



# O TRABALHO PSICOTERAPÊUTICO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

VIVÊNCIAS DOS UTENTES

*Cecília Rodrigues Medeiros*

Tese apresentada à Universidade de Évora  
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia  
Clínica

ORIENTADOR: *Prof. Doutor Rui Aragão Oliveira*

ÉVORA, MAIO 2014





# O TRABALHO PSICOTERAPÊUTICO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

VIVÊNCIAS DOS UTENTES

---

*Cecília Rodrigues Medeiros*

Tese apresentada à Universidade de Évora  
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia  
Clínica

ORIENTADOR: *Prof. Doutor Rui Aragão Oliveira*

ÉVORA, MAIO 2014

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.*

*Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.*

***Antoine de Saint- Exupéry***

Muitas pessoas contribuíram para a elaboração desta tese com os seus ensinamentos, sugestões e apoio. Para todas, são estes agradecimentos. Contudo, gostaria de salientar:

O Prof. Doutor Rui Aragão Oliveira pelos seus ensinamentos, apoio e incentivo, e por todo o empenho que colocou na orientação desta tese.

Os utentes entrevistados, que acederam em partilhar a sua experiência, com o intuito de contribuir para a melhoria dos serviços e com o sentido, altruísta, de ajudar outros utentes.

Os psicólogos dos centros de saúde, que contribuíram com as suas sugestões, informações, disponibilidade e encaminhamento de utentes.

As Administrações Regionais de Saúde, incluindo as suas Comissões de Ética, e as Unidades Locais de Saúde, que permitiram a realização deste trabalho.

O Dr. Orlando Santos, pelas suas sugestões de leitura, no que respeita às questões metodológicas.

Os meus familiares, os meus amigos e o Sandro, por me acompanharem, em mais este percurso.

## Resumo

O conhecimento das experiências dos utentes, sobre o processo psicoterapêutico, nos cuidados primários, contribui para o sucesso desta intervenção. Com o objetivo de compreender esta experiência, analisámos, segundo o método descritivo fenomenológico psicológico (Giorgi & Giorgi, 2003), 40 entrevistas de 36 utentes do sexo feminino e 4 do sexo masculino (média de idades de 36 anos), que realizavam/realizaram processos de psicoterapia (de várias orientações teóricas), durante, pelo menos 6 meses, nos cuidados primários, tendo estes sido encaminhados por 11 psicólogos, de vários centros de saúde do país. A análise dos resultados revelou que o processo de mudança em psicoterapia, nos cuidados primários, ocorre muito para além do sintoma, particularmente, na psicoterapia psicodinâmica, existindo, uma progressiva focalização nos conflitos internos, o que nos permite defender a utilização desta psicoterapia nestes contextos.

Palavras-chave: psicoterapia psicodinâmica, processo psicoterapêutico, cuidados primários, vivências utentes.

# **The Psychotherapeutic Work in Primary Health Care**

## **Patients' experiences**

### Abstract

The knowledge of patients' experiences about the psychotherapeutic process in primary health care has contributed for the success of this intervention. With the purpose of understanding this experience, we have analyzed, according to the descriptive phenomenological psychological method (Giorgi & Giorgi, 2003), 40 interviews of 36 patients of the female sex and 4 males (with the age average of 36 years old), that have made psychotherapy processes (of various theoretical background), during at least 6 months, in primary health care, having been directed by 11 psychologists of several health care centers across the country. The analysis of the results reveals that the process of change in psychotherapy in primary health care occurs beyond the symptom, particularly in psychodynamic psychotherapy, existing, a progressive focus in internal conflicts, which allows us to defend the use of this psychotherapy in these contexts.

**Keywords:** psychodynamic psychotherapy, psychotherapeutic process, primary health care, patients' experiences.

## ÍNDICE

Introdução	1
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	4
Investigação em psicoterapia	4
Investigação em psicoterapia psicanalítica	11
Investigação em psicoterapia na saúde	19
Psicoterapia psicanalítica na saúde	38
Estudo das vivências do processo psicoterapêutico: Aspectos metodológicos e resultados principais	48
Vivências do processo psicoterapêutico psicanalítico	55
Vivências do processo psicoterapêutico na saúde	62
O processo psicoterapêutico	69
Motivos de procura de ajuda psicológica	70
Mudança psicoterapêutica	72
Momento/episódio significativo	77
Relação terapêutica	82
Impacto da psicoterapia na saúde física	86
O término do processo	90
<b>ESTUDO DAS VIVÊNCIAS DO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS</b>	102
Metodologia	102
Posição do Problema	102
Questões de investigação	104
Objetivos	105
Objetivo geral	105
Objetivos específicos	106
População e amostra	106
Procedimento de recolha da amostra	107
Instrumentos	109
Questionário do terapeuta	109
Entrevista de investigação semiestruturada	110
Procedimento de análise dos dados	113
Caracterização dos psicólogos que referenciaram os utentes	113

Caracterização dos utentes entrevistados	117
Análise qualitativa dos dados	120
Método descritivo fenomenológico	123
Questões éticas	127
Resultados	128
Discussão	166
Conclusões	214
Referências	216
Anexos	233
Anexo A - Email enviado aos Diretores dos Aces e das ULS	234
Anexo B - Consentimento informado relativo ao questionário do terapeuta	235
Anexo C – Declaração de referenciação de utentes	236
Anexo D – Questionário do Terapeuta	237
Anexo E – Guião de entrevista de investigação	240
Anexo F – Consentimento informado da participação dos utentes	241
Anexo G - Motivos de procura de ajuda psicológica – dados gerais (N=40)	242
Anexo H- Motivos de procura de ajuda psicológica - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)	244
Anexo I- Mudanças percecionadas - dados gerais (n=39)	246
Anexo J- Mudanças percecionadas - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)	249
Anexo K- Contributos para a mudança - dados gerais (n=39)	251
Anexo L - Contributos para a mudança - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)	254
Anexo M - Mudanças pós- término - dados gerais (n=8)	256
Anexo N - Mudanças pós- término - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=2)	258
Anexo O - Momento/episódio significativo - dados gerais (N=40)	259
Anexo P- Momento/episódio significativo - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)	261
Anexo Q- Relação terapêutica - dados gerais (N=40)	263
Anexo R - Relação terapêutica - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)	265
Anexo S - Vivências do terminar do processo – dados gerais (N=40)	267



Anexo T - Vivências do terminar do processo – dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=13$ )	268
Anexo U - Outros aspetos - dados gerais ( $n=33$ )	269
Anexo V - Outros aspetos - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=11$ )	271

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Número de utentes referenciados por cada psicólogo que participou nesta investigação	117
<b>Quadro 2.</b> Exemplo de quadro representativo dos constituintes da estrutura apresentados em anexo	126
<b>Quadro G1.</b> Motivos de procura de ajuda psicológica de natureza interna - sintomas psicológicos dos utentes em geral	242
<b>Quadro G2.</b> Motivos de procura de ajuda psicológica de natureza interna - sintomas somáticos dos utentes em geral	242
<b>Quadro G3.</b> Motivos de procura de ajuda psicológica de natureza objetiva externa dos utentes em geral	242
<b>Quadro G4.</b> Motivos de procura de ajuda psicológica de natureza subjetiva e conflitual – conflitos internos dos utentes em geral	243
<b>Quadro G5.</b> Motivos de procura de ajuda psicológica de natureza subjetiva e conflitual - conflitos externos ou relacionais dos utentes em geral	243
<b>Quadro H1.</b> Motivos de procura de ajuda psicológica de natureza interna - sintomas psicológicos dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	244
<b>Quadro H2.</b> Motivos de procura de ajuda psicológica de natureza interna - sintomas somáticos dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	244
<b>Quadro H3.</b> Motivos de procura de ajuda psicológica de natureza objetiva externa dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	244
<b>Quadro H4.</b> Motivos de procura de ajuda psicológica de natureza subjetiva e conflitual - conflitos internos dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	245
<b>Quadro H5.</b> Motivos de procura de ajuda psicológica de natureza subjetiva e conflitual - conflitos externos ou relacionais dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	245
<b>Quadro I1.</b> Mudanças no plano objetivo e concreto - situações concretas da vida do sujeito percebidas pelos utentes em geral	246
<b>Quadro I2.</b> Mudanças no plano objetivo e concreto - sintomas psicológicos percebidas pelos utentes em geral	246
<b>Quadro I3.</b> Mudanças no plano objetivo e concreto - sintomas somáticos percebida pelos utentes em geral	247
<b>Quadro I4.</b> Mudanças no plano subjetivo e conflitual - conflitos internos percebidas	

pelos utentes em geral	247
<b>Quadro I5.</b> Mudanças no plano subjetivo e conflitual - conflitos com objetos externos percebidas pelos utentes em geral	248
<b>Quadro J1.</b> Mudanças no plano objetivo e concreto - situações concretas da vida do sujeito percebidas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	249
<b>Quadro J2.</b> Mudanças no plano objetivo e concreto - sintomas psicológicos percebidas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	249
<b>Quadro J3.</b> Mudanças no plano objetivo e concreto - sintomas somáticos percebidas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	249
<b>Quadro J4.</b> Mudanças no plano subjetivo e conflitual - conflitos internos percebidas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	250
<b>Quadro J5.</b> Mudanças no plano subjetivo e conflitual - conflitos com objetos externos percebidas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	250
<b>Quadro K1.</b> Contributos para a mudança - aspetos da relação terapêutica – referidos pelos utentes em geral	251
<b>Quadro K2.</b> Contributos para a mudança - aspetos relacionados com a capacidade reflexiva - referidos pelos utentes em geral	252
<b>Quadro K3.</b> Contributos para a mudança - fatores técnicos - referidos pelos utentes em geral	252
<b>Quadro K4.</b> Contributos para a mudança - aspetos dos utentes - referidos pelos utentes em geral	253
<b>Quadro L1.</b> Contributos para a mudança - aspetos da relação terapêutica – referidos pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	254
<b>Quadro L2.</b> Contributos para a mudança - aspetos relacionados com a capacidade reflexiva- referidos pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	254
<b>Quadro L3.</b> Contributos para a mudança - fatores técnicos - referidos pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	255
<b>Quadro L4.</b> Contributos para a mudança - aspetos dos utentes - referidos pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	255
<b>Quadro M1.</b> Situação das mudanças após término da psicoterapia na perspectiva dos utentes que tinham terminado o processo há pouco tempo (1 a 3 meses)	256
<b>Quadro M2.</b> Tipo de mudanças que se mantiveram ou evoluíram após término da psicoterapia na perspectiva dos utentes que tinham terminado o processo há pouco tempo (1 a 3 meses)	256

<b>Quadro M3.</b> Situação das mudanças após término da psicoterapia na perspectiva dos utentes que tinham terminado o processo há mais tempo (1 a 4 anos)	257
<b>Quadro M4.</b> Tipo de mudanças que se mantiveram ou evoluíram após término da psicoterapia na perspectiva dos utentes que tinham terminado o processo há mais tempo (1 a 4 anos)	257
<b>Quadro N1.</b> Situação das mudanças após término da psicoterapia na perspectiva dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica e que tinham terminado o processo há cerca de um mês	258
<b>Quadro N2.</b> Tipo de mudanças que se mantiveram ou evoluíram após término da psicoterapia na perspectiva dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica e que tinham terminado o processo há cerca de um mês	258
<b>Quadro O1.</b> Tipo de momento/episódio significativo e suas consequências referidos pelos utentes em geral	258
<b>Quadro O2.</b> Papel do terapeuta no momento/episódio significativo referido pelos utentes em geral	260
<b>Quadro O3.</b> Outras referências ao momento/episódio significativo realizadas pelos utentes em geral	260
<b>Quadro P1.</b> Tipo de momento/episódio significativo e suas consequências referidos pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	261
<b>Quadro P2.</b> Papel do terapeuta no momento/episódio significativo referido pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	262
<b>Quadro P3-</b> Outras referências ao momento/episódio significativo realizadas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	262
<b>Quadro Q1.</b> Afetos positivos do tipo terapêutico relacionados com o terapeuta referidos pelos utentes em geral	263
<b>Quadro Q2.</b> Afetos positivos do tipo pessoal relacionados com o terapeuta referidos pelos utentes em geral	263
<b>Quadro Q3.</b> Outros afetos relacionados com o terapeuta referidos pelos utentes em geral	264
<b>Quadro R1.</b> Afetos positivos do tipo terapêutico relacionados com o terapeuta referidos pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	265
<b>Quadro R2.</b> Afetos positivos do tipo pessoal relacionados com o terapeuta referidos pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	265
<b>Quadro R3.</b> Outros afetos relacionados com o terapeuta referidos pelos utentes	

que realizaram psicoterapia psicodinâmica	266
<b>Quadro S1.</b> Vivências do terminar do processo psicoterapêutico dos utentes que terminaram o processo segundo o tipo de término	267
<b>Quadro S2.</b> Pensamentos e sentimentos sobre o terminar do processo psicoterapêutico dos utentes ainda em acompanhamento	267
<b>Quadro T1.</b> Vivências do terminar do processo psicoterapêutico segundo o tipo de término dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica e que terminaram o processo	268
<b>Quadro T2.</b> Pensamentos e sentimentos sobre o terminar do processo psicoterapêutico dos utentes ainda em acompanhamento que realizavam psicoterapia psicodinâmica	268
<b>Quadro U1.</b> Considerações sobre o processo psicoterapêutico realizadas pelos utentes em geral	269
<b>Quadro U2.</b> Considerações sobre a presente investigação realizadas pelos utentes em geral	269
<b>Quadro U3.</b> Considerações realizadas pelos utentes em geral sobre as decisões políticas e institucionais que influenciam a intervenção psicoterapêutica nos centros de saúde	270
<b>Quadro V1.</b> Considerações sobre o processo psicoterapêutico realizadas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica	271
<b>Quadro V2.</b> Considerações realizadas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica sobre as decisões políticas e institucionais que influenciam a intervenção psicoterapêutica nos centros de saúde	272

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribuição por género dos psicólogos que participaram no estudo	114
<b>Figura 2.</b> Universidade onde os psicólogos realizaram a sua licenciatura	114
<b>Figura 3.</b> Grau académico mais elevado dos psicólogos que participaram no estudo	114
<b>Figura 4.</b> Situação e tipo de supervisão recebida pelos psicólogos que participaram no estudo	115
<b>Figura 5.</b> Formação em psicoterapia realizada pelos psicólogos que participaram no estudo	115
<b>Figura 6.</b> Situação face à realização de processo psicoterapêutico pessoal dos psicólogos que participaram no estudo	116
<b>Figura 7.</b> Tipo de intervenção disponibilizada nos centros de saúde pelos psicólogos que participaram no estudo	116
<b>Figura 8.</b> Distribuição por género dos utentes entrevistados nesta investigação	118
<b>Figura 9.</b> Tipo de intervenção psicológica/psicoterapêutica disponibilizada aos utentes entrevistados nesta investigação	118
<b>Figura 10.</b> Frequência da intervenção psicológica/psicoterapêutica disponibilizada aos utentes entrevistados nesta investigação	119
<b>Figura 11.</b> Situação relativa ao término do processo psicoterapêutico/acompanhamento psicológico	119
<b>Figura 12.</b> Situação relativa ao tipo de término que tiveram os utentes que já tinham terminado os seus processos psicoterapêuticos/acompanhamentos psicológicos	120
<b>Figura 13.</b> Motivos de procura de ajuda psicológica dos utentes em geral ( $N=40$ )	130
<b>Figura 14.</b> Motivos de procura de ajuda psicológica dos utentes realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=13$ )	131
<b>Figura 15.</b> Mudanças percebidas pelos utentes em geral ( $n=39$ )	134
<b>Figura 16.</b> Mudanças percebidas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=13$ )	135
<b>Figura 17.</b> Contributos para as mudanças percebidas pelos utentes em geral ( $n=39$ )	137
<b>Figura 18.</b> Contributos para as mudanças percebidas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=13$ )	138
<b>Figura 19.</b> Situação das mudanças após o término da psicoterapia na perspetiva dos utentes que tinham terminado o seu processo há pouco tempo (entre 1 a 3 meses) ( $n=3$ )	140

<b>Figura 20.</b> Mudanças que se mantiveram ou progrediram após o término da psicoterapia na perspectiva dos utentes que tinham terminado o seu processo há pouco tempo (entre 1 a 3 meses) ( <i>n</i> =3)	141
<b>Figura 21.</b> Situação das mudanças após o término da psicoterapia na perspectiva dos utentes que tinham terminado o seu processo há mais tempo (entre 1 a 4 anos) ( <i>n</i> =5)	141
<b>Figura 22.</b> Mudanças que se mantiveram ou progrediram após o término da psicoterapia na perspectiva dos utentes que tinham terminado o seu processo há mais tempo (entre 1 a 4 anos) ( <i>n</i> =5)	142
<b>Figura 23.</b> Situação das mudanças após o término da psicoterapia na perspectiva dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica e que tinham terminado o seu processo há cerca de um mês ( <i>n</i> =2)	143
<b>Figura 24.</b> Mudanças que se mantiveram ou progrediram após o término da psicoterapia na perspectiva dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica e que tinham terminado o seu processo há cerca de um mês ( <i>n</i> =2)	143
<b>Figura 25.</b> Tipo de momento/episódio significativo e suas consequências referidos pelos utentes em geral ( <i>n</i> =35)	146
<b>Figura 26.</b> Papel do terapeuta no momento/episódio significativo referido pelos utentes em geral ( <i>n</i> =20)	147
<b>Figura 27.</b> Outras referências ao momento/episódio significativo realizadas pelos utentes em geral ( <i>n</i> =17)	147
<b>Figura 28.</b> Tipo de momento/episódio significativo e suas consequências referidos pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( <i>n</i> =11)	148
<b>Figura 29.</b> Papel do terapeuta no momento/episódio significativo referido pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( <i>n</i> =8)	149
<b>Figura 30.</b> Outras referências ao momento/episódio significativo realizadas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( <i>n</i> =7)	149
<b>Figura 31.</b> Afetos positivos do tipo terapêutico em relação ao terapeuta referidos pelos utentes em geral ( <i>n</i> =37)	151
<b>Figura 32.</b> Afetos positivos do tipo pessoal em relação ao terapeuta referidos pelos utentes em geral ( <i>n</i> =25)	152
<b>Figura 33.</b> Outros afetos relacionados com o terapeuta referidos pelos utentes em geral ( <i>n</i> =9)	152
<b>Figura 34.</b> Afetos positivos do tipo terapêutico em relação ao terapeuta referidos	

pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=13$ )	153
<b>Figura 35.</b> Afetos positivos do tipo pessoal em relação ao terapeuta referidos pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=9$ )	154
<b>Figura 36.</b> Pensamentos e sentimentos em relação à fase de término dos utentes que desistiram do processo ( $n=2$ )	156
<b>Figura 37.</b> Pensamentos e sentimentos em relação à fase de término dos utentes que terminaram o processo psicoterapêutico de forma involuntária por razões institucionais ( $n=2$ )	157
<b>Figura 38.</b> Pensamentos e sentimentos em relação à fase de término dos utentes que terminaram o processo psicoterapêutico de forma acordada ( $n=9$ )	157
<b>Figura 39.</b> Pensamentos e sentimentos em relação à fase de término dos utentes que ainda continuam em acompanhamento ( $n=27$ )	158
<b>Figura 40.</b> Pensamentos e sentimentos em relação à fase de término dos utentes que terminaram o seu processo psicodinâmico de forma involuntária, por razões institucionais ( $n=2$ )	159
<b>Figura 41.</b> Pensamentos e sentimentos em relação à fase de término dos utentes que terminaram o seu processo psicodinâmico de forma acordada ( $n=3$ )	159
<b>Figura 42.</b> Pensamentos e sentimentos em relação à fase de término dos utentes que ainda não terminaram o seu processo psicodinâmico e continuam em acompanhamento ( $n=8$ )	160
<b>Figura 43.</b> Considerações sobre o processo psicoterapêutico dos utentes em geral ( $n=33$ )	162
<b>Figura 44.</b> Considerações sobre a presente investigação dos utentes em geral ( $n=5$ )	163
<b>Figura 45.</b> Considerações sobre as decisões políticas e institucionais que afetam a intervenção psicoterapêutica nos centros de saúde, na perspetiva dos utentes em geral ( $n=13$ )	164
<b>Figura 46.</b> Considerações sobre o processo psicoterapêutico dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=10$ )	165
<b>Figura 47.</b> Considerações sobre as decisões políticas e institucionais que afetam a intervenção psicoterapêutica nos centros de saúde, na perspetiva dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=8$ )	165



## Introdução

Os serviços públicos de saúde, nomeadamente, os centros de saúde, permitem um acesso, mais facilitado e abrangente, à intervenção psicológica e psicoterapêutica. A compreensão do processo psicoterapêutico, realizado nestes contextos, permitirá melhorar práticas clínicas e, assim, ser útil, a um elevado número de pessoas.

O contributo da psicoterapia psicanalítica, nos contextos de saúde, parece, especialmente, relevante, dado o seu enfoque nas mudanças estruturais, o que se torna significativo, quando se pretendem objetivos, que vão, para além, de uma remoção sintomática, e a manutenção, a longo prazo, das mudanças obtidas (Grande et al., 2009).

Porém, apesar dos desenvolvimentos, a nível internacional, parece que, em Portugal, a investigação sobre a psicoterapia, nos contextos de saúde, permanece, extremamente, limitada. A avaliação dos resultados da psicoterapia, e a compreensão do seu processo, são de um valor, inestimável, para a melhoria destas intervenções e benefício dos utentes.

Como contributo para esta área de pesquisa, situamos o nosso trabalho, no âmbito da investigação do processo psicoterapêutico, que procura compreender o que ocorre na psicoterapia, a partir das experiências e perceções dos utentes, segundo uma perspetiva fenomenológica, na qual os pacientes são considerados testemunhas privilegiadas do processo terapêutico (Sousa, 2006, p.379).

As perspetivas dos clientes parecem cruciais para compreender as experiências do processo terapêutico (Manthei, 2007), sendo melhores preditores dos resultados terapêuticos, do que as avaliações dos terapeutas (Henkelman & Paulson, 2006), existindo diversas investigações, que se focalizam na experiência e perspetiva do cliente, que sublinham a importância destas experiências na compreensão do processo de psicoterapia (Ribeiro de Sousa, 2006). Assim, o conhecimento, abrangente, das experiências dos pacientes, que englobe várias áreas do processo de aconselhamento/psicoterapia, parece fundamental para a promoção do sucesso terapêutico (Manthei, 2007), também, nos contextos de saúde, como o dos cuidados primários (Wiener & Sher, 1998).

Com o objetivo de compreender a experiência do processo psicoterapêutico, na perspetiva dos utentes dos centros de saúde, o nosso trabalho pretende ser um contributo para esta área de investigação que é, apesar da sua importância, ainda, pouco investigada a

nível internacional (Robinson, Ashworth, Shepherd, & Evans, 2006), e, ainda menos, a nível nacional.

A visibilidade, destas nossas opções, surge no delineamento da nossa tese, no enfoque teórico e na metodologia que privilegiamos.

Assim, iniciamos o enquadramento teórico, do nosso trabalho, realizando uma revisão das perspetivas teóricas que confirmam a eficácia da psicoterapia (Sousa, 2006), incluindo o seu impacto económico (Gabbard, Lazar, Hornberger, & Spiegel, 1997; Lazar, Sledge, & Adler, 2010). Nesta revisão, sublinhamos a investigação do processo psicoterapêutico, que remete para uma perspetiva mais subjetiva e intersubjetiva, realçando-se a existência, e as vantagens, de metodologias qualitativas, focadas nas experiências dos pacientes (Lilliengren & Werbart, 2005).

Dentro da investigação em psicoterapia, destacamos a investigação em psicoterapia psicanalítica, pois, como referem Aragão Oliveira et al. (2009/2010), existem, muitas, investigações sobre a eficácia e eficiência do processo psicoterapêutico, importantes, para a teoria e técnica psicanalíticas e para programas de saúde pública. Salientamos, igualmente, as tentativas de conjugação de metodologias, que pretendem responder às novas questões sobre a mudança psicoterapêutica e o sucesso psicoterapêutico, que surgem, em virtude da alteração do objetivo terapêutico, que, atualmente, ultrapassa a simples redução de sintomas e enquadra-se, mais, no âmbito de conceitos como, flexibilidade mental, ou crescimento mental (Aragão Oliveira et al., 2009/2010). Referimo-nos, ainda, à duração do tratamento e à frequência das sessões (Freedman, Hoffenberg, Vorus, & Frosch, 1999), pois são condições, particularmente, relevantes, devido ao seu papel na facilitação de um processo de internalização que, por sua vez, suporta o desenvolvimento de uma relação interna, relativamente duradoura, com os aspetos, de apoio e potenciadores de crescimento, do terapeuta. Este tipo de relação permite mudanças estruturais, que causam mudanças persistentes (Grande et al., 2009), tendo, todas, estas questões, impacto nos contextos de saúde (Foster & Murphy, 2004; Hudson-Allez, 1999).

Assim, empreendemos uma revisão da literatura sobre a psicoterapia nos contextos de saúde, nomeadamente, nos cuidados primários (Mellor-Clark, 2004), e tecemos considerações sobre a efetividade desta intervenção neste campo, e sobre as questões metodológicas envolvidas (Hemmings, 2000; Sandell, Lazar, & Grant, 2006). Consequentemente, refletimos sobre a organização dos serviços psicoterapêuticos na área

da saúde (Foster & Murphy, 2004; Hudson-Allez, 1999), sobre o tipo de intervenção e avaliação dos utentes (Blatt, Zuroff, & Hawley, 2009; Hudson-Allez, 2008), sobre as competências dos terapeutas (Davidson, 2000; Perris, 2003), e sobre a necessidade de incluir a psicoterapia psicodinâmica nestes serviços, dadas as suas possibilidades em termos de mudança interna (Busch, 2001; Richardson & Hobson, 2000; Sandell et al., 2006).

Uma vez que, a perspetiva dos utentes, tornou-se um componente crucial do planeamento da saúde, e da sua avaliação, salientado pelo crescente reconhecimento das perceções dos utentes, dos contextos de saúde, em geral, e dos cuidados primários, em particular (Robinson et al., 2006), realizamos, de seguida, uma abordagem ao estudo das vivências do processo psicoterapêutico (Manthei, 2007), incluindo o processo psicanalítico (Aragão Oliveira et al., 2009/2010; Lilliengren & Werbart, 2005), e o que ocorre nos contextos de saúde (Lambert, 2007; Perren, Godfrey, & Rowland, 2009). Estas vivências referem-se as várias áreas do processo psicoterapêutico, que permitem uma, melhor, compreensão das suas dimensões. Assim, destacamos, nesta abordagem, os motivos de procura de ajuda psicológica (Robinson et al., 2006; Perren et al., 2009), os aspetos relativos à mudança psicoterapêutica (Coderch, 2001; Grande et al., 2009), os momentos, ou episódios significativos, que ocorrem durante o processo terapêutico (Giorgi, 2011), a relação terapêutica (Biscaia, 2007; Coderch, 2001), o impacto da psicoterapia na saúde física, por nos situarmos, neste estudo, num contexto de saúde (Wiener & Sher, 1998), e por último, tecemos considerações, sobre o término do processo (Joyce, Piper, Ogrodniczuk, & Klein, 2007).

Este privilegiar da perspetiva dos utentes dos cuidados primários, advém do nosso posicionamento epistemológico, que baseia a produção de conhecimento na compreensão. Tal, traduziu-se numa escolha metodológica qualitativa, que passou pela eleição da entrevista de pesquisa, como o instrumento que, melhor, permite aceder às vivências dos utentes, sobre algo, tão complexo, como o processo psicoterapêutico, e pela sua análise através do método descritivo fenomenológico psicológico de Giorgi e Giorgi (2003), que é defendido na investigação do processo psicoterapêutico (Giorgi, 2011), dada a sua pertinência na exploração das vivências dos participantes. Assim, na segunda parte do nosso trabalho, apresentamos a metodologia utilizada no estudo das vivências do processo psicoterapêutico, nos cuidados primários, que inclui uma discussão sobre as questões éticas envolvidas, neste tipo de trabalhos (Manthei, 2007).

É, então, a partir dos resultados, da análise experiencial, das entrevistas dos utentes, que realizaram psicoterapia, nos cuidados primários, que elaboramos uma discussão, que se pretende integradora das ideias apresentadas. Referimos, também, pistas para investigações futuras, assim como, a relevância deste nosso trabalho, que nos permitiu retirar conclusões, com implicações na organização dos serviços, e no trabalho clínico, neste contexto.

## **Enquadramento Teórico**

### **Investigação em Psicoterapia**

A investigação em psicoterapia é relativamente recente, tendo o seu início no século passado, não se escusando a muita discussão, controvérsias e obstáculos, mas apesar deles, mantendo-se em desenvolvimento até aos dias de hoje (Sousa, 2006, p. 373).

Com a afirmação de que a eficácia da psicoterapia não se encontrava provada, Eysenck (1952, cit. por Sousa, 2006) despoletou uma série de investigações que têm vindo a concluir pela eficácia da psicoterapia. “A psicoterapia é mais eficaz quando comparada às listas de espera, a situações de não-tratamento e mesmo aos grupos de controlo placebo (Lambert & Ogles, 2004; Lambert, Bergin & Garfield, 2004; Wampold, 2001) ” (Sousa, 2006, p.374). Para Sousa (2006), também, se encontra comprovada a existência de uma mudança clínica significativa, nos pacientes que realizam psicoterapia, quando comparados com outros pacientes, com o mesmo tipo de problemática, como comprovado na literatura referida pelo autor (Lambert & Ogles, 2004; Asay & Lambert, 1999), sendo, hoje, consensual que a psicoterapia é eficaz.

No entender de Sousa (2006), a investigação em psicoterapia organiza-se em dois pólos: a investigação dos resultados terapêuticos (a extensão na qual o indivíduo muda como consequência da psicoterapia), e a investigação dos processos, que permite compreender o que ocorre na psicoterapia que leva à mudança, referindo-se à literatura existente sobre esta matéria (Elliot, Slatick & Urman, 2001; Greenberg & Pinsof, 1986; Rice & Greenberg, 1984). Assim, para o autor, existe uma perspetiva mais experimental e

objetiva, que realça a importância da técnica, da adoção de manuais e de categorias diagnósticas. Já, no âmbito de um paradigma que privilegia a compreensão, temos uma perspectiva mais subjetiva e intersubjetiva, que enfatiza a importância da relação terapêutica e que veio a fazer uso de metodologias qualitativas, de forma a demonstrar o que se passa durante o processo terapêutico (p.373).

Ao longo da história da investigação, em psicoterapia, tem-se vindo a assistir a uma expansão da pesquisa centrada nos processos de mudança e, também, na articulação entre a investigação dos resultados e dos processos terapêuticos.

Assim, os investigadores passaram a estudar conjuntamente os processos que ocorrem ao longo do encontro terapêutico e os resultados que dele resultam, na medida em que as mudanças no processo são potenciais indicadores dos resultados terapêuticos (Hill & Lambert, 2004). (...) A relação entre componentes processuais e resultados foi evoluindo e complexificando-se, passando-se de uma abordagem correlacional para abordagens sequenciais (i.e., que estudam os efeitos imediatos dos acontecimentos do processo) e de análise de padrões (i.e., que estudam longas sequências de interações a partir de episódios ou acontecimentos do processo). Um novo paradigma de investigação foi proposto por Rice e Greenberg – a investigação no processo de mudança (change process research; Rice, 1992) – com o objectivo de identificar e compreender os mecanismos implicados na mudança terapêutica. Esta abordagem da mudança terapêutica encerra a ambição de suplantar, de uma vez por todas, a velha dicotomia processo/resultado, ao procurar determinar o como e o porquê das mudanças terapêuticas. (Tavares, 2008, p. 17-18)

A investigação do processo psicoterapêutico, também, permitiu a comparação de diferentes modalidades terapêuticas. Neste âmbito, Jones e Pulos (1993) compararam a psicoterapia breve psicodinâmica e a cognitivo-comportamental, analisando 186 sessões através do Psychotherapy Process Q-set (PQS). Os resultados demonstram que, apesar de

existirem características comuns aos dois tratamentos, também existiram diferenças importantes. A terapia cognitivo-comportamental estava, mais, relacionada com o controle dos afetos negativos, através da racionalização, e a psicoterapia psicodinâmica foi consistente com a sua orientação teórica: foco na evocação de afetos, tornar consciente o inconsciente e utilização da relação terapêutica como agente de mudança. Para estes autores, a investigação do processo, mais do que a investigação de resultados, apresenta muitas potencialidades no estudo das intervenções psicológicas. O seu desafio consiste no desenvolvimento de metodologias que capturem a complexidade do processo terapêutico.

Mais recentemente, Trijsburg, Trent e Perry (2004) compararam sessões de psicoterapia psicodinâmica e cognitivo-comportamental com pacientes com depressão major recorrente, admitidos num estudo piloto randomizado, que realizaram medicação anti-depressiva, combinada com 20 sessões de psicoterapia psicodinâmica ou cognitivo-comportamental. Neste estudo, foram obtidas transcrições do início e do meio da terapia, que foram avaliadas por juízes independentes através do Comprehensive Psychotherapy Intervention Rating Scale (CPIRS). Os resultados demonstraram que, ambos os tratamentos, usaram intervenções em comum, tais como intervenções de suporte, intervenções diretivas, “coaching” (treinamento). Quanto às diferenças encontradas, estas basearam-se nas linhas de orientação teórica de cada uma. Nas sessões de psicoterapia psicodinâmica foram usadas intervenções psicanalíticas e psicodinâmicas, com intervenções mais experienciais e facilitadoras, e nas sessões cognitivo-comportamentais foram usadas, mais, intervenções cognitivas e estruturadas. Os resultados deste estudo levaram Trijsburg e colegas a enfatizar a necessidade de se tomar uma posição ativa e diretiva nas intervenções com tempo limitado, independentemente, da orientação teórica. Esta posição diretiva difere consoante a intervenção. Os terapeutas cognitivo-comportamentais sublinham os aspetos estruturais do tratamento (explicação do tratamento, prescrição de trabalhos de casa, etc.) e os terapeutas psicodinâmicos enfatizam os aspetos relacionais (envolvimento, alívio, etc.). Contudo, neste estudo, as intervenções mais ligadas à terapia cognitivo-comportamental como o apoio, o conselho, a orientação explícita e a abordagem didática, foram englobadas no fator comum “coaching” (educação), que foi aplicado pelos terapeutas, de forma equivalente, nos dois tratamentos, o que pode ser explicado, segundo os autores, pelo carácter de tempo limitado das duas intervenções.

Na verdade, apesar das diferenças nos processos de mudança, entre as várias modalidades psicoterapêuticas, em termos de resultados, a investigação, maioritariamente, continua a apontar para uma homogeneização, em termos de eficácia das diferentes perspetivas teóricas (Sousa, 2006).

Sandell, Nilsson, Svensson e Clinton (2007) colocam algumas hipóteses para justificar esta situação. Em primeiro lugar, referem-se a Kadzin e Bass (1989) que defendem que existem, de facto, diferenças nos resultados de diferentes tipos de tratamento, mas a metodologia de investigação não tem sido, suficientemente, sensível para elucidá-las. Outra, possível, explicação, que Sandell et al. retiram de autores como Hubble, Duncan e Miller (1999), refere-se à hipótese dos fatores comuns, que sugere que os ingredientes específicos têm menos valor que os ingredientes, que são comuns aos diferentes tipos de psicoterapia. Uma terceira hipótese, seria a de que diferentes tipos de psicoterapia variam no seu grau de adequação aos pacientes. Um certo tratamento pode ser eficaz com certos pacientes, mas, desadequado para outros. Contudo, como os investigadores apenas testam os resultados principais, ignorando a interação entre os fatores dos pacientes e os tipos de psicoterapia, diferentes tratamentos parecem ter resultados similares. Os autores referem que Beutler (1979; Beutler & Harwood, 2000) e Blatt (Blatt & Felsen, 1993; Blatt & Ford, 1994; Blatt & Shahar, 2005) estão entre aqueles que apoiam esta ideia.

Contudo, para Sandell et al. (2007), uma quarta interpretação, deste paradoxo da igualdade, é a de que diferentes variedades de psicoterapia podem ser, quantitativamente, iguais nos seus resultados, contudo, esses resultados (e os seus mecanismos) podem ser, bem diferentes, de um ponto de vista qualitativo. A metodologia de investigação, com escalas padronizadas quantitativas, conduz a uma indiferenciação qualitativa nos resultados. Os autores valorizam a qualidade dos resultados que se expressa nas experiências dos pacientes, memórias, significados, fantasias, estilos cognitivos e perceptivos, conceitos, valores, recursos, capacidades, interesses e hábitos. Todos estes aspetos podem mudar e modificar, substituir, ou eliminar estruturas prévias, ou criar novas. Estas mudanças podem, assim, requerer diferentes métodos qualitativos.

Outros trabalhos, como os de Lilliengren e Werbart (2005), também, realçam as vantagens e resultados, possíveis, deste tipo de metodologias qualitativas, focadas nas experiências dos pacientes. Para os autores, a perspetiva do paciente sobre o que funciona em terapia, tem sido, largamente, negligenciada, e não tem participado na construção da

teoria. Contudo, pouco sabemos, sobre como diferentes fatores comuns e fatores, que são mais específicos, de uma dada modalidade terapêutica, podem interagir com a experiência dos pacientes, sobre os aspetos negativos ou dificultadores da terapia. Para responder a esta questão, Lilliengren e Werbart estudaram a perspectiva dos pacientes sobre os fatores facilitadores e dificultadores da psicoterapia psicanalítica, através de entrevistas a 22 pacientes adultos, no término da sua psicoterapia. Os autores construíram um modelo teórico de ação terapêutica, através da metodologia grounded theory, que apoia a noção do paciente como um interveniente ativo. Para os autores, este modelo, fundado na perspectiva dos pacientes, que exploraremos, com mais pormenor, confirma o papel dos moderadores do paciente na determinação da eficácia das intervenções.

Sousa (2006) refere, mesmo, a existência de um novo paradigma que procura investigar a mudança terapêutica, a partir das experiências e perceções dos clientes, e de uma abordagem fenomenológica, na qual os pacientes são considerados testemunhas privilegiadas do processo terapêutico (p.379).

Nesta abordagem, a metodologia qualitativa é considerada, especialmente, adequada para investigar o objeto de estudo, divergindo-se, assim, de uma herança deixada pelo paradigma positivista, que tem vindo a privilegiar o uso de metodologia quantitativa na investigação da psicoterapia. Ribeiro de Sousa (2006) faz uma revisão da literatura sobre a investigação qualitativa (Alexander, Holtzworth-Munroe & Jameson, 1994; Elliott & Morrow-Bradley, 1994; Goldfried, Raue & Vakoch, 1996; Toukmanian, 1996; Wisner, Goldfried, Raue & Vakoch, 1996) que sublinha as vantagens, desta metodologia, na compreensão da mudança terapêutica e na aproximação entre investigadores e clínicos.

Esta cooperação entre a prática clínica e a investigação é importante, na medida em que a investigação produzida, atualmente, influencia as entidades financiadoras da área da saúde, que se têm vindo a apoiar em tratamentos empiricamente suportados (Sousa, 2006, p.376). Porém, existem limitações nestes tipos de estudos:

Os critérios para definir a psicopatologia dos pacientes são demasiado rígidos e limitativos para poderem representar a complexidade de problemáticas que as pessoas apresentam. Os terapeutas que seguem listas de tratamentos empiricamente validados desenvolvem intervenções com pressupostos de cariz exclusivamente médico, com incidência na remissão do sintoma, seguindo manuais pré-



estabelecidos de técnicas específicas para cada situação (Cain & Seeman, 2001). Três fatores fundamentais parecem estar excluídos: a relação terapêutica, as particularidades das pessoas que extravasam os critérios diagnósticos da DSM, e as características do terapeuta (Norcross, 2002). (Sousa, 2006, p. 376)

Ainda, a propósito desta influência da investigação nas políticas de saúde, torna-se imperativo validar o impacto económico da psicoterapia. Numa era de recursos limitados na saúde, é imperativo que os investigadores coloquem estas considerações nas suas investigações.

Gabbard et al. (1997) empreenderam uma revisão da literatura, desde 1984 até 1994, que sublinha o efeito da psicoterapia numa variedade de custos, incluindo o custo da psicoterapia em si, o custo da hospitalização psiquiátrica, os custos da mortalidade, da incapacidade, e outros custos médicos. Esta revisão demonstra que a psicoterapia pode reduzir vários custos no tratamento de várias desordens psiquiátricas, apesar das limitações inerentes a estes estudos (dimensão das amostras, ausência de análises rigorosas de custo-benefício, etc.). Os autores sugerem que a psicoterapia pode ser um bom investimento, pois pode ter impacto na produtividade e nos dias de hospitalização. Neste sentido, Gabbard et al. apelam para uma compreensão do impacto económico, das intervenções psicológicas, que inclua os efeitos de uma desordem psiquiátrica, na qualidade e quantidade de vida, rejeitando a noção de que tratar a doença mental é, apenas, benéfico porque reduz os custos totais dos cuidados médicos. Na verdade, a melhoria da qualidade de vida pode ser rentável, mesmo, que ela aumente os custos diretos do tratamento. Por exemplo, no caso da depressão, uma das mais-valias da psicoterapia é reduzir o absentismo e aumentar a produtividade no trabalho. O governo também beneficia de menos transferências para a segurança social, para os subsídios de desemprego, baixas e pensões por invalidez, pois o principal elemento, dos custos sociais da depressão, refere-se a perdas indiretas através da doença, e não, a custos diretos com o tratamento. Assim, uma avaliação económica do tratamento deve incluir dois tipos de avaliação, os custos diretos do tratamento e os custos indiretos, associados com a menor produtividade, relacionada com a doença, incapacidade e problemas no trabalho.

Mais recentemente, Lazar et al. (2010) referem que a maioria das pessoas com perturbações mentais nos EUA permanece sem tratamento, ou recebe tratamentos desadequados ou insuficientes, o que se relaciona com fraca produtividade, absentismo, aumento de custos, morbidade e mortalidade, através, de doenças físicas e perda de vida, através, de suicídio. Os autores empreenderam uma revisão de 25 anos de literatura médica sobre a rentabilidade da psicoterapia, e discutiram as poupanças que a psicoterapia pode produzir relacionadas com o aumento da saúde, o aumento da produtividade, custos médicos e hospitalares. Estes estudos, também, apontaram para o reforço dos resultados, quando a psicoterapia é utilizada, em conjunto, com as terapias médicas no tratamento do cancro, doenças coronárias e outras doenças crónicas. Lazar et al. concluem que a psicoterapia funciona, é rentável, e não é usada por pessoas que não necessitam dela, e, tal, como Gabbard et al. (1997), consideram que um tratamento que é rentável, não é barato. Em vez disso, a psicoterapia pode oferecer um tratamento eficaz a um custo aceitável para a sociedade. Estas revisões de literatura sublinham a importância da investigação contemplar a análise dos custos, mas estes estudos, também, indicam, que existem consequências em não providenciar psicoterapia às pessoas que necessitam, não, só, em termos económicos, mas, sobretudo, em termos humanos.

Tal, remete-nos para a importância de disponibilizar psicoterapia ao maior número de pessoas que dela necessitem, e implica a qualidade da investigação que se faz nesta área. Na verdade, existem dificuldades relacionadas com a abordagem teórica, a metodologia, mas, também, com a ausência de definição do objeto de trabalho inerente ao acompanhamento psicoterapêutico (Aragão Oliveira & Oliveira, 2012).

Quanto a Portugal, não existe uma tradição de investigação em psicoterapia (Sousa, 2006). Contudo, nos últimos anos, tem-se vindo a assistir ao desenvolvimento de estudos, no nosso país, centrados no processo psicoterapêutico, no resultado psicoterapêutico, ou em ambos. Referimo-nos, por exemplo, à investigação de Soares (2007) sobre as díades terapeuta/paciente, aos estudos centrados nos processos de mudança (Virgolino, 2008) ou nos resultados terapêuticos (como a investigação do efeito da psicoterapia sobre o rendimento académico de Welling e Vasconcelos de 2008, ou o projeto de investigação que procura monitorizar os resultados da psicoterapia numa unidade de tratamento de toxicodependências de Machado, Klein e Farate, de 2005). Existem, ainda, trabalhos que pretendem avaliar o impacto do exercício da psicoterapia nos psicoterapeutas (Fernandes & Maia, 2008), ou focalizar-se nas experiências dos pacientes sobre os seus processos

psicoterapêuticos (Aragão Oliveira et al., 2009/2010; Ribeiro de Sousa, 2006) e psicanalíticos (Aragão Oliveira et al., 2009/2010). Neste domínio, Batista et al. (2012) estudaram as representações subjetivas da relação terapêutica através da análise de entrevistas de pacientes que terminaram um processo psicoterapêutico psicanalítico ou psicanálise há mais de um ano. Os dados recolhidos, analisados através do método interpretativo fenomenológico de Giorgi (2011), revelaram diferentes perceções sobre esta relação nos momentos iniciais e nos momentos finais da intervenção.

