implementação de intenções quer na comparação com o grupo de controlo quer na comparação com o início da intervenção. Espera-se igualmente que o efeito combinado da implementação de intenções com o planeamento ajustado seja superior ao da implementação de intenções isoladamente. Por último, é esperado que os participantes que consigam manter os seus os níveis de actividade física estabelecida, ao fim de 6 meses, apresentem melhorias ao nível das várias medidas avaliadas.

Conclusão

A psicologia da actividade física é uma área de estudo da Psicologia com influências de múltiplas áreas da Psicologia, da Saúde e das Ciências do Desporto. Presentemente, a investigação incide por um lado sobre os benefícios psicológicos da prática de actividade física e, por outro, sobre os mecanismos psicológicos que podem ajudar a compreender e a promover o comportamento de actividade física. Estes dois objectivos estão interligados, dado que os benefícios que resultam da prática de actividade física podem constituir-se como fontes de motivação para iniciar ou continuar esta prática, ao mesmo tempo que, só iniciando a prática de actividade física é que se podem experienciar estes benefícios.

Referências:

- Afari, N., Buchwald, D. (2003). Chronic Fatigue Syndrome: A review. *American Journal of Psychiatry*, 160:221-236.
- Bandura, A. (2000). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. In P. Norman, C. Abraham, & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behaviour* (pp. 299-339). Reading, UK: Harwood
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Barton, J. & Pretty, J. (2010). What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis. *Environmental Science & Technologie* 44, 3947–3955.
- Berger, B. G., & Motl, R. W. (2001). Physical activity and quality of life. In R. Singer, H. Hausenblas, & C. Janelle (Eds.), *Handbook of Sport Psychology* (2^a ed., pp. 636-671). New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Berger, B. G., & Owen, D. R. (1992a). Preliminary analysis of a causal relationship between swimming and stress reduction: Intense exercise may negate the effects. *International Journal os Sport Psychology*, 23, 70-85.

- Berger, B. G., & Owen, D. R. (1992b). Mood alteration with yoga and swimming: Aerobic exercise (may) not (be) necessary. *Perceptual and Motor Skills*, 75, 1331–1343.
- Berger, B. G., Butki, B. D., & Berwind, J. S. (1995). Acute mood changes associated with competitive and non-competitive physical activities. *Journal of Applied Sport Psychology*, 7, S41.
- Berger, B. G., Pargman, D., & Weinberg, R. (2002). Personal meaning in exercise. In B. G. Berger, D. Pargman, & R. Weinberg, *Foundations of exercise psychology* (pp. 223–243). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- Berlin, J. A., & Colditz, G. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 132, 612–628.
- Biddle, S. J. H. (2000). Emotion, mood and physical activity. In S. J. H. Biddle, K. R. Fox, & S. H. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being* (pp. 63-87). London: Routledge.
- Biddle, S. J. H., & Mutrie, N. (2001). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*. New York, NY: Routledge.
- Biddle, S. J. H., Fox, K. R., & Boutcher, S. H. (Eds.) (2000). *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge.
- Blanchard, C., & Rodgers, W. (1997). The effects of exercise intensity and fitness level in mood states. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 9, S32.
- Budden, J. S., & Sagarin, B. J. (2007). Implementation intentions, occupational stress, and the exercise intention-behavior relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 391-401.
- Carvalho, C., Mazzoni, G., Kirsch, I., Meo, M., & Santandrea, M. (2008). The effect of posthypnotic suggestion, hypnotic suggestibility, and goal intentions on adherence to medical instructions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56, 143-155.
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Cavill, N., Kahlmeier, S., & Racioppi, F. (2006). Physical activity and health in Europe: evidence for action. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/physical-activity-and-health-in-europe-evidence-for-action>.

- Csikszentmihalyi, M. (1990/2002). *Fluir. A psicologia da experiência ótima. Medidas para melhorar a qualidade de vida.* Lisboa: Relógio de Água (Tradução portuguesa de Marta Amado).
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour.* NY: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268
- Dishman, R. K. & Buckworth, J. (1997). Adherence to physical activity. In W.P. Morgan (Ed.), *Physical Activity and mental health* (pp.63-80). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Dishman, R., Washburn, R., & Heath, G. (2004). *Physical activity epidemiology.* Champaign, IL: Human Kinetics.
- Faulkner, G. E., & Taylor, A. H. (2005). *Exercise, health and mental health: Emerging relationships.* London: Routledge.
- Folsom A. R., Kushi L. H., & Hong C. P. (2000). Physical activity and incident diabetes mellitus in postmenopausal women. *American Journal of Public Health*, 90(1), 134–138.
- Fox, K. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. In S. J. Biddle, K. R. Fox, & S. H. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being* (pp. 88-117). London: Routledge.
- Gebhardt, W.A. & Maes, S. (1998). Competing goals and exercise behavior. *Perceptual and Motor Skills*, 86: 755-759.
- Gebhardt, W.A. (2006). Contextualizing health behaviors: The role of personal goals. In D. de Ridder & J. de Wit (Eds.). *Self-regulation in health behavior.* Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. *European Review of Social Psychology*, 4, 141-185.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493–503.
- Gollwitzer, P. M., Bayer, U. C., & McCulloch, K. C. (2005). The control of the unwanted. In R. R. Hassin, J. S. Uleman, & J. A. Bargh (Eds.), *The new unconscious* (pp. 485-515). New York: Oxford University Press.
- Gouveia, M.J. (2011). *Flow disposicional e bem-estar espiritual em praticantes de actividades físicas de inspiração oriental [Dispositional Flow and Spiritual well-being in eastern oriented physical activities]* (Unpublished doctoral dissertation). ISPA -

University Institute of Psychological, Social and Life Sciences,
Lisbon, Portugal.

- Gouveia, M.J., Pais-Ribeiro, J.L., Marques, M. & Carvalho, C. (2012). Validity and reliability of the Portuguese version of the Dispositional Flow Scale-2 in exercise. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 81-88.
- Gregg E., Pereira M., Caspersen C. J. (2000). Physical activity, falls, and fractures among older adults: A review of the epidemiologic evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 883–893.
- Hall, E., Ekkekakis, P., & Petruzzello, S. (2002). The affective beneficence of vigorous exercise revisited. *British Journal of Health Psychology*, 7, 47-66.
- Hill, C., Abraham, C., & Wright, D. (2007). Can theory-based messages in combination with cognitive prompts promote exercise in classroom settings? *Social Science & Medicine*, 65, 1049-1058.
- Joslin, R. D. (2003). *Running the spiritual path. A runner's guide to breathing, meditating, and exploring the prayerful dimension of the sport.* New York, NY: St. Martins Press.
- Karoly, P., Ruhlman, LS., Okun, M.A., Lutz, R. S., Newton, C. & Fariholme, C. (2005). Perceived self-regulation of exercise goals and interfering goals among regular and irregular exercisers: a life space analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 427-442
- Lamb, S. E., Barlett, H. P., Ashley, A., & Bird, W. (2002). Can lay-led walking programmes increase physical activity in middle aged adults? A randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 246-252.
- Leonard, G., & Murphy, M. (1995). *The life we are given: A long term program for realizing the potential of body, mind, heart, and soul.* New York: Putnam.
- Lewis, B. A., Marcus, B. H., Pate, R. R. & Dunn, A. (2002). Psychosocial mediators of physical activity behavior among adults and children. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2S), 26-35.
- Maes, S. & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review. *Applied Psychology: An International Review*, 54(2), 267-299. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x
- Marcus, B.H. & Forsyth, L.H. (2003). *From motivating people to be physically active.* Champaign, IL: Human Kinetics.

- Marques, M., De Gucht, V., Maes, S., Leal, I. (2012). Protocol for the "Four steps to control your fatigue (4-STEPS)" randomised controlled trial: a self-regulation based physical activity intervention for patients with unexplained chronic fatigue. *BMC Public Health* 12,202 (Highly accessed).
- Mayo, M. J., Grantham, J. R., & Balasekaran, G. (2003). Exercise-induced weight loss preferentially reduces abdominal fat. *Medicine Science for Sports and Exercise*, 35, 207-213.
- McAuley, E. & Mihalko, S. (1998). Measuring Exercise Related Self-Efficacy. In J. Duda (Ed.), *Advances in Sport and Exercise Psychology Measurement* (pp.371-390). Fitness Information Technology, Inc.
- Mutrie, N. (2000). The relationship between physical activity and clinically defined depression. In S. J. Biddle, K. R. Fox, & S. H. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being* (pp. 46-62). London: Routledge.
- Prins, J.B., Vand der Meer, J.W.M., Bleijenberg, G. (2006). Chronic fatigue syndrome. *The Lancet* 2006, 367, 346-355.
- Privette, G., & Bundrick, C. M. (1991). Peak experience, peak performance, and Flow: Personal descriptions and theoretical constructs. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6(5), 169-188.
- Schoenborn, C. A., Vickerie, J. L., & Powell-Griner, E. (2006). Health characteristics of adults 55 years of age and over: United States, 2000–2003. *Advance Data from Vital and Health Statistics*, 370, 1–32.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 1–29.
- Seefeldt, V., Malina, R.M. & Clark, M.A. (2002). Factors affecting levels of physical activity in adults. *Sports Medicine*, 32(39),143-167.
- Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Using implementation intentions to increase attendance for cervical cancer screening. *Health Psychology*, 19, 283–289.
- Sniehotta, F. F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2006). Action plans and coping plans for physical exercise: A longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation. *British Journal of Social Psychology*, 11, 23–37.

- Standage, M. Sebire S.J. & Loncy, T.(2008). Does exercise motivation predict engagement in objectively assessed bouts of moderate-intensity exercise? A self-determination theory perspective. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 34, 337-352.
- Taylor, A. (2000). Physical activity, anxiety, and stress. In S. J. Biddle, K. R. Fox, & S. H. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being* (pp. 10-45). London: Routledge.
- U.S. Department (2000). *Healthy People 2010: Understanding and improving health. 2nd ed. Volume I – Leading Health Indicators*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Vella-Brodrick, D. A., & Allen, F. C. L. (1995). Development and psychometric validation of the mental, physical, and spiritual well-being scale. *Psychological Reports*, 77, 659-674.
- Wannamethee, S., & Shaper, A. (1999). Physical activity and the prevention of stroke. *Journal of Cardiovascular Risk*, 6, 213–216.
- Warburton, D. E. R., Katzmarzyk, P. T., Rhodes, R. E., & Shephard, R. J. (2007). Evidence-informed physical activity guidelines for Canadian adults. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* 32: S16–S68.
- World Health Organization (2009). *Physical Activity and older adults. Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO Press. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html

A IMPORTÂNCIA DA PSICOLOGIA FORENSE NA ASSESSORIA TÉCNICA AOS TRIBUNAIS - O PAPEL DO PSICÓLOGO NA DIRECÇÃO-GERAL DE REINSERÇÃO SOCIAL

Ana Rolo

A Psicologia Forense, enquanto disciplina científica e domínio de especialização, tem vindo a captar a atenção de um número crescente de estudantes, psicólogos e profissionais que trabalham com o sistema da justiça.

Esta Psicologia tem vindo a conquistar uma visibilidade e uma expansão cada vez maior nos últimos 30 anos e nos últimos 10 em Portugal, podendo mesmo considerar-se como uma das Psicologias mais dinâmicas e produtivas, tanto do ponto de vista da investigação como do ponto de vista da intervenção.

Este movimento de crescimento, tem sido sem dúvida acompanhado pela crescente procura da colaboração dos trabalhos dos psicológicos por parte dos serviços da justiça, bem como por uma maior visibilidade dos seus trabalhos nos órgãos da comunicação social.

Neste sentido, no quadro das ligações entre a Psicologia e a Justiça, a Psicologia Forense surge como “aplicação dos princípios e procedimentos de avaliação psicológica à resolução de questões surgidas em contextos legais” (Nicholson, 1999), nomeadamente nos Tribunais.

Assim, neste âmbito atribui-se à Psicologia Forense um a papel “legitimador” da Justiça, já que é ao psicólogo (enquanto perito) que por um lado, são muitas vezes pedidas respostas para elucidar os decisores judiciais e, por outro, é sobre ele que se depositam as responsabilidades de um esclarecimento das motivações que levaram

determinados indivíduos a cometer crimes ou não, assim como a avaliação da credibilidade dos testemunhos de vítimas, arguidos e outros intervenientes nos processos judiciais criminais e cíveis.

Em Portugal, entre várias entidades designadas na lei, a Direcção-Geral de Reinserção Social (DGRS), como órgão auxiliar da administração da justiça responsável pela definição e execução das políticas públicas de prevenção criminal e da reinserção social de jovens e adultos, tem entre outras atribuições, a obrigação de prestar apoio técnico aos tribunais na tomada de decisão judicial no âmbito dos processos penal e tutelar educativo, ou seja, no âmbito da justiça criminal.

Deste modo, o técnico superior de reinserção social licenciado em psicologia é muitas vezes chamado a dar resposta ou a pronunciar-se sobre questões constituídas pelo direito, nomeadamente sobre a perigosidade criminal, o risco de reincidência e a credibilidade do testemunho, aspectos subjacentes ao pedido judicial que são feitos no âmbito da realização de instrumentos técnicos como sejam os Relatórios de Avaliações Psicológicas e de Perícias sobre a Personalidade.

As Perícias sobre a Personalidade, enquanto relatório pericial/prova pericial em contexto de avaliação psicológica forense enquadram-se no âmbito da assessoria técnica aos Tribunais e constituem-se como instrumentos de apoio à tomada de decisão pelos magistrados (Simões, 2005).

Psicologia Forense

Sabendo que a Psicologia Forense é definida como “um campo da psicologia aplicada que diz respeito ao fornecimento de informação

oriunda de qualquer especialidade da Psicologia para ser usada pelo Direito, na tomada da decisão judicial” (Blackburn, 2006)

Assim, esta deve ser entendida como um campo interdisciplinar, cuja especialidade é a interface entre a Psicologia e o Direito, mais do que meramente cooperativa, coloca um ramo do saber ao serviço de outro, o que acarreta desde já uma série de consequências ao nível do entendimento e comunicação entre estas duas disciplinas.