Como vimos, a nível internacional, a eficácia e a efetividade da psicoterapia têm realizado um percurso, sustentado na investigação, dando provas dos seus benefícios, incluindo, a nível económico. Em Portugal, contudo, a investigação, neste âmbito, continua, reduzida, sobretudo, aquela, que valoriza a perspetiva dos pacientes, motivando e justificando o desenvolvimento do presente trabalho, que pretende, precisamente, contribuir para a área da investigação em psicoterapia, através, da investigação das experiências dos pacientes sobre o seu processo terapêutico.

### **Investigação em Psicoterapia Psicanalítica**

Aragão Oliveira et al. (2009/2010) referem, que o objeto de estudo da teoria psicanalítica (os processos inconscientes) impõe dificuldades, relativas à avaliação dos processos de psicoterapia psicanalítica e psicanálise. Apesar, desta situação, a questão da validade das intervenções terapêuticas foi sempre uma preocupação na investigação (Freud, 1937 [1940], cit por Aragão Oliveira et al, 2009/2010).

Contudo, estas dificuldades alimentam a controvérsia sobre as possibilidades e limitações da pesquisa em psicanálise. Por exemplo, Wallerstein (1996, cit. por Jung et al., 2006) pensa ser possível produzir pesquisa empírica em psicanálise, enquanto que Green (1996, cit. por Jung et al., 2006), assinala essa impossibilidade, dada a incompatibilidade entre psicanálise e o método experimental.

A este respeito, Fonagy (1998) refere a tendência, para que novas ideias, em psicanálise, encontrem alguma resistência e desconfiança, nas audiências psicanalíticas. O autor defende, inclusive, que a relutância em conciliar dados empíricos, com dados clínicos, retardou os progressos no desenvolvimento da psicanálise, que se poderiam realizar nesse interface.

Jung et al. (2006), citando Wallerstein (2005), apresentam quatro gerações de pesquisa de resultados, na psicanálise e psicoterapia psicanalítica:

A primeira geração (de 1917 aos anos 60) é caracterizada pelas contagens estatísticas de resultados em diferentes categorias de pacientes. As pesquisas de segunda geração (de 1950 até os anos 80) empregam medidas construídas, escalas para avaliação antes e depois do tratamento e preditores para os resultados. A terceira geração (1950 até os anos 80), contemporânea à segunda, adiciona o processo terapêutico às medidas de resultado e os estudos de seguimento na fase pós-tratamento. Ainda em desenvolvimento nos nossos dias, a quarta geração (de 1980 ao presente) envolve novas medidas de resultado para a avaliação da estrutura psicológica, da mudança estrutural e do processo terapêutico. Essa geração de pesquisa assegura um novo nível de possibilidades e conhecimento mais preciso dos mecanismos de mudança nas terapias psicanalíticas. (p.299)

Jung et al. (2006) levaram a cabo uma revisão da literatura (Freedman et al., 1999; Rudolf, 1991; Rudolf et al., 1994) correspondente ao período da quarta geração, identificando estudos de resultados, em psicoterapia psicanalítica, de longa duração, publicados no período de 1990 a 2006. Os autores concluíram, que, a partir, da década de 90, as investigações sobre os fatores relacionados com a efetividade da psicoterapia psicanalítica, passaram a registrar investigações sobre a relação terapêutica e renovaram a discussão sobre as diferentes abordagens terapêuticas e o seu sucesso terapêutico. Segundo Jung et al., a partir do ano de 2000, assiste-se a um crescimento da investigação do processo psicoterapêutico, e da sua conjugação com os resultados de tratamento. A este propósito, os autores referem-se a López Moreno et al. (2005) e a Ráscon et al. (2005). Referindo-se à investigação Göttingen Study of Effectiveness of Psychoanalytic and Psychodynamic Therapy (Leichsenring, Biskup, Kreische, & Staats, 2005), os autores descrevem um estudo naturalístico, em conjugação com um estudo controlado, que, apesar de não incluir um grupo de controlo, compara os dados com o índice de mudança média,

esperada num grupo de controlo. Dos 36 pacientes tratados, 23 tinham sido avaliados (dados pré-tratamento, durante e após um ano do término). Os resultados demonstraram uma melhoria significativa nos sintomas, problemas interpessoais, qualidade de vida, bem-estar e no motivo do pedido de ajuda. Os resultados apurados, relativos à amostra estudada, foram, para além, do índice de mudança média, esperada no grupo de controlo, existindo uma diferença, significativa, no término do tratamento e no acompanhamento pós-término.

Como referem Aragão Oliveira e Oliveira (2012), é já no século XXI que surgem, de uma forma mais rigorosa, os estudos de follow-up sobre o processo de mudança terapêutica e sobre os efeitos da longevidade e da intensidade psicoterapêutica. Para os autores, estes trabalhos continuam a ser reduzidos, dada a dificuldade em integrar princípios metodológicos, habitualmente, utilizados no estudo da eficácia terapêutica. Para Aragão Oliveira e Oliveira, esses princípios, advêm de outras intervenções, mais curtas, que utilizam procedimentos de difícil compatibilidade com os contextos psicanalíticos (grupos de controlo, abordagens terapêuticas de acordo com manuais de tratamento, etc) (p.53).

Aragão Oliveira e Oliveira (2012) sublinham que o método clínico tem permitido uma grande evolução na compreensão da dinâmica do mundo mental, a partir do estudo do inconsciente e dos processos inconscientes, mas, também, os procedimentos metodológicos de natureza quase experimental, têm contribuído para esta evolução (apesar de fazerem uso da perspectiva semiológico-descritiva). Os autores referem-se a investigações (p.44) sobre a eficácia e eficiência do processo psicoterapêutico (Bateman & Fonagy, 2006; Gerber et al., 2010; Sandell et al., 2000, 2006; Wallerstein, 1999), importantes para a teoria psicanalítica, para a técnica clínica, e, também, para programas de saúde pública (Gelman et al., 2010; Leichsenring, 2005; Leichsenring & Rabung, 2008; Roth & Parry, 1997; Sandell et al., 2000; Sandell & Grant, 2006).

Parece, então, importante, conciliar metodologias experimentais e clínicas que permitam objetivar e compreender os objetos de estudo em psicanálise e psicoterapia psicanalítica. Aragão Oliveira et al. (2009/2010) realçam, as consequências, em termos de conhecimentos teóricos e clínicos deste tipo de pesquisa, com a utilização de métodos como o experimental, o correlacional e o fenomenológico. Para os autores, estas tentativas, de conjugação de metodologias, pretendem responder às novas questões sobre a mudança psicoterapêutica, e o sucesso psicoterapêutico, que decorrem da alteração do objetivo

terapêutico que, atualmente, vai muito para além da simples redução de sintomas, e estará mais próximo de noções de desenvolvimento e flexibilidade mental. Porém, as dificuldades, já referidas, relativas ao objeto de trabalho das psicoterapias psicanalíticas, conduziram à sua exclusão das revisões de literatura sobre a eficácia psicoterapêutica, ou à sua avaliação, a partir, do foco no alívio sintomático (Aragão Oliveira et al., 2009/2010).

De facto, como Blatt e Auerbach (2003) sublinham, as psicoterapias psicodinâmicas focalizam-se na mudança das estruturas mentais e estados inconscientes, e a remissão dos sintomas, apesar de ser um importante resultado, é secundária e dependente de mudanças, mais básicas, na estrutura da personalidade. Contudo, muita investigação sobre a mudança psicoterapêutica focaliza-se na redução de sintomas, como a primeira medida do progresso terapêutico. Tal acontece, também, porque os sintomas manifestos, em contraste, com os estados e estruturas mentais inconscientes, são mais fáceis de observar e medir. A investigação focada na redução de sintomas, também, revela, poucas, ou nenhuma, diferenças, entre diferentes tipos de psicoterapia. Os efeitos dos tratamentos são, mais suscetíveis, de serem encontrados, em medidas que avaliam as alterações nas capacidades de adaptação, ou na redução da vulnerabilidade, do que em medidas de redução de sintomas (Blatt & Auerbach, 2003).

Parece, então, necessária a valorização de outro tipo de estudos. Como referem Aragão Oliveira e Oliveira (2012):

Foram-se desenvolvendo estudos naturalistas sobre o processo psicoterapêutico, enquadrados na efetividade, isto é, na capacidade do método para promover resultados pretendidos realçando os ganhos obtidos pelos pacientes, ainda que por vezes articulados com a avaliação de sintomas. Já os estudos sobre eficiência dizem respeito àqueles que se debruçam sobre o tema do processo terapêutico, tendo em conta a competência para produzir resultados com o dispêndio mínimo de recursos e esforços, e que portanto procuram analisar aquilo se transforma, como se organiza e como evolui essa mudança. (p. 46)

Aragão Oliveira et al. (2009/2010), referem-se aos trabalhos naturalistas, como o STOPP Project (Sandell et al., 2000, 2006) ou a OPD Task Force (2008), que têm contribuído para o conhecimento do processo terapêutico, ao revelarem aspetos dos pacientes de psicanálise, num longo período, pós-tratamento, compatíveis com a internalização da função psicanalítica.

Por outro lado, para Gabbard (2009), existe, atualmente, evidência empírica sobre a psicoterapia psicodinâmica. Para o autor, até um constructo, altamente, subjetivo, como a contratransferência, pode ser, sistematicamente, medido e quantificado, de uma forma que é generalizável. O trabalho dos psicanalistas e dos psicoterapeutas psicodinâmicos tem um racional científico, pois existe uma base empírica para escolher intervenções e monitorizar o progresso do paciente.

A este propósito, Leichsenring (2009) realiza uma revisão de literatura sobre estudos de eficácia (ensaios randomizados controlados - RCT) em psicoterapia psicodinâmica, analisando 31 estudos de eficácia (RCT), que provam a eficácia da psicoterapia psicodinâmica de curto termo (19 estudos) e de longo termo (12 estudos). Para Leichsenring, os estudos de eficácia (RCT) são conduzidos sob condições experimentais controladas, assegurando-se o controlo das variáveis que influenciam o resultado. Por esta razão, estes estudos são apropriados para assegurar a validade interna. No campo da psicoterapia, o uso deste tipo de estudos é questionável, porque as suas características (randomização, uso de manuais de tratamento, foco numa perturbação mental específica, exclusão de pacientes com um prognóstico desfavorável) questionam, se os RCT são, suficientemente, representativos da prática clínica (que inclui as psicoterapias de longo termo). Ao contrário dos RCT, os estudos naturalísticos (estudos de eficiência) são conduzidos sob condições da prática clínica. Assim, os seus resultados são representativos da prática clínica, em relação aos pacientes, terapeutas e tratamentos (validade externa). Os estudos de eficiência não podem controlar as variáveis externas ao tratamento, de igual forma, como os estudos de eficácia (validade interna). Contudo, a validade interna pode ser melhorada através de metodologias quase-experimentais.

Um exemplo, de um estudo quase-experimental, é o estudo sueco STOPP, que, embora, seja inovador e complexo, tem, também, sido alvo de críticas, pois tem privilegiado metodologia quantitativa, existindo muitas temáticas, onde os questionários e escalas de autopreenchimento, não conseguem detetar aspetos cruciais da terapia psicanalítica (Aragão Oliveira et al., 2009/2010). Neste estudo de Sandell et al. (2000),

400 pacientes foram investigados, durante várias fases do tratamento (antes, durante e depois), sendo seguidos, durante um período de três anos, através de entrevistas, questionários e estatísticas oficiais. Os resultados revelaram uma, progressiva, melhoria, tendo em conta o tempo que os pacientes estavam em tratamento, nas escalas que medem os sintomas de stress (sobretudo nos pacientes em psicanálise). Estes resultados sugerem que a duração do tratamento e a frequência das sessões contribuíram para as diferenças encontradas entre os pacientes de psicanálise e os de psicoterapia psicanalítica.

A duração do tratamento, e a frequência das sessões, são considerações cruciais na avaliação do processo psicoterapêutico. Elas introduzem a noção de aumento, gradual, da eficácia, sendo escolhas que emergem de considerações clínicas, negociadas entre terapeuta e cliente. Freedman et al. (1999) apresentaram um estudo, sobre a eficácia do tratamento, baseado na percepção dos pacientes sobre a sua saúde mental, durante e depois, da psicoterapia psicanalítica, que teve em conta estas questões. O impacto da exposição ao tratamento revelou um aumento da eficácia, com o aumento da duração do tratamento de um mês para mais de 32 meses. Estes resultados, sobre a relação entre a duração do tratamento e a percepção dos pacientes sobre um processo efetivo, são consistentes com a hipótese de um aumento, gradual, da eficácia do tratamento, com o aumento da sua duração. Quanto ao impacto da frequência das sessões, os investigadores estudaram o impacto da psicoterapia, em pacientes que estavam em terapia, há sete meses, ou mais, pois consideraram, mais instáveis, os primeiros seis meses do processo (existindo mais desistências). No entender dos autores, tal, relaciona-se com o facto da relação terapêutica se tornar, mais estável, após sete meses. Os resultados apoiam a ideia de que, sob estas condições mais estáveis, o aumento da frequência permite ganhos, em termos de eficácia. As condições de tratamento, como a duração e a frequência, embora físicas, criam uma realidade psicológica, que possibilita a experiência de uma relação de objeto, que pode ser internalizada. Assim, para Freedman et al., o aumento da exposição ao tratamento (duração e frequência), contribui para a experiência de uma maior intensidade afetiva no tratamento, e esta intensidade, facilita a percepção do terapeuta como responsivo ao paciente. Estas condições são, particularmente, relevantes devido ao seu papel na facilitação de um processo de internalização, que, por sua vez, suporta o desenvolvimento de uma relação interna, relativamente duradoura, com os aspetos de apoio e potenciadores de crescimento do terapeuta.



Em relação aos resultados, de longo termo, da psicoterapia psicodinâmica breve, Lindgren, Werbart e Philips (2010) referem-se ao estudo de Leichsenring et al. (2004), no qual, os ganhos terapêuticos mantiveram-se durante a fase de follow up. Contudo, nem todas as variáveis foram equivalentes no término e no follow up. As variáveis, relativas aos sintomas, apresentaram uma maior mudança, durante o tratamento, mas, uma ligeira recorrência de problemas ocorreu, após a sua conclusão. As variáveis, relacionadas com as relações de objeto, mudaram, menos, durante o tratamento, mas continuaram a desenvolver-se, ligeiramente, no período de follow up, enquanto que as medidas relacionadas com a autoimagem e as relações interpessoais, permaneceram estáveis, durante este período. Para os autores, estes resultados estão de acordo com a teoria psicológica que compreende os sintomas como reativos e dependentes do contexto, enquanto que a personalidade é entendida como uma qualidade do funcionamento psicológico (uma vez atingida, permanece estável, ou continua a desenvolver-se).

As mudanças ao nível da personalidade parecem, assim, constituir-se como um preditor dos resultados, de longo termo, da psicoterapia psicanalítica. Grande et al. (2009), avaliaram os resultados, depois, de um, e de três anos, de psicoterapia psicanalítica de longo termo, através de medidas (antes e depois) do tratamento e de avaliações retrospectivas dos pacientes. As mudanças, antes e depois, do tratamento, foram medidas através do Global Severity Index (GSI), do Inventory of Interpersonal Problems (IIP) e do Heidelberg Structural Change Scale (HSCS). Os resultados confirmam que, em comparação com as mudanças nos sintomas, as mudanças estruturais, alcançadas no fim da terapia, são um melhor preditor das avaliações retrospectivas dos pacientes, sobre os resultados, três anos, após o término da psicoterapia, o mesmo não se passando, na avaliação, após um ano. Para os autores, estes resultados são consistentes, com a visão psicanalítica, de que o tratamento deve esforçar-se por atingir mudanças, fundamentais, na personalidade do paciente, ou seja, mudanças que tenham um efeito, de longo termo, na sua vida. Uma vez que, os processos de mudança, muitas vezes, continuam, após o fim da terapia, a ideia completa destes efeitos, pode não ser, imediatamente, visível para o paciente. Consequentemente, é, muitas vezes, só em retrospectiva, que os pacientes reconhecem e apreciam o valor da sua terapia. A experiência dos pacientes, no fim da terapia, parece ser mais influenciada por outros efeitos terapêuticos, nomeadamente, por mudanças em áreas, como os sintomas de stress e problemas relacionais.

Grande et al. (2009) destacam as avaliações retrospectivas dos pacientes, dado que estes relataram, que as suas avaliações foram, fundamentalmente, transformadas durante, mas, também, após o fim da terapia, e que, agora, se veem a si próprios, e aos outros, de forma diferente. Problemas que causavam muito stress, antes da terapia, parecem menos importantes, em retrospectiva, e comportamentos que, antes, pareciam normais, são percebidos como problemáticos. Para os autores, as avaliações retrospectivas da mudança, refletem, assim, mudanças no sistema de referências interno do paciente, para além, de manifestarem mudanças, a nível dos sintomas e dos comportamentos. Estas avaliações devem ser consideradas, apesar de muitas críticas apontarem para investigações, que têm demonstrado, apenas, uma fraca relação entre avaliações retrospectivas e as medidas antes e depois da terapia (Grande et al., 2009). Uma assunção, implícita, destas avaliações, é que os pacientes, em retrospectiva, calculam a diferença entre a sua condição antes, e depois, do tratamento (Michalak et al., 2003, cit. por Grande et al., 2009). Grande e colegas referem-se à literatura existente (Lunnen & Ogles, 1998; Lunnen, Ogles, & Pappas, 2008; Pekarik & Wolff, 1996) para argumentar que as avaliações, em retrospectiva, dos pacientes, devem ser vistas, antes, como “mudança percebida”. Michalak e colegas (2008, cit. por Grande et al., 2009) apontaram, que os pacientes não esperam, necessariamente, um certo nível de mudança nos sintomas, em resultado da sua terapia, mas, antes, o alcance de objetivos pessoais, que variam, muito, de acordo com o indivíduo. De acordo com esta argumentação, Grande et al. defendem, que estas avaliações permitem resultados diferentes daqueles obtidos através de medidas antes e depois da terapia, dado que são baseadas em avaliações relativas, que se relacionam com os objetivos individuais, em vez, de avaliações absolutas das aquisições terapêuticas. Os autores acrescentam, ainda, que as mudanças terapêuticas podem resultar numa modificação destes objetivos individuais, e, por sua vez, dos critérios de avaliação do paciente.

Aragão Oliveira et al. (2009/2010) referem-se a Moustakas (1994) no que respeita à utilização de metodologias com recurso a várias entrevistas, que permitem o acesso a conteúdos inconscientes, através dos processos transferenciais e contratransferenciais, e destacam a investigação das vivências sobre o processo terapêutico, que tem vindo a desempenhar um importante papel na pesquisa de base psicanalítica (Jung, Nunes & Eizirik, 2007, cit. por Aragão Oliveira et al., 2009/2010). Para além destes autores, outros investigadores portugueses têm, recentemente, vindo a realizar investigação em psicoterapia psicanalítica e psicanálise. Estas investigações procuram investigar o processo

psicoterapêutico, utilizando instrumentos como o Psychotherapy Process Q-Sort (Marques, Pires, Noronha, & Sousa, 2012) ou a escala Change After Psychotherapy Scales (Tavares, Pires, Sá, Silva, & Cunha, 2012) que avaliam a mudança terapêutica, utilizando transcrições e notas de sessões.

### **Investigação em Psicoterapia na Saúde**

Mellor-Clark (2004) empreendeu uma revisão da literatura sobre investigação em psicoterapia e aconselhamento psicológico, no campo da saúde, no Reino Unido. Esta revisão pode ajudar a compreender a história e o momento, atual, deste tipo de pesquisa, a nível internacional. O autor refere que as revisões de literatura de Sibbald e colegas (1996) e outras (Friedli & King, 1996; Roth & Fonagy, 1996) não comprovaram a eficácia do aconselhamento psicológico nos cuidados primários. Em resposta a esta situação, o relatório do Scottish Office (1998, cit. por Mellor-Clark, 2004) anunciou, que as anteriores revisões de literatura incluíram uma variedade de praticantes de aconselhamento psicológico (médicos, assistentes sociais, enfermeiros), o que inviabilizou uma avaliação, rigorosa, do aconselhamento psicológico, realizado por profissionais com formação especializada. Assim, o relatório sugere, que os benefícios do aconselhamento psicológico, nos cuidados primários, ainda estavam por estabelecer. Mellor-Clark refere-se à revisão sistemática de Rowland et al. (2000), que foi o primeiro relatório de pesquisa a aparecer, depois da publicação do Scottish Office, e aos quatro estudos (Boot et al., 1994, Freidli et al., 1997, Harvey et al., 1998 e Hemmings, 1997) que a integravam. De uma forma geral, os resultados mostraram que os pacientes tinham elevados níveis de satisfação em relação à intervenção psicológica e demonstravam melhorias nos níveis sintomáticos. A recente atualização desta revisão conclui que o aconselhamento psicológico está associado com uma melhoria nos resultados de curto prazo, comparados com os cuidados habituais, mas não conduz a vantagens, adicionais, a longo prazo. Os pacientes estão satisfeitos com o aconselhamento psicológico, que não é associado com um aumento de custos (Bower et al., 2003, cit por Mellor- Clark, 2004). Posteriormente, o Counselling in Primary Care Trust (Mellor-Clark, 2004) patrocinou uma revisão de estudos sobre a eficiência do aconselhamento psicológico. O relatório final continha 26 estudos, que contribuíram para

traçar um perfil do aconselhamento psicológico nos cuidados primários. Este perfil apresentou resultados positivos para os pacientes que tinham um nível, moderado e alto, de morbilidade psiquiátrica.

As revisões de literatura de Rowland et al. (2000) e de Hemmings (2000), citadas por Mellor-Clark (2004), enquadram a eficácia e eficiência do aconselhamento psicológico nos cuidados primários, contemplando, ainda, críticas relacionadas com a metodologia. Por exemplo, os ensaios clínicos randomizados controlados (RCT) são considerados inapropriados para esta área de investigação, pois não refletem o mundo real do aconselhamento psicológico nos cuidados primários (Hemmings, 2000). Na prática clínica, recomenda-se a adaptação do tratamento às especificidades de cada paciente (Peek, 2000). Consequentemente, Hemmings (2000) defende a investigação sobre a eficiência das intervenções psicológicas, que testa estas intervenções no setting clínico.

Para Spurgeon, Spurgeon, Hicks, Barwell e Walton (2005), a pesquisa que existe, sobre a eficácia do aconselhamento psicológico, em saúde, é, largamente, inconclusiva, ou contraditória. Baseando-se noutros autores (Bower et al., 2000, Simpson et al., 2003a), Spurgeon et al. pensam que, tal, acontece, porque as diferenças na metodologia (como a falta de grupos de controlo, intervenções inespecíficas e amostras pequenas), tornam difícil fazer comparações e tirar conclusões

Apesar destas críticas, vários estudos referidos por Trindade e Teixeira (2000) (Allen & Bor, 1997; Bond, 1995; Corney, 1999; Papadopoulos & Bor, 1998) têm vindo a demonstrar que o aconselhamento psicológico, nos cuidados de saúde primários, tem, também, impacto ao nível da redução da procura e da frequência da utilização de serviços, do consumo de psicotropos, do encaminhamento para consultas de psiquiatria, do recurso a exames complementares e da própria satisfação dos utentes com os serviços.

A revisão de literatura de Harkness e Bower, em 2008, que englobou 42 estudos, sugere que a existência de profissionais de saúde mental, nos cuidados de saúde primários, permite reduzir o número de consultas dos médicos de família, o número de prescrições de psicofármacos, os custos de prescrição e a referenciação de doentes (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011).

A estes estudos, junta-se a revisão de literatura efetuada por Luborsky et al. (2004), que se foca na relação entre a psicoterapia e as medidas que refletem uma melhoria na saúde física (redução na doença física, redução na dor, redução nos custos de tratamento). Os resultados dos estudos, apontados, sugerem que a psicoterapia não tem impacto

significativo nos pacientes com doenças severas, quando se trata de avaliar o tempo de sobrevivência. No entanto, os estudos, com doentes menos severos, indicam benefícios que derivam da psicoterapia. Em termos de redução da dor, esta foi, significativa, nos pacientes que realizaram psicoterapia. Os custos do tratamento médico, também, foram inferiores, quando o paciente recebeu psicoterapia, em comparação com os pacientes que não tinham recebido esta intervenção.

Para Spurgeon et al. (2005), a pesquisa sobre o custo-efetividade do aconselhamento psicológico, também, é contraditória, pois as dificuldades em estabelecer os custos precisos dos tratamentos, quer para o médico de clínica geral, quer para a intervenção psicológica, tornam problemática a sua avaliação económica.

Também Sandell et al. (2006) discutem a interpretação dos efeitos da psicoterapia na saúde e na utilização dos serviços de saúde. Os autores realizaram uma investigação sobre os efeitos dos tratamentos psicanalíticos na saúde e na utilização dos serviços. Assim, foram estudados os efeitos do tratamento psicanalítico na saúde subjetiva e na utilização dos serviços de saúde, numa amostra de 420 pacientes, em várias fases do tratamento psicoterapêutico. Durante três anos consecutivos, os autores utilizaram medidas baseadas num questionário de autopreenchimento, que incluíram a escala SHR (Self-Rated Health Scale), o GSI (General Symptom Index) e a escala SCL-90 (Check - list de sintomas) e a SOCS (Sentido de coerência) e, ainda, relatos em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 12 meses. O estudo foi longitudinal e teve uma metodologia quase-experimental. Os participantes receberam psicoterapia, uma, ou duas vezes, por semana, com um psicoterapeuta credenciado, ou psicanálise, três vezes por semana. Os tratamentos não foram padronizados, nem seguiram um manual, no entanto, todos os psicoterapeutas tinham orientação psicodinâmica e uma experiência de, cerca, de 20 anos. Os resultados deste estudo revelam mudanças significativas nas medidas de bem-estar subjetivo. Os resultados indicam que os tratamentos psicanalíticos têm, de facto, efeitos positivos na saúde dos pacientes em termos da forma como isso é, subjetivamente, experienciado e avaliado (SSRH; GSI; SOCS). Contudo, não foi descoberto qualquer efeito dos tratamentos psicanalíticos, nas variáveis de utilização dos serviços de saúde.

Uma das considerações que Sandell et al. (2006) levantam é a de que os cuidados de saúde não refletem, exatamente, a saúde. A baixa, e outras variáveis relacionadas com a doença, são multifatoriais, e, por isso, não podem ser tomadas como, meros, reflexos da saúde, ou da doença. Existem outros fatores que podem contribuir para as mudanças no

consumo dos serviços de saúde, tais como: a política governamental da saúde, as regras e condições de reembolso, e as atitudes da população. Assim, o estado de saúde de um paciente, e a sua utilização dos cuidados de saúde, devem ser diferenciados. Além disso, saúde e doença têm, ambas, referenciais objetivos (resultados de testes laboratoriais) e subjetivos (o sentimento de estar de boa saúde), que podem não corresponder. A perspectiva subjetiva (como o relato de saúde) demonstrou ser um forte preditor de mortalidade, muitas vezes, mais poderoso, que o diagnóstico médico, o que vem sublinhar a importância, de ter, em consideração, a percepção dos pacientes sobre a sua, própria, saúde. As variáveis dos cuidados de saúde são heterogêneas, refletem a saúde em diferentes graus de severidade, e em diferentes populações de doentes. Assim, é importante definir cuidadosamente a população relevante para cada variável. Por exemplo, a variável “visitas ao médico” aplica-se à população não hospitalizada, enquanto que “hospitalização” aplica-se a uma população, comparativamente, mais doente. Outro exemplo, é o subsídio de doença, que só é aplicável, como uma medida de saúde, a pacientes empregados, durante todo o tempo de seguimento (Sandell et al., 2006).

Para Sandell et al. (2006), também, é difícil fazer um inventário dos vários custos e poupanças, que podem ser relacionados com psicoterapia, mas, ainda, mais difícil, é estimá-los em dólares ou euros. O custo da psicoterapia deve incluir, também, os custos remotos, como por exemplo, a supervisão do terapeuta (em Portugal, a supervisão é feita, muitas vezes, em privado e o custo é suportado pelo, próprio, psicoterapeuta, fazendo parte das exigências de formação de uma grande maioria das sociedades científicas). As poupanças devem incluir a redução da utilização dos serviços de saúde, pelo paciente, mas, também, pelos seus familiares, o aumento da produtividade do paciente e da sua família, etc.

Sandell et al. (2006), no seu estudo, esperavam algum acordo entre a experiência subjetiva e o agir. Em vez disso, encontraram fortes efeitos do tratamento na experiência subjetiva de saúde, mas, não, na utilização dos serviços de saúde. Os autores concluem que, pelo menos, três dimensões devem ser diferenciadas: estar doente, sentir-se doente, e agir de acordo com uma das duas. Assim, muitas dificuldades questionam as variáveis de utilização dos serviços de saúde, como medidas dos efeitos da psicoterapia, o que aponta para a necessidade de outro tipo de estudos.

Ainda, assim, Spurgeon et al. (2005) levaram a cabo um estudo sobre o efeito do aconselhamento psicológico breve, na utilização dos serviços de saúde, e no estado

psicológico de quatro grupos de pacientes (utentes frequentes, utentes com diabetes, utentes com hipertensão e utentes com asma). Os resultados sugerem que a intervenção psicológica reduziu, significativamente, o uso dos cuidados primários e secundários do grupo experimental, em comparação com o grupo de controlo, e que, de uma forma geral, todos os grupos de pacientes demonstraram uma melhoria, significativa, no bem-estar psicológico, e esses ganhos mantiveram-se nos seis meses seguintes.

Esta questão da duração dos efeitos do aconselhamento psicológico, ou da psicoterapia, nos contextos de saúde, tem vindo a ser debatida e investigada. Gordon e Wedge (1998) avaliaram 41 utentes após dois anos de terem terminado o aconselhamento psicológico, de seis sessões, nos cuidados primários. Os resultados apontaram para uma redução, significativa, de sintomas como a depressão e a ansiedade (na escala HADS), que se manteve, após dois anos. As consultas ao médico de família, também, reduziram. O aconselhamento psicológico foi visto como uma intervenção útil por mais de 87% dos utentes, e a maioria achou que os benefícios duradouros generalizaram-se a outros problemas.

Também, em 2002, Baker et al. avaliaram a efetividade do aconselhamento psicológico nos cuidados primários, durante três meses de sessões, e acompanharam o progresso dos utentes, 21 meses, depois de o aconselhamento ter terminado. Os autores avaliaram a sintomatologia psiquiátrica, a qualidade de vida e a autoestima, através de questionários. Os pacientes que receberam aconselhamento psicológico apresentaram melhorias, muito significativas, em comparação com aqueles que, ainda, se encontravam em lista de espera, e estas melhorias permaneceram na avaliação de follow up de longo prazo.

Mais recentemente, Davis, Corrin-Pendry e Savill (2008) realizaram um estudo, utilizando o CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure, Barkham et al., 2001), em que 58 participantes foram submetidos a sessões de aconselhamento psicológico integrativas breves, nos cuidados primários. Os sintomas foram medidos, imediatamente, antes, imediatamente, depois, e 30 meses após o término. Os participantes reportaram níveis de stress, mais baixos, após o aconselhamento psicológico, existindo, também, uma significativa melhoria no seguimento de 30 meses, o que indicou a manutenção do benefício alcançado. Conjuntamente, com esta redução de sintomas, pós aconselhamento, uma redução, significativa, nas visitas ao médico de clínica geral, foi, também, detetada nos 12 meses após o término do aconselhamento psicológico,

em comparação, com os 12 meses antes. Tal, pode indicar uma menor dependência dos cuidados primários, depois do aconselhamento psicológico, o que sugere uma melhoria no bem-estar dos utentes.

Porém, os resultados nesta área de investigação, também, não são concordantes. Corney e Simpson (2005) apresentaram um estudo que avaliou a eficácia, de longo termo, do aconselhamento psicológico, de curto prazo, nos cuidados primários, com pacientes só com depressão crónica, ou combinada, com ansiedade. Os 181 pacientes foram recrutados através do inventário de Beck. Quer o grupo de controlo, quer o experimental, receberam o tratamento do médico de clínica geral, e o grupo experimental recebeu, também, aconselhamento psicológico (entre uma a 16 sessões, com uma média de seis). A depressão e o ajustamento social foram avaliados, a seis, 12 e 36 meses. Houve uma melhoria, significativa, ao longo do tempo, mas não houve diferenças, significativas, entre os dois grupos, aos seis, 12 e 36 meses. Os autores concluem pela não evidência da eficácia, de longo termo, do aconselhamento psicológico breve. Corney e Simpson reconhecem que, atualmente, os ensaios randomizados são criticados na avaliação do aconselhamento psicológico, nos cuidados primários, pois é mais adequado usar várias metodologias, que incluam as abordagens qualitativas. Além disso, parece-nos que estes resultados podem, também, ficar a dever-se, ao número reduzido de sessões que estes utentes receberam, desconhecendo-se o impacto, de longo termo, de um número, muito maior, de sessões.

Para Perren et al. (2009) a diferença de resultados das investigações reside no facto, de que, a maioria, utiliza diferentes instrumentos padronizados, para avaliar os benefícios destas intervenções e, também, diferentes critérios de resultados. Os instrumentos padronizados podem não ser, suficientemente, sensíveis para detetar mudanças pequenas, mas significativas, na perspetiva dos clientes, nem medem, necessariamente, as mudanças que os pacientes valorizam (Ashworth, 2007, cit. por Perren et al., 2009). Além disso, uma vez que estes instrumentos não clarificam os processos, e os mecanismos, que contribuem para a mudança, eles são limitados em termos da compreensão do que acontece em terapia (McLeod, 2001, cit. por Perren et al., 2009). Perren et al. referem, que, poucos, estudos examinaram os resultados valorizados pelos clientes, e que, alguns sugerem, inconsistência na comparação, das perspetivas dos clientes, com os resultados clínicos (Gibbard & Hanley, 2008; Hunter et al., 2004; Simpson, Corney, Fitzgerald, & Beecham, 2003). À explicação para esta inconsistência, apontada por Michalak et al. (2008, cit. por Grande et



al., 2009), que abordámos no capítulo anterior, adicionamos a perspetiva de Hemmings (2000) que sublinha, que uma melhoria na satisfação dos utentes não é, necessariamente, acompanhada pela melhoria nos resultados clínicos. Contudo, tal não retira importância à satisfação dos utentes, que é um objetivo, em si, e não, apenas, um efeito secundário, desejável, do tratamento.

De qualquer forma, Perren et al. (2009), num estudo qualitativo, pretenderam contribuir para o aumento do conhecimento sobre os efeitos, de longo prazo, das terapias psicológicas, nos contextos de saúde. Assim, realizaram entrevistas a 15 utentes, um a três anos, depois de terem recebido aconselhamento psicológico, nos cuidados primários (média de 10 sessões), para investigar se eles podiam identificar benefícios duradouros desta intervenção. Os resultados apontam para benefícios duradouros. Os mecanismos que mantinham o impacto do aconselhamento psicológico, após o seu término, foram: o ativo envolvimento das pessoas durante, e, entre, sessões, para trabalhar nas suas próprias soluções, e a aquisição de capacidades que poderiam ser, ainda, mais desenvolvidas, após o aconselhamento psicológico. Estas conclusões foram apoiadas pela comparação com a experiência de três entrevistados, que não relataram benefícios, de longo termo, da intervenção recebida.

Para além das fragilidades, já apontadas, na metodologia utilizada nestes estudos, mais investigação é necessária para explorar a eficácia, de longo termo, das intervenções psicológicas, nos contextos de saúde. Essa investigação deve incluir intervenções terapêuticas, de várias orientações teóricas, com duração e intensidade diferentes, uma vez, que existe investigação, como vimos, que sugere que os resultados, de longo termo, se relacionam com a duração, intensidade e profundidade da intervenção (Freedman et al., 1999). Assim, a nosso ver, a pouca evidência da eficácia do aconselhamento psicológico a longo prazo, nos contextos de saúde, pode residir no facto dos seus objetivos serem direcionados para mudanças sintomáticas, e, não, para mudanças internas, que seriam alcançadas por terapias mais profundas e mais longas, mas tal hipótese, carece de exploração. Para além disso, a investigação nesta área, deve considerar as competências dos terapeutas (formação, experiência, supervisão, processo terapêutico pessoal) e uma avaliação dos resultados, que vá, para além, de uma avaliação sintomática, dadas as suas limitações, já referidas.

Podemos, assim, conceber as maiores dificuldades nos trabalhos de investigação sobre o processo psicoterapêutico, e particularmente assumir a estranheza na limitação de muitos dos resultados encontrados, pela negligência mais ou menos assumida da avaliação das temáticas inconscientes.

Esta complexidade inerente ao objeto fundamental de trabalho obriga a uma reflexão profunda sobre o problema particular da investigação sobre a eficácia e eficiência psicoterapêutica, onde a redução de sintomas, as alterações de comportamentos e ações do paciente, as mudanças dos padrões relacionais internos vs externos, as manifestações de ansiedades esquizo-paranoides ou a pujança do funcionamento egoico têm constituído, por vezes de forma claramente parcial, critérios díspares e nem sempre fáceis de integrar. (Aragão Oliveira & Oliveira, 2012, p.49)

Trata-se de definir o que é melhorar, em resultado da intervenção psicológica. Para alguns autores, a avaliação dos resultados do aconselhamento em saúde, é entendida como positiva, quando se operou uma mudança de comportamento (Trindade e Teixeira, 2000). Tal assunção, não é, contudo, compartilhada por outros autores, para os quais, a alteração de comportamento e a remoção dos sintomas, não constituem, por si só, indicação de melhoria (Aragão Oliveira et al, 2009/2010; Giorgi & Gallegos, 2005).

Estas considerações põem a descoberto questões, como a limitação de tempo nos contextos de saúde, que se traduzem numa forma de trabalhar impulsionada, mais por questões económicas (e talvez porque os, próprios, médicos têm muitas limitações de tempo), do que por questões de eficácia terapêutica (Foster & Murphy, 2004). Foster e Murphy (2004) referem-se, por exemplo, à arbitrariedade da noção, de que são suficientes seis sessões de aconselhamento psicológico, nos contextos de saúde, duvidando que esta se tenha baseado em conhecimento clínico, e questionando porque os terapeutas a aceitam. Para as autoras, adotar e adaptar modelos de terapia breve, tem sido uma preocupação dos terapeutas que trabalham nos cuidados primários. Assim, o que começou por ser uma imposição, foi, por muitos, abraçado como um desenvolvimento positivo na prática clínica,

não obstante a compreensão partilhada, entre os terapeutas, de que um trabalho de longo termo, continua a ser válido e preferível, com certos grupos de pacientes.

Para Hudson-Allez (1999), uma análise de custo-benefício, indicaria que, para a maioria dos casos, a terapia de tempo limitado, funciona muito bem. Mas existe, ainda, uma minoria de clientes, que necessita de terapia sem tempo limite, e as suas necessidades não têm sido servidas pelo, atual, sistema nacional de saúde do Reino Unido. Assim, os psicólogos não se deveriam estar a bater por um estilo breve, ou sem tempo limite, nos cuidados primários, mas deveriam, antes, estar a organizar-se para expandir o serviço, para dar aos médicos de família e aos utentes, a possibilidade de escolha das duas abordagens.

Para Foster e Murphy (2004) as políticas de saúde, e os assuntos de responsabilidade clínica, não devem ser subestimados. É essencial, que os terapeutas tenham confiança nas suas próprias posições, e na sua competência, em relação às decisões, sobre o que é melhor para os utentes.

Estas questões remetem-nos para o papel do terapeuta e para as suas competências. A diversidade da população atendida nos cuidados primários, em termos de funcionamento psicológico, níveis de psicopatologia e motivação, significam que o psicólogo, nos cuidados primários, precisa de ser, solidamente, treinado e competente, numa abordagem psicológica, e ao mesmo tempo, flexível e capaz de considerar outras abordagens de tratamento psicológico (Perris, 2003).

Também para Davidson (2000), os problemas típicos, que se apresentam nos serviços de psicologia, nos cuidados primários, levam a que os terapeutas tenham de desenvolver uma, variada, gama de competências de intervenção, com raízes em múltiplas abordagens.

Perren (2004) aponta as dificuldades do trabalho do psicólogo nos cuidados primários, ao fornecer uma experiência terapêutica, num contexto médico. Davidson (2000) assinala a necessidade de corresponder aos desafios e exigências dos cuidados primários, e, ao mesmo tempo, proteger as condições do aconselhamento psicológico, como um processo criativo. Neste sentido, enfatiza-se a importância da autoconsciência do psicólogo, nos cuidados primários, ganha através da terapia pessoal (Murphy, 2004) e a necessidade, premente, de supervisão (Stewart, 2004) nestes contextos.

É relevante, atentarmos nas formações de psicoterapia das sociedades científicas (como por exemplo, a Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica, ou a Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica) que exigem, um mínimo, de três

anos de formação teórica, supervisão clínica e realização de processo psicoterapêutico pessoal, que a formação acadêmica parece negligenciar e os organismos públicos também. Assim, contrariamente à formação médica, em que é o próprio sistema nacional de saúde, que assume os encargos de formar os futuros médicos, dada a elevada exigência da formação, no caso dos psicólogos, mesmo o “antigo” estágio de carreira que tinha a duração de três anos (e para o qual não existe concurso, há, mais, de uma década) não implicava, por exemplo, uma formação específica em psicoterapia, ou a realização de um processo psicoterapêutico pessoal, o que conferiria aos psicólogos, outras características, importantes, na sua intervenção clínica.

A propósito das características dos terapeutas nos cuidados primários, Monach e Monro (1995) realizaram um estudo, no Reino Unido, com dados provenientes de entrevistas, semiestruturadas, a 17 terapeutas, que trabalhavam em cuidados primários. A experiência profissional destes psicólogos era variada (de alguns meses a 15 anos), e pouco mais, de metade tinha realizado a sua, própria, psicoterapia. Todos tinham supervisão, embora, a sua duração e as qualificações do supervisor variassem muito. O modelo de aconselhamento psicológico, utilizado, era, em geral, o eclético, mas nove usavam, apenas, um modelo (psicodinâmico, centrado na pessoa, cognitivo-comportamental, etc.) e existia variação na frequência das consultas e na duração da intervenção. Os encaminhamentos eram feitos pelos médicos de família, mas, muitos, aceitavam os pedidos dos, próprios, utentes, das enfermeiras e de outros profissionais de saúde. Apesar de a literatura recomendar uma forte ligação entre os cuidados primários e os secundários de saúde mental, apenas um quarto dos psicólogos, entrevistados, referenciava para os serviços psiquiátricos, e 16% referiu uma falta de confiança nestes serviços. A maioria dos psicólogos não guardava dados, rotineiramente, que permitissem avaliar o seu trabalho. Perante os resultados encontrados, os autores, concluíram, pela necessidade do desenvolvimento de protocolos detalhados, para maximizar a efetividade dos psicólogos neste contexto.

Atualmente, os psicólogos clínicos contribuem significativamente, para a oferta de psicoterapia, no sistema nacional de saúde, do Reino Unido, não se conhecendo as suas experiências sobre a psicoterapia pessoal. Contudo, os benefícios da realização de um processo pessoal são, frequentemente, citados: crescente efetividade, através da experiência de ser paciente, e crescente consciência das reações emocionais do terapeuta, que podem ser usadas na relação terapêutica com o paciente. Para Burton, Daringkamas e

Cushway (1994) é importante estudar a utilização da terapia pessoal pelos terapeutas, e o seu impacto na efetividade, e no bem-estar profissional e pessoal, destes profissionais. Este tipo de investigação poderia comprovar as vantagens dos terapeutas realizarem o seu processo pessoal, e, vir a recomendá-lo, na formação do terapeuta.

Burton et al. (1994) analisaram uma amostra de 496 psicólogos clínicos do sistema nacional de saúde do Reino Unido (o que equivale a uma taxa de resposta de 65%). Do total da amostra, 41% dos participantes relatou ter realizado terapia pessoal e 78% referiu sintomas de stress (de forma moderada ou elevada) em consequência da profissão. Foram os psicólogos com uma orientação psicodinâmica, que, mais, fizeram terapia pessoal, escolhendo terapeutas psicodinâmicos ou psicanalistas, mas, os terapeutas cognitivo-comportamentais, escolheram terapeutas com orientações diferentes da sua. Os resultados da terapia pessoal foram, em geral, positivos, tendo 17% referido insatisfação. Neste estudo, a maioria dos terapeutas, que realizaram terapia pessoal, disseram que esta tinha sido útil, para o seu trabalho clínico, ao melhorar as relações terapêuticas, ao aumentar as suas competências, ao permitir entender o ponto de vista do paciente, e ao clarificar as suas questões pessoais. A terapia pessoal foi cotada como o segundo fator, mais importante, para o trabalho clínico, logo a seguir à experiência clínica. Nesta investigação, alguns terapeutas consideraram ter terapia, mas não o fizeram, por diversas razões (como as monetárias ou a dificuldade de encontrar um terapeuta qualificado na sua zona de residência), existindo uma associação significativa entre o ter considerado ter terapia e o stress relacionado com o trabalho. Tais resultados, levam-nos a refletir sobre a importância (e as dificuldades) de os terapeutas, que trabalham nos contextos de saúde, realizarem a sua terapia pessoal, dado este ser um contexto onde o stress pode ser elevado, devido ao número e à diversidade de solicitações.

Davenhill e Patrick, em 1998, referem que os terapeutas têm um grande potencial para serem, clinicamente, efetivos, mas existe muita variabilidade na qualidade, e na forma, como os serviços estão organizados, no Reino Unido. Dentro do sistema nacional de saúde, deste país, existe uma grande procura para estas terapias, que ultrapassa a oferta, e existem longas listas de espera. Contudo, existe, também, evidência de intervenções mal orientadas, inapropriadas, organização inefetiva dos serviços e má coordenação destes, o que leva ao desperdício de recursos (Mellor-Clark, 2004). Pensamos que a situação de Portugal é, relativamente, semelhante, existindo muita variabilidade na organização dos serviços, e, também, nas competências e formação dos terapeutas.

No Reino Unido, as comissões de saúde exigem que o aconselhamento psicológico, nos cuidados primários, seja baseado na evidência, seja clinicamente efetivo e custo-efetivo. Neste sentido, foi criado para os cuidados primários o CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation), que compreende um questionário de 34 itens, dado aos clientes, antes, e após, a terapia, e um questionário adicional para o terapeuta. Os 34 itens podem ser usados para fornecer um índice global de stress, em quatro domínios: bem estar subjetivo, sintomas e problemas, vida e funcionamento social, risco para o próprio, e para os outros. Este instrumento cobre a necessidade para a avaliação clínica e para auditoria (Mellor-Clark, 2004).

Mellor-Clark (2004) propõe um modelo de ação para os serviços de terapia psicológica, no sistema nacional de saúde, do Reino Unido, que responda à questão da qualidade e variabilidade dos terapeutas, nos cuidados primários. Com o propósito de minimizar variações na qualidade do serviço, foi desenvolvido o instrumento de avaliação CORE SYSTEM (Mellor-Clark et al., 2001, cit. por Mellor-Clark, 2004) e que se disseminou, recentemente. O CORE-SYSTEM também permite avaliar, e comparar, a qualidade dos serviços, em áreas como: a equidade de acesso, tempos de espera, adequação dos encaminhamentos, eficiência do atendimento, experiências do paciente (no término da terapia) e saúde depois da terapia. A inovação desta avaliação é a criação de redes de gestão de serviços, que começam a encontrar-se, para discutir os resultados. Segundo o autor, é notório que, no Reino Unido, existe muita variabilidade nos serviços de aconselhamento psicológico, nos cuidados primários.

No Reino Unido, o governo privilegia os serviços orientados para o cliente (Goldbeck-Wood & Fonagy, 2004, cit. por Warden et al., 2008), existindo um défice, reconhecido, entre a oferta de terapias, e o que é, de facto, necessário (Centre for Economic Performance, 2006, cit. por Warden et al., 2008), nomeadamente, em termos de tratamentos disponibilizados por terapeutas com formação e supervisão, que trabalhem segundo as linhas de orientação do National Institute for Clinical Excellence, (2004<sup>a</sup>, 2004b, cit. por Warden et al., 2008).

Para Warden et al. (2008), o presente contexto, de recursos limitados, elevada procura, e uma ausência de prática clínica, baseada na evidência, pode alimentar uma antiga controvérsia sobre a eficácia da psicoterapia. Apesar desta situação, os autores referem, que a organização dos serviços do sistema nacional de saúde do Reino Unido, não é, inteiramente, conhecida (a este nível o panorama, em Portugal, parece semelhante).

Apesar de algum desconhecimento, a oferta de psicoterapia no sistema nacional de saúde britânico, parece estar organizada de vários modos, sendo os pacientes encaminhados para, vários, tipos de psicoterapia, tendo em conta fatores, como sejam as linhas orientadoras baseadas em evidência e as preferências do paciente, ou de quem referencia.

Warden et al. (2008) referem a sua experiência no Sheffield Care Trust Psychotherapy Service, que está integrado nos serviços de psicoterapia do sistema nacional de saúde britânico, e que inclui uma equipa de terapia cognitivo-comportamental e uma equipa de terapia psicanalítica. O encaminhamento para uma ou outra terapia segue as linhas orientadoras do Department of Health's Psychological Therapies Guidelines (2001, cit. por Warden et al., 2008) que se baseia na evidência sobre o encaminhamento de clientes. Identifica-se a terapia cognitivo-comportamental como estando, na primeira linha, para o stress pós-traumático, fobias, perturbações de pânico, e perturbações obsessivas-compulsivas, as terapias cognitivo-comportamental, interpessoal e psicodinâmica, para a depressão, existindo, também, para outros autores (Bateman & Tyrer, 2003, cit. por Warden et al., 2008), evidência que suporta o uso da terapia psicodinâmica para as perturbações da personalidade. Assim, os critérios, para um encaminhamento para a terapia cognitivo-comportamental, enfatizam a presença de problemas atuais e previsíveis. O tratamento psicanalítico, em contraste, pretende alcançar mudanças estruturais na personalidade, resultando no favorecimento da saúde mental, em resultados, de longo termo, para aqueles com problemas, menos específicos, e com maiores dificuldades (Leuzinger-Bohleber & Target, 2002, cit. por Warden et al., 2008). Assim, os pacientes com problemas focados na personalidade, especialmente os relacionados com o funcionamento social e relacional, neste serviço, recebem terapia psicodinâmica (Warden et al., 2008). Contudo, a nosso ver, uma avaliação baseada, apenas, no diagnóstico psiquiátrico, fica, aquém, do que é necessário para um eficiente encaminhamento de cada utente.

Hudson-Allez (2008) chama a atenção para o facto de os terapeutas, nos cuidados primários, poderem ser pressionados a utilizar ferramentas de diagnósticos psiquiátricos, existindo uma confusão entre avaliação e diagnóstico (que implica uma abordagem médica, ou psiquiátrica ao stress). Reduzir os indivíduos a categorias, específicas, pode distorcer a perceção das respostas desenvolvimentais e funcionais, a ambientes adversos.

A este propósito, Blatt et al. (2009) reforçam que o DSM-IV é, essencialmente, não etiológico. Vários caminhos são possíveis para o desenvolvimento dos sintomas,

associados com cada perturbação, e fatores etiológicos, similares, podem contribuir para os sintomas associados com diferentes perturbações (Luyten et al., 2006, cit. por Blatt et al., 2009). Como consequência deste sistema categorial, uma sobreposição, considerável, ocorre entre os critérios sintomáticos, que definem várias perturbações, contribuindo para o problema da comorbilidade na prática clínica e na pesquisa (os pacientes, muitas vezes, preenchem critérios para diferentes perturbações). Esta confusão diagnóstica, torna difícil descobrir os fatores etiológicos, que contribuem para as perturbações psicológicas, ou para definir, com precisão, quais os tratamentos, adequados, para cada perturbação. Uma outra perspectiva é necessária, para compreender as perturbações. Uma abordagem que vá, para além, de uma classificação diagnóstica, baseada em sintomas manifestos, e que considere os fatores que contribuem para o seu aparecimento, e que identifique, avalie e trate, fatores de vulnerabilidade.

Para Hudson-Allez (2008), o processo dinâmico de avaliação é contínuo e inseparável do trabalho psicoterapêutico, tornando a psicoterapia e o aconselhamento psicológico, distintos do processo de coleção de informação, encontrado no tratamento psiquiátrico, para um diagnóstico estático.

Para Wiener e Sher (1998), os encaminhamentos, dos médicos de clínica geral, não são limitados aos pacientes, que necessitam de apoio face a um acontecimento de vida, nem, aos pacientes com depressão ligeira, ou moderada, ou com ansiedade. Os médicos de clínica geral referenciam, qualquer, pessoa, que pensem necessitar de apoio psicológico. A tarefa de avaliar a natureza, extensão e severidade da psicopatologia, permanece do psicólogo. Trata-se de avaliar a estrutura psicológica do paciente. Após esta avaliação, o psicólogo tem de decidir, se oferece uma intervenção, àqueles pacientes, que não são o alvo do serviço (ou seja, que necessitam de intervenções mais longas). Para os autores, estes pacientes beneficiam da intervenção psicológica nos cuidados primários, sob certas condições (supervisão e desenvolvimento profissional), mas, muitos psicólogos nos cuidados primários, trabalham isoladamente, e é, essencial, ter em atenção os sentimentos contratransferenciais que surgem na avaliação. Por outro lado, experienciar problemas psicológicos, é difícil de aceitar e de comunicar a outros. Pedir ajuda, é muito facilitado quando a intervenção psicológica está disponível nos cuidados primários.

Sandell et al. (2007), também, se referem à importância da avaliação dos utentes, no que diz respeito ao encaminhamento para uma terapia adequada. No seu estudo, as narrativas, dos pacientes insatisfeitos com a terapia, sublinham a importância de fazer



corresponder a abordagem terapêutica ao paciente. Assim, o conhecimento dos fatores que tornam os pacientes, diferentemente, adequados a diferentes tipos de terapia, está, ainda, longe de estar completo (Beutler & Harwood, 2000, cit. por Sandell et al., 2007), parecendo óbvio, por exemplo, que os clientes insatisfeitos, deveriam ter sido enviados para outro tipo de terapia, se tal conhecimento estivesse disponível aos clínicos.

Na verdade, a avaliação da terapia, indicada para cada utente, é, particularmente, relevante nos contextos de saúde, onde os recursos são escassos e onde se pretende a implementação de uma organização eficiente.

Saxon, Ivey e Young (2008) referem que, muitos, estudos demonstram, que os pacientes, atendidos nos serviços de psicologia nos cuidados primários, têm um nível de stress psicológico similar aos pacientes dos cuidados secundários, contudo, os fatores que levam os pacientes a beneficiar da intervenção psicológica nos cuidados primários, não é, ainda, compreensível. A severidade (Gordon & Graham, 1996, cit. por Saxon et al., 2008), duração (Barkham et al., 2005, cit. por Saxon et al., 2008), e complexidade dos sintomas, em particular quando os pacientes têm ansiedade e depressão (Baldwin & Thomas, 1997, cit. por Saxon et al., 2008), podem ser os fatores mais importantes, associados com os resultados. Numa revisão de estudos, Roth e Fonagy (2005, cit. por Saxon et al., 2008) descobriram, que a severidade e duração da depressão estão associadas a resultados fracos, depois de uma intervenção de curto termo.

Saxon et al. (2008) descobriram, através da utilização do instrumento CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure), que a depressão severa e crónica foi um preditor de resultados, significativo, o que suporta outros dados, referidos pelos autores: a revisão de estudos de Roth e Fonagy (2005) e as linhas de orientação do National Institute for Clinical Excellence (2007), que indicam que o aconselhamento psicológico breve, pode não ser o tratamento, mais adequado, para este tipo de depressão.

Por outro lado, Miller-Pietroni (1999) sugere que a oferta de aconselhamento psicológico, nos cuidados primários, a pacientes com problemas de saúde mental, severos e persistentes, está relacionada com o quadro de valores, a política do serviço, a satisfação do paciente e a contribuição do psicólogo na equipa. A evidência da efetividade deste trabalho, nos cuidados primários, tem emergido devagar e necessita de ser desenvolvida, de acordo com critérios, apropriados, de resultados, tais como, a satisfação dos pacientes, alterações das prescrições e frequência do contacto com os médicos de clínica geral.

Ainda, em relação à escolha do tipo de intervenção, mais adequado, a cada utente, parece, também, importante, a existência de guias com orientações e esclarecimentos dirigidos aos utentes. Warden et al. (2008) reforçam a necessidade dos utentes serem capazes de fazer escolhas sobre o tratamento que receberão, incluindo, ter acesso a terapias psicológicas. Uma decisão informada sobre receber, ou não, intervenção psicológica e psicoterapêutica, e de que tipo, permitirá aumentar a eficácia da intervenção, pois outro aspeto, importante, na investigação sobre a psicoterapia no campo da saúde, relaciona-se com as preferências dos utentes.

Hemmings (2000) destaca estas preferências, no sentido, de que elas devem ser levadas em consideração, quer pelos psicólogos, quer pelos outros profissionais de saúde, pois tornam as intervenções mais eficazes. Nem sempre estas preferências são levadas em conta (Sandell et al., 2007), e o facto da atenção aos pacientes, e às suas preferências, melhorar os resultados das intervenções nos cuidados primários, pode justificar o desenvolvimento de estudos (tal, como o que se propõe no, presente, trabalho) que deem voz aos pacientes.

Toda esta evolução, que se verifica a nível internacional, pode sugerir pistas sobre o percurso que a psicoterapia e o aconselhamento psicológico nos serviços de saúde, e, em particular, nos cuidados primários, poderão vir a realizar em Portugal.

Para Trindade e Teixeira (1998), no nosso país, a psicologia nos contextos de saúde, começa nos serviços de psicologia dos hospitais psiquiátricos e nos departamentos de psiquiatria e saúde mental dos hospitais gerais, campo tradicional, da intervenção da psicologia clínica no sistema de saúde, sempre na perspetiva da psicopatologia e do psicodiagnóstico. Assim, a intervenção psicológica no sistema de saúde, que começou nos cuidados diferenciados, só, mais recentemente, começou a desenvolver-se nos cuidados primários, carregando consigo a herança de um enfoque na sintomatologia. A existência de psicólogos nos serviços de saúde, quer nos centros de saúde, quer nos hospitais centrais e distritais é, ainda, em número muito reduzido. A situação começa, lentamente, a modificar-se, mas, ainda, estamos muito longe do que acontece noutros países (Trindade e Teixeira, 1998), pelo que seria importante a integração de mais psicólogos nos centros de saúde.

A investigação na área da psicologia da saúde, no nosso país, centra-se em áreas como a prevenção da doença e promoção da saúde, identificação de fatores de risco para a saúde, tratamento, reabilitação e adaptação à doença (Teixeira, Cima, & Cruz, 1999), mas, raros, são os estudos que incidem sobre a psicoterapia ou o aconselhamento psicológico

nestes contextos, apesar da maior parte do tempo dos psicólogos (nos cuidados primários, por exemplo) ser dedicado a realizar aconselhamento psicológico ou psicoterapia.

Acresce a tal situação, o facto da investigação em psicologia nos contextos de saúde estar, ainda, sob influência anglo-saxónica, o que reduz a investigação, nesta área, à análise do comportamento (Teixeira, 2008). A psicologia da saúde está centrada na investigação comportamental através de métodos, predominantemente, quantitativos, que excluem o contexto e investigam apenas determinantes individuais, através, de um conjunto limitado de modelos cognitivos. Nesta perspetiva tradicional, o modelo é biopsicossocial, e privilegia metodologias quantitativas. A predominância deste modelo, fruto de uma herança, deixada pela história da introdução da psicologia no campo da saúde, é mais credibilizada perante os médicos, pois mais positivista, o que tem influenciado o rumo da investigação psicológica, dada a necessidade de se impor num mundo controlado pelo modelo médico (Teixeira, 2008).

Na verdade, o psicólogo trabalha com uma realidade que não é objetiva, por isso, é, necessário, utilizar modelos compreensivos e subjetivos. Assim, para Teixeira (2008) deve haver interesse na dimensão experiencial da saúde e da doença.

Apesar da escassa investigação sobre a psicoterapia e o aconselhamento psicológico, nos contextos de saúde, em Portugal, parece existir uma tendência para a defesa da perspetiva cognitivo-comportamental, considerando-se, esta, como a mais adequada aos contextos de saúde, que requerem intervenções de ajuda limitadas no tempo, diretivas, práticas e eficientes, que promovam a efetiva mudança de comportamentos e a obtenção de ganhos de saúde, individuais e de grupo (Trindade & Teixeira, 2000).

Assim, apesar da raridade de estudos, em Portugal, sobre a efetividade da psicoterapia nos contextos de saúde, o relatório sobre a evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas, em cuidados de saúde, da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011), aponta para a supremacia da intervenção cognitivo-comportamental nestes contextos, ignorando os estudos internacionais sobre a efetividade de outro tipo de intervenções (nomeadamente de orientação psicanalítica) na área da saúde (Richardson & Hobson, 2000; Sandell et al., 2006).

Richardson e Hobson (2000) defendem que a evidência sobre a eficácia da psicoterapia cognitiva, nos contextos de saúde, adveio, sobretudo, de ensaios controlados randomizados, utilizando, por exemplo, pacientes com depressão, cujos problemas, são menos graves e duradouros, que os dos pacientes, habitualmente, referenciados para a

psicoterapia no sistema nacional de saúde. Devido a esta evidência, baseada em ensaios controlados, a terapia cognitivo-comportamental é, repetidamente, a terapia recomendada nas linhas orientadoras publicadas internacionalmente (NICE - National Institute for Clinical Excellence), sendo a psicoterapia psicodinâmica e o aconselhamento psicodinâmico, raramente, mencionados (Smith, 2009).

Mollon (2009) refere que as linhas orientadoras do NICE não são científicas, e impedem uma intervenção psicológica adequada, criticando o modelo médico dos cuidados de saúde mental, no qual as linhas do NICE são baseadas. O autor assinala que conceptualizar os problemas dos clientes, como doença, aniquila o seu significado e reduz a terapia psicológica a um produto padronizado, dependente de manuais, e como se fosse um medicamento. A principal prescrição torna-se cognitivo-comportamental, devido à forma, particular, como esta terapia acumulou uma base de evidência, que encaixa no modelo médico. Mollon sugere que as linhas do NICE simplificam a natureza do stress emocional, ao basearem as suas recomendações em entidades de doença específicas, que não podem refletir a complexidade e as comorbilidades, múltiplas, de muitas apresentações individuais. Por outro lado, apresentações clínicas, que se manifestam, superficialmente, como diferentes diagnósticos, podem ser vistas, como expressão e como defesa, contra as mesmas dores mentais, subjacentes. Este autor defende que as linhas orientadoras do NICE prejudicam o trabalho psicoterapêutico, ao requererem que os terapeutas trabalhem dentro das suas prescrições, de uma forma que não permite a criatividade, a inovação e a integração de descobertas de novas áreas de pesquisa. Se a prática da psicoterapia, no sistema nacional de saúde do Reino Unido, se tornar, exclusivamente, determinada e dominada, por uma área, estritamente, concentrada no paradigma científico dos ensaios controlados (RCT), Mollon desafia os terapeutas, de várias modalidades, a fazer uma afirmação pública, orquestrada coletivamente, pelas várias associações profissionais, de não cumprimento das linhas orientadoras do NICE. Para Mollon, existe investigação, conduzida nos cuidados primários, que confirma que todas as terapias são eficazes, assim como evidência para a eficácia e efetividade da terapia psicodinâmica, na área da saúde.

De facto, a investigação sugere não existirem diferenças nos resultados, das diversas psicoterapias, ao nível dos cuidados primários. Stiles e colegas (2008) replicaram uma, anterior, comparação entre diferentes modalidades de psicoterapia, mas, agora, nos cuidados primários. No seu estudo, 5613 pacientes que receberam terapia cognitivo-comportamental, terapia centrada na pessoa e terapia psicodinâmica, nos cuidados

primários, durante um período de três anos (2002-2005) completaram o Clinical Outcomes in Routine Evaluation--Outcome Measure (CORE-OM), no início e no fim da terapia. Todos os grupos começaram a terapia com equivalentes resultados no CORE-OM, e todos atingiram melhorias na comparação, antes e depois, da terapia, concluindo os autores que as diferentes abordagens teóricas tendem a ter resultados equivalentes, neste contexto.

Da mesma forma, Kraft, Puschner, Lambert e Kordy (2006), num estudo comparativo, entre psicoterapia cognitivo-comportamental e psicodinâmica, verificaram que não existiram diferenças, na redução de custos médicos e de dias de hospitalização, entre as duas formas de psicoterapia.

Também, para Henkelman e Paulson (2006), os resultados da pesquisa que referem (Elkin et al., 1989, Norcross, 2002, Wampold, 2001), indicam, que todas as orientações em aconselhamento psicológico são eficazes, existindo, no sistema de saúde, uma grande diversidade de situações clínicas e de contextos, nos quais o utente pode ter necessidade de intervenção psicoterapêutica, o que quer dizer, que há oportunidade para a utilização de vários modelos teóricos.

A suposta maior adequação da terapia cognitivo-comportamental, aos contextos de saúde, também, se prende com a sua limitação temporal. Contudo, Rosoman (2009) refere, que as razões para as intervenções serem breves, nos cuidados primários, são, essencialmente, económicas, havendo uma grande procura e poucos psicólogos disponíveis. Os psicólogos nos cuidados primários precisam de demonstrar que eles não tratam apenas da ansiedade e da depressão, mas que, com mais sessões, podem tratar problemas mais complexos. Nos cuidados primários, as terapias psicológicas devem incluir, não só, a abordagem cognitivo-comportamental, mas, também, as abordagens relacionais, de forma a oferecer aos utentes, uma maior variedade de tratamentos (Rosoman, 2009).

De qualquer forma, seja qual for a corrente teórica, que está na base da psicoterapia, nos contextos de saúde, a avaliação dos seus resultados e do seu processo, é importante, para a melhoria destas intervenções. Tal, sublinha a importância da investigação em psicoterapia, nos contextos de saúde, em Portugal.

Neste âmbito, Remondes-Costa e Pais-Ribeiro (2012) realizaram um trabalho com o objetivo de contribuir para a fundamentação da eficácia da terapia psicológica, em situações de cancro. A análise de estudos de caso, revelou que as doentes conseguiram resolver, e ultrapassar, as situações de maior morbidade, e desenvolver um processo de

crescimento pessoal na doença, encontrando significado para a doença, nas suas trajetórias de vida.

O estudo, realizado, em Portugal, de Vasco, Santos e Silva (2003), referido no relatório sobre a evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde, da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011), permitiu concluir que apenas 14,9% da amostra estudada, recorreu a psicólogos (estando satisfeitos com a intervenção psicológica recebida), o que aponta, para que, apenas, uma pequena percentagem da população tenha acesso a esta intervenção. Para a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011), é necessário desenvolver mais estudos custo-efetividade, adaptados à realidade portuguesa, de modo a demonstrar a efetividade das intervenções psicológicas na redução dos gastos na saúde, em Portugal.

Segundo o mesmo relatório da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011), um estudo demonstra, que a consulta de psicologia clínica, no centro de saúde de São João, parece ter contribuído para a diminuição do volume de trabalho dos médicos de família (Hespanhol, Veiga & Ricou, in press).

A investigação da intervenção psicológica, nos serviços de saúde, em Portugal, deve contemplar todo o tipo de intervenção (incluindo as psicoterapias de diversas orientações teóricas), de forma a conduzir à delineação de linhas orientadoras que não excluam, numa perspetiva de uniformização, as terapias mais profundas (e mais difíceis de investigar, como as de orientação psicanalítica) com prejuízo para os pacientes que beneficiariam deste tipo de intervenção.

Uma investigação, centrada na perceção dos utentes, dos serviços públicos de saúde, sobre a psicoterapia, permitirá melhorar práticas clínicas, a partir, da perspetiva dos envolvidos e, assim, resultar em ganhos para a saúde destes, e de outros utentes.

### *Psicoterapia psicanalítica na saúde.*

Já nos referimos às particularidades da psicoterapia psicanalítica, em termos do seu objetivo, processo e resultados, assim como, às dificuldades da sua investigação. Dadas as suas possibilidades, em termos de mudança interna, defendemos 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.

Neste sentido, Aragão Oliveira e Oliveira (2012) colocam a relação entre sintoma e significado da seguinte forma:

Como bem sabemos, o sintoma pode modificar-se, desaparecer e transformar-se, ainda que a problemática inconsciente se mantenha inalterada, surgindo então sintomas substitutivos de expressões bem diversificadas. Aliás, em algumas circunstâncias particulares, o desaparecimento de sintomas, que sabemos possuir um valor defensivo, pode até significar uma pior condição do paciente, pelo que as classificações nosográficas habituais da psiquiatria como critério de avaliação do processo psicoterapêutico têm, na realidade, um valor profundamente limitado em psicanálise e em psicoterapia psicanalítica. (p. 47)

Também Giorgi e Gallegos (2005), num estudo, que numa abordagem qualitativa, privilegia a perspectiva dos pacientes, sobre o alívio sintomático e as experiências positivas em psicoterapia, concluem que o enfoque no alívio sintomático, parece não ser a melhor estratégia para avaliar o resultado da psicoterapia. Partindo do princípio que um retorno à normalidade significa que uma pessoa já não precisa de uma relação terapêutica, porque continuam os pacientes em terapia, depois de existir alívio sintomático? Pode o alívio sintomático ser, realmente, um objetivo em terapia? Ou será, mais útil, tentar compreender o que motiva o seu aparecimento? Que procuram os pacientes, para além, de uma melhoria na sua sintomatologia? Estas questões colocadas, pelos autores, indicam que a experiência de uma psicoterapia bem-sucedida, não pode ser limitada a uma exploração do alívio sintomático, e estará dependente, de um outro conjunto de fatores.

Vimos, também, que os novos desenvolvimentos trazidos pela pesquisa, no âmbito da psicoterapia psicanalítica, vieram colocar questões sobre a mudança psicoterapêutica e o sucesso psicoterapêutico, alterando-se o objetivo terapêutico que, atualmente, estará mais próximo de noções de crescimento mental (Aragão Oliveira et al., 2009/2010).

Contudo, numa era que apela para demonstração da evidência, em relação aos resultados no campo da saúde, parecem existir, como vimos, dificuldades na comprovação da utilidade deste tipo de psicoterapia nos serviços de saúde.

A ênfase nos tratamentos breves e focados nos sintomas, que ocorre nos sistemas de saúde, é contrária aos fundamentos e objetivos psicanalíticos. Para Busch (2001), não apoiar os tratamentos, de longo termo, pode privar os pacientes da ajuda que necessitam, ou seja, torná-los mais resilientes no futuro. Estes tratamentos, a longo prazo, serão mais económicos que os tratamentos breves. Este autor reitera a necessidade de mais pesquisa sobre a eficácia, incluindo o custo-efectividade do tratamento, a longo prazo, utilizando-se critérios de resultados amplos.

Milton (1992), também, defende a diversidade e liberdade clínica, no sistema nacional de saúde britânico. A autora pensa, que os tipos de tratamentos oferecidos, devem depender das capacidades e interesses disponibilizados, localmente, e dos tipos de pacientes que são referenciados. Para Milton, precisamos de resistir à obrigação de oferecer, apenas, intervenções breves, de pacotes de tratamentos, e demonstrar a importância dos modelos psicodinâmicos na compreensão da psicopatologia na medicina. Porém, precisamos de ser ativos na explicação e promoção do trabalho psicodinâmico aos colegas e decisores políticos, assim como, aos utentes em geral.

Grant (1986) defende que a psicanálise deve ser o quadro, científico e clínico, da psicoterapia, no sistema nacional de saúde britânico, embora exista a necessidade do seu desenvolvimento teórico e de mais investigação.

Compreende-se, contudo, que esta aplicação dos princípios psicanalíticos ao sistema nacional de saúde britânico (ou, mesmo, ao português) não seja fácil. Perren (2004) destaca as dificuldades do trabalho psicoterapêutico no setting dos cuidados primários, onde o modelo médico é dominante. Existem muitas razões para essas dificuldades: o espaço físico e emocional, as relações entre o psicólogo, a equipa e os médicos de clínica geral, o papel anormal do psicólogo, e, por fim, a pressão para disponibilizar intervenções breves a pacientes com problemas complexos. Para a autora, um treino psicodinâmico pode permitir ao psicólogo permanecer reflexivo neste contexto, e, apesar destas dificuldades, retirar vantagens deste setting.

Para Perren (2004), o setting dos cuidados primários pode permitir um trabalho psicodinâmico, específico, pois permite trabalhar com pacientes cujas experiências precoces os fizeram predispostos à regressão e dependência, e que, normalmente, seriam



inviáveis em terapia breve (nestes utentes a relação de dependência já existe ao setting). Pode, ainda, ser possível trabalhar, de forma psicodinâmica, com menos de uma sessão por semana. O carácter de continuidade do setting, permite consolidar, mais facilmente, a ideia da relação terapêutica e do trabalho terapêutico e tornar o trabalho breve mais flexível. Por causa do setting, o jogo da ausência, presença e as questões da perda, são mais mediados e menos absolutos, e os pacientes sentem-se capazes de voltar à terapia, noutra altura.

Segundo Perren (2004), os terapeutas, dos cuidados primários, têm condições, privilegiadas, para oferecer terapia, recorrentemente, sendo capazes de trabalhar a um nível, mais, profundo, do que é usual em terapia breve, e alcançar bons resultados terapêuticos. Assim, parece que, a maior parte, dos motivos para regressar à terapia, é a ideia, de que, da vez anterior, resultou. Para a autora, os terapeutas psicodinâmicos, nos cuidados primários, estão em boas condições, para oferecer esta intervenção repetida. O conhecimento do desenvolvimento humano, a avaliação da compulsão para a repetição, a compreensão das relações de objeto, e a consciência dos conflitos internos, são cruciais num modelo de aconselhamento breve, que inclui, vários, contactos durante os anos. A psicoterapia psicodinâmica, nos cuidados primários, pode, ainda, ser útil, para os pacientes que somatizam o stress mental. A dor física e a dor mental podem ser pensadas, separadamente, mas podem ser relacionadas, de uma forma, que pode ser contentora. A compreensão dos sintomas físicos, como comunicação e resistência, permite abrir um espaço, onde o pensamento pode ocorrer e a emoção pode ser entendida, o que transforma os sintomas físicos, em sentimentos que podem ser falados (Perren, 2004).

Também para Price e Paley (2008), os terapeutas psicodinâmicos experienciam o setting, no sistema nacional de saúde, como um espaço instável e complicado, existindo pressões, institucionais, em termos de espaço, tempo, recursos, poder e estatuto. Os autores aconselham a existência de espaços de reflexão, em reuniões, dentro da organização, com supervisão, para ajudar os terapeutas a gerir as dificuldades. Estas dificuldades estão, também, relacionadas com a falta de conhecimento sobre o que a psicoterapia implica. Price e Paley concluem, que os gestores e os políticos de saúde deviam refletir sobre a organização dos serviços psicoterapêuticos e sobre os settings, nos quais, os terapeutas trabalham. A psicoterapia precisa de ser reconhecida como uma área, específica, de especialização e, assim, usufruir dos instrumentos e das ferramentas apropriados.

Como Perren (2004) verifica, os terapeutas, nos cuidados primários, são obrigados a ser imaginativos e flexíveis mas, nenhuma quantidade de criatividade, pode substituir uma desejável expansão da psicoterapia no sistema nacional de saúde britânico.

Como referem Raisanen, Cachia e Milton (2010), os terapeutas, também, têm de ser confiantes, ao estabelecerem a sua posição, dentro do sistema nacional de saúde britânico, e resisitirem às pressões para a oferta de tratamentos breves, baseados em manuais. Na verdade, existem certas situações humanas que exigem avaliações de longo-termo, um envolvimento mais compreensivo, e, quer os serviços gostem, ou não, terapia de longo termo. Assim, para os autores, os psicólogos beneficiam do conhecimento dos pacotes de abordagens, com manual, mas, também, beneficiam dos insights ricos que a terapia psicodinâmica aporta. Mesmo, que não a pratiquemos na sua forma, mais pura, o seu pensamento é crucial, para o envolvimento com o paciente.

De qualquer forma, só é possível prescrever terapias breves, ou de longo termo, ou terapias com manual, ou relacionais, a partir, de uma avaliação, que determine a intervenção. O processo de avaliação, nos cuidados primários, segundo Wiener e Sher (1998) tem seis principais objetivos: criar uma relação com o utente (na qual, os sentimentos possam emergir, e que permita o acesso ao material inconsciente); enquadrar as relações do utente no presente, no passado, e na relação com o psicólogo; discutir o plano de tratamento; compreender a relação (passada e atual) com o médico de família; integrar a dinâmica da relação entre o psicólogo e o médico de família; ter em conta prévias referências a profissionais de saúde. A este propósito, Burton (1998) menciona cinco atividades do terapeuta, nas entrevistas de avaliação: compreender o problema e a sua história, realizar uma formulação psicodinâmica, realizar um diagnóstico preliminar, construir a aliança terapêutica e formar uma impressão sobre a modalidade terapêutica.

Uma das vantagens, de uma abordagem psicodinâmica na avaliação, é que os psicólogos tornam-se competentes no uso de uma ferramenta, subjetiva, importante: os seus próprios sentimentos e respostas corporais ao paciente. Em linguagem psicodinâmica, trata-se de usar a dinâmica da transferência/contratransferência, para dar sentido, ao aqui e agora, da relação entre paciente e psicólogo. Com a experiência, os psicólogos vão confiando mais na sua intuição e afetos contratransferenciais, na situação de avaliação. Este equilíbrio, entre intuição e clareza de pensamento, é essencial na situação de avaliação (Wiener & Sher, 1998). O psicólogo tem de avaliar, ainda, a força do ego do paciente, a natureza das suas defesas, a sua motivação, a sua rede de suporte, a sua história de

comportamentos de acting out (incluindo tentativas de suicídio, abuso de drogas, etc), e, de ter em conta, os recursos do serviço: a capacidade do psicólogo de realizar intervenções breves, ou de longa duração, a possibilidade de trabalhar em equipa, as suas competências, e a disponibilidade de outros serviços, na zona do paciente (Wiener & Sher, 1998).

O desenvolvimento da Association for Psychoanalytical Psychotherapy in the NHS (Reino Unido) indica um crescendo no desenvolvimento, e na aplicação, dos princípios psicanalíticos ao sistema nacional de saúde britânico (Grant, 1986). Trata-se de uma organização, formada para promover a prática da psicoterapia psicodinâmica, no serviço nacional de saúde britânico, e tem uma secção dedicada aos cuidados primários. Os seus objetivos passam por ajudar a coordenar as atividades de formação para psicoterapeutas psicanalíticos, que trabalham no sistema nacional de saúde, facilitando o desenvolvimento destes profissionais, através da partilha de informações, de estruturas de apoio, de formação, supervisão, e organização de workshops e conferências. Para além, de partilhar informação, uma associação deste género, em Portugal, poderia promover investigação, formação e supervisão, assim como, a reflexão, sobre o trabalho psicoterapêutico psicodinâmico, no sistema nacional de saúde (e a sua divulgação), especificamente, nos cuidados primários.

Recentemente, a Association for Psychoanalytical Psychotherapy in the NHS tem discutido o programa Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), e o seu impacto, nos serviços de psicoterapia do serviço nacional de saúde britânico, tentando garantir a continuidade do pensamento e tratamento psicanalíticos, nos cuidados primários. Em relação às linhas orientadoras do NICE (National Institute for Clinical Excellence) do Reino Unido, a associação defende a necessidade de um envolvimento com esse instituto, de forma crítica, mas construtiva, assim como, a participação em investigação, apropriada, que construa uma base de evidência, que permita a recomendação da psicoterapia psicanalítica em futuras diretrizes (Association for Psychoanalytical Psychotherapy in the NHS, 2013). Em consequência, recentemente, a psicoterapia psicanalítica foi incluída nas linhas de orientação do NICE, através da aceitação da Dynamic Interpersonal Therapy (DIT) no programa Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) do Reino Unido (Association for Psychoanalytical Psychotherapy in the NHS, 2013). Trata-se de um protocolo de psicoterapia psicanalítica, aplicado nos cuidados primários, desenvolvido por Lemma, Target e Fonagy (2011). Para Busch e Milrod (2010), trabalhar com tratamentos com manuais, tais como a Dynamic Interpersonal Therapy (DIT), tem permitido aos

psicanalistas, clarificar e ilustrar a sua abordagem de tratamento. Assim, a pesquisa psicanalítica, além de avaliar a eficácia, pode levar ao desenvolvimento de um alívio de sintomas (apesar, de não ser, esse, o seu objetivo) numa população, mais, ampla de doentes.

Lemma et al. (2011) realizaram um estudo piloto com a utilização da Dynamic Interpersonal Therapy (DIT) nos cuidados primários. Neste estudo, 16 pacientes deprimidos receberam 16 sessões de psicoterapia (DIT). Os resultados foram avaliados, antes e depois, do tratamento, e numa base, sessão a sessão, através de instrumentos, referidos, pelos autores como o PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) e o GAD-7 (Spitzer et al., 2006). Estes instrumentos, muito, utilizados nos serviços de saúde, são relatos de sintomas de depressão e ansiedade, baseados no DSM IV. Os pacientes, também, preencheram um questionário sobre a sua satisfação com o tratamento, que foi analisado, qualitativamente. Embora, a Dynamic Interpersonal Therapy (DIT), não seja um tratamento focado no alívio sintomático, o tratamento foi associado com uma significativa redução de sintomas, abaixo dos níveis clínicos, em 70% dos pacientes. Segundo, os autores, os dados qualitativos apontam para a satisfação dos utentes, com a ênfase interpessoal e afetiva da terapia, e as mudanças, percebidas, refletem ganhos interpessoais. O que os utentes consideraram, de maior utilidade, foi a possibilidade de identificarem padrões relacionais, especialmente aqueles que sabotavam as relações, e o enfoque nos sentimentos sobre as suas relações. Sobre as mudanças positivas, que percecionaram nas suas vidas, o tema central, relacionou-se com uma maior confiança nas relações (os pacientes passaram a gerir, melhor, os conflitos e os sentimentos).

O programa Improving Access for Psychological Therapies (IAPT) tem moldado a oferta de serviços de saúde mental, nos cuidados primários. Neste contexto, outros serviços, de carácter psicanalítico, têm vindo a ser desenvolvidos. É o caso do City and Hackney Primary Care Psychotherapy Consultation Service (PCPCS), que é um serviço projetado para uma oferta clínica psicanalítica, aos utentes dos cuidados primários, e um serviço de consultadoria, aos médicos de clínica geral (Carrington, Rock & Stern, 2012). O serviço fornece uma intervenção clínica aos pacientes e apoia os médicos de família, que estão interessados num serviço, com menos restrições de referenciação, em termos de critérios de encaminhamento. Este serviço, também, pretende responder àqueles utentes que não irão aos serviços de saúde mental, por considerarem que não têm um problema mental, ou por não se sentirem confortáveis, nesses serviços. Este serviço está, então,

configurado para reduzir o fosso entre cuidados primários e secundários, tendo os pacientes acesso ao apoio de que precisam, quando e onde precisam. Trata-se de um modelo que pretende trazer a experiência de um serviço secundário, aos cuidados primários, utilizando e desenvolvendo as competências de uma equipa de terapeutas experientes, que trabalham ao lado dos médicos de clínica geral.

Para Carrington et al. (2012), o pensamento psicanalítico e a prática clínica, neste serviço, estão baseados numa perspetiva desenvolvimental, enraizada no significado das relações precoces. Muitos utentes, dos cuidados primários, com dificuldades complexas, de uma natureza emocional, ou física, podem sentir-se incompreendidos e sem confiança, naqueles que os tentam ajudar. O reconhecimento desta dinâmica e o foco nos padrões interpessoais, podem ajudar estes utentes, na relação com os outros, e com os profissionais de saúde, de uma forma mais saudável. Para os autores, a importância dos processos inconscientes (como a sua influência nos pensamentos conscientes, sentimentos, ações, padrões de relacionamento, etc.) está, bem documentada, nos recentes avanços da neurociência. Neste serviço, Carrington e colegas exploram a compreensão do que acontece, ao nível da experiência corporal, e como isso se pode relacionar (não, necessariamente, de forma causal) com o nível psicológico. Os autores defendem uma compreensão do significado dos sintomas, de difícil explicação médica, referindo-se a um estudo recente (Sattel et al., 2012) que demonstra a eficácia da psicoterapia psicanalítica breve, nos pacientes com este tipo de sintomas.

Carrington et al. (2012) desenvolveram uma investigação no âmbito deste serviço. Nesta investigação, 44 utentes, referenciados durante o período de um ano, preencheram, no início e no fim do tratamento, quatro escalas de autopreenchimento, referidas pelos autores: PHQ9 (Spitzer, Kroenke, Williams, & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, 1999), GAD7 (Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006), Schwarz Outcome Scale 10 (Blais et al., 2010) e o Work and Social Adjustment Scale (WSAS; Mundt, Marks, Shear, & Greist, 2002). Os resultados apontam para uma melhoria, depois do tratamento, de mais de três quartos dos pacientes. Para os autores, os resultados positivos do serviço, em relação à sua capacidade de trabalhar na complexidade dos cuidados primários, são, precisamente, devidos à sua fundamentação psicanalítica.

Por outro lado, já em 1998, Wiener e Sher concluem, que os estudos, sobre a eficácia do aconselhamento psicológico e da terapia, deixaram de ser úteis. Os autores defendem, que a análise experiencial dos dados é apropriada para o aconselhamento

psicológico e para a terapia, pois permite explorar as múltiplas interpretações e significados, que se colocam nos pensamentos e comportamentos do paciente. Para os autores, a maioria das pessoas desconhece que o aconselhamento psicológico foi acolhido, nos cuidados primários, por ser, fundamentalmente, diferente da medicina, na sua abordagem, filosofia e valores. O aconselhamento psicológico foi, deliberadamente, convidado para os cuidados primários, como um recurso diferente, que não procura a cura, mas a compreensão. Assim, existe pouco propósito na procura da efetividade do aconselhamento psicológico, nos cuidados primários, através de métodos de pesquisa tradicionais. Wiener e Sher argumentam, que os paradigmas de investigação, apropriados, aos modelos psicodinâmicos, devem ser desenvolvidos. Estes paradigmas devem ter as suas raízes na investigação qualitativa, pois a experiência dos pacientes perder-se-á num paradigma médico, quantitativo, e que estabeleça um conhecimento objetivo da causa e do efeito, através do teste de hipóteses específicas. Através de metodologia qualitativa é possível uma apreciação da experiência do paciente, do processo de aconselhamento psicológico e das mudanças mentais e emocionais, ocasionadas. Esta tarefa, interpretativa, não pode ser alcançada, ao se observar o paciente como um mecanismo que responde, a certas condições, de forma regular. Na opinião dos autores, os psicólogos nos cuidados primários devem ser proativos no desenvolvimento de investigação, apropriada, à ética e à prática do aconselhamento psicológico, e disseminar os resultados encontrados.

Quanto a Portugal, parece existir alguma variedade na forma como os serviços estão organizados e na forma como a psicoterapia é disponibilizada, com alguns serviços a realizarem, apenas, aconselhamento psicológico em saúde, selecionando, bastante, os utentes atendidos, e outros, a realizarem aconselhamento psicológico e psicoterapia (incluindo a psicoterapia psicodinâmica) a todos os utentes referenciados. A frequência e duração dos acompanhamentos, também, parecem muito variáveis, existindo serviços com limitações temporais, em termos do número de sessões a disponibilizar, impostas pelas coordenações dos centros de saúde, e outros serviços, nos quais, estes critérios são definidos pelos psicólogos. Além disso, se é verdade que alguns serviços promovem o trabalho em equipa, relativamente, aos outros profissionais de saúde, e dentro do grupo de psicólogos da organização, também, existem psicólogos a trabalhar, de forma muito isolada, dentro dos centros de saúde, como pudemos verificar no decorrer do nosso trabalho.

Da nossa experiência, também se destaca a variabilidade na forma como os serviços estão organizados, em termos da existência de espaços de reflexão, de supervisão e de ligação a outros serviços. No ACES do Nordeste Transmontano (antes de integrar a ULS de Bragança), por exemplo, os serviços estavam bastante estruturados, existindo um psicólogo por centro de saúde, o que permitia um trabalho, muito, abrangente e diversificado, e uma ligação, mais próxima, com a comunidade, e com os outros profissionais de saúde. Para além, de pertencerem às equipas dos diversos programas de saúde, dentro do centro de saúde, onde exerciam as suas funções, os psicólogos trabalhavam, eles próprios, em equipa, tendo, mensalmente, reuniões, nas quais os serviços prestados eram debatidos. Estas reuniões, incluíam, por vezes, o contacto com os profissionais dos serviços secundários, para o estabelecimento de uma colaboração, mais eficaz. De grande importância era, também, a formação disponibilizada, pela, então, sub-região de Bragança, a todos os profissionais de saúde, sobre os projetos e programas, em curso na região. Outro aspeto, extremamente relevante, que não temos encontrado no contacto com outros colegas, era a existência de uma reunião mensal, de supervisão clínica, realizada por uma supervisora externa, na qual os casos, em acompanhamento psicoterapêutico, eram discutidos. Situação diferente, encontrámos no serviço onde, atualmente, desempenhamos as nossas funções (ULS da Guarda), onde o psicólogo se divide por vários centros de saúde, impossibilitando um verdadeiro trabalho de equipa, com os outros profissionais, ou uma ligação, mais efetiva, à comunidade, e ao próprio centro de saúde, o que dificulta um apoio aos utentes, mais, frequente e efetivo. Neste serviço, a organização da equipa de psicólogos e a articulação com os serviços secundários, ainda, estão a ser pensadas, e, por isso, não estão, devidamente, estabelecidas.