Apesar destas serem distintas quanto ao objecto, quanto à área e premissas de intervenção, assim como quanto aos métodos e finalidades, decorrentes das diferenças paradigmáticas e conceptuais das mesmas, elas entrelaçam-se porque ambas se debruçam sobre a previsão, a explicação e controlo do comportamento humano.

O Direito procura regular e controlar o comportamento humano com base em concepções duradouras sobre as causas do mesmo, debruçando-se também a Psicologia sobre as causas do comportamento, isto é, procura estudar de maneira científica o mesmo comportamento humano nos diversos contextos, incluindo os que dizem respeito à justiça.

Este entrelaçamento entre estas duas disciplinas é tanto maior, quanto mais: a lei procura criar e potenciar mecanismos de prevenção de comportamentos desviantes e criminais; à medida que aumenta a complexidade social, bem como, quanto mais se procura que a resposta à justiça não seja meramente declarativa ou repressiva, mas sim construtiva de novos comportamentos, de novas relações humanas e sociais, e quando se entende que julgar é compreender.

O Direito e Psicologia interceptam-se e são diversas as vertentes de aplicação dos conhecimentos e do estudo da Psicologia ao território da elaboração e aplicação das leis. Assim, o conjunto de aplicações da Psicologia ao Direito é bastante diversificado e segundo Haney

(1980) existem 3 tipos de aplicações, como sejam: “Psicologia no Direito; Psicologia e Direito e Psicologia do Direito”. É pois na aceção da Psicologia no Direito - que diz respeito à contribuição direta dos psicólogos para o direito no qual os dados da investigação em psicologia são utilizados como auxiliar para tomar decisões judiciais, através do testemunho pericial, das avaliações psicológicas e das Perícias sobre a Personalidade, que a Psicologia Forense ganha mais sentido, pois é definida como “uma prestação direta da informação psicológica para ser usada pelo direito” (Blackburn, 2006).

Psicólogo Forense/Perito

Tendo em conta a Psicologia Forense na aceção da “Psicologia no Direito”, a intervenção dos psicólogos pode abranger diversos momentos e facetas, como sejam (Carmo, 2011): “a participação no processo de elaboração das leis, nas áreas que se relacionam com o seu saber específico, atendendo a que na feitura das leis se procura um compromisso entre uma opção política, regra geral prévia, uma estatuição normativa que decorra de uma boa compreensão da realidade que se regula e que encontre a melhor via para alcançar os objetivos definidos, e uma boa técnica legislativa; a contribuição para a interpretação das leis, sabido que não só por vezes se utilizam na formulação de textos legais termos e conceitos de psicologia, como se torna necessário recorrer a esta área do saber para melhor compreensão de alguns conceitos jurídicos; o desempenho de funções de assessoria técnica, assim como de participação no acompanhamento e execução das decisões dos tribunais; a recolha de informação, a perceção, apreciação e avaliação de factos”.

Refira-se que a intervenção do Psicólogo nos serviços de reinserção social centra-se apenas nestas duas ultimas facetas, nomeadamente

a que diz respeito ao desempenho de funções de assessoria técnica através da elaboração de Relatórios Sociais com Avaliação Psicológica no âmbito tutelar educativo e de relatórios de Perícias sobre a Personalidade no âmbito tutelar e penal. No que diz respeito à recolha de informação, apreciação e avaliação dos factos, esta intervenção remete para a realização dos Relatórios de Perícias sobre a Personalidade, pelos psicólogos enquanto peritos.

Assim importa mencionar que o Psicólogo Forense tem como função contribuir com o seu saber psicológico para responder às questões legais, devendo por isso estar familiarizado com as normas legais, definições ou testes e os procedimentos através dos quais a lei funciona, e estar ciente de determinados parâmetros éticos que regem a prática da Psicologia Forense (Hess, 1999). Por outro lado o Psicólogo Forense enquanto Perito tem como função característica emitir parecer técnico sobre determinados factos, os quais aprecia tecnicamente enquanto detentor de um saber especializado que o julgador não possui, ou seja, o Perito é chamado a mobilizar os seus conhecimentos especiais em ordem à apreciação dos factos observados.

Deste modo, segundo Latas (2006) o Perito é definido como aquele que intervém no âmbito da prova pericial, ou seja, é um especialista numa determinada disciplina ou área técnica, científica ou artística, nomeado pela autoridade judiciária competente ou por delegação desta, para que, seguindo o procedimento legalmente previsto, proceda à perceção ou apreciação de factos objeto de prova, que exigem especiais conhecimentos naquelas áreas ou disciplinas. Por isso é alguém, a quem não se pede que apresente “factos”, mas que, sendo qualificado por estudo e experiências relevantes, tire conclusões sobre estes e que forme uma opinião qualificada, na área especializada do seu conhecimento.

O recurso, cada vez mais frequente, às competências dos Peritos pelos tribunais, tem sido acompanhado por uma maior exigência no trabalho que deles se espera. Assim, espera-se que as suas informações se baseiam em trabalhos científicos com metodologia rigorosa, que conheça a margem de erro associada aos dados que apresenta e ainda saber se os trabalhos que utilizam foram publicados em revista de valor científico e os resultados confirmados estudos independentes. Por outro lado que tenha aceitação junto da sua classe profissional e que os dados que apresenta sejam relevantes para o esclarecimento de questões concretas colocadas pelo caso em apreço. E por último que resista à tentação de que, nas suas Perícias sobre a Personalidade ou nas sua audições em Tribunal, querer estabelecer a verdade dos factos ou pronunciar-se sobre a culpa dos indivíduos – tarefa exclusiva do magistrado/Tribunal.

Perícia sobre a Personalidade

Entre as várias intervenções dos psicólogos, constata-se que a elaboração do relatório psicológico forense ao assumir o carácter de prova pericial, caso do relatório de Perícia sobre a Personalidade constitui o principal e muitas vezes, o único meio usado pelos psicólogos que trabalham na justiça, para comunicar directamente com os tribunais uma opinião fundamentada relativa aos resultados das suas avaliações.

O Relatório de Perícia sobre a Personalidade tem, no Código de Processo Penal, a natureza de meio de prova, isto é, prova pericial. O relatório pericial constitui um meio de prova que tem lugar quando a percepção ou a apreciação dos factos exigirem especiais conhecimentos técnicos, científicos ou artísticos. Os meios de prova

são os instrumentos necessários à demonstração ou prova dos factos relevantes, não proibidos por lei (Santos & Leal-Henriques, 2004).

Na DGRS, os Psicólogos enquanto Peritos elaboram, no contexto do penal - Perícias sobre a Personalidade no âmbito dos artigos 131º e 160º do Código Processo Penal (CPP) relativamente à avaliação psicológica das vítimas e dos adultos ofensores, respectivamente, e no contexto tutelar educativo - Perícias sobre a Personalidade no âmbito dos art. 68º e 69º da Lei Tutelar Educativa (LTE), referentes à avaliação psicológica dos jovens.

Importa referir que, a Perícia realizada no âmbito do artigo 160º do CPP tem como finalidade a avaliação da personalidade e a da perigosidade do agente, incidindo sobre as suas características psíquicas independentes de causas patológicas, bem como sobre o seu grau de socialização.