Assim, consideramos, importante, que, após uma avaliação, prévia, do que se passa, a este nível, no nosso país, se possa estabelecer uma organização dos serviços de psicologia e psicoterapia nos centros de saúde, que promova o trabalho em equipa com os outros profissionais, dos cuidados primários e secundários, e dentro da equipa de psicólogos. Outras valências importantes desta organização dos serviços, seriam a oferta de formação adequada às necessidades dos psicólogos e a disponibilização de supervisão clínica. Estas situações permitiriam melhorar práticas clínicas e uma maior satisfação dos utentes.

Outro aspeto, que poderia contribuir para a melhoria dos serviços, seria a promoção de investigação nestes contextos. Esta investigação poderia passar pelo estudo das

vivências dos utentes, que realizam psicoterapia nos cuidados primários. Esta abordagem, torna-se, essencial, se queremos compreender o processo psicoterapêutico, em profundidade, uma vez, que é o utente, que experiencia o processo terapêutico, e esta experiência relaciona-se com os resultados terapêuticos. É nesta linha que posicionamos o nosso trabalho, ao investigarmos a mudança terapêutica, a partir, das experiências e percepções dos pacientes que realizaram um processo psicoterapêutico nos cuidados primários. Com esta investigação, pretendemos alargar a nossa compreensão sobre os fenómenos que ocorrem no processo terapêutico, e, assim, contribuir para um aumento da eficácia terapêutica, no campo da saúde.

### **Estudo das Vivências do Processo Psicoterapêutico: Aspetos Metodológicos e Resultados Principais**

As perspetivas dos clientes parecem cruciais para compreender as experiências do processo terapêutico (Manthei, 2007), uma vez, que a literatura reporta, que as percepções dos clientes, sobre a psicoterapia, são melhores preditores dos resultados, do que as avaliações dos terapeutas (Henkelman & Paulson, 2006).

Henkelman e Paulson (2006) privilegiam a perspetiva do cliente, porque é ele, quem experiencia a psicoterapia e a mudança, tornando-se a fonte, mais direta, de informação, acerca destas experiências. Esta perspetiva, permite obter informação, acerca do significado e do valor da psicoterapia, para o cliente, bem como, importante informação, contextual, da experiência. Esta abordagem concebe, portanto, o cliente, como um entendido na sua, própria, experiência, e nos significados que dá, a essa experiência (Anderson & Goolishian, 1992, cit. por Henkelman & Paulson, 2006), sendo, cada vez, mais, valorizada a perspetiva do cliente, na investigação em psicoterapia.

Para Manthei (2007), observar e medir o que os clientes fazem, está, aquém, do que é, verdadeiramente, compreender a experiência interna do processo de aconselhamento/psicoterapia. Questionar os clientes, sobre as suas perspetivas em relação à terapia, ajuda-os a controlar o significado da sua, própria, experiência, e os significados, que outros dão, a essa experiência. Além disso, se considerarmos, que os esforços dos



pacientes são responsáveis por fazer a terapia funcionar, então, a perspectiva do cliente não pode ser negligenciada e ignorada.

A revisão de estudos focados na experiência do cliente, efetuada por Ribeiro de Sousa, em 2006 (Bachelor, 1995; Fernandes, 2001; Lietaer, 1992; Orlinsky et al., 1994; Reeker, Elliott & Ensing, 1996; Rhodes, Hill, Thompson & Elliott, 1994), realça a importância da aliança terapêutica nas percepções e reações dos pacientes. Os pacientes consideram relevantes, algumas, características do terapeuta (respeito, aceitação, escuta cuidadosa, empatia e confiança) e contribuem para a aliança terapêutica, com o seu envolvimento, colaboração, capacidade de expressão e comunicação. A autora conclui, que as experiências consideradas úteis, pelos clientes, prendem-se com aspetos da relação terapêutica, particularmente, a empatia e a aceitação, e, também, com os resultados imediatos do processo. Os aspetos prejudiciais são, geralmente, referenciados como momentos específicos de interação (os utentes não se sentirem compreendidos, por exemplo). Os acontecimentos de desentendimento, em terapia, constituem um, possível, ponto de viragem na psicoterapia e, se resolvidos, podem representar uma oportunidade para a mudança e crescimento pessoal do cliente. Esta resolução ocorre quando os pacientes percebem a relação terapêutica como uma base de segurança e suporte, que lhes permite expressar as suas emoções e reações.

O estudo de Strupp (1980, cit. por Henkelman & Paulson, 2006) focalizou-se nos fatores individuais no aconselhamento psicológico e concluiu, que a conjugação do estilo do terapeuta, com as expectativas do cliente, e a habilidade, daquele, para formar uma forte relação interpessoal com o cliente, são dois elementos cruciais, para um resultado de sucesso

Sobre esta forte relação interpessoal, Knox (2008), explorou as experiências dos clientes sobre a profundidade relacional, utilizando metodologia qualitativa. Neste estudo, foram entrevistados 14 participantes, que foram clientes de aconselhamento psicológico, centrado na pessoa. Os participantes focalizaram-se em momentos, específicos, que tivessem experienciado, com profundidade relacional. As descrições dos clientes mostraram, alguma, similaridade, com as descrições dos terapeutas (sentimento de estar vivo, autenticidade e abertura), apesar da existência de algumas diferenças. Os participantes descreveram os seus terapeutas, como profissionais que os aceitavam e como pessoas reais. Estes momentos foram percebidos, como tendo um efeito positivo e duradouro.

A investigação qualitativa tem vindo a demonstrar, que aquilo que se passa, com os clientes em terapia, não é, completamente, evidente, quer para o terapeuta, quer para um observador (Jinks, 1999, cit. por Manthei, 2007). Estes processos, encobertos, envolvem reações, negativas e positivas, do paciente à sua terapia, pelo que, é importante, investigar estes aspetos omissos (Hill, 1992, cit. por Manthei, 2007).

Se quisermos atentar nas diferenças entre terapias, podemos analisar o estudo de Sandell et al. (2007). Este estudo, já citado, questiona a equivalência quantitativa entre diferentes abordagens terapêuticas, no sentido, de que, esta, pode ocultar diferenças, nas experiências dos pacientes, sobre a qualidade da mudança. Assim, 32 pacientes que tinham terminado terapia cognitivo-comportamental, ou terapia psicodinâmica, foram entrevistados sobre as suas experiências, em psicoterapia. Os resultados levaram à formação de quatro grupos, dependendo do tipo de terapia e do resultado (satisfatório, ou não). Apesar, do rácio de casos satisfatórios e insatisfatórios ter sido, praticamente, igual, nos dois tipos de tratamento, existiram, óbvias, diferenças, na qualidade dos resultados, assim como, nalgumas experiências comuns aos dois grupos de pacientes. Assim, a perspetiva qualitativa pode complementar a quantitativa, ao demonstrar, que a mesma quantidade de mudança, tem diferentes conteúdos. Na perspetiva quantitativa, os dois tratamentos produziram resultados iguais, mas, em termos da satisfação do cliente, a qualidade dos resultados foi, bastante, diferente.

Para Sandell et al. (2007), os clientes satisfeitos, das duas terapias, continuarem a melhorar, depois do término da terapia, mas, os clientes da terapia cognitivo-comportamental estavam satisfeitos com a sua capacidade de aplicar técnicas, específicas, para lidar com problemas específicos, enquanto que os pacientes da terapia psicodinâmica, estavam satisfeitos com um aumento da reflexão e com as mudanças relacionadas com a personalidade (apesar, de se sentirem, mais, ambivalentes, em relação à terapia). As diferenças, entre os dois tipos de pacientes, estiveram, também, presentes na sua descrição do processo terapêutico. O processo cognitivo-comportamental foi descrito como focalizado e estruturado, e o terapeuta percecionado como um parceiro ativo e diretivo. O mecanismo de mudança foi a confrontação, gradual, de medos, específicos. O processo psicodinâmico foi descrito como uma exploração, e o terapeuta foi percecionado como alguém que acompanha o cliente, e que promove conexões. Assim, de uma certa forma, a versão dos pacientes da terapia cognitivo-comportamental, sobre a mudança, foi mais específica, do que, aquela, dos pacientes da terapia psicodinâmica. Os autores sublinham,

que a, própria, terapia cognitivo-comportamental, é mais específica, concreta e focalizada em objetivos e métodos, o que se refletiu na experiência do paciente. Contudo, esta diferença pode, também, refletir, o facto, de os pacientes, da terapia cognitivo-comportamental, terem menos para reportar, pois estiveram menos tempo em tratamento. Pode até acontecer que um paciente, depois, de muitos anos de terapia cognitivo-comportamental, tenha experiências qualitativas, similares, às dos pacientes da terapia psicodinâmica. Sandell et al. referem experiências, comuns, aos dois grupos de pacientes satisfeitos. Os pacientes alcançaram uma estabilidade emocional maior, com uma, consequente, redução na ansiedade (este é, provavelmente, um objetivo central na psicoterapia em geral). Vários aspetos da relação com o terapeuta foram, também, sentidos pelos pacientes (dos dois grupos), como tendo sido, particularmente, úteis, o que vai de encontro à perspectiva dos fatores comuns (Hubble et al., 1999, cit. por Sandell et al., 2007). Se assumirmos que experiências comuns, refletem fatores comuns, podemos considerar que as diferenças, entre os dois grupos de pacientes, refletem fatores específicos, diferentes técnicas e diferentes abordagens e posições. Sandell et al. justificam esta posição, através da literatura, disponível, a este propósito (Ablon & Jones, 1998, 1999; Jones & Pulos, 1993).

Em relação às diferentes teorias dos pacientes, sobre os contributos para a mudança, os pacientes satisfeitos, da terapia cognitivo-comportamental, enfatizaram o valor das técnicas de exposição, enquanto que, os insatisfeitos, não as mencionaram, de todo. Quanto aos clientes satisfeitos e insatisfeitos da terapia psicodinâmica, as diferenças residiram nas ideias de tempo, paciência e introspeção, como necessárias para a promoção da mudança, o que não foi, de todo, reconhecido pelos pacientes insatisfeitos desta terapia. A descrição destes pacientes, dos fatores que dificultaram o trabalho terapêutico, geralmente, reflete a sua insatisfação com a abordagem terapêutica. Assim, enquanto que os clientes insatisfeitos, da terapia cognitivo-comportamental, percebem o foco do terapeuta e a diretividade, como uma objetivação deles próprios, os pacientes insatisfeitos da terapia psicodinâmica, experienciam a neutralidade e distância do terapeuta, como uma ausência de objetivos e de direção.

Parece, então, que a perspectiva dos pacientes sobre a forma como as suas terapias deveriam ter decorrido, está de acordo com o protótipo ideal de terapia, que eles não receberam (ou seja, psicodinâmica para pacientes insatisfeitos, de terapia cognitivo-comportamental, e cognitivo-comportamental para pacientes insatisfeitos, de terapia

psicodinâmica). Apesar, de ser possível, que os terapeutas dos clientes insatisfeitos, não tivessem sido capazes, de aplicar a sua intervenção, de uma forma adequada, este resultado é compatível, com a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os fatores que tornam os pacientes, diferentemente, adequados, a diferentes, tipos de terapia (Beutler & Harwood, 2000, cit. por Sandell et al., 2007).

O conhecimento das experiências dos pacientes, sobre o processo psicoterapêutico, parece, assim, fundamental para a promoção do sucesso terapêutico. Manthei (2007) desenvolveu um dos estudos, mais completos, em termos das áreas investigadas, sobre as experiências dos pacientes de aconselhamento psicológico. Através de entrevistas semiestruturadas de follow-up, com 20 pacientes, atendidos numa agência de uma cidade da Nova Zelândia, os clientes foram solicitados a comentar: a eficácia do seu aconselhamento psicológico; quanto da sua melhoria se devia à intervenção psicológica, em comparação com outros fatores; a qualidade da relação terapêutica; eventos específicos durante o aconselhamento psicológico que foram úteis ou dificultadores; aspetos que aprenderam durante o aconselhamento psicológico, que utilizaram, após o seu término; a sua relutância em falar de certos aspetos em terapia; o terminar da terapia; e as consequências de participar na investigação.

Quanto ao sucesso do aconselhamento psicológico, Manthei (2007) refere, que as pessoas começam a resolver os seus problemas, antes, da primeira sessão, um fenómeno que denomina de mudança pré-terapia, citando Lawson (1994). No seu estudo, cinco clientes consideraram que melhoraram entre a decisão de obter aconselhamento e a sua primeira sessão. A decisão de obter aconselhamento psicológico é uma evidência da proatividade do cliente e, muitas vezes, representa o início da recuperação, sendo uma indicação da motivação para mudar. Assim, para o autor, os terapeutas deveriam questionar os seus clientes, sobre a decisão de obter aconselhamento psicológico, uma vez, que podem existir elementos de competência e motivação, que podem ser sublinhados e acentuados no trabalho com eles. Os pacientes, também, descreveram melhorias após o aconselhamento psicológico. O que levou a estas melhorias foi descrito em três áreas: a contribuição deles próprios para a mudança, os contributos dos seus terapeutas, e as ferramentas que desenvolveram durante o aconselhamento psicológico, que continuavam a utilizar na altura da entrevista. A análise das entrevistas revelou que os clientes eram muito ativos, relativamente, ao seu aconselhamento psicológico, continuando a tentar resolver as suas dificuldades entre sessões. Os terapeutas podem esperar esta ajuda e encorajá-la.

Neste sentido, as competências do cliente devem ser realçadas e reforçadas pelos terapeutas (Manthei, 2007). A maioria dos clientes foi, ainda, capaz de especificar a quantidade de mudança, ou melhoria, que eles experienciaram em relação ao aconselhamento psicológico e aos fatores extra-aconselhamento. Assim, para os clientes, 71% da mudança derivou do aconselhamento psicológico e 29% esteve relacionada com outros eventos. Estes resultados reforçam a ideia, que a mudança é impulsionada pela intervenção psicológica, mas, também, por aquilo que os clientes fazem, fora das sessões. Eles ajudaram-se, ativamente, assim como, estiveram abertos às sugestões e intervenções do terapeuta. Os terapeutas podem utilizar esta informação, para sugerir aos seus clientes que continuem a trabalhar nos seus problemas, fora das sessões. Manthei refere, que pode ser útil, perguntar aos clientes o que eles pensam necessitar do seu aconselhamento psicológico. As suas respostas podem ajudar o terapeuta a ajustar a intervenção. Os clientes, neste estudo, revelaram ter aprendido estratégias para lidar com os seus problemas, que continuaram a usar, mesmo depois de terem terminado o seu aconselhamento psicológico. Estes aspetos incluem capacidades, técnicas, insights e novas formas de olhar para a sua situação e para eles próprios. Esta habilidade, para lidar com problemas futuros, reforça, quer o valor de longo termo do aconselhamento, quer a competência inerente aos clientes. Manthei, também, sugere que pode ser importante perguntar aos clientes, que já tiveram em acompanhamento psicológico, anteriormente, o que foi útil. As suas respostas podem revelar aspetos úteis, ou dificultadores, do processo.

Nesta investigação (2007), os clientes desvalorizaram uma intervenção, menos, eficaz, do terapeuta. Mesmo que sentissem que um erro tinha sido cometido, os pacientes, raramente, o expressaram ao seu terapeuta. Alguns clientes podem sentir que é injusto criticar o seu terapeuta, num contexto de um tratamento de ajuda. Para Manthei, estes resultados parecem indicar que a relação entre terapeuta e cliente é, de facto, importante, mas não tem de ser perfeita, do ponto de vista, do cliente. Também, durante o processo, os clientes estiveram constantemente, a decidir o que era, do seu interesse, partilhar. Manthei refere que os terapeutas têm de aceitar, que podem existir, eventuais, benefícios, nesta posição, citando Kelly (1998), a este respeito. Quanto ao terminar do aconselhamento, este não foi um processo, difícil, para estes clientes, e, praticamente, todos consideraram o número de sessões, suficiente, para os objetivos que tinham. Nenhum expressou dificuldade em deixar a relação estabelecida com o terapeuta. Esta situação, possivelmente, deve-se ao tipo de aconselhamento e ao carácter breve da intervenção. Os

pacientes, também, expressaram o desejo, de recomendar o aconselhamento psicológico, a outras pessoas. Relativamente à participação na investigação, nenhum, participante expressou hesitação, ou reserva em participar, apesar de querer permanecer anónimo. As suas reações revelam um elemento altruísta, no seu desejo de ajudar futuros clientes, a receber ajuda semelhante. Este estudo demonstra como os clientes veem o seu aconselhamento psicológico e encontra-se na linha das recomendações de Bohart e Tallman (1999, cit. por Manthei, 2007) relativas à necessidade de mais pesquisa sobre as perceções dos clientes, sobre o aconselhamento psicológico.

Em Portugal, recentemente, têm vindo a ser realizadas investigações sobre as vivências do processo psicoterapêutico (embora em número muito reduzido), como a de Aragão Oliveira et al. (2009/2010) sobre as vivências do processo psicanalítico, apresentada em pormenor, nos capítulos seguintes, ou como a investigação qualitativa de Ribeiro de Sousa (2006), que procurou compreender os processos criativos de mudança, através da recordação do processo terapêutico, pelos clientes. Neste estudo, a amostra (10 participantes) foi recolhida no serviço de consulta psicológica para adultos da universidade do Minho, e os participantes encontravam-se na fase de finalização do processo terapêutico. A autora não considerou o diagnóstico dos clientes, nem o tipo de psicoterapia recebida. Para a recolha de dados foi selecionada uma entrevista semiestruturada de mudança (Client Change Interview (traduzida e adaptada para português) - Center for the Study of Experiential Psychotherapy – CSEP, 1999) e construído um protocolo, semiestruturado, para a recolha de narrativas episódicas, ilustrativas do processo terapêutico. A entrevista utilizada pretende compreender a perspetiva do cliente sobre a mudança terapêutica, e como tais mudanças ocorreram, permitindo avaliar as mudanças percebidas, pelo cliente, no decurso da terapia, a sua compreensão sobre as causas de tais mudanças, incluindo aspetos úteis e aspetos difíceis da terapia. A realização da entrevista de mudança teve duração média de uma hora e trinta minutos. Para a construção das narrativas episódicas dos clientes, foi elaborado um protocolo, que permitia aos clientes realizarem uma reflexão sobre a sua experiência e aspetos mais significativos da psicoterapia, tendo sido pedido, de seguida, que seleccionassem um episódio representativo da mesma. Os clientes foram encaminhados, com o seu acordo, pelos terapeutas. As entrevistas de mudança e as narrativas episódicas sobre o processo terapêutico foram áudio-gravadas, com o consentimento, dos participantes e, depois, transcritas textualmente. A autora revela que este estudo está focalizado numa análise qualitativa (grounded

analysis e análise gramatical de histórias). Dois investigadores, com formação e treino em grounded analysis, analisaram os protocolos da entrevista de mudança, desde as unidades de análise, à organização do modelo compreensivo da experiência e mudança, dos participantes em psicoterapia. Ribeiro de Sousa apresenta, como resultado final do seu trabalho, a ideia central de processo na experiência da psicoterapia, na mudança em si e na promoção desta. A mudança emerge como um processo, permanente, de transformação, no qual umas mudanças são promotoras de outras mudanças:

A psicoterapia emerge como um processo temporal e contínuo que permite, de um modo sistemático e enredado, a proactividade do cliente, a construção da diversidade, a autorregulação reflexiva, a autoaceitação e o bem-estar psicológico. A mudança é, em algumas dimensões, experienciada como um processo de construção útil mas igualmente difícil, particularmente quando envolve a autorrevelação e o autoconhecimento. (p. 185)

*Vivências do processo psicoterapêutico psicanalítico.*

Para Lilliengren e Werbart (2005), provavelmente, a primeira descrição da visão do cliente sobre a ação terapêutica, pode ser encontrada no trabalho de Breuer and Freud (1895/1955) “Estudos sobre a histeria”, quando a paciente Anna O. se refere ao tratamento como a “talking cure”, e ao processo terapêutico como “limpeza de chaminés”, deixando-nos perceber, como experienciava os aspetos curativos, da sua terapia. Para os autores, a experiência de Anna O., eventualmente, levou Freud a formular a teoria da cura catártica.

Para Lilliengren e Werbart (2005), a perspectiva do paciente, sobre o que funciona em terapia, tem sido, largamente, negligenciada, e não tem, servido de base, para a construção da teoria clínica, independentemente da orientação psicoterapêutica. Na tradição psicanalítica, a observação empírica dos dados é filtrada pela subjetividade do analista, e a construção de significado, do paciente, é desconsiderada. Os autores justificam a sua posição na literatura sobre este assunto (Sachs, 2001; Schwaber,1996). Apesar disso, nos estudos já realizados sobre a perspectiva dos pacientes, tem sido

demonstrado, repetidamente, que estes reportam fatores úteis em terapia, comuns a todas as tradições psicoterapêuticas: as características do terapeuta que facilitam o trabalho terapêutico, a possibilidade de se exprimirem, a experiência de uma relação de suporte, o aumento da compreensão sobre si próprios, e o encorajamento do terapeuta para a prática extra-terapêutica (Lilliengren & Werbart, 2005). Contudo, pouco sabemos, sobre como diferentes fatores comuns e fatores, que são mais, específicos, de uma dada modalidade terapêutica, podem interagir com a experiência dos pacientes, sobre os aspetos negativos ou dificultadores da terapia.

Para responder a esta questão, Lilliengren e Werbart (2005) estudaram a perspectiva dos pacientes sobre os fatores curativos e dificultadores da psicoterapia psicanalítica, através de entrevistas a 22 pacientes adultos no término da sua psicoterapia. Os autores construíram um modelo teórico da ação terapêutica, através de metodologia grounded theory. Falar de si próprio, ter um espaço e uma relação especiais, e realizar explorações conjuntas, com o terapeuta, foram entendidos como fatores curativos pelos pacientes, levando a impactos terapêuticos (novas experiências relacionais e aumento da autoconsciência). Os aspetos dificultadores incluíram a experiência de que falar é difícil e a experiência de que algo faltava na terapia, e relacionavam-se com impactos negativos (o facto de o autoconhecimento não ser suficiente e a experiência de incompatibilidade com o terapeuta).

Muitos pacientes referiram que falar tinha sido útil e que expressarem-se em terapia tinha sido curativo. Além disso, os pacientes descreveram o falar sobre eles, próprios, de duas formas diferentes. Por um lado, muitos pacientes indicaram o aspeto positivo de falar, ventilar, refletir e nomear os seus próprios pensamentos e sentimentos. Por outro, o falar sobre eles, próprios, foi descrito como uma atividade de contar histórias. Tal, incluiu lembrar, rever, e trabalhar a história pessoal. Nas duas formas, os pacientes apresentaram-se a si, próprios, como agentes ativos, enquanto que o terapeuta foi apresentado como uma testemunha, deste processo. Ao mesmo tempo, que os pacientes descreveram falar sobre eles, próprios, como um fator curativo, muitos pacientes também expressaram que era difícil falar em terapia. Apesar de se sentirem bem ao falar com o terapeuta, falar sobre si, mesmos, podia provocar ansiedade e consumir energia. A experiência de que falar é difícil parece representar um aspeto dificultador, porque interage com o falar sobre si, mesmo, como um fator curativo. Por exemplo, alguns pacientes referiram que demoraram tempo a confiar no terapeuta e a começar a falar de si, próprios (Lilliengren & Werbart, 2005).



Outro fator curativo, que emergiu deste trabalho, foi a experiência do setting terapêutico e da relação com o terapeuta. As respostas indicam, que a terapia se tornou num espaço especial e que a relação com o terapeuta era de um tipo especial. Além disso, a experiência dos pacientes parece formar, um todo, onde as experiências de um lugar especial e de uma relação especial, não podem ser separadas. A experiência do setting e da relação terapêutica envolve 3 temas principais: uma atmosfera relacional especial (composta pela experiência de ser aceito, respeitado e apoiado pelo terapeuta); o terapeuta não pertence ao círculo familiar e de amizade do paciente (o que lhe permitiu não estar envolvido nas tempestades emocionais do paciente); e tempo e continuidade (é preciso tempo para entender-se) (Lilliengren & Werbart, 2005). Falar sobre si, próprio, ter um setting especial e uma relação especial, foram associados com o impacto terapêutico, de novas experiências relacionais. As respostas indicaram, que a atmosfera relacional especial, o terapeuta ser uma pessoa de fora e o tempo e a continuidade, contribuíram para experienciar a terapia como um lugar seguro, para explorar, pensamentos e sentimentos, difíceis. Tal, ajudava o paciente a ultrapassar dificuldades associadas ao falar sobre si, próprio, o que foi considerado, em si mesmo, uma nova experiência relacional, importante. Além disso, as narrativas dos sujeitos sugerem, que este sentimento de segurança deu-lhes uma plataforma para tentar, outras formas, de ser e de se relacionar, aumentando, assim, a probabilidade de novas experiências relacionais entre sessões (Lilliengren & Werbart, 2005).

As narrativas dos pacientes, também, indicam que o terapeuta e o paciente estiveram envolvidos numa colaboração, mútua, de exploração. Um tema, recorrente, foi a análise de aspetos da experiência do paciente, relacionados com o problema, e o encontro de conexões com o passado. Os pacientes descreveram a sua discussão com o terapeuta, como um esforço para dar sentido às suas dificuldades, e para descobrir “os porquês” (Lilliengren & Werbart, 2005). Também, as intervenções feitas pelo terapeuta, pareceram ter encorajado os pacientes a explorarem-se e a refletirem sobre si, próprios. Os terapeutas ajudaram os pacientes a descobrirem e a desafiar interpretações negativas, de si e do mundo, e colocaram questões que encorajaram a reflexão, exploração e a descoberta das, próprias, respostas pelos pacientes. Para Lilliengren e Werbart (2005), a exploração com o terapeuta, também, envolveu a definição de problemas e objetivos para o tratamento, o que foi importante, pois este aspeto, estruturante, pode levar a uma imagem, mais, clara, das dificuldades, e das formas de lidar com elas. Falar de si próprio e explorar, conjuntamente,

com o terapeuta foram associados a muitos impactos terapêuticos, que os autores abarcaram sob a ideia do aumento da autoconsciência. Um desses impactos foi a experiência de ter resolvido algo, que não estava claro, antes (pensamentos, sentimentos, memórias ou experiências do passado). Muitos pacientes usaram metáforas como “começar a desenrolar um novelo de lã”, que levou a um sentimento de maior coerência. Outro impacto relacionou-se com a descoberta de padrões na sua personalidade, e a conexão com a sua história pessoal e familiar. Esta descoberta de padrões, também, permitiu abrir novas possibilidades para o paciente se relacionar, com outros significativos, de outras formas. Outros impactos foram: aprender novas formas de pensar, e ganhar uma nova perspectiva sobre si, e sobre os seus problemas. Um aspeto, importante, do aumento da autoconsciência, foi que os pacientes puderam interiorizar as atividades do terapeuta, e, depois, continuar a conversação dentro deles próprios.

Apesar, do aumento do autoconhecimento ter sido experienciado, como terapêutico, por, muitos, pacientes, outros, reportaram, que, mesmo, tendo alcançado um maior autoconhecimento, a terapia não foi, assim, tão útil, pois não receberam, qualquer, ajuda para mudar o problema, na prática. A experiência de ter ganho mais autoconsciência, sem ter, realmente, experienciado mudanças no seu problema, está associada ao desapontamento do cliente na terapia, e é visto como um impacto negativo da terapia, pelos autores (2005). O desapontamento em terapia foi, também, ligado com a experiência de que algo faltou, o que representa outro aspeto dificultador. Um tema, recorrente, nesta categoria, foi que o terapeuta foi, demasiado, passivo, o que foi percebido como um obstáculo à cura. Uma atitude, mais ativa, do terapeuta teria sido, preferível, por certos pacientes. Outros aspetos que faltaram, na perspectiva dos pacientes, foram mais “feed back” e mais conselhos concretos, sobre como lidar com um problema. Neste contexto, alguns pacientes expressaram o desejo que o terapeuta tomasse o lugar de perito, de uma pessoa, de fora, que pode dar respostas objetivas, ou de uma figura parental boa. Outros pacientes queriam intervenções mais estruturadas e orientadas para a ação, entre as sessões, tais como trabalhos de casa (Lilliengren & Werbart, 2005).

Estes resultados assemelham-se, àqueles, encontrados por Sandell e colegas (2007) relativamente aos pacientes insatisfeitos com a terapia psicodinâmica, o que nos leva a pensar, que, outro tipo de intervenção seria, também, mais adequado para os pacientes, que relataram este tipo de experiência neste estudo. Na verdade, alguns pacientes, deste estudo (2005), expressaram que a mudança para outro tipo de terapia, ou medicação, teria sido

preferível. Outros pacientes, ainda, refletiram na forma como eles, enquanto pessoas, se compatibilizaram com o seu terapeuta. A experiência de incompatibilidade teve um impacto negativo na experiência de um setting especial e de uma relação especial com o terapeuta. Neste caso, os terapeutas foram descritos, em termos negativos, e os pacientes duvidaram que a terapia fosse o tratamento adequado para eles. Também, nas narrativas dos pacientes insatisfeitos, nada, sugere que estas experiências (de que algo faltou e de incompatibilidade) tenham sido exploradas com o terapeuta. Uma possibilidade, é a de que as ideias de cura, do terapeuta e dos pacientes, nestes casos, eram tão incompatíveis, que a modalidade terapêutica não servia ao paciente. Outra possibilidade, é a de que alguns terapeutas não exploram com os pacientes as incompatibilidades das suas ideias iniciais de cura (Lilliengren & Werbart, 2005).

Lilliengren e Werbart (2005) notam que os clientes tendem a descrever o impacto terapêutico em termos cognitivos (o estabelecimento de metas e a definição do problema, a identificação e o desafio de pensamentos negativos sobre si próprio, e a descoberta do que se quer da vida). Os aspectos transferenciais e contratransferenciais, centrais na teoria psicanalítica, ou o aspecto afetivo da elaboração, são, raramente, mencionados pelos pacientes. Contudo, as descrições dos pacientes de explorar, conjuntamente, com o terapeuta e de aumentar a autoconsciência, podem implicar um trabalho, conjunto, sobre aquilo que é atualizado na relação terapêutica. Apoiando-se na literatura (Leuzinger-Bohleber, 2002; Schlessinger & Robbins, 1983), Lilliengren e Werbart, concluem, que a matriz transferência/contratransferência, e os aspectos afetivos, estão implícitos, em vez, de manifestos, nas narrativas dos pacientes, e são replicados na relação com o entrevistador.

Recorrendo a outros autores (Butler & Strupp, 1986; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Norcross, 1995; Rosenzweig, 1936; Wampold, 2001b), Lilliengren e Werbart (2005), também, levantam a questão dos fatores comuns vs específicos, ao assumirem que os fatores interpessoais, não específicos, não podem ser separados das intervenções do terapeuta. Os resultados deste estudo demonstram que, na perspectiva dos pacientes, os aspectos relacionais são experienciados, como um contexto, para a atividade de expressar e refletir sobre a sua experiência, e elaborar e rever a sua história pessoal. Os pacientes, também, falaram do aspecto, específico, da exploração conjunta com o terapeuta e do seu impacto, nomeadamente, no aumento da autoconsciência. Os aspectos dificultadores, expressos por, alguns, pacientes parecem ser fatores específicos: a insuficiência do autoconhecimento, a passividade negativa do terapeuta, e o desejo de

orientação, conselhos e intervenções orientadas para a ação. Estes pacientes não se compatibilizaram com o tratamento recebido, nem com o terapeuta. Tal, como confirmado, posteriormente, no estudo de Sandell et al. (2007), Lilliengren e Werbart consideram que, provavelmente, um estudo sobre as percepções dos pacientes em psicoterapia cognitivo-comportamental, apresentará um grupo de clientes insatisfeitos, solicitando, mais, aspetos, específicos, da terapia psicanalítica. Os autores pensam (tal, como Manthei, em 2007) que as similaridades e as discrepâncias, nas teorias implícitas sobre a cura, devem ser discutidas, desde o início do tratamento. Neste âmbito, a exploração e a negociação são, elas, próprias, poderosos agentes de mudança.

Para Lilliengren e Werbart (2005) este modelo, fundado na perspectiva dos pacientes, confirma o papel dos moderadores do paciente, na determinação da eficácia das intervenções. Os autores apresentam a perspectiva, talvez, demasiado, radical, de que a percepção sobre a ação terapêutica, centrada no terapeuta, deve ser posta de lado, pois esta perspectiva tem resultado numa relação, problemática, entre a teoria psicanalítica e a técnica. Lilliengren e Werbart recorrem a Fonagy (2003), para justificar que a prática clínica não decorre das teorias psicanalíticas, atuais, sendo, antes, baseada, no conhecimento clínico, implícito. Consequentemente, os modelos teóricos podem beneficiar e conduzir melhor a prática clínica, se fundados, no conhecimento, implícito, das experiências dos pacientes.

Este conhecimento, em Portugal, encontra expressão, na área psicanalítica, no trabalho de Aragão Oliveira et al. (2009/2010), que desenvolveram um estudo sobre as vivências do processo psicoterapêutico, em psicanálise e psicoterapia psicanalítica. Este trabalho tem como objetivo compreender a experiência vivida por pacientes que passaram por processos de psicoterapia psicanalítica ou psicanálise, com o propósito de analisar e compreender os motivos que os levaram a procurar tratamento, as vivências das variadas fases do processo, as mudanças sentidas, no decorrer do processo, e, após o seu término, e o relacionamento com o psicoterapeuta. Os autores pretendiam, ainda, estudar a influência da intensidade das sessões e da duração do processo psicoterapêutico e comparar, possíveis, diferenças entre pacientes de psicoterapia psicanalítica e de psicanálise. Para tal, recorreram a um estudo exploratório, com metodologia de análise qualitativa de questionários/entrevistas, através do método de análise fenomenológica interpretativa de Giorgi (1997; 2003, cit. por Aragão Oliveira et al., 2009/2010) e do método de análise de conteúdo e codificação de dados proposto por Bardin (2008, cit. por Aragão Oliveira et al.,

2009/2010). A amostragem foi de conveniência e incluía oito pacientes de psicoterapia psicanalítica e cinco de psicanálise, em regime de clínica privada, e cujo processo terapêutico tinha terminado, por mútuo acordo, há, pelo menos, um ano. O tempo de duração dos acompanhamentos variou entre um ano e cinco meses e os sete anos. Os resultados deste estudo são apresentados tendo em consideração os conteúdos referidos pelos sujeitos nas três fases do questionário (pré-terapêutica, peri-terapêutica, pós-terapêutica).

No que se refere aos motivos de procura de ajuda, verifica-se uma tendência para os sujeitos se focarem mais no seu mundo interno e relacional, e, menos, nos sintomas, no decorrer da terapia. Dentro dos conteúdos, que se relacionam com os motivos subjetivos e que remetem os pacientes para os seus conflitos internos e relacionais, também, se verifica uma evolução positiva (os sujeitos referem novas temáticas que vão descobrindo durante o processo terapêutico). A mera descrição dos sintomas, e a sua prevalência, deixaram de ser tão importantes, salvo quando o sofrimento está associado a grande rigidez do sintoma. Os pacientes, também, valorizaram as intervenções dos terapeutas e as transformações, ocorridas, existindo a tendência para relacionarem mudanças no plano interno (intrapéssico) com mudanças no plano relacional. Parece existir, também, um aumento dos recursos conscientes, que possibilitaram expressar todo o processo de transformação ocorrida (Aragão Oliveira et al., 2009/2010). No que diz respeito às vivências do término da terapia e da relação com o terapeuta, os conteúdos demonstram uma tendência para a sobrevalorização do papel do terapeuta e da terapia, como espaço de mudança, de compreensão e de sentimentos de conforto. Os sentimentos verbalizados sobre o terapeuta são muito positivos, apesar de existir, também, uma tendência para, alguma, idealização. Os autores (2009/2010) salientam, ainda, a importância das vivências de separação, onde a influência desta idealização do terapeuta, ou a sua negação, parecem capazes de mobilizar fortes e intensas angústias. Dada a dimensão da amostra, os autores não conseguiram estudar a influência dos fatores intensidade das sessões de tratamento e/ou longevidade do processo psicoterapêutico, bem como, uma comparação entre pacientes submetidos a psicoterapia psicanalítica e a psicanálise, levando-os a remeter a avaliação, destes fatores, para estudos futuros.

*Vivências do processo psicoterapêutico na saúde.*

Para Robinson et al. (2006), a perspectiva dos utentes tornou-se um componente, crucial, do planeamento em saúde. Quer em termos clínicos, quer políticos, as vozes dos pacientes podem, agora, ser ouvidas e, espera-se, que sejam atendidas, da mesma forma que as dos profissionais. Esta nova ênfase à importância da perspectiva dos utentes, é salientada pelo, crescente, reconhecimento das perceções dos utentes, dos contextos de saúde, em geral, e dos cuidados primários, em particular.

Contudo, em termos de saúde mental, a perceção dos utentes, raramente, é utilizada para medir os resultados da terapia psicológica, apesar de muitos instrumentos, como o CORE-OM (Clinical Outcomes Routine Evaluation - Outcome Measure), serem, frequentemente, usados para avaliar os resultados da terapia psicológica, nos cuidados primários. De facto, este instrumento deriva, pelo menos, em parte, dos instrumentos cujas origens radicam na identificação e avaliação de categorias de doença mental (e.g., Beck Depression Inventory (BDI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)), ou nas ideias dos terapeutas sobre aquilo que eles acreditam que muda em resultado do processo terapêutico (Robinson et al., 2006). Para Robinson et al. (2006), o uso deste tipo de instrumentos, segue a tradição, de colocar as palavras dos clientes dentro de um quadro linguístico, específico, e profissional (psiquiátrico, ou psicoterapêutico). Avaliar os resultados das terapias psicológicas, nos cuidados primários, usando frases padronizadas, pode não refletir o que os utentes sentem que é importante para eles, em termos de problema ou progresso. Em contraste, explorar a avaliação dos resultados, dentro do contexto das narrativas dos utentes, conduz a medidas que capturam a perspectiva que os doentes têm dos seus problemas. Assim, ao contrário das medidas padronizadas, que se focam nas áreas, importantes, para os terapeutas, as medidas geradas pelos utentes, procuram capturar a experiência fenomenológica dos indivíduos, assim como, as suas preferências e prioridades. Dado que estas medidas não foram generalizadas na avaliação da terapia psicológica nos cuidados primários, as experiências dos utentes sobre os seus problemas, raramente, são recolhidas e monitorizadas, o que faz com que as vivências dos utentes, relativas à psicoterapia nos contextos de saúde, sejam, ainda, uma área pouco investigada (Robinson et al., 2006).

Lambert, em 2007, num estudo de quatro anos, investigou a área das percepções dos utentes, sobre o aconselhamento psicológico, nos cuidados primários, entrevistando três utentes antes da primeira sessão, durante o aconselhamento, e depois dele, sendo estas entrevistas sujeitas a análise de conteúdo. O terapeuta, também, foi entrevistado durante e após o aconselhamento psicológico. Os resultados revelam que, apesar, dos utentes saberem que necessitavam de ajuda, não sabiam o que esperar do processo terapêutico e temiam que as pessoas soubessem que eles procuravam este tipo de intervenção. Durante o aconselhamento, os participantes experienciaram alguns níveis de mudança positiva. Ao mesmo tempo, divergências na percepção do utente e do terapeuta sublinharam questões teóricas relativas à abordagem do terapeuta e à exploração de emoções. As entrevistas, após o aconselhamento psicológico, revelaram, níveis maiores, de mudança positiva, sendo difícil avaliar se estas mudanças resultaram das tentativas do terapeuta, de clarificar pontos de vista divergentes. O que é claro, é que todos os participantes experienciaram algum nível de mudança positiva, que eles perceberam como resultado de terem sido escutados. As implicações deste estudo remetem para a importância de se estabelecerem caminhos, redes e partilha de informação entre os vários serviços de saúde. Para a autora, a informação sobre o aconselhamento psicológico, o número e a frequência das sessões e as possíveis limitações e benefícios, deve ser disponibilizada aos utentes, o que ajuda a assegurar que estes tenham expectativas realistas sobre a sua eficácia.

No estudo de Perren et al. (2009), já citado, 15 utentes dos cuidados primários foram entrevistados, um a três anos, depois, de terem recebido aconselhamento psicológico nos cuidados primários (média de 10 sessões), para investigar a sua perspetiva sobre os benefícios duradouros da intervenção e sobre os mecanismos responsáveis pelo surgimento e manutenção destes benefícios. Os autores descobriram que os efeitos imediatos, ou de curto prazo, do aconselhamento psicológico (alívio sintomático, gestão, mais, eficaz de situações problemáticas) eram diferentes dos efeitos de longo prazo (mudança na forma como as pessoas conduziam a sua vida). Na perspetiva dos utentes sobre o impacto de longo prazo do aconselhamento psicológico, a mudança ocorre em três domínios: como se pensa sobre si próprio, como se pensa sobre os outros, e como se age. Perren et al. notam que não existiu, necessariamente, uma relação entre expectativas sobre os resultados, e a percepção dos indivíduos sobre os resultados alcançados. Por exemplo, muitos participantes que já tinham recebido aconselhamento psicológico, embora tivessem iniciado as sessões com baixas expectativas, continuavam a acreditar que valia a pena tentarem. Similarmente,

aqueles que não tinham utilizado o aconselhamento psicológico, previamente, embora tivessem expectativas de mudança em alguns aspetos da sua vida, expressaram surpresa e prazer por identificar mudanças em domínios, que não estavam à espera.

Neste estudo (2009), os benefícios, de longo prazo, requereram que as pessoas passassem por todas as fases do processo, que ocorresse uma coprodução da mudança entre o terapeuta e o utente, e que houvesse trabalho, não, apenas, nas sessões, mas entre as mesmas. Os mecanismos implicados numa mudança, de longo prazo, incluíam características da relação terapêutica, que contribuíram para o envolvimento e normalização, e a aquisição de ferramentas para viver a vida, de forma diferente, que podiam ser desenvolvidas, depois do aconselhamento terminar. Nenhum dos entrevistados teve longos períodos de aconselhamento psicológico, contudo, para que as mudanças se mantenham, parece, importante, que as pessoas só terminem o aconselhamento quando se sentirem preparadas.

Para além da qualidade da relação terapêutica, que foi um aspeto significativo, os autores (2009) identificaram fases do processo do aconselhamento psicológico. Na fase inicial, quando o terapeuta demonstra afabilidade, perícia e respeito, parece assegurar o envolvimento dos utentes, mesmo, quando estes estão, inicialmente, ambivalentes. O estilo comunicacional parece ser central, em vez do modelo teórico utilizado. Neste estudo, sete terapeutas (dos 15 utentes entrevistados), tinham formação em cinco modelos diferentes, mas, poucos, entrevistados estavam conscientes disso. As capacidades e qualidades, necessárias, a um terapeuta eficaz, identificadas através da pesquisa e da prática clínica, são relevantes neste estudo (afabilidade e postura terapêutica positiva e adaptável). Os terapeutas rígidos ou ansiosos têm resultados fracos, como o comprovam os trabalhos referidos por Perren et al. (Baldwin et al., 2007; Castonguay & Beutler, 2006; Cooper, 2008; Luborsky et al., 1985; Norcross, 2002). Os utentes, ao perceberem que são ouvidos, adquirem uma perceção diferente deles próprios. Além da postura terapêutica, os utentes consideraram reconfortante, o facto de o terapeuta adotar uma resposta normalizadora e reflexiva. A longo prazo, a normalização torna-se parte do conjunto de ferramentas, adquiridas, através do aconselhamento psicológico, e pode ser utilizada, noutras situações de vida. Uma vez envolvidos, os pacientes entram na fase da exploração. Nesta fase, são explorados os mundos internos e externos.

Nesta investigação (2009), os entrevistados descreveram, desta forma, os mecanismos condutores de mudança: os terapeutas fazem questões que se focam nas



reações emocionais, aos acontecimentos e interações. Os utentes, ao responderem, colocam nomes nas emoções e estados mentais. O questionamento facilitou, assim, um processo de nomeação e compreensão, que as pessoas podiam assumir em relação às emoções, ações e suas consequências. O terapeuta precisa de ter a capacidade de ser reflexivo sobre os conteúdos das mentes e das experiências dos utentes. Como parte desta reflexão, sete entrevistados falaram do passado, o que, para eles, foi um requisito para fazer, escolhas diferentes, no presente. Estas mudanças emergiram do trabalho que aconteceu entre terapeuta e utente. As pessoas começaram a perceber como usar o aconselhamento psicológico nas suas vidas e relações, e começaram a pensar, a relacionar-se com os outros, e consigo próprias, de forma diferente, fora das sessões. O impacto de fazer estas mudanças é, depois, discutido nas sessões num processo de experimentação, descoberta e reflexão, que conduz a um aumento da autoestima. As pessoas sentiram-se menos dependentes da opinião dos outros, levando à melhoria das relações (Perren et al., 2009). O tempo entre as sessões foi, também, utilizado, pelos utentes, para descobrirem recursos internos e externos, preparatórios para o fim do aconselhamento psicológico. Os entrevistados, parecem sugerir, que estes tempos de experimentação, entre as sessões, podem ser, tão cruciais, como as sessões, em si. O término do aconselhamento aconteceu quando se desenvolveram as ferramentas e as técnicas para atingir, e manter, a aprendizagem sobre si e os outros (Perren et al., 2009).

Quanto aos mecanismos que produzem mudanças, a longo prazo, Perren et al. (2009) referem a existência de um conjunto de ferramentas, desenvolvida durante o aconselhamento, que facilita a mudança, de longo prazo. Apesar da interação com o terapeuta ter sido, crucial, para a construção deste conjunto de ferramentas, é importante que as mudanças e decisões, resultantes do aconselhamento psicológico, não venham do terapeuta, mas dos próprios utentes. Algumas das ferramentas descritas foram técnicas comportamentais para a gestão da raiva e da ansiedade. Outras, como normalizar, foram usadas durante a terapia e implementadas, posteriormente, na resolução de problemas. Outras ferramentas, ainda, refletem diferentes formas de lidar e novas formas de pensar, adquiridas durante o processo de exploração dos mundos internos e externos. Alguns entrevistados tinham voltado ao aconselhamento psicológico, após a primeira série de sessões e estas sessões, extra, pareceram importantes, para a consolidação da mudança. Vários entrevistados disseram que a opção de voltar foi importante, mesmo que não a tenham usado. A escolha de voltar pareceu permitir a internalização do aconselhamento

psicológico (Perren et al., 2009). Os entrevistados descreveram mudanças pós-termino. As melhorias continuaram em relação à autoestima e à noção de ter escolhas, não deixando que as suas próprias limitações internas, ou as dos outros, se colocassem no seu caminho. O aumento da autoestima parece estar relacionado com a mudança de comportamento. Alguns utentes ficaram mais contidos, outros, menos isolados, e outros, ainda, mais capazes de regular o seu humor. As mudanças nas relações, realizadas durante o aconselhamento psicológico, continuaram em curso. Os entrevistados descreveram-se como mais assertivos nas suas respostas aos outros (Perren et al., 2009). Existem, contudo, entrevistados que não relataram mudanças de longo prazo. Para os autores, tal situação relaciona-se com o facto de, estes, não terem passado por todas as fases do processo, de não terem sido capazes de construir um conjunto de ferramentas, ou de não as terem internalizado.

Quanto às experiências dos pacientes com uma doença específica, Ward, Hogan, Stuart e Singleton, em 2008, exploraram a percepção dos pacientes com encefalite miálgica, utilizando uma metodologia qualitativa. Vinte e cinco pacientes com encefalite miálgica foram entrevistados sobre as suas experiências em aconselhamento psicológico. As entrevistas foram transcritas e analisadas, através dos princípios da grounded theory. A duração do aconselhamento psicológico, variou entre oito semanas a um ano, e incluiu ambos os settings, privado e sistema nacional de saúde. Os participantes parecem ter recebido uma serie de intervenções de diferentes abordagens teóricas (cognitivo-comportamental, psicodinâmica, centrada na pessoa, e integrativa). A análise dos dados demonstrou que as pessoas com encefalite miálgica passam por mudanças significativas na sua vida, ligadas a perdas e trauma. Os participantes descreveram intervenções psicológicas como a gestão de pensamentos, do stress, ou a exploração da influência do seu passado, na sua situação atual. O aspeto, mais valorizado das intervenções, referiu-se ao facto dos participantes monitorizarem os seus níveis de energia e a sua atividade física. O relaxamento e as técnicas de meditação foram positivos, e levaram a uma redução de níveis de ansiedade (Ward et al., 2008). As respostas dos pacientes às intervenções de gestão de pensamentos, tais como, perceber certos pensamentos como negativos e contraproducentes, foram mistas. Alguns participantes acharam-nas negativas e paternalistas, outros acharam estas noções simplistas, outros, contudo, acharam estas intervenções muito úteis, ajudando-os, por exemplo, a conter reações catastróficas. Poucos participantes, neste estudo, disseram ter sido encorajados, pelo seu terapeuta, a explorar as

suas experiências anteriores. Alguns, também, rejeitaram a ideia de uma influência psicológica para a sua condição. As reações negativas, ao terapeuta, incluíram aspetos como problemas de comunicação, não compreensão da condição do paciente e respostas não empáticas. Os aspetos positivos da relação com o terapeuta incluíram a escuta ativa, a compreensão e a oferta de desafios apropriados. Um assunto negativo, mencionado por vários pacientes, foi o impacto físico da frequência do aconselhamento psicológico. Os utentes referiram a dificuldade em ir todas as semanas e de aguentar os 50 minutos. A maioria das perceções negativas relacionou-se, assim, com o processo e com o terapeuta. Os participantes acharam desafiantes, certas, sugestões relativas à sua condição, em particular que podia não ser física, que eles tinham controlo sobre ela, ou que as suas raízes encontravam-se no passado. Certos estilos de aconselhamento foram vistos como controladores, paternalistas e como uma forma de lavagem cerebral. Estas perceções, genericamente, relacionavam-se com intervenções de carácter cognitivo-comportamental. Os benefícios, percebidos, do aconselhamento psicológico, estiveram, também, relacionados com uma relação positiva, com alguém que entende, e que está de fora da situação. Muitas das experiências, destes pacientes, são similares, àquelas, de outros pacientes em terapia, mas com mais considerações relacionadas com a condição específica da doença. Este estudo não é, contudo, significativo em termos da intervenção psicodinâmica, pois esta foi referida apenas por dois pacientes (Ward et al., 2008).

Para os autores (2008), as implicações, deste estudo, remetem para a necessidade dos terapeutas estarem bem informados sobre a doença física dos seus pacientes. Os terapeutas, também, devem evitar transmitir mensagens negativas aos pacientes. Dado que os pacientes, apenas, reconhecem causas físicas para a sua doença, os terapeutas têm de trabalhar, cuidadosamente, para que eles vejam as suas intervenções como uma forma de os ajudar a lidar com a sua condição de saúde, em vez, de uma forma de corrigir fatores etiológicos e de manutenção da doença. As experiências dos pacientes, com encefalite miálgica, apontam para a necessidade dos terapeutas serem capazes de oferecer uma elevada gama de intervenções, incluindo a cognitivo-comportamental, a psicodinâmica ou a centrada na pessoa. Esta integração deverá ser realizada, consoante as necessidades dos pacientes, e as suas expectativas devem ser trabalhadas, uma vez que os pacientes, raramente, recuperam completamente desta doença. Contudo, os terapeutas podem dizer aos seus pacientes, que o aconselhamento psicológico pode ter um impacto positivo nas

consequências psicológicas da encefalite (aspectos relativos ao luto, à perda, à ansiedade e à depressão) (Ward et al., 2008).

Ainda, em relação às experiências dos utentes com uma doença específica, Maccormack et al. (2001) entrevistaram pacientes com cancro, em fase avançada, que realizaram duas formas, diferentes, de psicoterapia. Estas entrevistas foram transcritas e analisadas segundo a *grounded theory*. O objetivo dos autores foi explorar a experiência da psicoterapia, na perspetiva dos pacientes, e descobrir quais os elementos, comuns, nas duas abordagens, que eles sentiram como sendo de maior utilidade e benefício. Os resultados demonstraram que os pacientes, que realizaram psicoterapia cognitivo-comportamental, tiveram similar experiências, que, aqueles, que realizaram um tipo de terapia de relaxamento, recebendo, ambos, entre seis a oito sessões de psicoterapia. Um dos aspetos, mais importantes, para os participantes, das duas abordagens, foi a possibilidade de iniciarem uma relação, na qual se sentiam seguros para partilhar os seus sentimentos e pensamentos, com alguém que parecia, genuinamente, interessado em compreender a sua experiência. Para Maccormack et al., este resultado é consistente com outras investigações (Patterson, 1985; Bird, 1993; Safran, 1993; Howe, 1999). De facto, nos estudos em que os pacientes são questionados sobre as suas impressões subjetivas da psicoterapia, eles enfatizam este aspeto relacional.

Maccormack et al. (2001) concluem que a sua investigação corrobora o papel central que a relação terapêutica parece ter no processo terapêutico e que surge noutras investigações, citadas pelos autores (Aebi, 1993; Horvath and Symonds, 1991; Lambert, 1983; Yalom, 1980, 1995). Para além destes estudos, os autores reportam-se a Orlinsky e Howard (1986) e à sua sua revisão de 1100 estudos de resultado, que conclui, que o fator, crucial, em todos os casos de terapia eficaz, é o laço relacional entre terapeuta e paciente. Assim, a relação terapêutica parece sobrepor-se às técnicas e intervenções do terapeuta, o que leva Maccormack et al. a defender, que o foco da investigação em psicoterapia, em vez de ser direcionado, excessivamente, para os resultados, deveria incidir na forma como os terapeutas se ligam aos seus pacientes, e como colaboram, com eles, para construir uma relação terapêutica (Krause, 1993, cit. por Maccormack et al., 2001). Spinelli (1999, cit. por Maccormack et al., 2001) concluiu, que aquilo que os clientes mais valorizam na sua experiência terapêutica, é a oportunidade de falar e a oportunidade de ser ouvido com atenção, interesse e respeito. O estudo de Maccormack et al. demonstra, precisamente, que

as qualidades relacionais do terapeuta têm um papel vital nas percepções dos pacientes sobre a sua terapia.

A este propósito podemos, também, evocar, que, nalguns, tipos de terapia (como a psicodinâmica), a formação pessoal (como realizar uma psicoterapia, que permita um autoconhecimento crescente) terá, também, influência, no estilo relacional do terapeuta. Além disso, pensamos que o tipo de intervenção, também, contribui para a construção da relação. Por exemplo, quando o terapeuta faz uma interpretação que faz sentido ao utente, pode transmitir-lhe a sensação de uma maior compreensão. Assim, estes fatores estariam interligados.

Como vimos, no campo da psicoterapia e do aconselhamento psicológico, nos contextos de saúde, a nível internacional, os terapeutas são, atualmente, pressionados para demonstrar a eficácia das suas intervenções, e desenvolver serviços baseados na evidência, existindo maior visibilidade, no que respeita à terapia cognitivo-comportamental. Os terapeutas de outras abordagens, podem vir a descobrir, que envolver os utentes nas suas investigações, pode ajudá-los a construir a evidência que necessitam, pois este envolvimento permite refletir as perspetivas e expectativas dos seus utentes (Faulkner, 2008).

É, precisamente, nesta área da investigação das vivências dos pacientes sobre o processo psicoterapêutico, que se insere o estudo que propomos, uma vez que, em Portugal, não conhecemos trabalhos sobre as experiências do processo psicoterapêutico dos utentes dos cuidados primários, ou de outros contextos de saúde públicos. A compreensão do que acontece no processo terapêutico, do ponto de vista, dos utentes dos cuidados primários, será fundamental, no sentido de melhorar esta intervenção e de aproximar das necessidades dos utentes.

## **O Processo Psicoterapêutico**

Apresentamos, de seguida, uma análise das dimensões do processo psicoterapêutico. Destacamos nesta abordagem, os motivos de procura de ajuda psicológica, os aspetos relativos à mudança psicoterapêutica, os momentos ou episódios, significativos, que ocorrem durante o processo terapêutico, a relação terapêutica, o

impacto da psicoterapia na saúde física, por nos situarmos, neste estudo, num contexto de saúde, e por último, tecemos considerações sobre o término do processo.

*Motivos de procura de ajuda psicológica.*

O conhecimento dos motivos de procura de ajuda psicológica, nos contextos de saúde, seria importante para melhorar a organização dos serviços e para adequar as respostas terapêuticas aos utentes, contudo, em Portugal, a escassez de estudos nesta área, revela a pouca atenção, que tem vindo a ser dada a esta temática.

No Reino Unido, Monach e Monro (1995) realizaram um estudo com dados provenientes de entrevistas semiestruturadas a 17 terapeutas nos cuidados primários. Os problemas atendidos por eles são diversos: ansiedade e depressão, problemas relacionais, abuso sexual, luto, perturbações do comportamento alimentar, problemas no trabalho, stress, problemas sexuais, gestão da parentalidade, condições psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, depressão pós-parto, para-suicídio, ataques de pânico, aborto e crises pessoais.

Também, numa avaliação de dois serviços de aconselhamento psicológico nos cuidados primários, realizada durante um período de dois anos, em que 612 pessoas foram referenciadas ao psicólogo, os utentes apresentaram problemas como stress (21%), depressão (22%), problemas relacionais (16%), ansiedade (12%), luto (11%), stress pós-traumático (3%), abuso sexual (3%) e problemas familiares (3%), apesar de, muitos destes, estarem relacionados (Hudson-Allez, 1999).

Segundo Farley (2000), vários estudos, que utilizam os critérios do DSM-IV, apontam para uma prevalência entre 25 a 40% de pacientes dos cuidados primários com diagnóstico de perturbação mental. Contudo, esta é uma estimativa por baixo, dado que é baseada nos critérios do DSM-IV, e muitas pessoas, afetadas por problemas de saúde mental não encaixam nestes critérios. Um maior conhecimento dos problemas psicológicos, que afetam os pacientes dos cuidados primários, será necessário, pois estamos a lidar com a pessoa inteira, e não com diagnósticos psiquiátricos.

Uma possibilidade para este maior conhecimento pode passar pelo estudo das experiências dos utentes dos cuidados primários. No estudo de Perren et al. (2009), já por nós referido, comum a todos os entrevistados foi a existência de uma crise, ou um

acontecimento precipitante, que pode ser ligado (mas não é o mesmo) ao reconhecimento da necessidade de ajuda. O pedido de ajuda requer a conjugação do seguinte: o problema é angustiante, as soluções empreendidas falharam, o aconselhamento psicológico foi sugerido por alguém de confiança (médico de família, amigo, parceiro) e o serviço está disponível.

Manthei (2007) chama a atenção, sobre a importância de esclarecer o motivo do pedido de ajuda com o paciente. Saber se existiu um acontecimento que levou à procura de aconselhamento psicológico pode, também, ser útil, ao revelar, importante, informação sobre os modos como este cliente, habitualmente, enfrenta e lida com os seus problemas.

Também, no contexto dos cuidados primários, Robinson et al. (2006), realizaram um estudo utilizando o PSYCHLOPS (Psychological Outcome Profiles), que convidou os utentes, que recorreram à intervenção psicológica neste contexto, a escrever “o problema mais importante”, “outro problema” e para “escolher algo que é difícil de fazer devido ao problema”. As respostas de 235 utentes, recrutados através de quatro terapeutas, de várias abordagens, foram analisadas. Os autores concluíram pela existência de sete categorias temáticas em relação ao domínio “problema”: interpessoal, acontecimento passado, estado mental, somático, autoavaliação, competência, assuntos materiais. Respostas no domínio “consequência do problema” foram categorizadas em seis temas: competência, interpessoal, quadro mental, resolução e progressão, autoavaliação e somático. A análise das respostas revelou que os utentes interpretaram a palavra “problema” de forma abrangente, referindo, por exemplo, as suas causas (acontecimentos passados, comportamentos e saúde dos outros, e assuntos materiais). Outros problemas referiram-se a consequências, tais como, problemas de sono e problemas sexuais, ou dificuldades no trabalho.

Neste estudo, os utentes adotaram termos, para descrever os seus problemas, tradicionalmente, usados como “etiquetas” para os problemas de saúde mental, como ansiedade ou depressão. Os autores (2006) pensam que, a estes utentes, talvez, tenha sido dado previamente um diagnóstico profissional, ou que exista um entendimento leigo do que é a ansiedade e a depressão, embora não se saiba se este significa, o mesmo, entre os inquiridos. O uso generalizado destes termos sugere que as narrativas sobre o stress psicológico dos leigos e dos profissionais se sobrepõem. Noutros estudos, também, nos cuidados primários, que utilizam o CORE-OM, os principais problemas avaliados pelos psicólogos foram a depressão e a ansiedade (Saxon et al., 2008). Assim, quer nas

avaliações dos utentes, quer na dos terapeutas, a depressão e a ansiedade são os motivos mais assinalados. Questionamo-nos se estes acontecem, de facto, com maior frequência, ou se são mais fáceis de identificar pelos utentes e pelos terapeutas. Tal, remete-nos para o problema da literacia da saúde mental, existindo um défice de cultura de autoconhecimento, e para a necessidade de corrigir, este facto, no panorama nacional, desenvolvendo-se programas de prevenção e divulgação de informação. Por outro lado, parecem existir questões relacionadas com avaliação, realizada pelos psicólogos dos cuidados primários, que identifica estes sintomas sem os diferenciar (e que podem remeter para situações, muito, diferentes, a nível interno). Concorre para este panorama, o facto da investigação, no campo da saúde, ter vindo a privilegiar o enfoque nestes sintomas, sendo, estes, mais valorizados, em relação a outras questões.

Para Blatt et al. (2009), estes problemas de diagnóstico são, particularmente, relevantes na área da depressão, na qual são encontradas dificuldades em estabelecer distinções diagnósticas, significativas, e em compreender os fatores etiológicos e os tratamentos adequados. Uma abordagem, mais ampla, é necessária, para compreender a depressão (que vá, para além, de uma classificação diagnóstica baseada em sintomas manifestos), que considere os fatores que contribuem para o seu aparecimento e que identifique fatores de vulnerabilidade. Para estes autores, os aspetos da estrutura ou da organização da personalidade devem ser abordados na avaliação dos utentes, e dos seus motivos de procura de ajuda psicológica, em termos psicodinâmicos.

Esta abordagem psicodinâmica dos motivos de procura de ajuda psicológica parece ter impacto nas próprias experiências dos utentes. No estudo sobre as vivências dos pacientes de abordagens terapêuticas psicanalíticas, Aragão Oliveira et al. (2009/2010), verificam uma clara tendência para, ao longo do curso da terapia, os sujeitos se focarem mais no seu mundo interno e relacional, e menos nos sintomas, existindo a emergência de novas temáticas durante o processo terapêutico.

#### *Mudança psicoterapêutica.*

A maioria, dos psicanalistas aceita que existem diversas possibilidades para a promoção da mudança, para além da noção clássica de tornar consciente o inconsciente (Freud, 1917/1963, p. 435, cit. por Lilliengren & Werbart, 2005). Lilliengren e Werbart



(2005), a este propósito, citam exemplos de conceitos, e, respectivos, autores: interpretações mutativas (Strachey, 1934), regressão (Ferenczi, 1931/1980a, 1919/1980b; Winnicott, 1954/1987), “um novo começo” (Balint, 1932/1985, 1968), “nova relação de objeto” (Bibring, 1937), experiência emocional corretiva (Alexander, 1946), introjeção da função analítica contentora do terapeuta (Rosenfeld, 1972), aprendizagem de uma história coerente sobre si próprio (Appelbaum, 1978), criação de novos significados (Gedo, 1979).

Para Coderch (2001), a mente é um conjunto de funções psíquicas, em contínuo movimento, em resultado de uma constelação de pulsões, fantasias, emoções, desejos e ansiedades, que interagem, constantemente, entre si, e com os estímulos externos e do, próprio, organismo. Para este autor, o que se modifica nos pacientes é o sentido, o equilíbrio e a configuração, deste, constante, movimento de funções. Esta definição leva à noção de estrutura, uma vez, que cada função, revela uma determinada estrutura dos elementos, que, nela, intervêm e, conseqüentemente, qualquer alteração na função, reflete uma modificação na estrutura. Este autor considera útil, diferenciar entre estruturas psíquicas nucleares e estruturas psíquicas derivadas, ou secundárias. As nucleares são as criadas, nas primeiras fases, do desenvolvimento infantil. As nucleares são, dificilmente, influenciáveis, obedecem a diretrizes do processo primário, e tendem a ser inconscientes. Com a maturação de tais estruturas, evoluem as outras, ligadas às emoções, conflitos intrapsíquicos, defesas e processos de relação interpessoal e de adaptação, que são, significativamente, influenciáveis pela experiência interpessoal. Coderch refere que os conflitos nucleares não se resolvem nunca. A mudança passaria pelo paciente encontrar, novas soluções, para os conflitos antigos, partindo das mesmas estruturas básicas. A mudança seria, assim, a descoberta e expressão da autenticidade do paciente, a aquisição de novos padrões de relação com os outros, e consigo mesmo, assim como, a utilização da estrutura básica, com outra modulação e outros objetivos.

Relativamente à mudança estrutural, que, se assume, contribui para a persistência dos resultados, o termo estrutural refere-se a uma organização da personalidade estável e aos padrões, habituais, que os indivíduos adotam, de forma a resolver os seus conflitos inconscientes. As mudanças estruturais diferenciam-se das mudanças superficiais, nas quais, se englobam as mudanças nos sintomas (Grande et al., 2009).

Contudo, para Sandell et al. (2000), a teoria psicanalítica olha para os sintomas como soluções, mal adaptadas, dos conflitos. Uma, das condições, necessárias, para que um estado seja considerado uma estrutura, é que este seja habitual e duradouro. Assim, os

sintomas são, eles próprios, estruturas, que, por sua vez, sinalizam estruturas internas, mal adaptadas, da resolução de conflitos. Para os autores, olhamos para o sintoma como uma formação substituta (logo, uma estrutura) que assinala o regresso do reprimido (Freud, 1894, 1915, 1926, cit. por Sandell et al., 2000). É esta função sinalizadora, que é ativada, na forma de remissão de sintomas, ou de substituição de sintomas, se o tratamento não alterar as estruturas internas, subjacentes. Assim, para os autores, podemos olhar para a mudança nos sintomas, como sendo próxima da mudança estrutural. Além disso, a mudança nos sintomas, não só, reflete uma mudança estrutural, mas é, também, uma indicação indireta, se não mesmo, direta de mudança, na autonomia interna e externa. Assim, focar-se na mudança dos sintomas pode não ser incompatível com a terapia psicanalítica. Tal, poderia justificar os resultados encontrados no seu estudo Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP), de 2000, no qual, a variável que avalia os sintomas foi a mais responsiva aos tratamentos. Contudo, tal resultado, talvez, se relacione mais, com o facto de que são, exatamente, os instrumentos referentes aos sintomas, os que têm maior facilidade na captação do que se observa, externamente, no comportamento.

A este propósito, Coderch (2001) diferencia mudança psíquica e resultados observáveis. A verdadeira mudança psíquica é a modificação das organizações estruturais, que não se pode confundir com o que se observa, externamente, no comportamento. O autor refere-se a uma reorganização das relações de objecto internas (as relações dos objectos entre si e as relações do self com os objectos). Para este autor, a forma como se produz a mudança psíquica é, através, quase, exclusivamente, da nova experiência da relação terapêutica. Neste sentido, parece que as interpretações têm um papel limitado, uma vez que os conflitos, que não podem ser verbalizados, não podem ser consciencializados, nem resolvidos.

De qualquer forma, para Grande et al. (2009), as mudanças estruturais são mudanças num nível profundo da personalidade e são, essenciais, para atingir efeitos psicoterapêuticos, persistentes, a todos os níveis (incluindo, a nível sintomático). As técnicas usadas em psicanálise têm o objetivo de promover estas mudanças estruturais, porém, a investigação sugere, que estas mudanças não representam um exclusivo da psicanálise, mas podem ser alcançadas com outras formas de psicoterapia, como outras abordagens expressivas, ou mais de suporte (Wallerstein, 1988, cit. por Grande et al., 2009).

Quando consideramos a importância da mudança estrutural para a imagem da terapia psicanalítica, é surpreendente que este conceito tenha permanecido, durante tanto tempo, indefinido, pouco investigado, e, apenas, recentemente, sujeito a tentativas de operacionalização. Grande et al. (2009), referem-se a estas tentativas, que incluem o Karolinska Psychodynamic Profile desenvolvido por Weinryb e Rossel (1991); a Scales of Psychological Capacities de Wallerstein e colegas (DeWitt, Hartley, Rosenberg, Zilberg, & Wallerstein, 1991; Wallerstein, 1996); a Reflective Functioning Scale desenvolvida por Fonagy, Target, Steele e Steele (1998); e a Heidelberg Structural Change Scale (HSCS) de Rudolf, Grande e Oberbracht (2000), que é baseada no Operationalized Psychodynamic Diagnostic System (OPD Task Force, 2001, 2008). Apesar das diferenças substanciais destes instrumentos, uma característica comum, é a sua dependência das complexas avaliações dos pacientes e das suas mudanças, que só podem ser conduzidas por avaliadores bem treinados. Nestes instrumentos, as capacidades dos pacientes, de realizar avaliações de mudanças estruturais, não são tidas em conta (Grande et al., 2009), ao contrário do defendido por Lilliengren e Werbart, (2005), Henkelman e Paulson (2006), Manthei (2007), Knox (2008) e outros autores, que investigam as vivências dos pacientes sobre o processo psicoterapêutico. Além disso, com a exceção da HSCS (Heidelberg Structural Change Scale), estes instrumentos estão, conceptualmente, definidos para avaliar a mudança como uma redução relacionada com estilos de personalidade desfavoráveis, ou, como uma dissolução de inibições internas, ou outros constrangimentos. A mudança é, assim, implicitamente, definida como uma redução, ou erradicação da patologia. Esta definição é, contudo, conceptualmente, problemática, quando se trata de avaliar mudanças no contexto da terapia psicanalítica (Grande et al., 2009).

Grande et al. (2009), citam estudos de follow up (Leuzinger-Bohleber, 2002; Pfeffer, 1959; Schlesinger & Robbins, 1975), que têm demonstrado, repetidamente, que os pacientes, depois de ciclos de terapia bem-sucedidos, têm permanecido suscetíveis em relação aos seus conflitos centrais, por um longo período, e reagem, temporariamente, de uma forma neurótica, a estes conflitos. Para os autores, o que muda, fundamentalmente, é a capacidade de gerir estas situações. Depois da terapia, os pacientes são capazes de encontrar soluções saudáveis, em vez, das soluções neuróticas, que eram utilizadas, previamente. Estas observações sugerem, que as mudanças, dentro do tratamento psicanalítico, devem ser perspectivadas como mudanças na gestão das tendências conflituais e das vulnerabilidades, em vez, da sua eliminação. A gestão, das situações

críticas, torna-se, possível, quando os pacientes ganham consciência, cognitiva e emocional, sobre os seus problemas (Thoma & Kächele, 1987, cit. por Grande et al., 2009). Na literatura psicanalítica é, também, argumentado, que, em contraste com mudanças sintomáticas puras, ou mudanças nos padrões comportamentais, as mudanças estruturais têm impacto, em vários domínios da vida, e estão associadas com uma mudança no self, ou na experiência de self (Wallerstein, 1965, cit. por Grande et al., 2009). Mudanças, desta qualidade, não são, facilmente, capturadas, utilizando-se comparações, antes vs depois, do tratamento, pois, não são, apenas, certos aspetos do paciente (por exemplo, sintomas, padrões comportamentais, problemas relacionais), que estão sujeitos a mudar, mas, sim, todo o sistema de referências, dentro do qual, o paciente avalia a sua experiência e comportamento. Em certas circunstâncias, pode ser possível que um problema (no domínio interpessoal, por exemplo) seja solucionado, sem as mudanças que o paciente desejou no início da terapia, dadas as mudanças nos seus julgamentos internos. Neste caso, o paciente, em retrospectiva, afirmaria que as suas dificuldades interpessoais melhoraram, em consequência da terapia. Similarmente, um paciente pode, também, notar melhorias em domínios da vida, nos quais, não tinha detetado problemas, no início da terapia, mas que são identificados, em retrospectiva (Grande et al., 2009).

Segundo Grande et al. (2009), de acordo com os princípios psicanalíticos, o processo não se conclui com o término do tratamento. Na fase pós-analítica, outros desenvolvimentos ocorrem, como, por exemplo, a resolução final da relação transferencial e a identificação com a função analítica do terapeuta (que é associada com o desenvolvimento de capacidades de autoanálise). Assim, para os autores, apesar do fim da terapia marcar, de certa forma, o finalizar do trabalho do terapeuta, e, em casos favoráveis, o alcançar de mudanças estruturais, muitas consequências da terapia, só se tornam visíveis, mais tarde, quando o paciente atingiu um nível maior de autonomia e adquiriu métodos de autorregulação independentes, com base nos seus novos insights. Para dar visibilidade a esta manifestação posterior de efeitos psicoterapêuticos, Grande et al. referem-se à distinção, entre resultados medidos no fim da terapia vs resultados medidos, mais tarde, apresentada por Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger e Beutel (2001) e Thoma e Kächele (1987). Os autores referem-se, ainda, à ideia de Wallerstein, (2001) de que um intervalo de tempo, de dois a cinco anos, é recomendável para a deteção dos efeitos, duradouros, da terapia, na vida do paciente.

No estudo de Grande et al. (2009), os pacientes relataram, que as suas percepções e avaliações, foram transformadas durante, mas, também, após o fim da terapia, e que, agora, tinham uma outra perspectiva de si, próprios, e dos outros. Assim, problemas percebidos, antes da terapia, como muito angustiantes, parecem, em retrospectiva, menos importantes. Por outro lado, certos comportamentos, que, antes, pareciam normais, são percebidos, depois da terapia, como problemáticos. Parece, assim, que as mudanças estruturais promovem efeitos terapêuticos, que, apenas, podem ser avaliados, depois, de ter passado um longo período de tempo, após o fim da terapia. Para Grande et al. os estudos de Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Barber e Schamberger (2007) revelam, precisamente, uma consequência, de longo termo, da terapia, relacionada com o insight terapêutico, o que os leva a concluir que a mudança no sistema de referências interno, representa um objetivo, específico, do tratamento psicanalítico.

*Momento/episódio significativo.*

Booth e Cushway (1997) definem eventos significativos como pequenas porções das sessões de psicoterapia, nas quais, os clientes experienciam um grau significativo de ajuda, ou mudança.

Valdés et al. (2010) referem-se a uma meta-análise de revisão de literatura de estudos qualitativos de Timulak (2007), que sintetiza o impacto dos eventos úteis em terapia, identificados pelos clientes, em nove categorias: consciencialização/insight/auto-compreensão; mudança comportamental/solução de problema; empowerment; alívio; exploração de sentimentos/experiência emocional; compreensão de sentimentos; envolvimento do cliente; apoio/suporte/segurança; e relação pessoal.

Para Valdés et al. (2010), a recordação, pelos clientes, dos eventos importantes da terapia, pode facilitar a utilização, na sua vida, da informação adquirida, durante o processo terapêutico. O estudo dos eventos importantes, também, permite revelar os ingredientes ativos, relacionados com a mudança, que podem ser aplicados a diferentes modalidades de terapia.

Giorgi (2011) realizou um estudo com o objetivo de explorar a experiência dos clientes sobre um momento decisivo em terapia. Neste estudo, um momento decisivo foi entendido como um acontecimento, no processo psicoterapêutico, que levou a uma

mudança duradoura, experienciada como uma, importante, melhoria na vida do cliente. A recolha de dados consistiu numa entrevista extensa, tendo sido obtidas descrições retrospectivas de três clientes, sobre o processo terapêutico. O material descritivo foi analisado de acordo com o método psicológico descritivo fenomenológico desenvolvido por Giorgi e Giorgi (2003). Os resultados demonstram, que o momento decisivo em terapia não é experienciado, com toda a precisão, mas, antes, como uma cadeia de eventos, ligados de uma forma significativa, que progredem em direção a um momento específico, onde a mudança ocorre. Todo o processo é dinâmico e requer um contexto que o suporte (a relação terapêutica e o envolvimento emocional).

A relação terapêutica produz sentimentos de segurança e confiança, necessários, para que o processo ocorra e oferece ao cliente uma “nova versão” de relacionamento. Através desta “nova versão”, o cliente tem a oportunidade de renegociar a sua autoimagem, com o todo o afeto inerente, a este processo. A nova relação, também, permite o acesso a assuntos que causaram problemas e dificuldades no passado, e que estavam ligados com pressupostos, baseados em anteriores relações significativas (Giorgi, 2011). A autora (2011) realça, que não é fácil fazer distinções entre o aumento da consciência e um novo insight. Em cada caso, estão implicados grau e qualidade. Tomar consciência, vai desde uma consciência clara, a uma não consciência clara, com muitas posições intermédias. Assim, o que constitui um novo insight pode ser enganador, a menos que se refira a algo que a pessoa não tinha consciência alguma. A maior parte das vezes, estamos perante questões de qualidade e de grau de insight em relação um aspeto, parcialmente, conhecido. Este problema torna-se, ainda, mais complexo, quando levamos em conta, a verbalização dos assuntos. Através da verbalização, o, próprio, assunto muda, e algo novo, que não estava presente, torna-se presente, no diálogo com o terapeuta. Esta interdependência da tomada de consciência, novos insights, e a sua verbalização, está, também, relacionada com as mudanças, naquilo, que Giorgi denominou de pressupostos básicos, sendo, muito difícil, distinguir estes conceitos. As mudanças nos pressupostos básicos parecem, assim, estar relacionadas com novos insights e com um aumento da consciência, uma vez que, para mudar pressupostos, temos de saber, primeiro, que pressupostos são, esses (normalmente, são mantidos com pouca consciência e sem questionamento). Tornar conscientes os pressupostos básicos é fundamental, mas não é suficiente, assim como, não é suficiente perceber, intelectualmente, que os pressupostos são irrealistas, ou errados. Os pressupostos básicos não são, só, padrões de pensamento,

estão imbuídos de afeto, e continuam a determinar, quer os pensamentos, quer os comportamentos, até que haja, alguma, mudança emocional. Segurança, medos, necessidades e desejos, parecem ser forças motivacionais, que perpetuam os pressupostos antigos. É crucial abordar as emoções ligadas ao seu aparecimento e à sua manutenção, ou seja, a função emocional que têm. O envolvimento emocional é, então, não só crítico para o aumento da consciência, mas, também, para a alteração dos pressupostos dos clientes. Giorgi refere a construção de um certo grau de tensão no cliente, que leve a uma mudança de atitude, em relação a certos padrões, na sua vida. A situação atual deixa de ser tolerável, e uma mudança nos antigos pressupostos, torna-se necessária para escapar ao que é, crescentemente, intolerável. Este estudo sugere, que é num contexto de segurança que a escalada da tensão interna, pode ser canalizada para uma resolução (em vez, de ter o efeito de aumentar a ansiedade). Parece, também, que a construção da tensão interna é um precursor, necessário, ao desafio dos antigos padrões de relacionamento, o que, para os três clientes, constituiu o aspeto central dos momentos decisivos.

No estudo de Giorgi (2011), o momento decisivo, escolhido por cada participante, surgiu através da confrontação de, certos, assuntos difíceis, no contexto de uma experiência de segurança. O sucesso deste desafio está relacionado com a confiança e segurança da relação terapêutica, mas, também, com os significados, idiossincráticos, de cada cliente. A mudança abriu novas possibilidades de resposta e mobilizou os recursos dos clientes, para romper com os seus antigos padrões de relacionamento. O desafio para agir no presente, de forma a desafiar estes padrões, pareceu constituir-se, como um momento decisivo, o que levou, a uma outra compreensão, própria, e do mundo.

Em Portugal, a investigação sobre os momentos significativos em psicoterapia é, ainda, escassa. Abreu e Ribeiro (2012) averiguaram, recorrendo a uma metodologia de cariz qualitativo (grounded theory), a perspetiva do cliente sobre os momentos significativos, experienciados numa sessão psicoterapêutica. As autoras analisaram 17 entrevistas realizadas a 17 clientes, em psicoterapia, no serviço de apoio psicológico ao estudante do Instituto Politécnico de Leiria. À data da entrevista, os clientes tinham tido, no mínimo, três e, no máximo, 37 sessões, com duas terapeutas de orientação teórica cognitivo-comportamental. Os resultados apresentados mostram que as experiências de conforto, recordadas pelos clientes, estabelecem relações com as ações do terapeuta e com as características da relação. Os momentos que os clientes mais recordam e relatam são momentos significativos, associados a experiências de conforto e bem-estar na sessão.

Todos os participantes referem experiências de conforto, e, na grande maioria dos casos, relatam mais do que uma dessas experiências. Uma das explicações possíveis para este resultado parece residir num fenómeno descrito por Rennie (1994, cit. por Abreu e Ribeiro, 2012) denominado “deferência para com o terapeuta”. Este fenómeno pode estar presente nas entrevistas, levando os clientes a relatarem mais situações de conforto e a desconsiderarem situações de desconforto, sentidas na sessão, por preocupação e consideração pelo terapeuta. No entanto, uma outra explicação possível remete para a importância das emoções positivas em psicoterapia, que seriam promotoras de mudança. No entender de Abreu e Ribeiro (2012), os resultados, deste trabalho, parecem, também, indicar, que as experiências de conforto recordadas, surgem, tanto quando o terapeuta intervém, introduzindo novidade, como quando o terapeuta fornece apoio na sessão. Assim, o conforto sentido nas sessões, pode ser visto como um fator promotor de mudança, ou como um contexto onde a mudança pode ocorrer. As experiências de conforto na sessão psicoterapêutica são, assim, momentos significativos, na perspectiva do cliente, nos quais o terapeuta, através dos seus comportamentos e ações, tem um papel relevante.

Em relação aos momentos significativos durante a terapia psicanalítica, no estudo de Aragão Oliveira et al. (2009/2010), no qual foram avaliados pacientes em psicoterapia psicanalítica ou psicanálise, a maior parte dos sujeitos escolheu episódios relacionados com as transformações internas (maior autoconhecimento; mudanças no significado dos conflitos externos e internos; novas perspectivas de si e do mundo relacional; ganhos pessoais ao nível interno e relacional), ou com intervenções específicas do terapeuta (interpretação). Muitos sujeitos referiram-se aos sentimentos, em relação ao terapeuta, que continham conteúdos transferenciais, positivos e negativos. Existiram, então, sentimentos de exposição pessoal; sentimentos de ser bem compreendido e aceite pelo terapeuta; sentimentos relacionados com uma reflexão autónoma, promovida pelo terapeuta (função analítica da mente); e o sentimento que o terapeuta facilita o encontro de novos sentidos para o sujeito e para as suas relações.

Quanto aos momentos decisivos do aconselhamento psicológico, vivenciado nos cuidados primários, e uma vez que não conhecemos trabalhos nesta categoria, em Portugal, reportamo-nos à investigação de Booth e Cushway (1997) que realizaram um trabalho sobre as perceções dos utentes sobre o processo de mudança e os resultados do aconselhamento psicológico, nos cuidados primários. Neste estudo 409 eventos



significativos foram identificados por 51 utentes, depois de uma média de quatro/cinco sessões. Os resultados foram avaliados pelos utentes, através das suas perceções, sobre o alcance dos seus objetivos e sobre a mudança (numa comparação antes e depois do aconselhamento psicológico). Os eventos foram caracterizados através do Therapeutic Impact Content Analysis System (TICAS) e os autores criaram um sistema de análise de conteúdo, para categorizar os objetivos dos clientes. A análise das avaliações dos utentes sobre os resultados demonstra melhorias na qualidade de vida, no alcance de objetivos e na resolução de problemas. Os resultados mostram que os impactos do aconselhamento psicológico fizeram-se notar nas áreas da confiança, resolução de problemas, insight e envolvimento, que foram as mais reportadas pelos utentes (Booth & Cushway, 1997). Neste estudo, foram relatados eventos de resolução de problemas e insight, na mesma proporção, daqueles, relacionados com fatores não específicos (envolvimento e confiança). Resolução de problemas, insight e consciencialização representaram 40% do total dos impactos dos eventos significativos e permitiram mudanças nos comportamentos, pensamentos, ou sentimentos. A frequência, deste tipo de eventos, indica a importância da descoberta de meios para alcançar a mudança. Tal, também, foi evidente na quantidade de utentes que colocavam a mudança, em algum aspeto da sua vida, como o objetivo da terapia.

Para Llewelyn et al. (1988, cit. por Booth & Cushway, 1997), os clientes envolvidos em terapias prescritivas (tipo cognitivo-comportamental) reportam, mais, eventos de resolução de problemas, do que, aqueles, envolvidos em terapias exploratórias. E o reverso é encontrado para os eventos de consciencialização, mais prevalentes nas terapias exploratórias. Booth e Cushway (1997) também verificaram a existência de estilos pessoais de cada terapeuta, o que influenciou as experiências e as respostas dos seus utentes, sobre os eventos de resolução de problemas e de consciencialização. Os autores notam, que os eventos da mesma categoria podem ter um significado diferente, consoante a fase da terapia, e que esse significado, também, varia de utente para utente, mesmo dentro da mesma categoria. Para as autoras, o uso de estudos correlacionais, para considerar as relações entre as variáveis do processo de mudança e os resultados, é demasiado simplista, sendo necessárias, outras metodologias, para uma compreensão profunda do processo. Parece, necessário, estudar, qualitativamente, as relações, complexas, entre as necessidades dos utentes, as respostas dos terapeutas e os processos de mudança. Assim, Booth e Cushway recomendam, que a investigação sobre a perspectiva

dos utentes, sobre os eventos significativos, no aconselhamento psicológico e na psicoterapia, nos cuidados primários, seja de natureza qualitativa.

O nosso estudo pretende, também, responder a este desafio, colocando a ênfase naquilo que os utentes dos centros de saúde vivenciam, durante os momentos ou episódios, que consideraram, de especial importância, durante o processo psicoterapêutico.

### *Relação terapêutica.*

Na defesa do tratamento psicanalítico, Freedman et al. (1999) argumentam que o aumento da exposição ao tratamento (duração e frequência) contribui para uma experiência, de maior intensidade afetiva, no tratamento, e que, esta intensidade facilita a percepção do terapeuta como responsivo ao paciente. No entanto, podem ser considerados argumentos alternativos. Pode ser argumentado que, em vez, da relação terapêutica positiva, ser um veículo para a mudança terapêutica, em si, ela, apenas, indica sentimentos positivos, que podem ter facilitado a adesão do paciente a outras condições do tratamento, que funcionam, elas, próprias, como agentes de mudança. Por exemplo, pode-se argumentar que as intervenções, específicas, do terapeuta fazem a diferença, se o paciente permanecer, em terapia, devido aos sentimentos positivos que tem pelo terapeuta. Esta posição pode ser consistente com a perspectiva inicial de Freud (1912, cit. por Freedman et al., 1999) sobre a transferência positiva, que promove o sucesso da psicanálise, ao oferecer o incentivo para o paciente trabalhar analiticamente.

A este propósito, Biscaia (2007), também, discute, se a relação terapêutica, se constituiria como um contexto facilitador da mudança terapêutica, ou, se seria, ela, mesma, um fator decisivo nesse processo, concluindo que a relação não é apenas uma condição, prévia, à mudança, mas, antes, um fator fundamental, uma vez que a psicoterapia é, precisamente, uma cura pela relação. Assim, a autora perspectiva a mudança como algo que se processa na relação, na, permanente, dinâmica entre o interno e o externo, e entre o intrapsíquico e o intersubjectivo.

Também, para Coderch (2001) a relação é, em si, mesma, terapêutica, sempre que, esta se desenrola num clima de liberdade de expressão, aceitação, sinceridade, ausência de crítica e julgamento, o que pressupõe regularidade de espaço, tempo e metodologia básica. Os settings, interno e externo, seriam o foco central do tratamento, onde os conflitos e as

perturbações dos pacientes se exteriorizam, devido à sua forma de lidar com o setting e à sua relação com o terapeuta. Assim, é, fundamental, oferecer ao paciente um espaço de relação que lhe permita pensar os seus pensamentos, viver os seus sentimentos e restabelecer a conexão com os aspetos dissociados e perdidos do self. A capacidade para oferecer este espaço dependerá, basicamente, da idoneidade do terapeuta para estabelecer uma relação benéfica para o paciente, pelo que as suas interpretações não são, nada, em si, mesmas, se as considerarmos separadas da relação. Similarmente, para Safran, Muran e Proskurov (2009), as intervenções técnicas não existem num vácuo, são aplicadas no contexto de uma relação paciente-terapeuta. Todas as intervenções técnicas são relacionais e o terapeuta, enquanto pessoa, é um agente central de mudança (Lambert & Okiishi, 1997, cit. por Safran et al., 2009). Tal, coloca desafios à pessoa e à formação do psicoterapeuta. Tal, como refere Biscaia (2007), o seu instrumento de trabalho é ele, próprio, a sua capacidade de pensar-se e, conseqüentemente, de pensar o outro, assim como, a sua possibilidade de encontrar-se e de crescer com o outro.