O conceito de perigosidade é atualmente conceptualizado como avaliação de risco. A avaliação do risco baseia-se na avaliação dos factores de risco que são características individuais e ambientais identificadas como associadas ao comportamento delinvente e que são essenciais quando se tenciona prever comportamentos de reincidência e/ou de violência (Pimentel, 2001).

O comportamento delinvente é fruto da interligação entre múltiplos factores de risco, não existindo, portanto, factores únicos que conduzem ao comportamento criminal. Quanto mais factores de risco um indivíduo possuiu maior a probabilidade de repetição de atos anti-sociais (Andrews & Bonta, 1998)

A Perícia elaborada no âmbito do artigo 131º do CPP tem como objetivo a percepção ou apreciação da aptidão, física e mental, das vítimas de crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, para prestarem testemunho.

A Perícia realizada no âmbito do artigo 69º da LTE, esta visa através do estudo da personalidade do jovem em desenvolvimento, avaliar da necessidade de afastamento do mesmo do seu meio natural de vida, com vista à interiorização de valores conformes o direito e à aquisição ou potenciação dos seus recursos psicológicos que lhe possibilitem conduzir a sua vida de modo social e juridicamente responsável.

Refira-se que esta Perícia é ordenada pelo Tribunal quando for de aplicar ao jovem uma medida de internamento em Centro Educativo, em regime fechado. Sendo que, quando for de aplicar uma medida de internamento em regime semiaberto ou aberto, o Tribunal solicita apenas a elaboração de um Relatório Social com Avaliação Psicológica.

Salienta-se que tanto na realização das Perícias sobre a Personalidade como no Relatório Social com Avaliação Psicológica específico só da área tutelar educativa, a avaliação do risco constitui uma parte essencial do diagnóstico, sendo que os factores de risco a avaliar dependerão sempre da problemática criminal que está associada ao indivíduo avaliado.

Avaliação Psicológica Forense

Quando se elabora um relatório de Perícia sobre a Personalidade, trabalhasse com os comportamentos humanos, mas a avaliação psicológica só é realizada porque é pressuposto que tenha sido cometido um facto qualificado como crime. Este facto é aqui entendido como um acto/comportamento que lesa o direito do outro e que provoca dano.

Assim a avaliação psicológica forense centra-se num acto que viola um bem jurídico legalmente tutelado, devendo o Psicólogo/Perito

orientar a sua metodologia de trabalho partindo desse acto, ou seja, da problemática criminal em causa. Enquanto a avaliação psicológica clínica centra-se no bem-estar ou na condição clínica do indivíduo. Neste contexto e de acordo com Grisso (1993) este afirma que a diferença da avaliação forense e avaliação clínica reside no facto da primeira se centrar na resolução de questões legais surgidas no decorrer do processo em julgamento e não no bem-estar ou na condição clínica do indivíduo. Para Greenberg & Shumam (1997) as diferenças entre Psicologia Forense e a Psicologia Clínica situam-se a vários níveis: do cliente (Tribunal vs Indivíduo), da relação com o cliente (de avaliação ou mesmo confrontação vs de apoio e ajuda), do objetivo da relação (dados colaterais vs perspectiva do cliente) e da relação entre o psicólogo e cliente (juízo crítico vs aliança terapêutica)

Ora sabendo que a avaliação psicológica forense enquadra-se, teórica e metodologicamente nos princípios da avaliação psicológica em geral, embora tenha como objecto de estudo a originalidade do indivíduo que, por alguma razão, entrou em contacto com a justiça criminal, torna-se importante salientar algumas das suas características específicas deste tipo de avaliação como sejam (Machado & Gonçalves, 2011): a falta de confidencialidade quanto aos resultados da avaliação; a participação do indivíduo avaliado que é determinada por uma entidade externa a este, nomeadamente pelo Tribunal; os objetivos e os tempos de avaliação são também determinados externamente, ou seja pelo Tribunal; o carácter estático da avaliação; a falta de articulação entre a avaliação e a intervenção; a necessidade de tradução conceptual e de adaptação da linguagem psicológica a uma entidade externa - ao Tribunal; e a exposição externa da avaliação.

Decorrentes destas características/particularidades existem problemas técnicos e questões éticas inerentes que o Perito tem de lidar.

Quanto aos Problemas Técnicos – no contexto de avaliação a agressores, salienta-se:

- o carácter coercivo e o potencial ganho ou dano advindo do relatório pericial que é realizado, implica desde logo problemas ao nível da cooperação e da veracidade das afirmações dos indivíduos avaliados: Problema da Resistência e a Mentira;

- a avaliação forense nos agressores é realizada em contexto isolado, nomeadamente em contexto prisional ou em internamento, promotor de transformações situacionais significativas nos indivíduos avaliados que geralmente apresentam sinais de depressão, paranóia, abstinência, etc.: Problema da artificialidade do contexto de avaliação;

- existe muitas vezes impacto de algumas problemáticas criminais no sistema de crenças e de valores do próprio avaliador/perito: Problema da diferença entre os níveis socio-económico, académico e cultural entre o individuo avaliado e o perito;

- a utilização de provas de largo espectro deixam o perito externamente vulnerável a ataques provenientes no processo de avaliação e também muitas destas não respondem às questões legais específicas - Problema da escassez de provas psicológicas aferidas para a população portuguesa;

- é frequentemente solicitado ao perito para opinar sobre as condições psicológicas do individuo no momento da prática dos factos ou sobre a futura perigosidade deste, o que pode ocorrer muitos erros devido às influências situacionais e não antecipáveis no comportamento,

sendo também que as abordagens retrospectivas induzem em incorrecções devido por exemplo ao esquecimento ao embotamento emocional: Problema do valor das predições.

Relativamente aos Problemas Técnicos - no contexto de avaliação de vítimas, constata-se que alguns dos problemas técnicos no quadro de avaliação dos agressores também se fazem sentir neste contexto, como sejam a simulação, a mentira e a escassez de instrumentos aferidos e específicos, no entanto importa ainda realçar pelo menos três problemas, como sejam:

- existe dificuldade em confirmar factos nas situações em que a vítima pretende manter o segredo perante a família em relação ao crime que denunciou, como sejam um crime de abuso sexual intra-familiar, ou em alguns casos de violação - Problema da resistência e o segredo;

- perceber, entre vários factores, se a vítima faz queixa por um desejo de reparação legítimo, ou se faz ou influencia de terceiros, por vingança ou ainda se se trata de um misto de motivações - Problema da Motivação da queixa apresentada;

- avaliar o impacto da vitimização junto da vítima - Problema da Vitimização Secundária.

Associado a estes problemas técnicos, existem questões éticas particulares que, por sua vez envolvem problemáticas emocionais não negligenciáveis. Assim a especificidade da avaliação psicológica forense suscita as seguintes questões éticas:

- a) Falta de confidencialidade - o Perito deve clarificar junto do indivíduo os limites da confidencialidade e deve pautar a sua abordagem pelo princípio da intervenção mínima. O perito está obrigado a transmitir ao Tribunal, com verdade, todos os factos de que tomou conhecimento e que respeitam ao objecto de relatório pericial

que elaborou, não podendo quanto a eles, invocar legitimamente do segredo profissional. Tal natureza da sua função, implica que o perito não pode garantir confidencialidade perante indivíduo, sobre tudo o que se relaciona com objecto da perícia, mas deve garantir a confidencialidade perante o indivíduo no que respeita a outros factos de que no exercício de tais funções tenha tido conhecimento e não constituam objecto da perícia. Estes limites da confidencialidade aplicam-se tanto ao relatório pericial/avaliação psicológica, como na audição do perito em tribunal.

b) Separação dos papéis entre terapeuta e psicólogo /perito, o psicólogo não deve aceitar realizar um parecer forense de alguém que acompanha como terapeuta.

c) Gestão da empatia, pois pode existir da parte do perito um hiper-envolvimento e conseqüente perturbação emocional e sensação de sobrecarga profissional ou então uma desvinculação, como estratégia de auto-protecção contra a intensidade emocional das situações que estão a ser avaliadas.

Estes problemas emocionais são muitas vezes reforçados por um conjunto de pressões externas de natureza directa, ou seja pressões exercidas pelo indivíduo, pelo advogado ou pelo próprio tribunal, ou de natureza indirecta, isto é pela exposição pública dos resultados da avaliação, pois na verdade o próprio indivíduo pode aceder ao relatório, como toda a avaliação está sujeita ao escrutínio público por parte dos diversos participantes no processo e dos media e opinião publica.

Importa salientar que muitas destas questões éticas também e levantam nos serviços de reinserção social, como sejam: o Perito que efectua a avaliação psicológica do agressor não deve efectuar a avaliação psicológica da vítima no mesmo processo e o Perito que

elabora o relatório pericial não deve ser o mesmo responsável pelo acompanhamento da medida/pena que venha a ser decretada ao indivíduo.

Metodologia da Avaliação Psicologia Forense

O parecer pericial técnico, científico ou artístico do perito, só pode ser afastado em sede de Tribunal, com argumentação igualmente técnica, científica ou artística. No entanto, apesar da força probatória da prova pericial ou seja do Relatório de Perícia sobre a Personalidade, o Tribunal não prescinde de verificar a sua qualidade.

Desta forma, pretende-se que todas as Perícias sobre a Personalidade realizadas na DGRS sejam cientificamente sustentáveis e, por isso, são elaboradas tendo em especial cuidado a metodologia utilizada na sua elaboração. De facto, o que irá ser posto à prova pelo Tribunal, para além das afirmações ou conclusões do perito, é o processo científico pelo qual o mesmo fundamenta essas mesmas afirmações.

A avaliação psicológica forense partilha com a Psicologia a sua metodologia e os seus princípios. Envolve a integração de informação obtida não só através de entrevistas como através de protocolos de testes, observação comportamental, dados transmitidos por fontes colaterais, documentação histórica e científica (Carson & Bull, 2003).

Da literatura internacional, existe unanimidade na explicação de que a Avaliação Psicológica Forense deve seguir um rigor metodológico que passa por várias fases, como a fase da preparação, a fase da recolha de dados, a fase de interpretação dos dados e fase da comunicação fundamentada dos resultados, ou seja a fase relativa à elaboração/redacção do relatório de Perícia sobre a Personalidade.

Esta metodologia dividida em fases sequenciais é a que tem sido adoptada pelos Psicólogos da DGRS enquanto Peritos na elaboração das suas Perícias sobre a Personalidade:

1ª Fase - Fase da Preparação

Esta fase inicia-se com a formulação de uma ou várias perguntas de partidas que são enformadas a partir da solicitação judicial, ou seja o pedido de avaliação; da análise dos quesitos, isto é dos objectivos específicos que acompanham o pedido judicial; da leitura atenta e direccionada das peças processuais, que nos permite através da análise da acusação, autos de notícia, etc, ver o tipo de crime em causa e qual a actuação do indivíduo, ou seja, a tipologia criminal, moldura penal e modus operandi. Esta primeira abordagem desta fase tem como finalidade a delimitação do objectivo da avaliação e a delimitação da problemática criminal em causa.

Ainda nesta fase efectua-se também uma pesquisa bibliográfica, ou seja, é realizada uma leitura atenta sobre teorias explicativas do comportamento, que se entendam como relevantes face ao crime em causa; e uma revisão bibliográfica assente nas teorias psicológicas, bem como nos estudos criminológicos sobre diferentes problemáticas criminais que auxiliam a delimitar as características psíquicas e sociais dos indivíduos que praticam determinados crimes. Estas leituras/revisões bibliográficas visam a qualidade com que se vai formular as hipóteses de trabalho.

Por último pode haver consulta de outros documentos, nomeadamente a consulta do dossier individual da DGRS, dossier que existente nos serviços de reinserção social relativo ao utente.

Assim, com todos estes dados disponíveis nesta primeira fase é possível induzir uma série de Hipóteses de Trabalho que estão directamente relacionadas com referências teóricas. Nestas hipóteses de trabalho especifica-se conceitos e define-se claramente o que se pretende avaliar e porquê, permitindo o planeamento e selecção da metodologia de avaliação mais adequada.

2ª Fase - Fase de Recolha de Dados que corresponde as técnicas e métodos utilizados, como sejam:

- Observação Direta, trata-se de um processo de escuta e de observação que perdura durante todo o processo de avaliação psicológica e permite aferir indicadores relativos à aparência, comportamento, afectividade, pensamento, atenção e concentração do indivíduo. Trata-se pois de um processo que dá indicações sobre como o individuo se exprime, se relaciona e se adapta à situação.
- Entrevista ao avaliado, trata-se do espaço essencial de encontro entre o perito e o indivíduo, e de um momento que permite recolher grande quantidade de informação, economizando tempo e recursos, sendo o momento chave de avaliação forense.

Uma boa entrevista em contexto forense é difícil de definir, mas é consensual que esta depende da interacção estabelecida entre o perito e o avaliado. Assim, o perito deve ter atenção a aspectos como Escuta Activa, Comunicação, Comportamento e Gestão da Empatia; a entrevista deve ser cuidadosamente planificada em função dos objectivos e assente numa relação assimétrica/positiva com o avaliado. Podem ser utilizadas dois tipos de entrevistas: Entrevistas directivas ou semi-directivas e Entrevistas estruturadas forenses que se apresentam sob a forma de questionários ou de escalas.

- Entrevistas Conjuntas, são indicadas nos casos de indivíduos avaliados jovens. Trata-se de realizar entrevistas conjuntas com o jovem e os progenitores ou outras figuras de referência significativas e têm como principais objectivos: confrontar dados recolhidos individualmente; obter dados sobre o processo de desenvolvimento e de socialização do jovem; e observar comportamentos e relações entre os membros da família, analisando a capacidade de comunicação e a existência de definição de papéis, entre o jovem e os pais.

- Provas Psicológicas, são instrumentos de recolha de informação e devem ser submetidos à reflexão crítica, no sentido de ponderar as suas características, vantagens e limites, nunca entendidos como medidas unívocas e absolutas.

Pois natureza multidimensional do funcionamento humano justifica a diversidade e variabilidade dos instrumentos usados com o objectivo de avaliar as diferentes áreas de funcionamento psicológico. Os comportamentos criminais são multi-causais e têm expressões diferentes. Assim, consoante a expressão criminal, os instrumentos de avaliação psicológica forense devem medir as características particulares inerentes e diferenciar a avaliação do risco em função da problemática criminal em causa.