Coderch (2001) considera que o foco na relação, em si mesma, permite captar, com maior exatidão, estas tonalidades: a interação constante, na qual paciente e terapeuta colocam toda a sua história pessoal, as suas experiências e as suas expectativas; o campo intersubjetivo de duas organizações psíquicas distintas; a mutualidade e a negociação do processo terapêutico; e a construção de significado, na qual a linguagem verbal e não-verbal assumem um papel decisivo.

Também para Blatt et al. (2009), a relação terapêutica e as qualidades do terapeuta (como, por exemplo, a sua capacidade para estabelecer a relação terapêutica no início do tratamento), mais do que o tipo de psicoterapia, são fatores essenciais de mudança, que determinam o resultado terapêutico no término e no período que se segue. O resultado terapêutico é determinado, logo no início do processo de tratamento, pela experiência de um terapeuta disponível e que compreenda o que se passa com o paciente. Tal, facilita a participação na aliança terapêutica. Para os autores, a relação terapêutica parece ser um fator causal no processo de tratamento, uma vez que ela prediz o resultado terapêutico. Para estes autores, as formulações psicodinâmicas sugerem, que a internalização, pode ser, um dos mecanismos, através dos quais, a aliança terapêutica contribui para a redução de fatores de vulnerabilidade e para manter o progresso terapêutico. O envolvimento do paciente, na relação terapêutica, espelha, importantes, aspetos do envolvimento do paciente, na sua rede social. O seu não envolvimento, numa e noutra, tem um impacto

negativo no resultado terapêutico. Este paralelo entre aspectos da relação terapêutica, e da relação com os outros, é consistente com o conceito psicodinâmico de transferência.

Para Coderch (2001), uma das transformações, mais importantes, que se tem vindo a realizar na teoria e na prática psicanalítica, é a forma de entender a transferência. Tradicionalmente, entende-se a transferência como uma distorção da pessoa do analista, ao serem-lhe projetadas as imagens internas do paciente. O analista é considerado, como alguém objetivo, que adverte o paciente sobre o que ocorre na relação terapêutica. Neste momento, considera-se o impacto do analista sobre o paciente, que deve examinar-se como parte intrínseca da transferência. A transferência, é assim, baseada na mútua contribuição de, ambos, na interação.

A ideia de que o envolvimento afetivo do paciente facilita a eficácia do tratamento, é partilhada por diferentes perspetivas teóricas. Tal envolvimento é mediado por formas, específicas, de investimento na relação terapêutica. Os fenómenos clínicos como a relação terapêutica, a aliança terapêutica, ou a experiência do paciente, em relação ao terapeuta, têm vindo a ser identificados como condições cruciais no favorecimento de uma resposta positiva ao tratamento (Luborsk, 1996, cit. por Freedman et al., 1999).

A investigação em psicoterapia, nas últimas décadas, tem descoberto que a aliança terapêutica é um, dos mais importantes, elementos da relação terapêutica (Safran et al., 2009), sendo um preditor importante de um resultado positivo. Construir e manter uma boa aliança terapêutica, parece ser, essencial, para o sucesso do tratamento. No âmbito da investigação nesta área, as ruturas na aliança têm sido conceptualizadas como importantes eventos de mudança e tornaram-se o objeto de investigação empírica. Safran et al. (2009) sublinham três fatores que tornam as ruturas na aliança terapêutica, importantes, conjunturas terapêuticas: as interações negativas paciente-terapeuta, nas quais os terapeutas respondem às comunicações hostis do paciente com respostas, também, hostis; as ruturas na aliança terapêutica, que oferecem ao terapeuta a oportunidade de explorar as expectativas e crenças do paciente; e a exploração e resolução das ruturas na aliança terapêutica, que oferecem ao paciente uma experiência emocional corretiva, que pode modificar os seus esquemas interpessoais disfuncionais.

Como constatamos, a investigação na área da relação terapêutica constitui um, enorme, desafio, já que é difícil compreender e demonstrar o que se passa no espaço, intersubjetivo, desta relação. Podemos, contudo, construir tentativas de aproximação a essa realidade, a partir das experiências e perceções dos intervenientes.

Para Manthei (2007), a percepção do cliente sobre a relação terapêutica é, possivelmente, ainda, mais importante, do que a do terapeuta, uma vez que se descobriu que as avaliações dos clientes são, importantes, preditores dos resultados (Henkelman & Paulson, 2006). No estudo de Manthei, os participantes foram capazes de dar razões, explícitas, sobre a natureza da sua relação com o terapeuta. As razões para um bom entendimento estão relacionadas com a forma como o terapeuta preencheu as necessidades do cliente.

Quanto ao que os terapeutas fazem, que os clientes sentem que não ajuda, a literatura é, consideravelmente, menos, extensa. Mathei (2007) cita os aspetos e os autores, referenciados nos estudos, que existem a este respeito: autorrevelações inapropriadas, confusas ou intrusivas (Hill & Knox, 2002), ausência de estratégias e fraca gestão do tempo (Boyhan, 1996), repetição e direção errada (Llewelyn et al., 1988), objetivos confusos, falar demais, ou a imposição de uma agenda própria (Bowman & Fine, 2000).

No estudo de Manthei (2007), os 20 clientes entrevistados realçaram, sobretudo, os aspetos positivos do seu aconselhamento psicológico. Um resultado que pode espelhar a relutância dos clientes em criticar os seus terapeutas, já referida na literatura, citada pelo autor (Farber, 2003; Hill et al., 1993). Assim, 12 clientes referiram a não existência de aspetos dificultadores, assim como, o facto de o seu terapeuta não ter cometido erros. De qualquer forma, alguns clientes, deste estudo, revelaram aspetos que não apreciaram, durante o seu tratamento: uma técnica pouco consistente, não serem ouvidos, um terapeuta que tende a esquecer coisas que eles já tinham contado, e o facto de o terapeuta falar, demasiado, dele próprio. Existiram, também, alguns clientes que teriam preferido outro estilo ou abordagem terapêutica.

A qualidade da relação terapêutica parece influenciada pelas atitudes pessoais do terapeuta, o seu envolvimento e escuta atenta, e o esforço para preencher as necessidades de cada cliente (Giorgi, 2011). No estudo de Giorgi (2011), sobre os momentos significativos em terapia, os três clientes escolheram um momento, que ocorreu na relação com o terapeuta. Sem um sentimento de segurança e confiança, os clientes não teriam sido capazes de fazer as mudanças psicológicas, que apontaram. O terapeuta foi capaz de criar este sentimento de segurança através da escuta atenta das necessidades de cada cliente. Adicionalmente, a esta versão personalizada de segurança, na relação terapêutica, o terapeuta, também, foi explícito sobre o seu papel e sobre o papel do cliente. Esta clarificação levou a um sentimento de segurança, que os clientes nunca tinham encontrado,

antes, nas suas relações. Para cada cliente, a relação terapêutica constituiu um novo tipo de relação. A confiança e segurança permitiram, aos clientes, tomar consciência de emoções e pensamentos, negados, anteriormente. Estas novas qualidades da relação permitiram, a cada cliente, mudar assunções antigas e considerar outras possibilidades. A confiança e segurança da relação terapêutica permitiram, também, novas interpretações e novas respostas.

No estudo de Aragão Oliveira et al. (2009/2010) a maioria dos sujeitos verbalizou afetos positivos face ao terapeuta, existindo algumas respostas a expressar ambivalência afetiva. Os afetos face ao terapeuta, também, foram colocados mais num plano pessoal, que num plano terapêutico.

No campo da saúde, as linhas orientadoras, baseadas em intervenções, empiricamente suportadas, têm vindo a excluir a importância da relação terapêutica (Safran et al., 2009). É assim, importante, estudar a relação terapêutica, no âmbito, dos processos psicoterapêuticos, que ocorrem nos contextos de saúde, nomeadamente, na perspectiva dos, próprios, utentes, como nos propomos neste trabalho.

#### *Impacto da psicoterapia na saúde física.*

A antiga divisão Cartesiana entre mente e corpo tem tido um efeito prejudicial no campo da saúde mental. A medicina convencional tem fomentado a divisão entre o corpo objetivo e o corpo da experiência subjetiva, o que tem permeado as nossas atitudes. Os médicos de família estão, mais, confortáveis a tratar o corpo objetivo e a prescrever medicamentos para os sintomas, e os psicólogos, mais, preocupados com o corpo subjetivo (ou seja, as experiências e crenças do paciente, sobre o seu corpo). Porém, existem pacientes com doenças psicossomáticas que podem precisar de tratamento, mas a doença, ou, alguns, dos seus sintomas, apontam para uma causa psicológica, que necessita de ser compreendida (Wiener & Sher, 1998).

O estudo formal da medicina psicossomática começou nos anos 30. Tradicionalmente, a palavra psicossomática tem sido usada de um modo específico para se referir à doença do corpo (como a colite ulcerativa, a asma, alergias de pele, doença da tiróide, artrite reumatóide, úlcera gástrica e tensão alta). Segundo, Wiener e Sher (1998), o psicanalista McDougall (1989) incluiu, nesta lista, a insónia, a enxaqueca, a predisposição

ao acidente e as dependências, podendo, ainda, adicionarem-se as perturbações do comportamento alimentar, o síndrome da fadiga crónica e as disfunções sexuais. McDougall (1989, cit. por Wiener & Sher, 1998) alarga o conceito de fenómeno psicossomático a todos os casos de dano físico, ou de doença física, nos quais os fatores psicológicos têm um papel importante. Nos estados psicossomáticos, o corpo parece funcionar de uma forma delirante, muitas vezes, funcionando, excessivamente, a um nível que parece, fisiologicamente, não fazer sentido. O autor acredita que os pacientes psicossomáticos sofreram privações que começaram, muito cedo, na sua vida, podendo as suas reações ser uma expressão, somática, de uma tentativa de se protegerem contra ansios arcaicos, libidinais e narcísicos, que são sentidos como perigosos para a sua vida. Quando isto acontece, a psique avisa o corpo do perigo e ignora o uso da linguagem, pelo que, a ameaça, não pode ser pensada e, assim, é somatizada. Esta profunda divisão entre psique e soma ocorre quando a separação e a diferença são temidas como experiências que podem destruir o sentido do self.

Apesar de os psicanalistas parecerem concordar que os sintomas psicossomáticos têm as suas raízes nas fases iniciais da vida, o que leva alguns pacientes a desenvolverem sintomas psicossomáticos, em vez, de outros sintomas, permanece um mistério. Wiener e Sher (1998) avançam com a seguinte hipótese: muitos pacientes psicossomáticos sofrem de perturbações específicas, naquilo que é chamado de afetos de vitalidade (*vitality affects*). Stern (1985, cit. por Wiener & Sher, 1998) usa o termo afetos de vitalidade (*vitality affects*) para descrever a qualidade da experiência que constitui um, importante, aspeto do relacionamento intersubjetivo. O autor faz uma distinção entre o que pode ser chamado de categorias afetivas como a zanga, a tristeza, a alegria ou o medo, e os afetos de vitalidade, que não podem ser classificados, em termos destas emoções reconhecíveis (Wiener & Sher, 1998).

Muitas doenças são, particularmente, suscetíveis à influência do tratamento psicológico. Jenkins (1979, cit. por Wiener & Sher, 1998) argumenta que a intervenção psicológica pode ter um impacto significativo na gestão das condições, que têm um componente psicossomático, tais como, a síndrome do intestino irritável, lesão por esforço repetitivo, dor de cabeça e dor lombar, poupando recursos dos serviços de saúde. Esta intervenção tem como consequências: menos tempo de internamento, menos investimento dos médicos, e menos utilização de medicação.

Porém, Karush et al. (1969, cit. por Karasu, 1979), no seu estudo sobre os fatores terapêuticos, na psicoterapia, dos pacientes com colite ulcerosa, descobriram grandes diferenças individuais na reação às técnicas psicoterapêuticas, sendo os terapeutas mais flexíveis no uso destas técnicas, os mais bem-sucedidos. O terapeuta precisa de explorar com o paciente o papel dos sintomas somáticos, os seus significados conscientes e inconscientes, o que os inicia, e o que os mantém, para além, de uma atenção aos mecanismos de defesa e características de personalidade do paciente.

Os psicólogos, que trabalham na área da saúde, têm mais probabilidade de encontrar pacientes com sintomas psicossomáticos, pelo que, é, crucial, uma compreensão do significado dos sintomas. É necessário esclarecer a principal causa dos sintomas físicos: são os de saúde que favorecem os psicológicos, ou, ao contrário? Ter esse conhecimento parece fundamental, merecedor de um sistema de avaliação mais rigoroso e esclarecedor, com repercussões técnicas, determinantes, na intervenção. Parece, então, necessário distinguir entre o facto de uma desordem física ter tido um contributo psicológico na sua origem e manutenção, de uma desordem psicológica, que deriva de uma condição de doença física. Por exemplo, a depressão está, fortemente, associada à doença física, mas, tanto pode estar na sua origem, como derivar dela.

Para Rao (2008), aproximadamente 33% dos doentes físicos têm sintomas depressivos, muitos deles, percecionados, como respostas à doença física. Apesar disso, a depressão não é, muitas vezes, diagnosticada e tratada nos doentes com doença física. O seu tratamento é importante, pois afeta a participação do paciente no tratamento e desce a morbilidade. Os pacientes deprimidos têm maior probabilidade de ter uma hospitalização, mais longa, e de fazer, mais, visitas ao médico. A presença da depressão, nos doentes físicos, é preditora de piores resultados, em relação à sua doença física, e aumenta a mortalidade. Para o autor, os estudos demonstram que o tratamento da depressão tem efeitos benéficos no funcionamento global do doente físico e aumenta o envolvimento do doente no tratamento e na recuperação. Por outro lado, está bem estabelecido, que nos pacientes com diabetes tipo 2, a depressão major é um precursor e uma doença comórbida. Este é também o caso nas doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

Quanto aos estudos que comprovam o impacto da psicoterapia na saúde física e nos sintomas somáticos, Kraft et al. (2006) relacionaram custos médicos, com resultados nos sintomas somáticos, no decurso da terapia. No seu estudo, os custos médicos e os dias de hospitalização, durante um período de quatro anos, foram determinados com base nos



ficheiros de seguradoras em relação a 176 participantes que realizaram psicoterapia cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Segundo os autores, o stress somático foi medido pelo Giessener Beschwerdebogen (GBB-24; Brähler & Scheer, 1995), um questionário de 24 itens que avalia as queixas somáticas como as dores de cabeça, de costas, problemas de coração ou tonturas. O resultado da psicoterapia foi operacionalizado como uma mudança no stress psicológico ou somático. Os resultados apontaram para uma redução dos custos médicos e de dias de hospitalização, nas duas formas de tratamento, não existindo diferenças entre elas. A melhoria no bem-estar somático relacionou-se com uma redução nos custos médicos, não existindo, a mesma relação, com a diminuição do stress psicológico.

Apesar da importância deste tipo de estudos, que sugerem a influência da psicoterapia nos sintomas somáticos e na utilização dos serviços de saúde, para Grande et al. (2009), a maioria dos estudos, sobre a efetividade do tratamento psicológico, baseia-se na sintomatologia psiquiátrica. Para estes autores, será necessário atentar noutras variáveis, como, por exemplo, avaliar os níveis fisiológicos nos pacientes com diabetes. Nestes pacientes, os sintomas no teste de Beck podem não ter mudado, mas tal, pode ter acontecido, nas variáveis fisiológicas.

De facto, as investigações sobre como os parâmetros fisiológicos mudam, durante a psicoterapia, oferecem uma oportunidade, única, para informar a prática clínica, melhorar a formação dos clínicos e iluminar os processos de mudança (Marci & Riess, 2009). No passado, os estudos sobre a psicofisiologia e psicoterapia usaram, quase, exclusivamente, a frequência cardíaca e a condutividade da pele como medida da reatividade fisiológica. Para Marci e Riess (2009) diferentes padrões de condutividade da pele e respostas cardíacas têm sido observados em populações normais versus psicopatológicas. Os autores referem investigações nesta área (Keller, Hicks, & Miller, 2000), assim como, outros autores que têm integrado as respostas fisiológicas nos estudos de neuro imagem (Critchley et al., 2000).

Também, já nos referimos à revisão de literatura efetuada por Luborsky et al. (2004) que se foca na relação entre a psicoterapia e as medidas que refletem uma melhoria na saúde física. Os resultados destes estudos sugerem que a psicoterapia tem impacto nos pacientes menos graves e na perceção da dor.

Outra forma de estudar o impacto da psicoterapia na saúde física é investigar as experiências dos pacientes. A este propósito, já nos referimos às experiências dos

pacientes com uma doença específica (Maccormack et al., 2001; Ward et al., 2008), contudo, parece existir necessidade de mais investigação nesta área. Esperamos que a nossa investigação contribua para o colmatar desta necessidade, ao dar voz aos utentes dos centros de saúde, sobre o impacto da psicoterapia na sua saúde física.

#### *Término do processo.*

Se os objetivos da terapia foram alcançados, é necessário iniciar as tarefas da fase do término da terapia. É altura do terapeuta envolver o paciente em três tarefas (rever o trabalho e ganhos da terapia, examinar a relação paciente-terapeuta, e reforçar a internalização da função terapêutica). Quando estas tarefas são bem-sucedidas, os resultados desta fase são: a consolidação dos ganhos, a resolução de problemas na relação terapêutica e a manutenção de um funcionamento saudável (Joyce et al., 2007).

Neste modelo psicanalítico de término, descrito por Joyce et al. (2007), o primeiro resultado implica a revisão e recapitulação do que foi transparecendo entre o paciente e o terapeuta, durante o processo. Tal, inclui rever o que o paciente atingiu e os objetivos que não foram alcançados. Este processo de revisão, pode estimular o surgimento de antigos sintomas e problemas, ou a introdução de novos. O segundo resultado do processo de término relaciona-se com a resolução de assuntos ligados ao fim da relação terapêutica. Separação, e perda, são muitas vezes, temas desta discussão. Estes temas podem ser associados com os aspetos da transferência, assim como, com os aspetos da perda real, mas os assuntos da contratransferência, também, necessitam da atenção do terapeuta. O último resultado, do processo de término, relaciona-se com o facto de os pacientes demonstrarem, que desenvolveram as ferramentas, que permitem a continuação do processo terapêutico, de forma independente. Este resultado refere-se ao facto dos pacientes internalizarem aspetos do processo terapêutico (função autoanalítica) e aspetos da relação terapêutica (o terapeuta empático e benigno). O trabalho realizado nos dois primeiros resultados contribui, bastante, para assegurar que os pacientes estão preparados para manter um funcionamento saudável no futuro (Joyce et al., 2007).

Para Joyce et al. (2007), apesar de ser uma fase crítica do processo psicoterapêutico, parece que as diferentes orientações teóricas têm diferentes visões sobre o término. Quando o tratamento é estruturado e focalizado na aquisição de competências, e

a aliança terapêutica é pouco valorizada, a fase do término recebe pouca atenção. Assim, os resultados do término podem ter diferentes significados, e abordagens, em diferentes orientações teóricas. Na terapia interpessoal, por exemplo, a fase de término é uma fase crucial, em que o paciente enfrenta a tarefa de desistir de uma importante relação e de sentir que tem competência para lidar com problemas futuros sem o terapeuta. Na terapia cognitivo-comportamental a fase do término não é vista como uma fase distinta do tratamento e os aspetos do ambiente natural do paciente, que podem ajudar a manter os ganhos, são acentuados. Neste caso, pouca ênfase é colocada no fim da relação terapeuta-paciente (Goldfried, 2002, cit por Joyce et al., 2007).

Para além do tipo de terapia, os autores (2007), também, se debruçaram sobre a estrutura do processo na fase final da terapia. Para eles, quanto mais longa é a terapia, mais esta fase, e as suas tarefas, se aplicam. Com terapias de curto termo, é menos viável uma avaliação, em profundidade, do impacto do término do tratamento. Ao mesmo tempo, muitas das terapias breves são de tempo limitado, ou seja, quer o terapeuta, quer o paciente, estão conscientes da data final, desde o início. Tal, situação tem o efeito de tornar o término um assunto, importante, durante o curso da terapia.

Contudo, no estudo de Perren et al. (2009), o número, específico, das sessões pareceu, menos importante, do que a forma como o término foi conduzido. Quando este foi de mútuo acordo, reforçou, no paciente, a crença de que é possível adaptar, o que foi aprendido, a novas situações de vida.

Porém, existem terminos que ocorrem por decisões unilaterais, quer do paciente, quer do terapeuta. Alguns pacientes terminaram a terapia, como consumidores satisfeitos, mais cedo, do que o planeado, pois receberam ajuda suficiente. Outros terminaram devido a circunstâncias de vida (mudança de residência, alteração de horário, etc.). Apesar de estes terminos ocorrerem, antes do previsto, podemos dizer que são apropriados (Joyce et al., 2007).

Outros terminos precoces são considerados inapropriados, com os pacientes a decidir terminar a terapia, contra as recomendações do terapeuta. Este tipo de abandono da terapia é considerado um evento negativo em psicoterapia e um obstáculo para a oferta, efetiva, de serviços de saúde mental. O facto de os pacientes iniciarem o término prematuro da terapia coloca vários problemas. Numa perspetiva clínica, o paciente pode não ter recebido todo o benefício do tratamento, incluindo o benefício de um término trabalhado. O paciente, muitas vezes, experiencia um sentimento de insatisfação, ou de

falhanço, que pode resultar no piorar dos seus problemas. De facto, os pacientes que terminam prematuramente, reportam menos progresso terapêutico e mais stress psicológico (Pekarik, 1992, cit. por Joyce et al., 2007). É provável que estes pacientes sejam caracterizados como pacientes crónicos, com uma tendência para utilizar, demasiado, os serviços, nalguns casos, contactando os serviços de saúde mental, duas vezes, mais, do que os pacientes que tiveram um fim de terapia apropriado (Carpenter, Del Gaudio, & Morrow, 1979, cit. por Joyce et al., 2007). Também, se sabe, que o abandono da terapia, pode desmoralizar os terapeutas, principalmente, aqueles, em início de carreira (Connell, Grant, & Mullin, 2006).

Numa perspetiva administrativa, os recursos financeiros e humanos não são usados, eficientemente, quando os pacientes terminam a terapia, prematuramente. Por exemplo, o custo dos clientes faltarem às consultas, no sistema nacional de saúde britânico, é elevado (Lucock et al., 2003, cit. por Connell et al., 2006), representando um desperdício nos recursos limitados e, ao mesmo tempo, não permitindo aos utentes, em lista de espera, um acesso mais atempado aos serviços (April & Nicholas, 1997 cit. por Connell et al., 2006).

Finalmente, na perspetiva da investigação, os pacientes, que terminam, prematuramente, a terapia, provocam, muitas vezes, uma perda de dados, o que afeta a forma como os dados são interpretados (Joyce et al., 2007).

As diferenças na forma como os pacientes terminam a terapia, prematuramente, têm dificultado estimar a incidência deste fenómeno. Infelizmente, os investigadores utilizam critérios diferentes, e o que uns, consideram um término não apropriado, outros consideram apropriado. Muitos estudos definem este tipo de término como a falta a um número específico de sessões, outros confiam nos critérios do terapeuta, que define o que são términos inapropriados. Esta situação, não permite realizar estimativas dos términos prematuros inapropriados, mas, estas, são, de qualquer forma, sempre elevadas. Numa meta-análise de 125 estudos sobre diferentes formas de terapia, Wierzbicki e Pekarik (1993, cit. por Joyce et al., 2007) chegaram a uma taxa de 47%.

Para Connell et al. (2006), as variações nas taxas, de términos prematuros, são confusas, porque dependem da definição de término prematuro e da fase da terapia em que ocorrem, mas, também, pela falta de dados que existe sobre esta matéria. Ainda assim, parece que as taxas referentes às terapias com tempo limitado são menores. Sledge et al. (1990, cit. por Joyce et al., 2007) reportaram uma taxa de 32% para uma terapia breve com tempo limitado, em comparação com uma taxa de 67% para a terapia breve sem tempo

limite, e 61% para a terapia de longo termo. Estas taxas podem ser, ainda, menores para as terapias que utilizam manuais, usadas em unidades de investigação, devido à seleção, altamente, criteriosa dos pacientes.

Para Joyce et al. (2007), a habilidade para prever se um paciente vai terminar, prematuramente, o tratamento, seria de um valor, inestimável, para as administrações dos serviços e para os clínicos. Os fatores implicados, neste término prematuro, relacionam-se com os terapeutas, os serviços, o, próprio, processo psicoterapêutico e com os pacientes. Os fatores, associados com os terapeutas, relacionam-se com o insuficiente conhecimento da teoria e com a ausência de competência técnica. Os fatores administrativos referem-se a longas listas de espera, inadequada preparação do paciente para a terapia e falta de tratamentos, estruturados, com tempo limite. Os fatores, relativos ao processo, implicam impressões desfavoráveis iniciais do paciente, desacordo sobre o problema a tratar, fraca aliança terapêutica e perspectivas divergentes.

A este propósito, Philips, Wennberg e Werbart (2007) concluem, que, nas sessões iniciais, as ideias de cura do paciente, devem ser discutidas e o terapeuta deve aperceber-se se estas estão de acordo com a psicoterapia que oferece. Se, após a negociação, estas ideias permanecerem, claramente, diferentes da abordagem do terapeuta, mas, ainda assim, razoáveis, este deve encaminhar o paciente para uma abordagem mais adequada. Contudo, se as ideias de cura do cliente são não produtivas e radicam nas suas dificuldades psicológicas, o terapeuta pode tentar fazer interpretações, que podem evocar o interesse do paciente em estratégias mais produtivas. Estas incompatibilidades podem aparecer, mais tarde, na terapia e precisam de ser discutidas, repetidamente.

A investigação, também, sugere que o processo de reconhecer e abordar ruturas na aliança terapêutica tem um importante papel, não só, em facilitar bons resultados, mas, também, na prevenção das desistências dos pacientes (Knox et al., 2011).

No entender de Joyce et al. (2007), os fatores implicados num término prematuro, relacionados com os pacientes, são: raça não caucasiana, níveis de educação baixos, baixo rendimento, pacientes com expectativas não correspondidas e sem motivação para a mudança, e fatores relativos às suas características e funcionamento interpessoal. Há uma, clara, evidência de que as características do paciente têm uma grande influência nos resultados da terapia (Lambert, 1992, cit. por Joyce et al., 2007), mas existe pouca investigação sobre esta influência, no terminar do processo. A literatura sobre o terminar da terapia sugere que dimensões interpessoais, como, por exemplo, o estilo de vinculação

do paciente, a qualidade das relações de objeto, ou a organização de personalidade (Kernberg, 1984, cit. por Joyce et al., 2007), têm influência na qualidade do processo psicoterapêutico e, também, no processo de terminar a terapia.

Porém, o efeito das características do paciente no processo de término não ocorre isoladamente. As características e competências do terapeuta, e a natureza da relação terapêutica, irão influenciar esta fase. A principal influência do terapeuta está na motivação do paciente para a mudança e na natureza da sua participação no processo. As variáveis do paciente vistas como importantes para a fase do término relacionam-se com a sua motivação e participação. Elas são, muitas vezes, as mesmas características que levaram os pacientes a procurar tratamento (Hilsenroth, Holdwick, Castlebury, & Blais, 1998, cit. por Joyce et al., 2007) e, muitas vezes, aquelas, que podem dificultar o processo terapêutico (Clarkin & Levy, 2004, cit. por Joyce et al., 2007).

Joyce et al. (2007) referem, que os níveis de suspeição e de animosidade, de certos pacientes, surgem durante a psicoterapia. Se os pacientes são capazes de explorar estes sentimentos, em terapia, é possível uma melhoria, significativa. Contudo, muitas vezes, estes sentimentos relacionam-se com defesas contra uma vulnerabilidade, profundamente, temida, e, portanto, mais impermeável à mudança. Nestas circunstâncias, a terapia pode resultar num impasse e pode desembocar num término, não acordado, e iniciado, quer pelo terapeuta, quer pelo paciente. Outros pacientes, ainda, podem ter a tendência para a negação e para uma crescente ansiedade face às exigências da situação de terapia. A questão é, outra vez, se estas questões podem ser trabalhadas durante a terapia ou se persistem. Na fase de término, a vulnerabilidade face à perda e às dificuldades de autonomia podem levar ao surgimento da negação e da ansiedade. Um paciente com um ego menos forte, também, pode experienciar o fim da relação terapêutica, de forma muito penosa.

Outra característica do paciente que influencia a fase de término é a capacidade de ser introspetivo. Os pacientes com esta capacidade bem desenvolvida terão mais consciência das questões transferenciais e serão, mais, capazes de interiorizar aspetos da relação terapêutica e da função terapêutica, para manter os resultados, após o término do processo. Contrariamente, os pacientes, com fraca capacidade de introspeção, contam, mais, com a comunicação do terapeuta para desenvolver uma compreensão dos seus problemas, em vez, desta, ser construída em conjunto, o que exige uma fase de término mais estruturada (Joyce et al., 2007).

Uma formulação das relações de objeto do paciente pode refletir a sua capacidade de estabelecer uma boa relação terapêutica, de tolerar frustrações, e permitir prever as reações transferenciais, que possam surgir, na fase do término. A atenção dada à relação paciente-terapeuta, ou a discussão sobre o funcionamento do paciente, na ausência do terapeuta, podem ser desestabilizadoras para um paciente com relações objetais difíceis. Em vez, disso, pode ser, mais apropriado, concentrar-se o trabalho numa interrupção e sublinhar a disponibilidade do terapeuta para, eventuais, crises, no futuro (Joyce et al., 2007).

Joyce et al. (2007), também, tecem considerações sobre o estilo de vinculação do paciente. Os pacientes com um estilo seguro devem ser capazes de se envolver em todas as fases do término da terapia, de forma satisfatória. Já, os pacientes com uma vinculação insegura, vão deparar-se com uma ansiedade crescente, o que irá exigir intervenções de apoio e a ênfase na disponibilidade, futura, do terapeuta. Abordar os ganhos terapêuticos e o fim da relação terapêutica, também, pode ser problemático para os pacientes caracterizados por uma vinculação evitante. O terapeuta pode recordar alturas em que a colaboração foi efetiva, para reforçar a utilidade do envolvimento interpessoal. Também, o paciente, com uma vinculação rejeitante, encontra dificuldades em reconhecer a importância do terapeuta no tratamento, o que terá de ser trabalhado durante a terapia e no fim do tratamento.

Os autores (2007) também discutem a importância dos diferentes diagnósticos no término do processo psicoterapêutico. Para os pacientes com perturbações graves, como psicoses, o fim definitivo do processo é inapropriado, considerando-se, antes, o término como uma interrupção. Nas perturbações relacionadas com trauma, a capacidade do paciente em confiar levanta preocupações, que podem prejudicar o processo psicoterapêutico e, também, o seu finalizar. Numa terapia bem-sucedida, o paciente perceberá que o término da terapia não equivale ao trauma, dados os recursos desenvolvidos em terapia. Em relação aos pacientes com perturbação de personalidade, Clarkin e Levy (2004, cit. por Joyce et al., 2007) argumentam, que os terapeutas, que trabalham com estes pacientes, devem abordar e antecipar desistências. Dois aspetos, das perturbações de personalidade, têm sido sublinhados pela literatura, como tendo uma, possível, influência no processo de término. O primeiro é a natureza da perturbação de personalidade. Os critérios associados com as perturbações narcisistas (estes pacientes requerem uma admiração excessiva) e com a perturbação anti-social (indiferença e falta de

remorso, por exemplo) são preditores negativos da continuação em terapia. O segundo aspecto relaciona-se com a dificuldade destes pacientes internalizarem aspectos da relação terapêutica. No que respeita, especificamente, à perturbação borderline da personalidade, estes, são pacientes que têm uma taxa de abandono da terapia elevada, existindo muita literatura sobre estratégias para os manter em tratamento (Joyce et al., 2007).

Para além destas sugestões relativas às características dos pacientes, Joyce et al. (2007) apontam, mais, estratégias para prevenir o abandono da terapia, que passam pela seleção de pacientes, pela negociação do tratamento, pela implementação de um tempo limite para a terapia e de procedimentos que preparem o paciente. Outras ideias avançadas pelos autores são: providenciar lembretes das consultas, facilitar uma aliança terapêutica, e facilitar a expressão de sentimentos.

Apesar da literatura, sobre a influência dos pacientes no término, ser mais extensa, a verdade, é que o terapeuta, também, termina a terapia, de forma prematura e inapropriada. Tal, relaciona-se, muitas vezes, com a deslocação do terapeuta para outros serviços, fins de contrato e outras razões similares. Mas, os terapeutas também terminam o processo devido à sua insatisfação com o progresso terapêutico, com o comportamento do paciente, ou com o processo. Estas impressões podem ser baseadas na avaliação realista do terapeuta, ou devido a reações contratransferenciais, que devem ser trabalhadas em supervisão (Joyce et al., 2007).

O anúncio do término prematuro ao paciente é um acontecimento de stress (Bostic, Shadid, & Blotcky, 1996, cit. por Joyce et al., 2007) ou trauma (Pistole, 1991, cit. por Joyce et al., 2007), que significa uma perda real, existindo uma quebra no quadro psicoterapêutico. O processo que se segue ao anúncio, para aqueles que escolhem permanecer em terapia, até o terapeuta partir, é, frequentemente, comparado com a antecipação da morte de uma pessoa importante na vida do paciente (Parsons, 1982, cit. por Joyce et al., 2007). Alguns pacientes terminam, abruptamente, o tratamento, faltam a sessões, queixam-se do tratamento, criticam o terapeuta, e os sintomas retornam. Outros, ainda, tentam preservar uma imagem positiva do seu terapeuta, colocando as culpas em outros (administradores das instituições, por exemplo) ou degradando a imagem do próximo terapeuta (Joyce et al., 2007).

No contexto de um término forçado, as reações dos terapeutas, podem ser similares às reações dos pacientes. O terapeuta sente-se responsável pelas reações e sentimentos do paciente, o que, associado, a sentimentos de perda, pode fazer com que o terapeuta



conduza um término, de forma inapropriada. Como os sentimentos contratransferenciais são comuns, o terapeuta deve recorrer a supervisão, neste contexto (Joyce et al., 2007).

Quanto ao término da terapia nos contextos de saúde, nomeadamente, nos cuidados primários, Connell et al. (2006) analisaram os termos de terapia, não planeados, nos cuidados primários, usando os dados do CORE National Research Database (dados dos serviços de psicologia dos cuidados primários no Reino Unido). Devido ao problema da falta de dados, foram utilizados termos de terapia declarados e termos de terapia estimados. Os declarados são aqueles que são reportados pelos serviços e os estimados são aqueles, que levam em conta, os números em falta. Neste estudo o CORE System End of Therapy Form, foi preenchido, no fim da terapia, ou quando ocorreu a desistência. O instrumento foi preenchido por mais de 500 terapeutas de 31 serviços de cuidados primários, relativos a mais de 22 000 utentes. A taxa de abandono relatada pelos terapeutas foi, em média, de 32%, contudo, não foram relatados dados para um quinto dos clientes, sendo a taxa média dos termos estimados de 50%. Para os autores, é possível que a verdadeira taxa de termos, não planeados, esteja entre estes dois valores. Connell et al. concluem, que o problema, dos dados omissos no sistema nacional de saúde britânico, sublinha o desafio de persuadir todos os psicólogos a participar na recolha de dados. Existem muitos fatores que contribuem para a falta de dados: a relutância do psicólogo em envolver-se num processo avaliativo, aspetos motivacionais, restrições de tempo e esquecimento. Os autores referem que, até que a recolha de dados seja obrigatória, a falta de dados será, sempre, um problema. Connell et al. recomendam, também, a definição do que são termos planeados e não planeados, sendo importante ter métodos comparáveis e eficientes de recolha e compreensão de dados.

A conclusão, deste estudo (2006), de que, grande parte, dos utentes dos cuidados primários, desiste da terapia, tendo menos probabilidade de beneficiar de alguma melhoria, leva os autores a sugerir, que os serviços prestem atenção a esta questão, para reduzir a taxa de termos não planeados. Tal, aplica-se, particularmente, àqueles termos não planeados, devido à perda de contato, que constituem a maioria. Contudo, a abordagem a esta questão torna-se difícil, dados os, múltiplos, fatores envolvidos na decisão dos clientes de terminar a terapia. Os autores sugerem, algumas, estratégias, similares, às referidas por Joyce et al. (2007), que já descrevemos. Para Connell et al., o objectivo dos serviços deveria ser reduzir, quer os fins não planeados, quer a falta de dados, que serviriam para avaliar o desempenho dos psicólogos, mas, também, para detetar mudanças na gestão dos

serviços (por exemplo, os terminos não planejados podem aumentar, se um serviço começa a atender utentes, mais perturbados, ou o número de terminos, não planejados, pode descer, se as listas de espera forem eliminadas).

Mais recentemente, Saxon, Ricketts e Heywood (2010), também, realizaram uma investigação sobre o término do acompanhamento psicológico nos cuidados primários, através de dados recolhidos com o instrumento CORE entre 2000 e 2003. Neste estudo, foram consideradas avaliações realizadas antes da terapia, para prever os abandonos do tratamento. Mais de 1300 utentes participaram, neste estudo, tendo seis sessões de aconselhamento psicológico, e, mais de um terço, destes utentes, teve um término da terapia, não planejado. Embora, não existam dados disponíveis sobre o nível de stress, dos utentes, na altura do término, os terminos não planejados estão associados com níveis mais elevados de stress, e maior risco, na altura da avaliação inicial. Os autores concluem, que os psicólogos nos cuidados primários devem tentar minimizar os terminos não planejados, uma vez, que estes dizem respeito aos utentes, com mais stress e risco, referenciados para a consulta de psicologia, nestes contextos. Saxon et al. referem, que, em consequência, deste estudo, os serviços implementaram contatos telefónicos com os utentes que faltam a uma consulta. Contudo, mais pesquisa, é necessária, para investigar se estas medidas ajudam a diminuir os abandonos da terapia, nos cuidados primários. Para os autores, a preocupação com os utentes que terminam a terapia, unilateralmente, é suportada por estes resultados: são os utentes, com risco mais elevado, que têm, mais probabilidade, de abandonar o tratamento.

Realçamos que o estudo de Saxon et al. (2010), não abordou questões, tão importantes, como a aliança terapêutica, e que têm influência nos abandonos da terapia, e que deveriam ser, também, estudadas nos cuidados primários. Além disso, questionamos, a validade de uma intervenção com, apenas, seis sessões (que será, necessariamente, uma intervenção superficial), após uma avaliação inicial dos utentes, que aponta para níveis elevados de risco.

Tendo em conta estes dados, parece importante introduzir uma nova vertente na investigação, sobre a fase de término da psicoterapia. Para Knox et al. (2011), recolher informação sobre as perspetivas dos pacientes, não só, aumentará o nosso entendimento sobre como os pacientes experienciam este processo, mas, também, pode informar a prática e o treino dos terapeutas. Apesar disso, esta área das experiências dos utentes, tem sido, muito pouco, explorada.

Knox et al. (2011) analisaram entrevistas de 12 pacientes sobre o término da sua psicoterapia. A duração da psicoterapia variou entre 12 e mais de 1600 sessões, com terapeutas, cujas orientações teóricas eram psicodinâmica, cognitivo-comportamental, interpessoal e centrada no cliente. Os autores relataram, que, aqueles, que tiveram experiências positivas de término, reportaram uma forte aliança terapêutica e resultados positivos da terapia. Eles terminaram, principalmente, por razões logísticas ou financeiras. O seu término, planos para depois do término e sentimentos sobre o término, foram discutidos, previamente, com o seu terapeuta. Em contraste, aqueles, que tiveram terminos problemáticos, reportaram uma relação terapêutica ambivalente e resultados da terapia positivos e negativos. Eles terminaram, abruptamente, devido a uma ruptura terapêutica, e, assim, o seu término não foi planejado e discutido, levando a uma experiência negativa. Apesar, de terem procurado a terapia, por razões, paralelas, aos pacientes com experiências positivas, eles também apresentavam preocupações relativas ao luto e perda, tornando-os, potencialmente, mais vulneráveis, psicologicamente. Dado este sentimento de perda, estes pacientes podem ter colocando maiores exigências aos terapeutas, assim como à sua terapia, e à fase do término, que pode ter sido experienciada, como uma dolorosa dissolução, de uma ligação importante. As características que mais distinguem as experiências positivas das problemáticas são: a relação terapêutica, os efeitos da terapia, as razões para terminar, e o processo de término. Ambos os tipos de participantes (com experiências de término positivas e problemáticas) descreveram a sua relação com o terapeuta como tendo componentes positivos, enquanto que os componentes negativos foram, mais, prevalentes, nos pacientes com experiências de término problemáticas (Knox et al., 2011). Para Knox et al., as respostas dos participantes implicam, que o terapeuta e a aliança terapêutica têm um papel central no processo de término e nos sentimentos que este evoca. Os clientes que se sentiram próximos e seguros, o suficiente, para expressar e processar os seus dilemas sobre o término, e, em particular, aqueles que sentiram, que os seus terapeutas os encorajaram na sua decisão de terminar, reportaram uma experiência, mais, positiva, sobre o término e sobre a terapia. Assim, partilhar a aceitação da tristeza, relacionada com o término, parece ajudar os clientes a transformar o sentimento de abandono no sentimento de ser compreendido. Por outro lado, os clientes que não sentiram, que os seus terapeutas aceitaram e respeitaram, a sua decisão de terminar a terapia, reportaram sentimentos negativos sobre a fase do término. Neste estudo, estes participantes sentiram que o seu tratamento não estava completo, deixando-os com um

sentimento de frustração. Os sentimentos de ambos, terapeuta e cliente, sobre o término, ocorrem no contexto da relação terapêutica. Assim, os sentimentos negativos e contratransferenciais do terapeuta têm um elevado impacto na experiência dos seus clientes, no curso da terapia, mas, também, no seu término (Knox et al., 2011).

Para Knox et al. (2011), os resultados do seu estudo, indicam, que a experiência do cliente inclui sentimentos positivos, durante a fase de término. Estes resultados são consistentes com a conclusão de Gelso e Woodhouse (2002, cit. por Knox et al., 2011) de que sentimentos como orgulho, excitação, prazer, e gratidão, são, muito mais, comuns, do que sentimentos de depressão, ansiedade e zanga, durante a fase de término. Apesar, de ser, habitualmente, sugerido que os terapeutas devem ajudar os clientes a focalizar-se nos aspetos dolorosos do término (por exemplo, dificuldades de separação), os resultados deste estudo sugerem, que é, igualmente, importante atender aos sentimentos positivos do cliente.

Apesar do estudo de Knox et al. (2011) incluir participantes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, os autores não os diferenciaram na análise dos resultados, pelo que apresentamos outros estudos, sobre a experiência desta fase da terapia, nos pacientes deste tipo de psicoterapia.

Referimo-nos ao estudo de Roe, Dekel, Harel, Fennig e Fennig (2006) no qual os autores exploraram os sentimentos dos pacientes durante o término da psicoterapia psicodinâmica, entrevistando 84 pessoas que realizaram este tipo de psicoterapia. Os participantes tiveram, no mínimo, seis meses de terapia e a média foi de 27 meses (a entrevista foi realizada depois de 17 meses do término da terapia). Os resultados indicam que os pacientes experienciaram sentimentos positivos, durante esta fase. Os fatores que contribuíram para os sentimentos positivos foram a experiência de término, como uma prática de independência, como um reflexo de aspetos positivos da relação terapêutica, e por terem existido ganhos. A perda de uma relação significativa foi o aspeto mais verbalizado, associado a sentimentos negativos. Aqueles, que reportaram sentimentos negativos sobre o término, sublinharam que tiveram poucas oportunidades para processar as suas reações ao término, assim como, o sentimento de que a terapia não estava completa. Tratamentos mais longos foram relacionados com sentimentos positivos durante esta fase e com a satisfação com o término.