Os psicólogos na Reinserção Social utilizam cada vez mais instrumentos de avaliação do funcionamento psicológico conjugados com instrumentos estruturados de avaliação do risco, pois a análise dos factores de risco que estão a concorrer para o comportamento criminal e das necessidades criminógenas são importantes para uma compreensão individualizada da conduta criminal e boa avaliação e prática da intervenção do psicólogo forense.

No uso das provas psicológicas, há que ter em conta para além dos próprios requisitos estipulados pela Comissão Internacional de Testes, certas recomendações, como por exemplo: que as Provas sejam adequadas aos objectivos, às hipóteses que se pretende validar e às características do indivíduo e não recorrer a uma bateria de provas fixada previamente; e que nenhuma prova possa dar dados sobre questões legais em causa como por ex, responsabilidade criminal ou a existência de um abuso sexual.

- Fontes Colaterais devem ser pessoas que têm um contacto significativo com o indivíduo e que disponham de informação privilegiada acerca de determinado factor ou área de vida do mesmo, como sejam: familiares, vizinhos, colegas, professores, as OPC's. O recurso a fontes colaterais, tem como objectivos: conferir maior objectividade ao constatado em momentos anteriores, aferindo inconsistências, fabricações, incorrecções ou confirmação do que foi dito e observado; e aceder a elementos mais completos sobre a história do indivíduo. Como recomendação, o contacto com as fontes colaterais deve ser sempre preparado pelo perito tendo em conta: objetivo e a finalidade desse contacto, assim como o impacto/consequências/vantagens do contacto para situação de avaliação.

Para além destas técnicas que se utilizam nesta segunda fase, ainda se pode recorrer a outras como sejam e muito recorrentes na reinserção social:

- Articulação com outros Técnicos que já tenham efectuado qualquer tipo de avaliação ou acompanhamento ao indivíduo, a chamada "articulação entre Equipas da DGRS". Este tipo de articulação é fundamental, pois podem os outros profissionais dispor de informações pertinentes para compreensão do avaliado e dos seus

contextos de inserção e podem fornecer elementos sobre o comportamento do indivíduo enquanto em cumprimento de medidas ou penas, anteriores ou actuais.

- Nova(s) Entrevista(s) com o avaliado para confronto /confirmação de dados.

Assim, com todos estes métodos e técnicas e possível levantar novas hipóteses se necessário ou confirmar as hipóteses levantadas.

3ª Fase - Fase de Interpretação dos Dados

Esta fase remete para se fazer: uma integração de dados provenientes de múltiplas fontes; uma análise da inter-relação de todos dados recolhidos na fase anterior e um cruzamento das variáveis do contexto de vida do avaliado e das suas características pessoais.

Com estes elementos permite-nos, por um lado, encontrar os indicadores perseverantes que sustentam os traços da personalidade do indivíduo e respondem aos objectivos da avaliação e os indicadores não constantes; e por outro, facilitar a consideração de diferentes hipóteses e a eliminação das que são menos consistentes com o padrão global dos resultados observados.

Como recomendação refere-se que só devem ser consideradas como conclusões, as alegações corroboradas por dois métodos distintos, bem como a informação pormenorizada que confirma, refuta ou reconhece a incerteza relativa a cada alegação (Benjamim & Gollan, 2003)

Nos casos considerados necessários ou nos casos em que haja disponibilidade de tempo, as conclusões/inferências sobre a dinâmica

funcional do indivíduo devem-lhe ser transmitidas numa entrevista final.

4ª Fase - Fase de Comunicação de Resultados

Nesta fase procede-se a elaboração propriamente dita do Relatório Pericial, isto é à redacção do mesmo. A redacção do relatório contempla três níveis conceptuais como sejam, o descritivo, o interpretativo e o avaliativo. A estratégia de redacção deve ser análoga à da escrita de um artigo científico: de um lado estão os factos, com a evidência que os suporta e de outro encontram-se as deduções de natureza técnico-científica que conduzem à opinião e que são formuladas a partir dos factos.

A estrutura/modelo do Relatório de Perícia sobre a Personalidade (incluindo também o Relatório Social com Avaliação Psicológica) deve conter as seguintes secções: “Capa”; “1. Contextualização do Pedido/Metodologia Utilizada”; “2. Elementos Relevantes da Trajetória de Vida”; “3. Dados da Observação Direta”; “4. Resultados das Provas Psicológicas e de outros Métodos Aplicados”; “5. Interpretação e Integração dos Dados”; e “6 . Conclusões” Este modelo de Relatório é o atualmente utilizado na DGRS, sendo que os primeiros quatro itens são referentes a factos e os dois últimos itens são relativos às inferências /interpretações.

Refira-se que esta estrutura /modelo de Relatório utilizado nos serviços da reinserção social tem vindo a sofrer alterações ao longo tempo, no sentido de: corresponder de modo eficaz ao objectivo deste tipo de Relatórios Psicológicos Forenses; de proporcionar um quadro organizativo perceptível da avaliação efectuada, tanto dos dados recolhidos como da hipótese explicativa do comportamento do indivíduo; e ainda de permitir uma leitura compreensiva do caso.

O Relatório deve constituir-se como um documento equilibrado, devendo a organização dos conteúdos respeitar uma sequência lógica que permita a melhor apreensão da informação, dado que o mesmo se trata de um documento público que irá ser lido por vários destinatários.

Assim o estilo do Relatório Pericial, deve conter uma linguagem clara, concisa e unívoca, assim como compreensiva e sem que os termos técnicos utilizados inviabilize a partilha de informação. Deve evitar o uso excessivo de adjectivos qualificativos e o vocabulário deve ser diversificado. Deve ainda conter frases de duração variável que permitam um ritmo vivo ao discurso.

Tendo em conta que o conteúdo do Relatório Pericial não é para ser lido nas “entre linhas”, isto é, deve ser lido no essencial, nas partes do texto principal, recomenda-se que no momento anterior ao envio do Relatório ao Tribunal, o Perito deve verificar o seguinte: se consegue entender as opções metodológicas efetuadas; se consegue explicar a sua escolha por uma determinada prova psicológica e se a sabe descrever, em termos de validade e fidelidade; se os resultados são consistentes com as hipóteses levantadas e as conclusões são relevantes face aos objectivos da avaliação. Ou seja, se o Relatório Pericial efetuado contém apenas informação relevante e traduz o esforço de individualização em função das características específicas do indivíduo e do caso em questão, e não diz respeito à inclusão de afirmações generalistas que se poderiam aplicar à maior parte da população.

Conclusão

Em Portugal, nos últimos anos, a Psicologia Forense afirmou-se como um parceiro útil nas tomadas de decisão judiciais.

Pois esta Psicologia procura responder a problemas práticos suscitados por entidades públicas, como por exemplo, pelos tribunais e consubstancia-se em aplicações e produtos concretos realizados por psicólogos/peritos, nomeadamente avaliações psicológicas, esclarecimentos, pareceres, relatórios/ relatórios periciais.

Nomeadamente, o relatório da Perícia sobre a Personalidade, enquanto prova pericial e como instrumento de assessoria técnica aos Tribunais e de apoio à decisão pelos magistrados, cruza a Psicologia e o Direito, cumprindo-se, no contexto da avaliação psicológica forense, a sua natureza e objetivo.

Seja no contexto de avaliação de adultos ou de jovens, a elaboração de relatórios de Perícia sobre a Personalidade, apesar de ser um trabalho demorado e complexo, que requer conhecimento e treino específicos por parte do psicólogo enquanto perito, uma vez que se procura respostas face a um caso concreto, através de uma metodologia minuciosa e probabilística, é sem dúvida também o mais gratificante em termos profissionais para técnicos da DGRS licenciados em psicologia.

Referências

- Andrews, D. A. & Bonta, J. (1998). *Psychology of Criminal Conduct*. Cincinnati: Anderson Publishing Co.
- Benjamin, A. & Gollan, J. (2003). *Family Evaluation in Custody Litigation*. New York: American Psychological Association.
- Blackburn, R. (2006) *Relações entre a Psicologia e Direito*. In A. C. Fonseca, M. R. Simões, M. C. T. Simões e M. S. Pinho (Eds), *Psicologia Forense* (pp.25 – 49). Coimbra: Edições Almedina.
- Carmo, R. (2011). *A prova pericial: Enquadramento Legal*. In M. Matos, R. A. Gonçalves e C. Machado Coord.), *Manual de Psicologia Forense: Contextos Práticos e Desafios* (pp. 31 – 64). Braga: Psiquilibrios Edições.

- Carson, D. & Bull, R. (2003). *The Handbook of Psychology in Legal Contexts* (Eª Ed.). Chichester: John Wiley & Sons.
- Greenberg, S. A. & Shuman, D. W. (1997). Irreconcilable conflict between therapeutic and forensic roles. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 50 – 57.
- Grisso, T. (2003). *Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments* (2nd Ed.). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Haney, C. (1980). Psychology and legal change: on the limits os factual jurisprudence. *Law and Human Behavior*, 4, 147-199.
- Hess, A. K. (1999), *Defining Forensic Psychology*. In A. K. hess & I. B. Weiner (Eds.), *The Handbook of Forensic Psychology* (pp. 24 – 59). Canada: John Wiley e Sons, Inc. All Rights Reserved.
- Latas, A. J. (2006). *Processo Penal: caracterização sumária e prova pericial*. In A. C. Fonseca, M. R. Simões, M. C. T. Simões e M. S. Pinho (Eds.), *Psicologia Forense* (pp.73 – 115). Coimbra: Edições Almedina.
- Machado, C. & Gonçalves, R. A. (2011). *Avaliação psicológica Forense: características , Problemas Técnicos e Questões Éticas*. In M. Matos, R. A. Gonçalves e C. Machado (Coord.), *Manual de Psicologia Forense: Contextos Práticos e Desafios* (pp. 31 – 64). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Nicholson, R. A. (1999). *Forensic assessment*. In Ron Roesch, Stephen D. Hart, & James R. P. Ogloff (Eds.), *Psychology and law: The state of the discipline* (pp. 121-173). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Pimentel, A. (2001). *Acção Social na Reinserção Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Rodrigues, A. & Duarte-Fonseca, A. (2000). *Comentário à Lei Tutelar Educativa*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Santos, M. S. & Leal-Henriques, M. (2004). *Código Processo Penal Anotado II*. Lisboa: Ed Rei dos Livros.
- Simões, M. (2005). *Relatórios Psicológicos: Exercícios de aproximação ao contexto forense*. In R. A. Gonçalves e C. Machado (Coord.), *Psicologia Forense* (pp.55-102). Coimbra: Quarteto.

PSICOLOGIA EM CONTEXTO FORENSE: MODELOS DE INTERVENÇÃO TÉCNICA EM MEIO PRISIONAL

Jorge Monteiro

É comumente aceite que o desvio comportamental não se compreende nem se combate exclusivamente incidindo nos factores profissionais ou nas qualificações académicas dos delinquentes. De acordo com Rijo et al., “qualquer trabalho de reinserção socioprofissional está condenado a elevados níveis de fracasso se não tentar provocar mudança a outros níveis de funcionamento do indivíduo que não só o da sua qualificação ou experiência profissional”.

As intervenções com maiores probabilidades de sucesso e eficácia na área do combate e prevenção de comportamentos anti-sociais são as baseadas nos modelos de processamento da informação social. Segundo Dodge e Schewart , a maior parte destas intervenções é sustentada pela premissa de que as varáveis cognitivo-sociais desempenham um papel importante no comportamento anti-social.

Actualmente, o modelo consensualmente considerado como o mais eficaz na reabilitação de delinquentes é o Modelo Cognitivo-Comportamental , estando a intervenção técnica em meio prisional baseado nos pressupostos deste modelo.

Começando pela avaliação das características individuais de cada recluso, tendo em conta as suas necessidades e riscos específicos, o processo de mudança de comportamentos dos reclusos durante o cumprimento da pena ou medida privativa de liberdade assenta no seu Plano Individual de Reabilitação, o qual estabelece e define o

conjunto de ações a realizar com vista à compensação das áreas de risco / necessidades previamente avaliadas.

Dependendo das necessidades e das problemáticas individuais de cada indivíduo, a intervenção técnica é consubstanciada através da aplicação de programas de reabilitação específicos, bem como pela dinamização de determinadas atividades, designadamente formativas e de capacitação.

A Lei e o processo de reabilitação de delinquentes institucionalizados

A finalidade da execução das penas e medidas privativas de liberdade vem consagrada no Código de Execução das Penas e Medidas da Liberdade (CEP) onde se pode ler que “A execução das penas e medidas de segurança privativas da liberdade visa a reinserção do agente na sociedade, preparando-o para conduzir a sua vida de modo socialmente responsável, sem cometer crimes, a protecção de bens jurídicos e a defesa da sociedade” .

Esta execução orienta-se por princípios, assegurando, designadamente, “... o respeito pela dignidade da pessoa humana e pelos demais princípios fundamentais...”, “... respeita a personalidade do recluso e os seus direitos e interesses...”, e “... promove o sentido de responsabilidade do recluso, estimulando-o a participar no planeamento e na execução do seu tratamento penitenciário e no seu processo de reinserção social, nomeadamente através do ensino, formação, trabalho e programas.” .

No artigo 5º, o CEP postula a “Individualização da execução”, referindo que a “A execução das penas e medidas privativas da liberdade orienta-se pelo princípio da individualização do tratamento prisional e tem por base a avaliação das necessidades e riscos próprios de cada indivíduo.”

Define o Tratamento Penitenciário como sendo “... o conjunto de actividades e programas de reinserção social que visam a preparação do recluso para a liberdade, através do desenvolvimento das suas responsabilidades, da aquisição de competências que lhe permitam optar por um modo de vida socialmente responsável, sem cometer crimes, e prover às suas necessidades após a libertação” .

É então a partir deste enquadramento legal que os profissionais dos serviços prisionais afetos à área do Tratamento Prisional desenvolvem o seu trabalho, orientados por um modelo fortemente inspirado na psicologia do comportamento humano, recorrendo a estratégias e técnicas que dele derivam, designadamente técnicas motivacionais e de promoção de mudanças de comportamento, complementados pelos apports da criminologia e da psicologia forense, no sentido de potenciar a sua intervenção tendo em conta o maior conhecimento das realidades criminais e do comportamento desviante com que diariamente lidam.