Também, sobre as vivências dos pacientes sobre o término de processos psicanalíticos, mas em Portugal, Aragão Oliveira et al. (2009/2010) reportam-se às

respostas obtidas no seu estudo. Neste, apenas três sujeitos referiram sentimentos, diretamente, relacionados com a separação do seu terapeuta (ansiedades de separação). Neste grupo, os sentimentos verbalizados foram sentimentos de abandono, de tristeza, dificuldades em lidar com o último dia, e sentimentos de perda. Similarmente com os achados de Knox et al. (2011), os sujeitos manifestaram afetos positivos, relativamente à sua vivência do término da terapia. Os afetos mencionados foram: satisfação com o objetivo alcançado, satisfação com as mudanças conseguidas, satisfação com a ajuda do terapeuta, satisfação com o facto de a terapia já não ser necessária, melhorias ao nível dos sintomas e valorização dos novos recursos internos. Contudo, houve, ainda, outro tipo de respostas: um participante revelou evitamento do tema, outro paciente verbalizou sentimentos negativos relativamente à terapia e ao terapeuta e dois sujeitos referiram sentir que o trabalho ficou inacabado. Aragão Oliveira et al. destacam, que um paciente verbalizou sentir que a terapia não se encerrou, na medida em que é um trabalho, que será continuado por si, mesmo, o que remeteu, os autores, para o conceito de internalização da função analítica.

Concordamos com Knox et al. (2011) de que precisamos de considerar as perspetivas dos pacientes, na descrição das suas experiências de término da psicoterapia. É com esta ideia que integramos as vivências sobre o término do processo terapêutico na nossa investigação.

A importância das experiências dos pacientes sobre o processo psicoterapêutico, também, nos contextos de saúde, conduziu-nos a uma investigação destas vivências nos cuidados primários, através do método descritivo fenomenológico psicológico (Giorgi & Giorgi, 2003) dada a sua pertinência na exploração das vivências dos participantes (Giorgi, 2011), pelo que, se apresenta, de seguida, os contornos e conteúdos deste estudo.

## **Estudo das Vivências do Processo Psicoterapêutico nos Cuidados Primários**

### **Metodologia**

#### *Posição do problema.*

Os novos desenvolvimentos, realçados pela investigação em psicoterapia, vieram colocar questões sobre a mudança psicoterapêutica e o sucesso psicoterapêutico. Atualmente, o objetivo terapêutico ultrapassa a simples redução de sintomas, e prende-se com o crescimento mental (Aragão Oliveira et al., 2009/2010).

Este objetivo terapêutico remete-nos para a importância de uma intervenção psicoterapêutica, que privilegie uma mudança interna, como a psicoterapia de orientação psicanalítica, que incide nos processos inconscientes da dinâmica do mundo mental e não se focaliza, apenas, na eliminação do sintoma.

Assim, apesar das dificuldades colocadas por um objeto de estudo, como o inconsciente, os esforços, que têm vindo a ser realizados no âmbito do estudo da eficácia, efetividade e eficiência, desta forma de psicoterapia, têm construído evidência científica e alargado o nosso conhecimento (Aragão Oliveira & Oliveira, 2012).

A compreensão sobre o que ocorre no processo psicoterapêutico é, particularmente, importante, nos contextos públicos de saúde, pois estes permitem um acesso, mais facilitado e abrangente, à intervenção psicológica e psicoterapêutica. Também, nestes contextos, a eficácia da psicoterapia tem vindo a ser demonstrada pela investigação científica a nível internacional (Mellor-Clark, 2004), sendo defendida, em particular, a investigação sobre eficiência, que testa as intervenções do aconselhamento psicológico e da psicoterapia no setting clínico (Hemmings, 2000).

O contributo da psicoterapia psicanalítica nos contextos de saúde parece, especialmente, relevante, dado o seu enfoque nas mudanças estruturais, o que se torna, significativo, quando se pretendem objetivos que vão, para além, de uma remoção sintomática, e a manutenção, a longo prazo, das mudanças obtidas.

Porém, apesar dos desenvolvimentos, a nível internacional, parece que, em Portugal, a investigação sobre a psicoterapia, nos contextos de saúde, permanece limitada, apesar, da avaliação, dos seus resultados e do seu processo, ser de um valor, inestimável, para a melhoria destas intervenções e benefício dos utentes.

Como contributo para esta área de investigação, colocamos o nosso trabalho no âmbito do que Sousa (2006) chama “um novo paradigma”, que procura investigar o processo terapêutico, a partir das experiências e perceções dos intervenientes, num quadro de uma perspetiva fenomenológica, na qual as vozes dos pacientes são consideradas.

Assim, seguimos uma alternativa recomendada pela literatura (Manthei, 2007) para estudar a psicoterapia, que aborda a compreensão do cliente sobre o processo terapêutico, através do uso de métodos qualitativos, que exploram, em maior profundidade, como os clientes o percebem e experienciam.

A perspetiva do cliente é privilegiada porque é ele quem experiencia a psicoterapia e a mudança, pelo que, se torna a fonte mais direta de informação acerca destas experiências. Esta perspetiva permite recolher informação acerca do significado e valor da psicoterapia para o cliente, bem como, importante informação contextual da experiência. Esta abordagem concebe, portanto, o cliente, como um entendido na sua própria experiência e nos significados que dá a essa experiência, sendo, cada vez mais, valorizada a perspetiva do cliente na investigação em psicoterapia (Henkelman & Paulson, 2006). Além disso, a literatura reporta que as perceções dos clientes sobre a psicoterapia são melhores preditores dos resultados, do que as avaliações dos terapeutas (Henkelman & Paulson, 2006) sendo cruciais para compreender as experiências do processo terapêutico (Manthei, 2007).

Para Bonsmann (2010) descobrir o que os clientes pensam da sua experiência, em psicoterapia, pode informar os psicólogos e torná-los mais eficazes. Para esta autora, compreender a visão dos utentes é cada vez mais importante, se queremos adotar uma postura contra uma cultura crescente de terapia limitada no tempo, baseada em critérios, limitados, de evidência, e, claramente, influenciada pelas políticas económicas. Por outro lado, privilegiar a perspetiva dos clientes é, também, uma abordagem consistente com as iniciativas para os incluir no desenvolvimento dos serviços do sistema nacional de saúde.

Neste campo, o ativo envolvimento dos utentes na investigação é, mais, frequente nos últimos anos. Este envolvimento adveio das motivações dos utentes, e dos investigadores, para melhorar a qualidade e a relevância da pesquisa, patrocinada pelos

fundos públicos. No Reino Unido, por exemplo, o departamento público de saúde criou o grupo INVOLVE para promover o envolvimento do público na investigação realizada no sistema nacional de saúde. Esta política impõe, que os investigadores demonstrem como os utentes serão envolvidos na pesquisa, antes de os fundos serem disponibilizados, sendo uma condição para o financiamento da investigação (Faulkner, 2008).

Para Faulkner (2008) as razões para envolver os utentes do sistema nacional de saúde na investigação, vão, para além, da necessidade de responder aos requisitos dos fundos de pesquisa. Existem, também, razões éticas e práticas para o fazer. Por um lado, a pesquisa, financiada por dinheiros públicos, tem a obrigação de responder às necessidades dos seus utentes, por outro, o seu envolvimento pode assegurar que a pesquisa é baseada nas questões e experiências reais das pessoas, com experiência de stress mental. Outro motivo relaciona-se com a construção de conhecimento. Muitos utentes querem ter um papel ativo nessa construção, em vez de permanecerem os objetos passivos da investigação.

Tal, envolvimento, é compatível com a nossa perspetiva sobre a produção de conhecimento, que assenta na compreensão e construção. Remetemo-nos, então, para uma perspetiva mais subjetiva e intersubjetiva, que faz uso de metodologias qualitativas, de forma a demonstrar o que se passa durante o processo terapêutico, na perspetiva dos utentes, estando, também, de acordo, com a, própria, natureza da psicoterapia, que assenta na construção e compreensão da intersubjetividade.

Assim, escolhemos como instrumento privilegiado, a entrevista de investigação, dado o seu carácter intersubjetivo, e, como método de análise dos dados recolhidos, o método descritivo fenomenológico psicológico de Giorgi e Giorgi (2003) (que tem a vantagem de estar próximo das construções narrativas de cada indivíduo, em vez de as codificar, de acordo, com algum esquema pré-determinado, preservando-se, assim, a perspetiva subjetiva dos pacientes) para dar resposta ao problema, sobre a forma como é vivenciado o processo psicoterapêutico pelos utentes dos cuidados primários.

### ***Questões de investigação.***

O problema, que colocamos levanta algumas questões, que pretendemos estudar, em relação às vivências dos utentes dos centros de saúde, que realizam processos



psicoterapêuticos, nesses contextos. Assim, as questões de investigação apresentam-se desta forma:

- De que forma os utentes dos cuidados primários sentem que mudaram em consequência da terapia? O que mudou? O que contribuiu para a mudança? O que aconteceu às mudanças, após o término da psicoterapia?

- Como são percebidos e experienciados os terapeutas e a relação terapêutica, pelos utentes dos cuidados primários?

- Como são experienciados os momentos/episódios, significativos, em psicoterapia, pelos utentes dos cuidados primários?

- Como são vivenciados os motivos de procura de ajuda psicológica, nos cuidados primários?

- Como é percebida e experienciada, pelos utentes dos cuidados primários, a relação entre o processo psicoterapêutico e sua a saúde física?

- Como é vivenciado o terminar da psicoterapia, pelos utentes dos cuidados primários?

- Como são as especificidades da vivência do processo psicoterapêutico, relativamente aos utentes dos centros de saúde, que realizaram psicoterapia de orientação psicanalítica?

### *Objetivos.*

Pelo exposto, orientámo-nos para um tipo de estudo exploratório, naturalístico, e de carácter retrospectivo, que incidiu sobre o processo psicoterapêutico, com uma abordagem qualitativa, cujos objetivos são:

### *Objetivo geral.*

-Compreender a experiência do processo psicoterapêutico na perspetiva dos utentes dos centros de saúde.

### *Objetivos específicos.*

- Compreender a experiência dos utentes dos centros de saúde sobre a mudança em psicoterapia (o que mudou, o que contribuiu para a mudança, o que aconteceu a essas mudanças após o fim da terapia).

- Compreender a experiência dos utentes dos centros de saúde sobre a relação terapêutica e a sua perceção sobre os terapeutas.

- Compreender a experiência dos utentes, dos centros de saúde, sobre os momentos/episódios significativos em psicoterapia.

- Compreender os motivos de procura de ajuda psicológica nos cuidados primários.

- Compreender a experiência dos utentes dos centros de saúde, sobre a relação entre o processo psicoterapêutico e a sua saúde física.

- Compreender como os utentes dos centros de saúde vivenciam o terminar da terapia.

- Compreender a especificidade da vivência do processo psicoterapêutico, relativamente aos utentes dos centros de saúde, que realizaram psicoterapia de orientação psicanalítica.

Pensamos que uma investigação centrada na experiência dos utentes, dos contextos de saúde, sobre a psicoterapia ou aconselhamento psicológico, permitirá melhorar práticas clínicas, a partir, da perspectiva dos envolvidos e, assim, resultar em ganhos para a saúde, destes, e dos outros utentes dos serviços públicos de saúde, tornando-se este trabalho um contributo para o aumento da eficácia terapêutica no campo da saúde.

### *População e amostra.*

Quanto à população estudada, investigámos os utentes dos centros de saúde que realizaram ou realizavam processos psicoterapêuticos, ou acompanhamentos psicológicos, durante, pelo menos, seis meses, nos vários centros de saúde do país.

A amostragem é não probabilística e de conveniência (N=40), tendo a recolha da amostra sido realizada entre Janeiro e Agosto de 2011, em todo o país (Norte, Centro e Sul).

*Procedimento de recolha da amostra.*

Quanto ao procedimento de recolha da amostra, foram contactados por e-mail, todos os diretores dos ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde - 53) ou ULS (Unidades Locais de Saúde - 7) do país, com o objetivo de apresentar o projeto e de solicitar uma reunião com os psicólogos dos centros de saúde, para apresentar a proposta de trabalho e solicitar a sua colaboração (anexo A). Sempre que solicitado pelos ACES, as comissões de ética das ARS ou das ULS, também, foram contactadas, no sentido de aprovarem o projeto (tal aconteceu no caso da ULS da Guarda, da ARS Norte e da ARS Algarve).

Destes contactos prévios, resultaram dez reuniões com as equipas de psicólogos da ULS da Guarda, Castelo Branco e de Matosinhos e dos ACES de Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca, ACES do Baixo Mondego, ACES Algarve III – Sotavento, ACES de Cascais, ACES Lisboa Norte, ACES Cova da Beira e ACES Pinhal Litoral, nas quais se apresentaram os objetivos do trabalho e o procedimento, a seguir, para a colaboração dos psicólogos.

Nestas reuniões, solicitámos aos psicólogos que consultassem os seus registos, de forma a listarem os pacientes que, com eles, efetuaram/efetuavam processos de psicoterapia semanal/quinzenal ou acompanhamentos psicológicos mensais, com a duração, no mínimo, de seis meses, que, ainda, não tinham terminado, ou que já tinham terminado (por mútuo acordo, ou não) os seus processos.

A necessidade desta abrangência de critérios, para dar conta da realidade do trabalho psicoterapêutico nos cuidados primários, tornou-se evidente, a partir, dos dados recolhidos durante as reuniões com as equipas de psicólogos. Os psicólogos referiram o tipo de intervenção que realizavam e a respetiva periodicidade, sendo esta, muito díspar, entre eles. Acresce a esta situação, a indisponibilidade, em termos temporais, revelada pela maioria dos psicólogos, para contactar antigos utentes, pelo que, o contacto com os utentes que, ainda, estavam em acompanhamento, facilitou o seu encaminhamento.

Seguidamente, foi solicitado que contactassem com os seus pacientes, de forma a averiguar o seu, eventual, interesse na participação no estudo, e a sua disponibilidade para serem, posteriormente, contactados pela investigadora, para marcação da entrevista. Assim, foi sugerido aos terapeutas, que informassem os pacientes que a investigadora estava a realizar uma investigação sobre a vivência do processo psicoterapêutico, por parte dos utentes dos centros de saúde, e que, caso concordassem, seriam, posteriormente, contactados, por ela, no sentido de lhes ser explicado, com mais detalhe, o estudo, e para marcarem um momento e local, que considerassem, oportuno, para a entrevista. Os terapeutas eram, igualmente, instruídos a informar o carácter anónimo da participação dos pacientes, não tendo eles, próprios, qualquer, acesso às suas entrevistas.

Nestas reuniões, também foram solicitados os e-mails dos terapeutas para posterior envio do seu consentimento informado (em relação ao preenchimento do questionário do terapeuta - anexo B), da declaração de referenciação de utentes (que atestava terem tido o seu consentimento para a referenciação - anexo C) e do questionário do terapeuta que permitia a recolha dos dados demográficos sobre os terapeutas e dos dados dos pacientes que concordaram em participar no estudo (anexo D).

Os 11 psicólogos que referenciaram utentes pertenciam às ULS da Guarda, Castelo Branco e de Matosinhos e aos ACES de Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca, ACES do Baixo Mondego, ACES Algarve III – Sotavento, ACES de Cascais e ACES Lisboa Norte.

Com a obtenção dos dados dos utentes foi possível à investigadora entrar em contacto com estes e combinar o local e a hora da entrevista. As entrevistas foram realizadas, tendo em conta, a conveniência dos utentes, tendo sido a investigadora a ir ter com eles nos locais por eles indicados (cafés, locais de trabalho, residência, etc.).

O guião da entrevista semiestruturada (anexo E) foi criado e utilizado noutra investigação, apoiada pela Associação Internacional de Psicanálise, sobre as vivências dos pacientes sobre o processo psicoterapêutico psicanalítico (Aragão Oliveira et al., 2009/2010), tendo-se, apenas, acrescentado uma questão relativa à relação entre a saúde física e o processo psicoterapêutico.

Previamente, a esta recolha de dados, foi solicitado a quatro utentes (um homem, uma mulher, uma idosa e uma adolescente) que realizavam acompanhamentos psicológicos num centro de saúde, que comentassem o guião de entrevista, utilizado nesta investigação (se compreendiam as questões, ou o que responderiam, por exemplo), no

sentido de avaliar a sua adequação a este contexto e aos seus utentes. Estes utentes, que compreenderam bem as questões, não viriam a participar na, posterior, recolha de dados.

Os utentes entrevistados foram, previamente, informados que a entrevista seria gravada em formato áudio, para efeitos de transcrição, sendo o anonimato e a confidencialidade preservados (pelo que, os seus terapeutas não teriam acesso às suas entrevistas), tendo estes assinado o consentimento informado, em conformidade (anexo F). Tanto este consentimento informado, como os outros documentos utilizados, já referidos, seguiram a linhas de orientação recomendadas pela Comissão de Ética da ARS Norte.

No nosso estudo, as entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos (oscilando entre os 15 minutos e as 2 horas). Antes do início da entrevista, foi feita uma pequena abordagem sobre os objetivos do trabalho e as questões da confidencialidade e anonimato da participação dos utentes. A entrevistadora, durante as entrevistas, tentou, o mais, possível, não influenciar os utentes, tendo consciência que as suas respostas verbais e não-verbais podiam influenciar a entrevista por, inadvertidamente, demonstrar apreço ou preferência por determinados tópicos. De qualquer forma, as suas intervenções estão, também, presentes nas transcrições das entrevistas (que ficam disponíveis para consulta, posterior) para melhor escrutínio dos leitores. Ainda assim, temos consciência que o pesquisador faz parte do inquérito (Bonsmann, 2010) e é nesta influência mútua, que se joga na intersubjetividade, que nos propomos construir conhecimento.

### *Instrumentos.*

#### ***Questionário do terapeuta.***

Este questionário (anexo D), que tem três secções, foi retirado da investigação sobre as vivências dos pacientes, sobre o processo psicoterapêutico psicanalítico, de Aragão Oliveira et al. (2009/2010). A primeira secção refere-se a questões de carácter sociodemográfico do psicólogo: idade, sexo, licenciatura, ano de conclusão da licenciatura, universidade onde se licenciou, grau académico mais elevado, local e tipo de formação em psicoterapia, anos de prática clínica, anos de prática clínica em contextos de saúde (centros de saúde/hospitais), frequência da prática clínica, frequência de supervisão, frequência de

processo de psicoterapia pessoal e tipo e frequência de psicoterapia disponibilizada aos utentes. A segunda secção – processo de contacto com os pacientes – consiste num quadro informativo que explicita os critérios de seleção dos pacientes a serem contactados, sugerindo-se o procedimento a tomar no contacto telefónico/pessoal com os pacientes, por parte dos terapeutas. Desta forma, os terapeutas foram solicitados a contactar pacientes com quem tivessem realizado processos de psicoterapia ou aconselhamento psicológico (ou que ainda estivessem a realizar no momento), com uma duração, mínima, de seis meses, e com uma periodicidade semanal, quinzenal ou mensal, independentemente do tempo decorrido entre o término da psicoterapia e o momento do contacto (caso os utentes já tivessem terminado, por mútuo acordo, ou não). A terceira secção – dados relativos aos pacientes – consiste nos dados dos pacientes contactados pelos terapeutas e que concordaram em participar no estudo. Para cada paciente foi pedido o nome (para contacto posterior, podendo ser, apenas, o primeiro), sexo, idade, tipo de intervenção psicoterapêutica, datas de início e fim da terapia, frequência das sessões e, ainda, um campo destinado a possíveis notas e comentários que os terapeutas quisessem colocar.

#### ***Entrevista de investigação semiestruturada.***

Tendo em conta o exposto nos capítulos precedentes, numa lógica de coerência entre modelos teóricos e metodológicos, elegemos, a entrevista de pesquisa como o instrumento que melhor permite aceder às vivências dos utentes, sobre algo, tão complexo, como o processo psicoterapêutico, no contexto de uma abordagem que nos aproxima do entrevistado e que, leva em, conta a influência do entrevistador.

Pedinielli e Rouan (2003/2005) definem a entrevista de pesquisa científica como uma entrevista, cujos objetivos são definidos, previamente, e que é realizada, segundo um tipo de recolha pré-definido. A recolha de dados é submetida a, alguma, forma de padronização, que corresponde aos critérios de validade da recolha. É de referir, contudo, que nos encontramos no campo da intersubjetividade, que é, segundo Bénony e Chahraoui (1999/2002), o motor do encontro com o outro, no qual devemos prestar atenção à comunicação verbal e não-verbal, quer do entrevistado, quer do entrevistador. De facto, o investigador participa no diálogo, não apenas pelas suas questões, mas, também, pelos seus

afetos e associações de pensamento, que as suas expressões verbais ou faciais poderão enunciar.

Frosh e Young (2008) colocam, precisamente, a questão da implicação do investigador. Se o conhecimento é construído na relação, então, entender as características dessa interação, incluindo o que o investigador traz para ela, é, crucial, para entender o significado dos dados. Para estes autores, a psicanálise sugere que a compreensão dos aspetos do investigador, que poderão ter influenciado as respostas numa entrevista, nunca estará completa, pois existem aspetos inconscientes, comunicados na interação com o participante e na, própria, análise dos dados, difíceis de escrutinar. A única forma, de explorar a influência do investigador nos dados, é através de um encontro com ele, que pode passar, por exemplo, por uma reunião com outros membros da equipa, na qual se analisem as entrevistas.

Potter e Hepburn (2005), também, sublinham a importância da natureza interativa das entrevistas e alertam para a forma como o interesse do investigador é gerido. É comum, e apropriado, que o investigador se interesse pelos tópicos que estuda, mas é preciso, ter em atenção, que os participantes podem ter a intenção de agradar ao investigador, pelo que, é, necessário, salientar a sua independência, e, ter em conta, esta influência do investigador e do setting, nas entrevistas realizadas.

Também para Midgley (2006), a psicanálise pode contribuir para o modelo da pesquisa qualitativa ao salientar este foco no aspeto relacional da entrevista, na construção de conhecimento. Para o autor, uma entrevista de investigação é sempre um encontro de ansiedades e sujeitos defendidos. Os conceitos de transferência e contratransferência podem ser de grande valor para a pesquisa qualitativa. A psicanálise oferece um modelo teórico para pensar as ansiedades e defesas que subjazem nas reações do entrevistador à entrevista e ao entrevistado. A análise desta contratransferência, através, de métodos que derivam da supervisão clínica, pode levar a um entendimento, mais profundo.

Quanto ao entrevistado, ele produz uma comunicação que é dirigida a um interlocutor, específico, que, por sua vez, deve levar, em conta, este aspeto, na apreciação daquilo que o paciente diz, e não diz, durante a entrevista. Poder-se-ia pensar que na entrevista de pesquisa, a comunicação se destina a alguém de quem, aparentemente, nada se espera. Esta situação, não é, contudo, assim, tão definida. Com efeito, a emergência de fenómenos inconscientes (surgimento inesperado de representações, de afetos, ruturas no

raciocínio, etc.), levam-nos a considerar a influência que estes têm no discurso produzido numa entrevista de pesquisa (Pedinielli & Rouan, 2003/2005).

Pedinielli e Rouan (2003/2005) constataam, também, que, no caso da pesquisa, e ao contrário da situação clínica, o pedido é invertido, visto que é o investigador que provoca a situação, sendo o sujeito a aceitar responder ao inquérito. Esta inversão do pedido coloca problemas, ao mesmo tempo, epistemológicos (projeto a que corresponde o envolvimento do sujeito na entrevista, objeto e destinatário do seu discurso) e éticos (efeitos do próprio discurso e dos relançamentos sobre o sujeito). De facto, para além do cumprimento da lei e do código deontológico, existem outras questões, como a natureza do consentimento, o interesse da pesquisa para o paciente, os seus efeitos sobre ele e as consequências dos resultados, que foram tidas em consideração, no planeamento e na realização, da nossa investigação.

As entrevistas de pesquisa podem, também, ser classificadas em função da sua estrutura e dos constrangimentos que operam sobre o discurso. Para Pedinielli e Rouan (2003/2005), a entrevista semidiretiva, que aborda, de forma livre, uma série de temas com base numa instrução lata, dando liberdade ao sujeito na forma de organizar o seu discurso, mas possibilitando alguma forma de padronização, permite a comparação de entrevistas, no âmbito da pesquisa científica.

A entrevista concretiza, também, uma certa conceção de pesquisa, que tem como referência um modelo construtivista, em que o saber é co-construído. Estamos, então, perante um instrumento, essencial, que respeita a relação e a intersubjetividade, essenciais, para o propósito do nosso estudo.

Assim, o guião da entrevista semiestruturada, utilizado no nosso trabalho, foi criado na investigação, apoiada pela Associação Internacional de Psicanálise, sobre as vivências dos pacientes, sobre o processo psicoterapêutico psicanalítico de Aragão Oliveira et al. (2009/2010), tendo-se apenas acrescentado uma questão relativa à relação entre a saúde física e o processo psicoterapêutico, dada a natureza do contexto (centro de saúde) onde os participantes realizaram/realizavam os seus processos psicoterapêuticos, parecendo-nos, esta, uma questão, particularmente, interessante de averiguar.

Uma vez que utilizámos o guião de entrevista nascido desta investigação, importa destacar a forma como este foi elaborado. No trabalho de Aragão Oliveira et al. (2009/2010), após uma longa reflexão em equipa sobre a adequação dos métodos aos objetivos, os autores optaram pelo método de Análise Qualitativa por Consenso, referido



na literatura que citaram (Hill et al., 2005; Hill, Thompson, & Williams, 1997). Esta abordagem defende a consulta da literatura, para verificar áreas, ainda, pouco estudadas, elaborar novas maneiras de examinar antigas questões, e para delinear as questões a investigar e o protocolo de entrevista. Assim, os autores consultaram trabalhos relacionados com a investigação da eficácia psicoterapêutica (Falkenström, Grant, Broberg, & Sandell, 2007; Jung, Nunes, & Eizirik, 2007; Leuzinger-Bohleber, Stuhurst, Rüger, & Beutel, 2003). Aragão Oliveira et al. (2009/2010) construíram um guião inicial que foi, posteriormente, debatido em equipa e modificado, tendo em conta as áreas a investigar (motivos de procura de terapia; mudanças observadas em si no decorrer e após o processo; escolha de um episódio significativo; o finalizar da psicoterapia; a relação com o terapeuta; e, uma pergunta aberta para o paciente partilhar outros assuntos), chegando-se, desta forma, à versão final do protocolo de entrevista.

#### *Procedimento de análise dos dados.*

Para a caracterização da amostra foram construídas duas bases de dados (uma referente à caracterização dos psicólogos que referenciaram os utentes e outra referente à caracterização dos utentes) em SPSS Windows versão 21.0 (Programa Statistical Package for Social Sciences) e foi utilizado este programa para análise estatística descritiva.

Quanto à análise da informação obtida, através da realização das entrevistas, o tratamento dos dados baseou-se no método descritivo fenomenológico psicológico de Giorgi e Giorgi (2003).

#### *Caracterização dos psicólogos que referenciaram os utentes.*

Importa caracterizar os 11 psicólogos com quem os utentes entrevistados realizaram os seus processos psicoterapêuticos, de forma a realizarmos uma análise, mais adequada, das suas entrevistas.

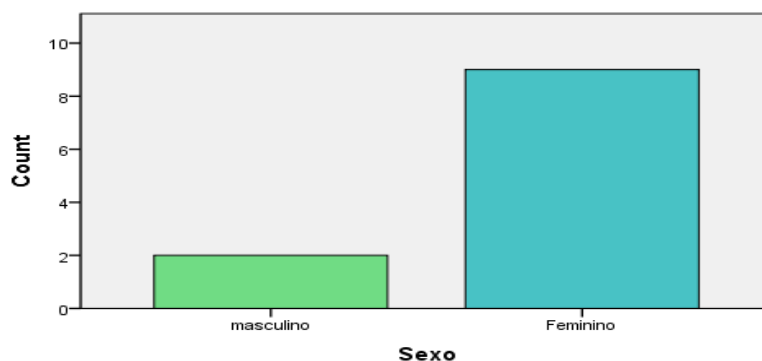


Figura 1. Distribuição por género dos psicólogos que participaram no estudo.

A maioria dos psicólogos que participaram neste estudo é do sexo feminino (nove), sendo dois do sexo masculino e têm idades compreendidas entre os 27 e os 46 anos, sendo a média de idades de 36.

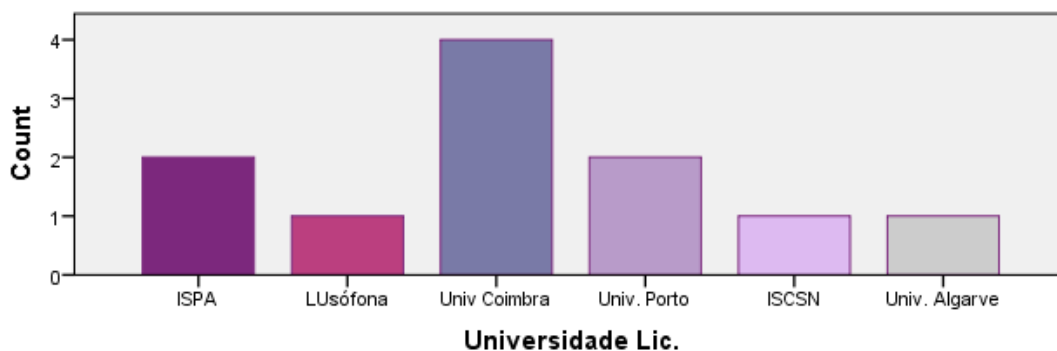


Figura 2. Universidade onde os psicólogos realizaram a sua licenciatura.

Os psicólogos realizaram a sua formação em diversas universidades do país, quer públicas, quer privadas, tendo concluído a sua licenciatura há algum tempo (entre cinco a 19 anos, média de 12 anos).

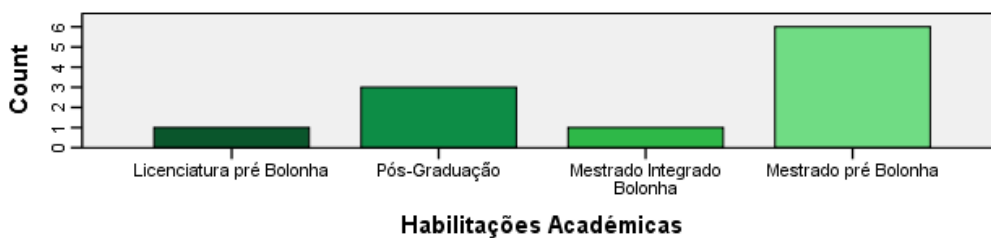
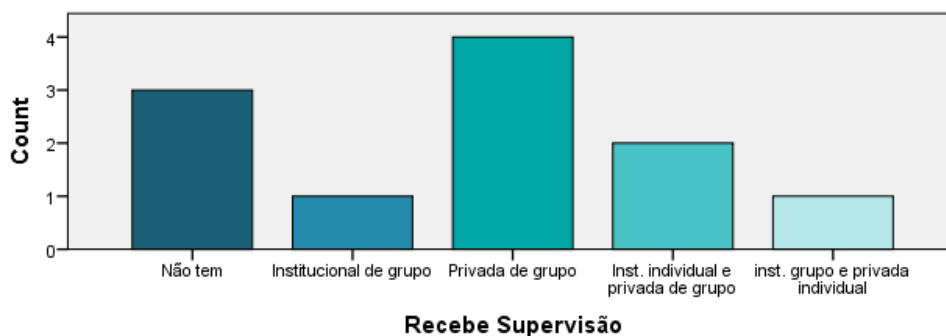


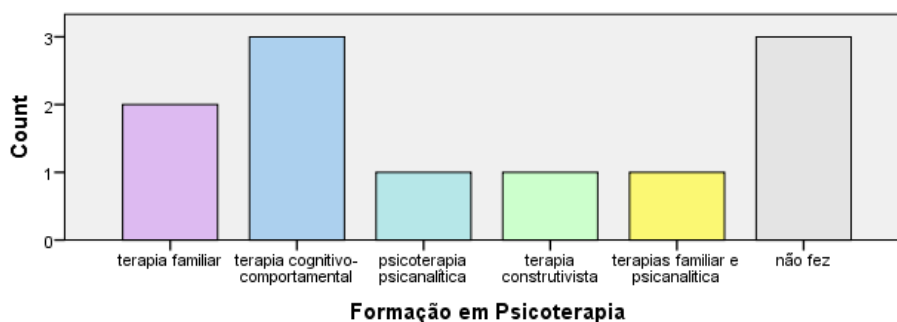
Figura 3. Grau académico, mais elevado, dos psicólogos, que participaram no estudo.

O grau, mais elevado, em termos de formação académica, situa-se ao nível do Mestrado pré-bolonha e o tempo de experiência profissional total é muito variado (entre um a 18 anos), sendo a média de 10 anos. Já a experiência profissional nos contextos de saúde (centros de saúde ou hospitais) é um pouco menor, com uma média de sete anos, mas variando, igualmente, entre um e 18 anos. Os psicólogos atendem uma média de 26 utentes por semana.



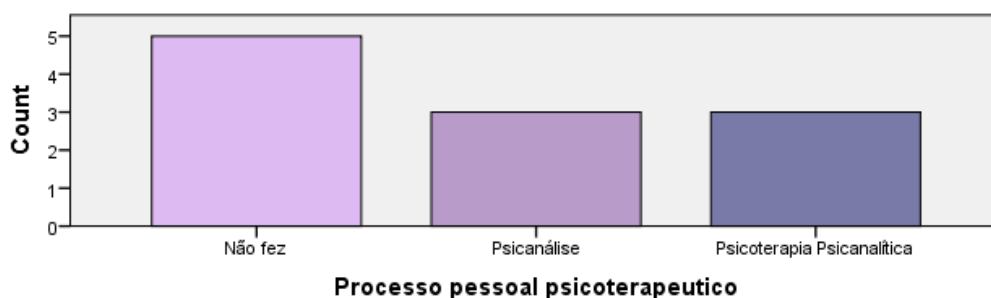
*Figura 4.* Situação e tipo de supervisão recebida pelos psicólogos que participaram no estudo.

Dos 11 psicólogos que referenciaram utentes para este estudo, seis recebem, atualmente, supervisão, tendo um dos restantes cinco psicólogos, que não recebem supervisão, respondido, já ter recebido no passado. Esta supervisão é, essencialmente, realizada em privado, e em grupo.



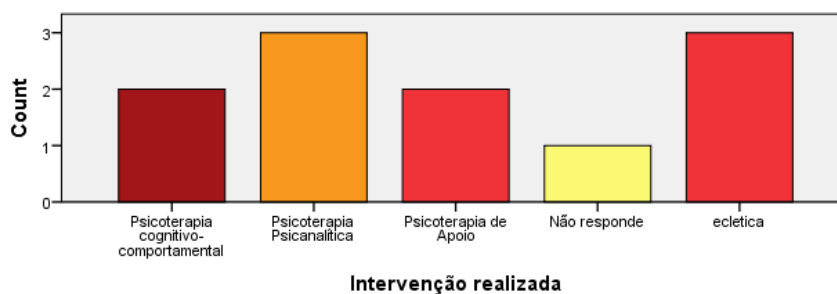
*Figura 5.* Formação em psicoterapia realizada pelos psicólogos que participaram no estudo.

Quanto ao facto de já terem recebido formação em psicoterapia, sete psicólogos referiram realizar, ou já ter realizado, formação em psicoterapia do tipo cognitivo-comportamental, psicanálise ou psicoterapia psicanalítica, psicoterapia familiar e sistémica, e psicoterapia construtivista, sendo que alguns psicólogos referiram, mais do que um tipo de psicoterapia. Esta formação, com uma duração, de um a oito anos, foram, ou são, realizadas em sociedades de formação de psicoterapia cognitivo-comportamental, terapia familiar e sistémica, psicanalítica, construtivista e de psicanálise.



*Figura 6.* Situação face à realização de processo psicoterapêutico pessoal dos psicólogos que participaram no estudo.

Relativamente ao seu próprio processo psicoterapêutico, cerca de metade (seis) dos psicólogos referiram ter realizado, ou realizar, um processo psicoterapêutico, sendo este a psicanálise ou a psicoterapia psicanalítica. A duração destes processos varia, entre um a 15 anos, com uma frequência trissemanal, semanal ou quinzenal/mensal.



*Figura 7.* Tipo de intervenção disponibilizada nos centros de saúde pelos psicólogos que participaram no estudo.

Já em relação ao tipo de intervenção disponibilizada nos centros de saúde, onde trabalham os psicólogos, esta é de cariz cognitivo-comportamental ou de orientação psicanalítica, existindo alguns psicólogos a referir a psicoterapia de apoio. Vários psicólogos referiram realizar mais do que um tipo de intervenção (onde se inclui a psicoterapia construtivista, terapia familiar e sistémica, cognitivo-comportamental e psicodinâmica) que incluimos numa intervenção eclética. Esta intervenção teve uma frequência semanal, quinzenal e mensal, realizando, vários psicólogos, todas estas frequências, nos seus acompanhamentos.

#### Quadro 1

*Número de Utentes Referenciado por Cada Psicólogo que Participou nesta Investigação*

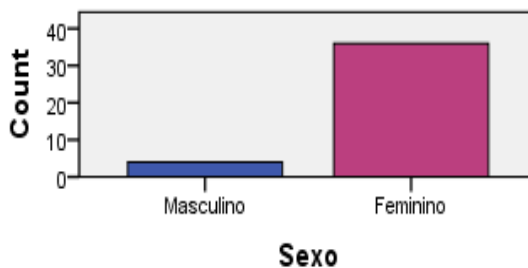
<b>Nº de Psicólogos</b>	<b>Nº de utentes referenciados</b>
1	9
1	7
1	3
1	5
2	4
2	1
3	2

Por último, referimos que o número de utentes referenciados por cada psicólogo foi muito variado, tendo, por exemplo, um psicólogo enviado nove utentes e dois, apenas, um.

#### *Caracterização dos utentes entrevistados.*

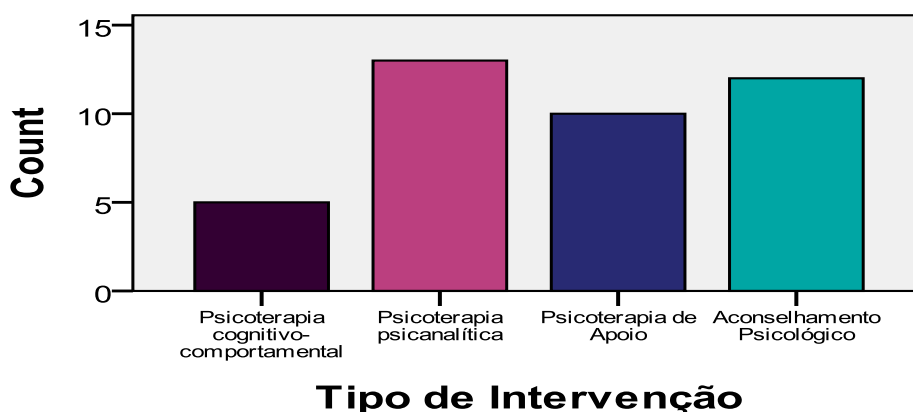
Segue-se a caracterização dos 40 utentes entrevistados que foram referenciados pelos seus psicólogos, com o seu consentimento.

Em termos de residência, estes utentes distribuíam-se por todo o país: Norte (Matosinhos, Santa Maria da Feira), Centro (Guarda, Castelo Branco, Coimbra), Lisboa (Lisboa Norte e Cascais) e Sul (Tavira e Alcoutim).



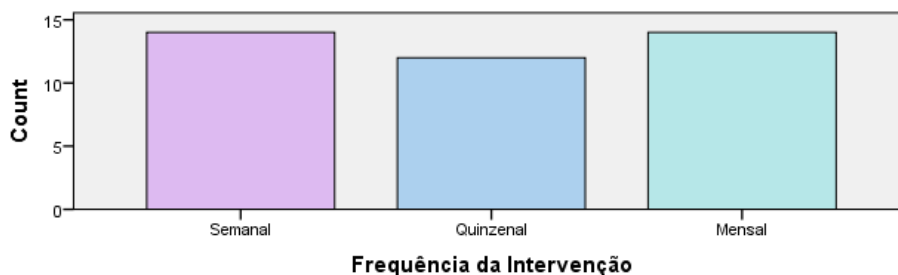
*Figura 8.* Distribuição por género dos utentes entrevistados nesta investigação.

Os utentes entrevistados são, maioritariamente, do sexo feminino (36), sendo que, apenas, quatro eram do sexo masculino. As suas idades situam-se entre os 14 e os 63 anos, sendo a média 36.



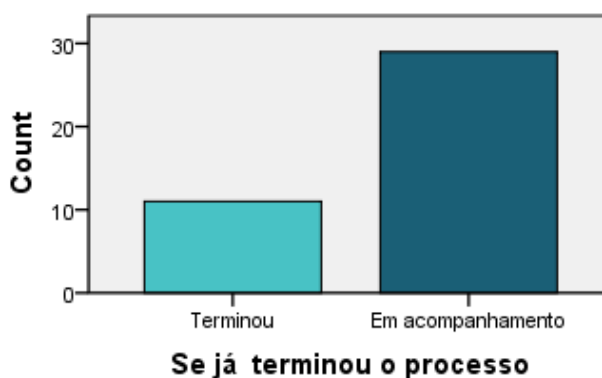
*Figura 9.* Tipo de intervenção psicológica/psicoterapêutica disponibilizada aos utentes entrevistados nesta investigação.

Quanto ao tipo de intervenção recebida, e partindo daquilo que os psicólogos referiram sobre o acompanhamento realizado a cada utente, e, também, tendo em conta a frequência do mesmo, distribuímos os utentes pela psicoterapia cognitivo-comportamental (frequência quinzenal/mensal), psicoterapia psicanalítica (semanal/quinzenal), psicoterapia de apoio (semanal/quinzenal) e aconselhamento psicológico (com uma frequência mensal).



*Figura 10.* Frequência da intervenção psicológica/psicoterapêutica disponibilizada aos utentes entrevistados nesta investigação.

A frequência destas intervenções distribui-se, assim, por uma periodicidade semanal, quinzenal e mensal. No total, o tempo de duração dos acompanhamentos variou entre os seis meses e os sete anos.



*Figura 11.* Situação relativa ao término do processo psicoterapêutico/accompanhamento psicológico.

Quanto ao término do processo, a maioria dos utentes permanecia em acompanhamento (27), tendo 13 já terminado. Destes 13, sete utentes tinham terminado o acompanhamento, há pouco tempo (de uma semana, a três meses), e seis já tinham finalizado o seu processo, há mais tempo (entre um a quatro anos).



*Figura 12.* Situação relativa ao tipo de término que tiveram os utentes que já tinham terminado os seus processos psicoterapêuticos/acompanhamentos psicológicos.

Os motivos do término devem-se, essencialmente, a um acordo mútuo entre o utente e o psicólogo, no sentido da alta. Dois utentes deixaram de frequentar as consultas por iniciativa própria, um deles, por considerar que já não necessitava daquele apoio, e outro, porque não tinha um horário compatível. Existem ainda dois utentes que terminaram o acompanhamento contra sua vontade, mas por razões institucionais, dado que o psicólogo terminou o estágio do Programa de Estágios Profissionais na Administração Pública Central - PEPAC e deixou de trabalhar no centro de saúde.

#### *Análise qualitativa dos dados.*

Os métodos qualitativos são uma mais-valia naquilo que Nelson e Quintana (2005) chamaram de estabelecimento de relevância clínica. Uma limitação da pesquisa quantitativa é que a definição da operacionalização de constructos de psicoterapia está pré-definida pelos investigadores (de acordo com o modelo hipotético-dedutivo) e eles controlam a variedade de respostas, disponível aos participantes. Em contraste, em muitos estudos qualitativos, os participantes são envolvidos no processo de definir as variáveis de interesse no estudo. O processo de investigação é, assim, mais colaborativo e os dados têm relevância clínica para os clientes e para os terapeutas. Silverstein, Auerbach e Levant (2006, cit. por Ponterotto, Kuriakose, & Granovskaya, 2008) sublinham que os métodos qualitativos adequam-se à prática clínica porque eles produzem uma descrição dos contextos e da experiência subjetiva individual.

Os estudos qualitativos também permitem chegar a públicos mais abrangentes. Um cidadão comum terá dificuldade em interpretar um gráfico de regressão linear, mas não



terá dificuldade em ler sobre os temas da terapia, refletidos na expressão dos participantes. Assim, a pesquisa qualitativa tem vindo a realçar a credibilidade da profissão entre clínicos, estudantes e audiências leigas (Silverstein et al., 2006, cit. por Ponterotto et al., 2008).

Outro aspeto importante relaciona-se com o papel do investigador como co-construtor de significado. A reflexividade é uma possibilidade que permite ao investigador compreender como a sua própria experiência e compreensão afetam o processo de investigação (Ribeiro de Sousa, 2006). Para Willig (2001), existem dois tipos de reflexividade, a pessoal e a epistemológica. A pessoal envolve refletir sobre a forma como os nossos valores, experiências, interesses, crenças, etc, moldaram a pesquisa, assim como, pensar como a pesquisa nos mudou enquanto pessoas e investigadores. A reflexividade epistemológica requer que nos envolvamos com questões como: como pode a questão de investigação ser encontrada? Como o desenho do estudo e o método de análise construíram os dados? Como podia a questão de investigação ser respondida de forma diferente? Esta reflexividade, encoraja-nos a refletir nas assunções que fizemos, no decorrer do processo de investigação, e na implicação, destas, para a pesquisa e para os dados.