Os Programas específicos de reabilitação em meio prisional

Os programas de reabilitação / reinserção social têm-se revelado uma abordagem eficaz na redução da taxa de reincidência criminal . Muitos destes programas têm sido aplicados com diversos fins, dependendo do contexto e do momento em que são dinamizados, podendo-se descreve-los em termos genéricos como sendo programas de prevenção da reincidência e da criminalidade.

A estratégia de desenvolvimento de Programas específicos em meio prisional pressupõe que se desenvolvam metodologias de intervenção em formato de programas e se definam e/ou adaptem instrumentos de avaliação intrínsecos a cada programa, com o objectivo de avaliar o impacto do programa no utente (recluso), isto é, a mudança

comportamental provocada pelo programa, comparando para tal os resultados obtidos após a aplicação de testes antes da frequência do programa (pré-teste) e após a frequência do programa (pós-teste).

Por outro lado, a DGSP desenvolveu igualmente instrumentos de monitorização e acompanhamento do desenrolar das acções e respectivos recursos, ou seja, da eficiência dos processos, através de dois Manuais Técnicos de suporte à aplicação de Programas, o “Manual de Implementação de Programas: Enquadramento teórico, princípios e desenvolvimento de programas” e o “Catálogo de Programas” .

Actualmente encontram-se aprovados institucionalmente dez diferentes programas específicos, todos dispondendo de Manual de aplicação respectivo, designadamente os Programas de intervenção técnica dirigida a autores de Agressores sexuais , dirigido a autores de Delitos Estradais , de Prevenção da criminalidade violenta em jovens reclusos , de Promoção de Competências pessoais e emocionais , de Iniciação às Práticas Restaurativas , um Programa de Prevenção da Rreincidência e da Recaída , um Programa de Prevenção do Suicídio em meio prisional , um Programa de Estabilidade Emocional , especialmente dirigido à população em regime de prisão preventiva, um programa de Motivação para o tratamento de comportamentos aditivos e um Programa de Apoio entre Pares .

Os dados apurados na monitorização referente ao total de programas aplicados no decorrer do ano de 2011 demonstram que foram aplicados 118 programas específicos, os quais estão implementados em 44 estabelecimentos prisionais, tendo envolvido 1026 reclusos.

Formação de Profissionais e Manuais de suporte à aplicação de Programas

São parte integrante de todos os Programas de Intervenção Técnica em aplicação no sistema prisional, para além dos Manuais de suporte à aplicação de Programas também os materiais pedagógicos formativos a ministrar nos Cursos de formação/habilitação de técnicos para a aplicação do Programa.

A formação prévia no modelo de intervenção (programa) é condição imprescindível para a sua aplicação, desenvolvendo-se igualmente sessões de supervisão técnica com profissionais aplicadores de programas.

Neste contexto, no decorrer do 2011 foram dinamizados 22 cursos de formação dirigidos a Técnicos aplicadores de programas, tendo abrangido 302 formandos num total de 3408 horas de volume de formação.

Os dados apurados realçam o investimento realizado na formação de profissionais com vista a habilitá-los para a aplicação de programas, de modo a respeitar a integridade do respectivo manual, promovendo assim o aumento da eficiência e conseqüentemente da eficácia do serviço.

O acompanhamento individual no âmbito da Psicologia Clínica em meio prisional

Outra das linhas de trabalho no âmbito da Psicologia em meio prisional é o acompanhamento individual de reclusos, em que o objectivo principal da actuação do profissional da área da psicologia clínica neste contexto deverá ser, em primeiro lugar, o de promover a adaptação do sujeito à instituição prisional, prevenindo com a sua actuação, episódios de desajustamento/inadaptação ao contexto privativo da liberdade. Desta forma pretende-se evitar comportamentos de risco para a integridade física do próprio ou de

terceiros, promovendo os relacionamentos interpessoais saudáveis, tendo por fim a estabilidade da dinâmica interna da instituição.

Em segundo lugar, o psicólogo clínico deverá orientar a sua actuação no sentido de promover no indivíduo competências pessoais e de relacionamento interpessoal e de devolução da autonomia ao sujeito, podendo, em determinados casos, manter uma regularidade no apoio que presta, especialmente a indivíduos com estruturas mais frágeis do ponto de vista dos recursos cognitivos/emocionais.

Tendo por base estes pressupostos, a intervenção da Psicologia Clínica em meio prisional deverá orientar-se em função do sintoma apresentado pelo sujeito, isto é, qualquer intervenção nesta área deverá ser precedida de uma avaliação / triagem, com base na “queixa” apresentada.

Assim, o plano de tratamento deverá ser orientado com o objectivo da remissão do sintoma e da reposição do equilíbrio do sujeito.

Deste modo, a intervenção do profissional da área da Psicologia Clínica apresenta como finalidade a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o aconselhamento a pessoas com problemáticas de natureza emocional e comportamental.

A sua actuação inclui também a elaboração de relatórios e pareceres na avaliação das condições psicológicas dos reclusos, assim como promover, através da observação e do desenvolvimento intelectual, projetos que contemplem efetividade nos contextos individuais e coletivos, visando sempre a reintegração social.

No actual contexto organizacional, a valência de Psicologia Clínica em meio prisional encontra-se externalizada, sendo prestada por intermédio de profissionais afetos a empresas de prestação de

cuidados de saúde, que após procedimento concursal, prestam serviços em meio prisional.

Referências

Andrews & Bonta (1998). *The Psychology of Criminal Conduct* (2 nd E.). Cincinnati: Anderson Publishing.

Fernandes, F.(2007): *Relação.com: Manual de Formação em Competências Relacionais para Agente de Reabilitação em Contexto Prisional. Sons e Objectos.*

Martinson, R. (1974). "What works? Questions and answers about prison reform. *The public interest*, 10, 22-54.

McGuire, J. (2006). *Eficácia das intervenções para a redução da reincidência criminal* (trad. D. Rijo). In A.C. Fonseca, M. Simões, M.C.T. Simões, M.S. Pinho (Eds), *Psicologia Forense*. Coimbra: Nova Almedina

Rijo, D. & col (2009). *A Entrevista Motivacional em Contexto Prisional. Manual do Formação. PGISP – Projecto Gerir para Inovar os Serviços Prisionais. Centro de Estudos e Formação Penitenciária. Direcção Geral dos Serviços Prisionais*

Legislação:

Lei nº 115/09 de 12 de Outubro- Código de Execução de Penas e Medidas Privativas da Liberdade

“No sentido de facilitar aos estudantes de Psicologia e aos jovens psicólogos o conhecimento daquilo que é prática profissional dos psicólogos no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde a Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES&ID) do ISPA organizou nos dias 4 e 5 de Maio de 2012 um colóquio subordinado ao tema “Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas”. Neste colóquio foram apresentadas diferentes trabalhos que enquadram teórica e praticamente a intervenção dos psicólogos sempre numa ótica de saúde.

O livro que aqui se apresenta corresponde a uma parte das apresentações então feitas e cobre uma vasta área de contextos de intervenção apresentando os seus modelos e as suas práticas.”

Isabel Leal, Filipa Pimenta, Marta Marques
(Coordendoras)