A nossa reflexividade levou-nos a destacar, na nossa análise dos dados, o método fenomenológico. Trata-se de um modelo compreensivo que apresenta significativa relação com o fenómeno psicológico. O método fenomenológico constitui-se numa abordagem descritiva, partindo da ideia, que se pode deixar o fenómeno falar por si, com o objetivo de alcançar o sentido da experiência, ou seja, o que a experiência significa para as pessoas que tiveram a experiência, em questão, e que estão, portanto, aptas a dar uma descrição compreensiva desta. O principal representante desta metodologia será Amedeo Giorgi, que coordenou, durante muito tempo, na Universidade de Duquesne, um grupo de pesquisa de base fenomenológica, e que elabora passos bem detalhados para um trabalho fenomenológico (Holanda, 2006), que abordaremos mais à frente.

Contudo, a pesquisa qualitativa fenomenológica não é de todo similar à situação encontrada no teste de hipóteses e a questão da validade da investigação assume outros contornos. Para Giorgi (2002), dentro da fenomenologia, o objetivo não é eliminar a subjetividade, mas, em vez disso, tentar clarificar o papel da subjetividade quando o conhecimento é alcançado. Trata-se de tentar entender as condições sob as quais o conhecimento válido pode ser obtido. Para o autor, o conhecimento, como um fenómeno no mundo, está, estritamente correlacionado, com a subjetividade, pois não existe

conhecimento, em si, existe, apenas, conhecimento para um sujeito humano apreender. Uma vez que todo o conhecimento está correlacionado com a subjetividade, o que importa é a forma como um sujeito consciente está presente a um evento, no mundo. O objetivo e a estratégia, que daqui decorrem, removem qualquer sentido de validade para a fenomenologia, semelhante ao sentido dado na construção de testes de hipóteses.

Uma vez que a fenomenologia tem um critério (fidelidade ao fenómeno), os investigadores procuram situações, tanto quanto possíveis, fiéis às situações que procuram entender. Os investigadores tentam chegar a estruturas que nos dizem como os participantes, realmente, viveram as situações. Por outras palavras, eles não criam testes, mas estudam situações reais, não se colocando a questão da validade de uma situação de teste, em relação à situação real. Assim, a questão da validade para a fenomenologia estaria, simplesmente, na pergunta: como é válido o conhecimento obtido a partir de uma situação de pesquisa qualitativa? Giorgi (2002) recorda, que esta questão não é levantada em relação à pesquisa experimental, e coloca, como exemplo, a questão da replicação. Quando se repete a experiência em outros locais, para ver se se encontram os mesmos resultados, podem-se inspecionar os métodos utilizados pelos investigadores, examinar a seleção da amostra, questionar a análise dos dados, ou desafiar as interpretações e generalizações, mas não se perspectiva a pesquisa com uma questão prévia: é o conhecimento válido? No entanto, parece que esta questão persiste, no contexto da pesquisa qualitativa.

A este respeito Giorgi (2002) coloca uma série de questões: será que a presença da subjetividade leva, necessariamente, a erros? Teremos de multiplicar os pesquisadores até termos um número, significativo, e eles chegarem a um consenso? Mas, então, como podem muitos fazer, o que um não pode? Para o autor, ter o consenso de muitos investigadores, é possível, mas não toca o cerne da questão: como é que um único sujeito chega ao conhecimento válido? A solução, para Giorgi não é a eliminação da subjetividade, já que ela é inerente ao conhecimento, mas passa pela clarificação das condições, sob as quais, os humanos ganham conhecimento válido. O autor defende que o método descritivo fenomenológico implementa esta estratégia. Consequentemente, a pesquisa qualitativa, que visa a procura do significado das experiências, não coloca ameaças ao avanço da ciência, porque os significados podem ser, objetivamente, discriminados. De facto, trata-se de uma extensão do verdadeiro espírito da ciência, mas a

sua legitimação, é melhor entendida na perspectiva de uma ciência fenomenológica, do que, na de uma ciência empírica.

Para Giorgi (2003), os critérios da ciência são atendidos, quando o conhecimento obtido é sistemático, metódico, crítico e geral. Sistemático, significa que existe uma ligação entre vários sub-campos, dentro de uma dada disciplina. Metódico, significa que certos passos básicos, que podem ser seguidos por muitas pessoas para testar o conhecimento, estão disponíveis. Crítico, significa que o conhecimento alcançado por, qualquer, método, não é, simplesmente, aceite porque foi alcançado, mas porque outros investigadores desafiam os conhecimentos e os procedimentos, tentando, inclusive, replicar o estudo. Geral, significa que o conhecimento obtido é aplicável a outras situações. Para o autor, o método descritivo fenomenológico psicológico satisfaz todos estes critérios.

### ***Método descritivo fenomenológico psicológico.***

Giorgi (2011) defende a utilização do método fenomenológico na investigação do processo psicoterapêutico dada a sua pertinência na exploração das vivências dos participantes. Este método aplicado à investigação psicoterapêutica consiste nos seguintes passos:

1º) Assumir a atitude correta, que inclui a redução fenomenológica, a perspectiva psicológica e a sensibilidade ao fenómeno. Adotar a atitude fenomenológica, significa que aquilo que o participante experiencia, é tomado como sendo, precisamente, a presença da sua consciência. Para o investigador, aquilo que é dado ao participante, existe, na verdade, na forma, como o participante o experiencia. A perspectiva psicológica é necessária para perceber as dimensões psicológicas da experiência e, uma vez, que o processo terapêutico é o fenómeno em estudo, uma especial sensibilidade, a este, é, também, requerida. Esta atitude é mantida em todos os passos do método.

2º) Obter o sentido do todo para cada descrição. O investigador deve ler os dados para ter a noção do todo, para saber quando a descrição termina, para a analisar corretamente. A perspectiva fenomenológica é uma perspectiva holística e não podemos compreender as primeiras partes de uma descrição sem saber o fim. Este passo é

completado sem interrogar, ou colocar explícito, o sentido geral, de forma a manter maior abertura.

3º) A discriminação de unidades de significado, com um foco no fenômeno, em estudo. Volta-se ao início e relê-se a descrição, de forma a criar partes manejáveis, que são chamadas unidades de significado. Operacionalmente, isto é feito colocando uma marca na descrição, de cada vez, que o investigador experiencia a transição do significado, quando relê o texto. A criação de unidades de significado é um passo prático e o procedimento não carrega um peso teórico. Giorgi (2003) alerta que não existem unidades de significado objetivas, as unidades de significado estão correlacionadas com a perspectiva do investigador. Todos os investigadores não precisam de ter as mesmas unidades de significado para que o procedimento seja válido. O método é julgado pelos seus resultados e não pelas fases intermédias. Estas discriminações têm significado, com relevância psicológica, em relação ao fenômeno pesquisado.

4º) Transformação de expressões quotidianas dos participantes em expressões psicológicas com ênfase no fenômeno em estudo. Depois de delinear as unidades de significado, o investigador expressa o conteúdo psicológico contido nelas, enfatizando, especialmente, aquelas unidades de significado, que parecem mais reveladoras do fenômeno. Este passo revela o significado psicológico da linguagem, do dia-a-dia, do participante. Todo o propósito do método é descobrir e articular o significado psicológico vivido pelo participante, que revela a natureza do fenômeno, que é pesquisado. A descrição original está cheia de expressões do dia-a-dia e cheia de referências do mundo do participante. As expressões do quotidiano são, muitas vezes, idiossincráticas, mas ricas em significado. Os significados expressos pelos participantes têm de se tornar, psicologicamente, explícitos, no que diz respeito ao fenômeno que está a ser pesquisado. Este passo termina com uma série de unidades de significado transformadas, ou seja, as unidades de significado que estavam na linguagem do participante, estão, agora, expressas com sensibilidade psicológica, em relação ao fenômeno em estudo.

5º) A síntese das unidades de significado transformadas numa descrição consistente da estrutura do fenômeno em estudo. Um resultado deste método é a descrição da estrutura geral de um fenômeno, representando a essência do fenômeno como foi vivido. Para alcançar este passo, os dados, na forma de unidades de significado transformadas, são considerados na formulação da estrutura geral. Este passo consiste em usar as unidades de significado transformadas, como constituintes da estrutura da experiência.

6º) Determinação de estruturas: apesar de ser desejável uma única estrutura que englobe todos os dados, estes não nos permitem, sempre, este resultado. Às vezes, diferentes estruturas têm de ser escritas, para dar conta de todos os dados. Em qualquer caso, a estrutura, ou estruturas, são usadas como um guia, para um entendimento, mais profundo, dos dados.

Giorgi (2003) refere-se, ainda, a uma análise, após a realização da estrutura. O propósito de construir a estrutura da experiência é ajudar a compreender os dados, de uma forma, mais, metódica e sistemática. Os constituintes da estrutura podem ajudar a compreender as variações encontradas nos dados. A estrutura é feita para cobrir o que é, psicologicamente, essencial, sobre uma série de experiências, do mesmo tipo, não pretendendo ser universal, mas, apenas, geral.

Devido ao desenho do nosso projeto de investigação cuja amostra, em análise, era num número, consideravelmente, maior (N=40) às encontradas nos estudos com este método (normalmente são analisadas, muito poucas, transcrições de entrevistas), realizámos algumas adaptações para facilitar a análise dos dados. Deste modo, procedemos à realização do trabalho de organização e análise do conteúdo, seguindo os seguintes passos metodológicos:

1º Passo: Obter o sentido do todo para cada descrição. Leitura integral de todas as entrevistas.

2º Passo: Descriminação de unidades de significado com enfoque no fenómeno a ser analisado. Re-leitura de cada entrevista integralmente, discriminando-se as unidades de significado, através, do foco na questão realizada. Assim, para cada questão, foram extraídas as unidades de significado, que com ela se relacionavam em toda a entrevista e não só na resposta dada à questão em causa.

3º Passo: Transformação de expressões quotidianas dos participantes em expressões psicológicas, com enfoque no fenómeno em análise (consoante a pergunta).

4º Passo: Organização das unidades de significado transformadas, de forma a criar os constituintes da estrutura.

5º Passo: Elaboração da estrutura do fenómeno em análise (consoante a pergunta). As estruturas são usadas como um guia para um entendimento mais profundo dos dados.

Assim, para cada questão foram elaborados quadros (anexo G a anexo V) referentes aos constituintes (que permitiram elaborar, posteriormente, a estrutura), dando-

se conta do número de respostas em cada constituinte (ressalvando-se, que cada utente referiu mais do que uma ideia para cada constituinte).

## Quadro 2

### *Exemplo de Quadro Representativo dos Constituintes da Estrutura Apresentados em Anexo*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Constituinte</b>	<b>Nº referências</b>	<b>Exemplos das unidades de significado</b>
(que deram respostas englobadas neste constituinte)	Unidades de significado transformadas	(por cada unidade de significado transformada)	(antes de serem transformadas)

Os dados, mais significativos, são apresentados, em forma de gráfico, no corpo do texto, aquando da apresentação dos resultados, para melhor visualização.

Na análise dos dados, a investigadora avaliou o seu viés, ao examinar, se a sua interpretação dos dados dos participantes, foi influenciada pelas suas próprias experiências enquanto psicóloga, num centro de saúde, sendo esta análise dos dados supervisionada pelo orientador da tese. De qualquer forma, as transcrições integrais das entrevistas ficam disponíveis para consulta (quando solicitado aos investigadores), de forma a permitir a outros investigadores fazer os seus, próprios, juízos. Estas transcrições integrais não foram editadas neste trabalho, de forma a preservar o anonimato dos utentes entrevistados e a respeitar o exposto no consentimento informado que assinaram. Assim, apesar de a transcrição permanecer um processo imperfeito que constrói um texto, como versão da interação original (pois compromissos práticos são feitos entre as ideias de fidelidade ao original e a legibilidade e acessibilidade da transcrição final, tendo-se em conta, também, as questões de tempo e espaço), a pesquisa qualitativa vê as transcrições, como uma forma segura de garantir a validade das suas descobertas e dados, uma vez que a audiência tenha acesso aos dados, sobre os quais a análise incidiu (Nikander, 2008).

### *Questões éticas.*

A pesquisa qualitativa, em psicologia, tem o poder de explorar a existência humana com grande detalhe. Dá acesso à experiência humana e permite aos investigadores descrever aspetos, íntimos das vidas das pessoas. A interação humana nos inquéritos qualitativos afeta os investigadores e os participantes e o conhecimento produzido, através da pesquisa qualitativa, afeta a nossa compreensão da condição humana. Consequentemente, a pesquisa qualitativa, em psicologia, está saturada de questões éticas que fazem parte do processo, desde logo, na formulação da questão de investigação, nas entrevistas, nas transcrições e análises e na publicação dos resultados (Brinkmann & Kvale, 2008).

Já nos referimos a questões como o consentimento informado, a confidencialidade, e o papel do investigador. Discutiremos, agora, as consequências para os utentes que participam neste tipo de investigação. Existe, sempre, a preocupação, de que a participação em investigações sobre a psicoterapia, possa ser difícil para os clientes, ou possa influenciar o curso da terapia, se estes, ainda, estiverem a realizar esse processo. Contudo, a literatura de investigação tem vindo a demonstrar que os clientes que se voluntariam para participar nestes estudos, são, não, só, participantes interessados, mas, também, pacientes que vêm a beneficiar, terapeuticamente, ao fazê-lo (Manthei, 2007; Bonsmann, 2010).

De facto, para Marshall, Vaughan, Mackinnon, Mellman e Roose (1996), o impacto clínico da pesquisa é, habitualmente, positivo, ou negligenciável, referindo-se a vários estudos que apontam neste sentido (Braff et al., 1979; Carroll et al., 1980; Kocsis et al., 1981; O'Leary et al., 1990). Marshall e colegas (1996) desenvolveram um questionário que explora, especificamente, o efeito das entrevistas, questionários e gravações de voz, em ambos, pacientes e terapeutas (AIR - Assessing the Impact of Research). Os seus resultados demonstram, que a maioria, dos pacientes e terapeutas, reportam reações, mínimas, à participação em projetos de investigação e que a resposta do paciente à participação é, muito, mais vezes, positiva, que negativa, reportando, muitas vezes, beneficiar das entrevistas.

A este propósito, Manthei (2007) perguntou aos clientes, que participaram no seu estudo sobre as experiências do aconselhamento psicológico, qual tinha sido o efeito de participar na investigação. Os resultados obtidos revelaram, que os clientes foram

motivados por um desejo, altruísta, de ajudar outros clientes, a obter benefícios de um aconselhamento psicológico efetivo. Eles pareceram interessados nos objetivos da investigação e olharam-na como uma valiosa atividade. Apesar de quererem a confirmação, de que permaneceriam anónimos, em, quaisquer, relatórios, que poderiam ser escritos, muitos, ofereceram-se para participar, no futuro, caso fosse necessário. Assim, na sua maioria, eles indicaram que fazer parte da investigação foi benéfico, em termos pessoais, e como uma forma de ajudar outros clientes. Para este autor, perguntar aos clientes sobre as suas perspetivas sobre o aconselhamento psicológico, ajuda-os a controlar e a refletir sobre o significado da sua, própria, experiência e sobre os significados que, outros, dão a essa experiência, podendo, inclusive, impulsionar o crescimento pessoal e o avanço na terapia, nos clientes, ainda, nesse processo.

Assim, pensamos ser benéfico para os utentes, dos centros de saúde, participarem num tipo de investigação, que tem, em conta, a sua perspetiva sobre o processo psicoterapêutico, porque essa participação permite um momento de reflexão sobre o trabalho terapêutico realizado. Paralelamente, este tipo de investigação permitirá melhorar práticas clínicas, baseadas na perspetiva dos utentes e, conseqüentemente, contribuir para a sua própria melhoria (em relação aos utentes que, ainda, permanecem em acompanhamento, ou que regressarão no futuro) e para a melhoria de outros utentes do sistema nacional de saúde. O facto deste tipo de investigação permitir que a voz dos utentes seja ouvida, também, os fortalece. Além disso, pensamos, ser importante para os participantes, a noção de que participam na construção de conhecimento.

## **Resultados**

Apresentamos os resultados obtidos, através, de uma análise de conteúdo das entrevistas dos utentes, baseada no método Fenomenológico Descritivo Psicológico de Giorgi e Girgi (2003).

Recordamos que os 40 utentes entrevistados receberam psicoterapia cognitivo-comportamental (frequência quinzenal/mensal), psicoterapia psicanalítica (semanal/quinzenal), psicoterapia de apoio (semanal/quinzenal) e aconselhamento psicológico (com uma frequência mensal), com um tempo de duração, que variou entre os



seis meses e os sete anos, permanecendo, a maioria, em acompanhamento (27), tendo 13 já terminado. Uma vez que os resultados são apresentados de acordo com as questões de investigação colocadas, apresentamos os dados referentes ao total dos utentes entrevistados e, também, os dados referentes, apenas, aos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica. Os quadros representativos de cada constituinte são apresentados em anexo (anexo G a anexo V), ressaltando-se que cada utente referiu, por vezes, mais, do que, uma ideia, relativa a cada constituinte, revelando-se de seguida, os resultados mais significativos.

*Motivos de procura de ajuda psicológica nos centros de saúde.*

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

- Motivos de natureza objectiva, interna - sintomas psicológicos (sintomas depressivos; ansiedade; irritabilidade; desejos suicidas; raiva);
- 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).

***Dados gerais (N=40).***

Apresentam-se os dados representativos de cada constituinte, ressaltando-se que, cada utente, referiu, mais, do que, um motivo para o pedido de ajuda psicológica nos cuidados primários (anexo G):

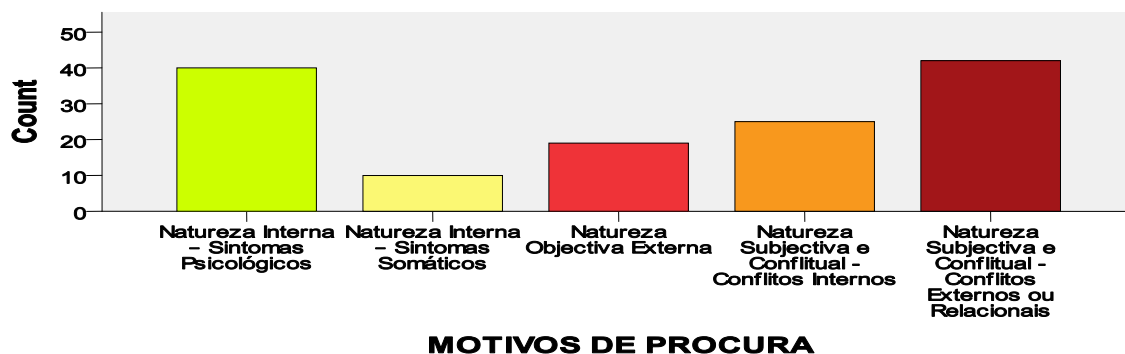


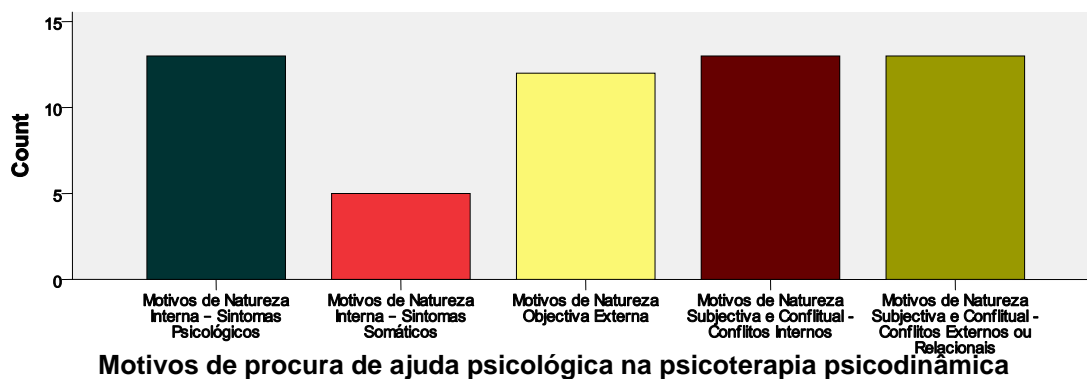
Figura 13. Motivos de procura de ajuda psicológica dos utentes em geral ( $N=40$ ).

Na análise destes resultados, verificamos, que, numa visão geral ( $N=40$ ), os motivos, que, mais utentes referiram foram os sintomas psicológicos, seguidos dos conflitos externos e só depois dos conflitos internos. Os sintomas psicológicos referidos pelos 40 utentes foram, sobretudo, os sentimentos depressivos e a ansiedade, mas, também, foram mencionados desejos suicidas, irritabilidade e raiva. Os motivos relacionados com os conflitos externos ou relacionais (referidos por 32 utentes) referem-se à insatisfação com as relações familiares, com o companheiro, a dificuldades na área laboral, na adaptação a um novo local de residência, na relação com o outro, em geral, e devido a doenças de familiares. Os motivos relacionados com os conflitos internos (referidos por 24 utentes) englobam a insatisfação consigo próprio, memórias dolorosas, dificuldades no luto, desejos de um maior auto-conhecimento, sentimentos de culpabilidade e sentimentos de solidão.

Verificamos, também, que cerca de metade dos utentes (19) refere a indicação de terceiros como razão para o seu pedido de ajuda (os utentes são encaminhados para a consulta de psicologia, maioritariamente, pelo médico de família), mas apenas 10 refere os sintomas somáticos, como um dos motivos do seu acompanhamento psicológico (sendo estes, sobretudo, relacionados com perturbações do sono, ou da alimentação). No mesmo sentido, é de referir que apenas três utentes referem a sua doença física como um dos motivos do pedido de ajuda (uma situação de obesidade, uma situação de sequelas de traumatismo crânio-encefálico e uma situação de infertilidade), sendo este o motivo, exclusivo, do pedido de ajuda, apenas numa destas situações.

Tendo em conta estes resultados, parece que, no caso da nossa amostra, a maior parte dos utentes procura os serviços de psicologia, devido a motivos psicológicos não decorrentes do seu estado de saúde física, apesar de se tratar de um contexto de saúde.

***Dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13) (anexo H).***



*Figura 14.* Motivos de procura de ajuda psicológica dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13).

Todos os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica 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 cinco utentes.

Comparando, ainda, as respostas da amostra geral (N=40) com as respostas dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13), verificamos que ao nível dos motivos relacionados com os conflitos internos, as referências às memórias dolorosas são,

sobretudo, feitas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (nove em 11) e o mesmo acontece em relação ao desejo de um maior auto-conhecimento (quatro em cinco). Relativamente aos utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, assistimos, mesmo, 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: “Depois, quando recorri à ajuda psicológica, percebi que existiam, 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”.

Assim, a estrutura dos motivos de ajuda psicológica nos centros de saúde é a seguinte:

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 ou a questões relacionadas com doenças físicas.

Estes resultados, também, sugerem que os motivos relacionados com os conflitos internos, ao nível das memórias dolorosas e do auto-conhecimento, têm maior expressão nos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, existindo, também, neste grupo de utentes, uma evolução nos motivos de procura de ajuda, no sentido de uma maior consciência dos conflitos internos.

#### *Experiências de mudança.*

Nesta secção, apresentamos os dados referentes à questão sobre as mudanças percebidas, que os utentes atribuíram à intervenção psicológica, à questão sobre, como essas mudanças surgiram, e à questão relativa ao que aconteceu a essas mudanças,

após o término da psicoterapia. 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 dados relativos aos 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.

Do total dos utentes, apenas um não referiu qualquer mudança que atribua ao acompanhamento psicológico, referindo: “Parece que ficou assim tudo na mesma”. Assim, os dados, seguintes, referem-se a 39 utentes que referiram mudanças positivas. de vários tipos.

#### *Dados gerais (n=39).*

Apresentam-se, de seguida, os dados representativos de cada constituinte, ressaltando-se que cada utente referiu mais do que uma mudança (anexo I):



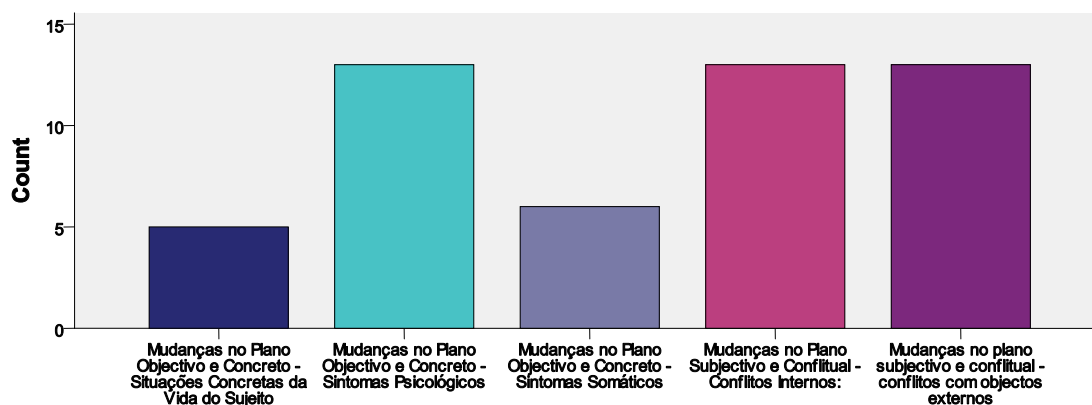
Figura 15. Mudanças percebidas pelos utentes em geral ( $n=39$ )

Assim, 39 utentes atribuíram mudanças à intervenção psicológica, sobretudo, ao nível dos conflitos internos (37 utentes) como o aumento da auto-consciência de si e dos conflitos internos, inerentes ao sofrimento psíquico, o aumento da capacidade reflexiva, sentimentos de um novo “Eu”, melhorias na auto-estima e maior satisfação com os recursos internos (flexibilidade, capacidade para lidar com a angústia, para resolver problemas e para lidar com sentimentos negativos, maior confiança nas suas capacidades, melhorias na auto-aceitação, menor culpabilização), e ao nível dos sintomas psicológicos (36 utentes) tais como, diminuição ou supressão de sentimentos depressivos e da ansiedade, maior alívio e menos angústia, irritabilidade menor e menos raiva. Seguindo-se, depois, as mudanças ao nível dos conflitos externos ou relacionais (29 utentes sentem-se mais abertos, comunicativos, assertivos, com maior capacidade de expressar os seus sentimentos, ou de colocar mais limites, ou de se sentirem, mais independentes, face ao outro), o que se refletiu em melhorias na relação com os outros, em geral, melhorias na relação com familiares, melhorias na relação com o companheiro, ou em cuidar, mais de si, na relação com o outro. As mudanças nos sintomas somáticos, que revelam o impacto da psicoterapia na saúde física, foram referidas por 15 utentes. Estes conseguiram alimentar-se melhor e até emagrecer, dormir melhor, tiveram menos dores de cabeça, sentiram-se menos cansados fisicamente, com menos dores no peito, controlando melhor a asma, ou sentindo-se, muito melhor, fisicamente, não concretizando esta melhoria.

Por fim, são referidas as mudanças relacionadas com as situações concretas de vida. Doze utentes conseguiram emprego, ou regressaram ao trabalho, voltaram a estudar, ou investiram, mais, nos estudos, tiraram a carta, ou conseguiram conduzir sozinhos,

praticaram desporto, e conseguiram, ainda, sair de casa, fazer compras sozinhos, arranjar uma solução habitacional, ir de férias, passears ou ir à praia.

*Dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13) (anexo J).*



*Figura 16.* Mudanças percebidas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)

Todos os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (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).

Ao nível das mudanças internas, podemos constatar que são, sobretudo, os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica a referir um aumento da auto-consciência de si

e dos conflitos internos (11 referências em 13) e sentimentos de um novo “Eu” (cinco em seis).

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 seis 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 cinco utentes.

### ***Contributos para a mudança.***

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

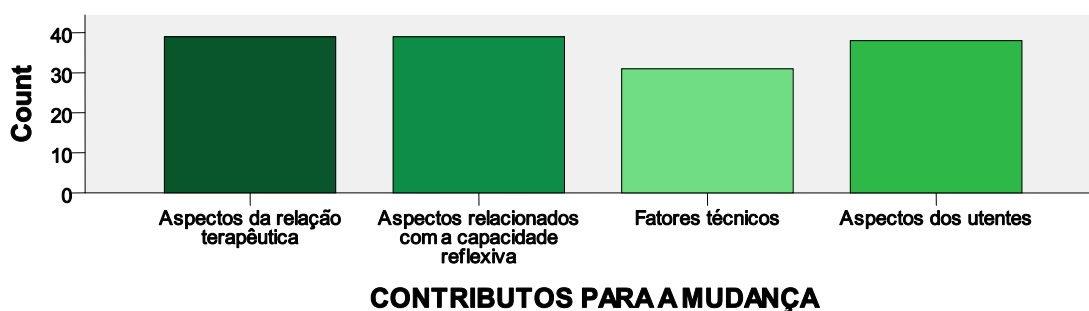
- Aspectos relativos aos utentes (envolvimento);
- Aspectos da relação terapêutica (confiança, aceitação, compreensão, etc);
- Aspectos relativos à capacidade reflexiva;
- Técnicas específicas utilizadas durante a psicoterapia.

Como salientado, apenas um utente não referiu, qualquer, mudança que atribua ao acompanhamento psicológico. Assim, os dados seguintes referem-se a 39 utentes que referiram as mudanças positivas já abordadas:



*Dados gerais (n=39).*

Apresentam-se, de seguida, os dados representativos de cada constituinte, ressaltando-se que cada utente referiu mais do que um contributo para a mudança percebida (anexo K):



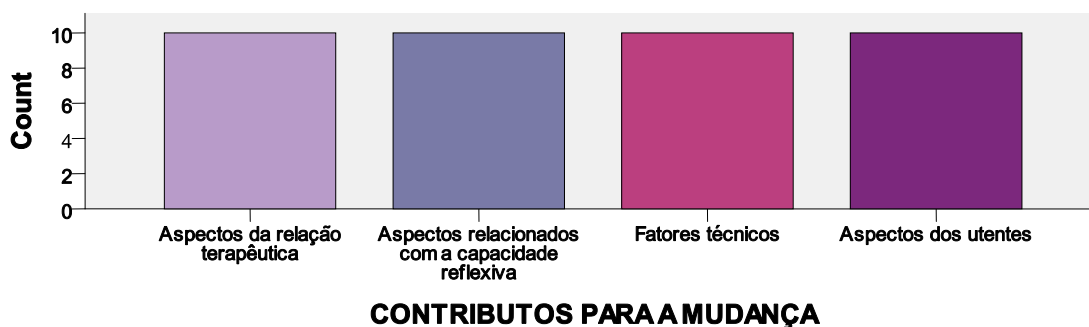
*Figura 17.* Contributos para as mudanças percebidas pelos utentes em geral (n=39)

Para além de um forte enfoque na aliança terapêutica, referida por todos os utentes, que se consubstancia em aspectos como, a atenção, envolvimento e interesse do terapeuta, empatia, confiança no terapeuta, o sentir-se à vontade para explorar, qualquer, aspeto com o terapeuta, o incentivo e apoio do terapeuta, sentir-se compreendido pelo terapeuta, que não o julga e pela existência de uma relação forte, as mudanças ocorreram, segundo os 39 utentes, através de uma reflexão sobre si, próprios, ou seja, através de falarem sobre si, próprios (dos seus problemas, aspectos muito íntimos, ou situações traumáticas, do presente e do passado), e de compreenderem o que se passava com eles, realizando conexões.

Outro contributo, referido por 30 utentes, refere-se aos aspectos técnicos que passam pelo profissionalismo e competências dos psicólogos, pelas suas intervenções (interpretações, respostas, orientações, confrontações, explorações, conselhos, demonstração de outras perspetivas) e, também, pelas técnicas que referem ter aprendido, para lidar com a ansiedade, com os sentimentos depressivos e outros. Assim, as intervenções do psicólogo são eficazes por aquilo que os utentes retiram delas, sendo os aspetos relativos aos contributos dos utentes salientados por, quase, todos eles (38). Os

utentes seguem os conselhos, dicas ou indicações dos seus terapeutas e sentem-se parte ativa do processo de mudança, referindo a sua capacidade para refletir, fora das sessões, e ter boas expectativas, quanto ao processo.

*Dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13) (anexo L).*



*Figura 18.* Contributos para as mudanças, percebidas pelos utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)

Todos os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica referem contributos para as mudanças, que advêm da aliança terapêutica, e de uma reflexão sobre si, próprios, que os levou a descobrir conexões e aspetos 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 perspetiva para a qual contribuem as intervenções do terapeuta e aquilo que o utente retira delas.

De referir que as intervenções apontadas pelos utentes, que realizaram este tipo de psicoterapia, foram, mais, interpretações, nomeadamente, relacionadas com ligações com o passado dos utentes, explorações, confrontações e, menos, técnicas para lidar com sentimentos específicos, mais comuns, nas respostas dos utentes que realizaram psicoterapia cognitiva-comportamental, por exemplo.

### *Mudanças pós - término.*

Uma vez que a maioria dos utentes permanecia em acompanhamento, a questão relativa ao que aconteceu às mudanças percebidas, após o término da psicoterapia, foi, apenas, colocada aos oito utentes que tinham terminado, há algum tempo, o seu processo. De facto, dos 13 utentes que já tinham terminado, quatro tinham terminado, há cerca de uma semana, pelo que a questão não foi colocada, tendo-se tido o mesmo procedimento para a utente, que tinha terminado há dois anos, mas que não percepcionava qualquer mudança que atribuísse ao acompanhamento psicológico recebido.

Uma vez que o tempo passado, entre o fim do acompanhamento e a entrevista, teve influência nas memórias, sobre o que aconteceu às mudanças, optámos por apresentar os resultados dividindo os utentes entre os que tinham terminado, há pouco tempo (de um a três meses - três utentes) e os que tinham terminado, há mais tempo (um a quatro anos - cinco utentes). A maioria dos utentes, a quem foi colocada esta questão, tinha terminado o seu processo por mútuo acordo, à exceção de uma utente que tinha terminado por decisão unilateral, devido ao facto de não ter horário compatível com o acompanhamento.

Da análise realizada, surgiram os seguintes dados relativos aos constituintes da estrutura das Mudanças Pós-Término:

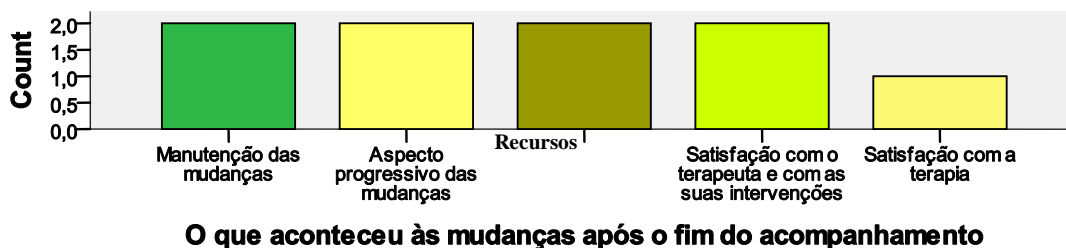
- Manutenção das mudanças (as mudanças mantiveram-se após o fim da terapia).
- Aspecto progressivo das mudanças (sentimentos de que as mudanças ainda evoluirão mais com o passar do tempo).
- Retrocessos (existiram alguns retrocessos, nomeadamente, ao nível dos sintomas psicológicos, dos conflitos internos e relacionais).
- Sentimento de tranquilidade por poder regressar ao acompanhamento caso necessite;
- Intenção de regressar ao acompanhamento;
- Continuação da utilização de ferramentas e recursos desenvolvidos em terapia;
- Satisfação com o terapeuta e com as suas intervenções;
- Satisfação com a psicoterapia.
- Mudanças que se mantiveram ou evoluíram:

- Mudanças nos conflitos internos (maior satisfação com os recursos internos, aumento da auto-estima; aumento da capacidade reflexiva, aumento da auto-consciência de si e dos conflitos internos inerentes ao sofrimento psíquico);
- Mudanças nas situações concretas da vida do sujeito;
- Mudanças nos sintomas psicológicos (ansiedade e sentimentos depressivos);
- Mudanças nos conflitos externos ou relacionais (melhoria nas relações em geral, melhoria nas relações com familiares e no cuidar de si, na relação com o outro).

*Dados gerais (n=8).*

Apresentam-se, de seguida, os dados representativos de cada constituinte, ressaltando-se que cada utente apontou mais do que uma ideia sobre o que aconteceu às mudanças, após o fim do acompanhamento (anexo M):

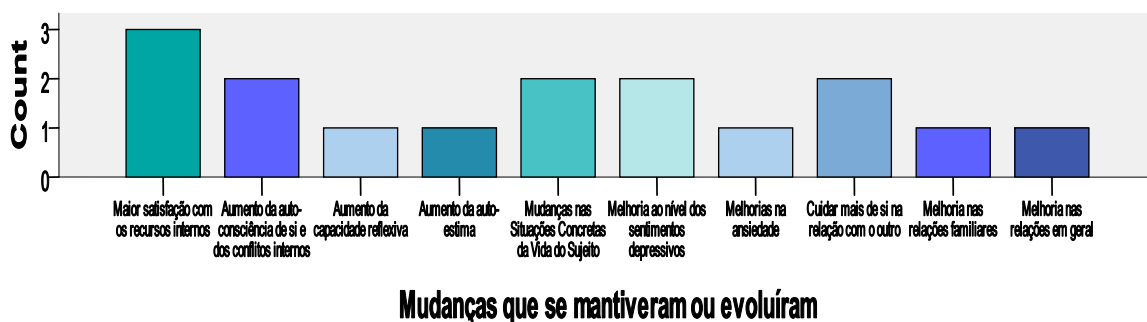
*Utentes que tinham terminado o processo há pouco tempo (1 a 3 meses) (n=3).*



*Figura 19.* Situação das mudanças após o término da psicoterapia na perspetiva dos utentes que tinham terminado o seu processo, há pouco tempo (entre um a três meses) (n=3).

Os utentes que tinham terminado o seu processo há pouco tempo (entre um a três meses) referiram-se à manutenção das mudanças, após o fim do acompanhamento, e ao facto de algumas mudanças evoluírem, progressivamente, podendo ser percecionadas, mais, a médio prazo. Para além da satisfação com a terapia, o terapeuta e as suas

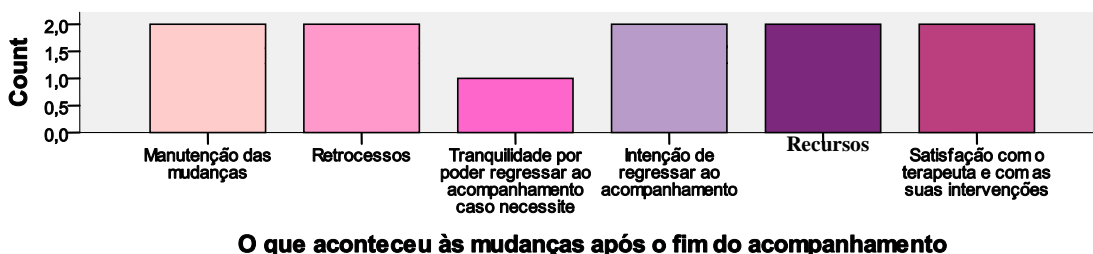
intervenções, os utentes, também, se referiram ao facto de continuarem a utilizar ferramentas e recursos desenvolvidos em terapia.



*Figura 20.* Mudanças que se mantiveram, ou progrediram após o término da psicoterapia, na perspetiva dos utentes, que tinham terminado o seu processo, há pouco tempo (entre um a três meses) ( $n=3$ ).

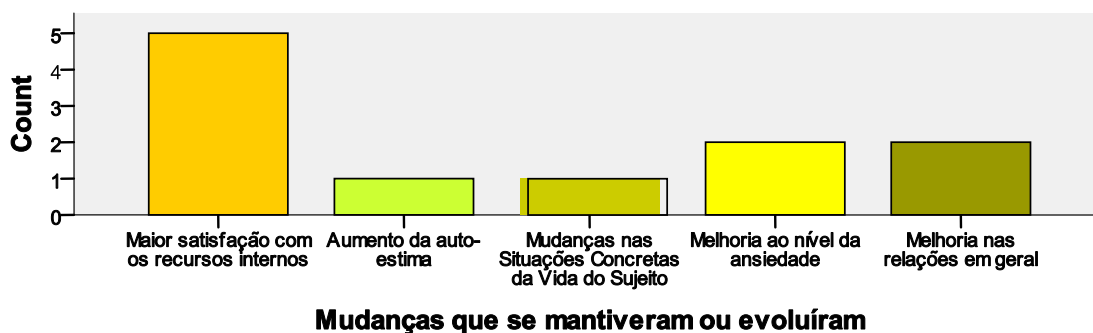
No que se refere às mudanças que se mantiveram, ou progrediram, após o término do processo, os utentes que tinham terminado, há pouco tempo, referiram vários tipos: mudanças nos conflitos internos, com destaque para uma maior satisfação com os recursos internos; mudanças nas situações concretas de vida; mudanças nos sintomas psicológicos, com melhorias ao nível dos sentimentos depressivos e da ansiedade; e, ainda, mudanças nos conflitos externos, ou relacionais, com melhorias ao nível das relações dos sujeitos com os outros.

*Utentes que tinham terminado o processo há mais tempo (1 a 4 anos) ( $n=5$ ).*



*Figura 21.* Situação das mudanças, após o término da psicoterapia, na perspetiva dos utentes que tinham terminado o seu processo, há mais tempo (entre um a quatro anos) ( $n=5$ ).

Os utentes que tinham terminado o seu processo, há mais tempo, (entre um a quatro anos) referiram, a par de uma manutenção das mudanças, alcançadas com a terapia, aspetos relacionados com alguns retrocessos, ao nível dos sintomas psicológicos, conflitos internos e relacionais. De realçar que, dos dois utentes, que referiram estes retrocessos, uma utente tinha interrompido, por não ter horário compatível, não tendo, na realidade, terminado o processo: “Senti-me mais aliviada, mas depois deixei de vir e comecei outra vez...”, manifestando interesse em retomar. Contudo, para além desta situação, existem outras referências a retrocessos e à possibilidade de regresso ao processo. Os utentes que tinham terminado, há mais tempo, referiram, ainda, utilizar os recursos adquiridos em terapia e satisfação com o terapeuta e as suas intervenções.

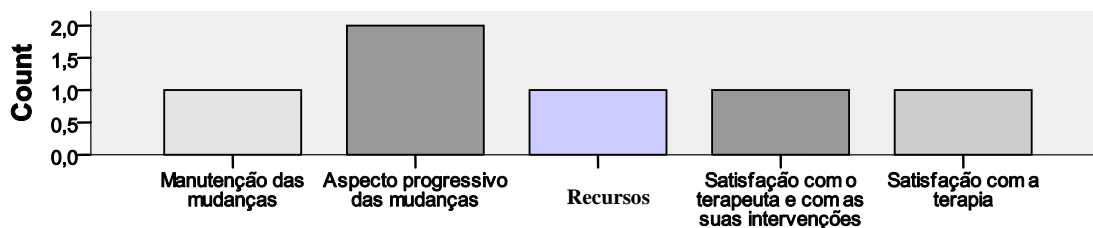


*Figura 22.* Mudanças que se mantiveram, ou progrediram, após o término da psicoterapia, na perspetiva dos utentes que tinham terminado o seu processo, há mais tempo (entre um a quatro anos) ( $n=5$ ).

Quanto às mudanças que estes utentes sentiram que se mantiveram, estas foram referidas ao nível dos conflitos internos, e, tal, como nos utentes que tinham terminado, há pouco tempo, relacionadas, sobretudo, com uma maior satisfação com os recursos internos. Foram, também referenciadas mudanças nas situações concretas de vida, melhorias ao nível da ansiedade e das relações em geral.

Dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=2$ ) (anexo N).

*Utentes que tinham terminado o processo há um mês ( $n=2$ ).*



**O que aconteceu às mudanças após o fim do acompanhamento:**

Figura 23. Situação das mudanças, após o término da psicoterapia, na perspetiva dos utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, e que tinham terminado o seu processo, há há cerca de um mês ( $n=2$ ).

Dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, apenas dois tinham terminado o processo, na altura da entrevista e, esse término, tinha sido, há cerca de um mês. Ainda assim, na comparação com os dados gerais, podemos verificar que foram, estes, os utentes, que referiram o aspeto progressivo das mudanças, uma vez que estes utentes sentem que continuam mudando, apesar, do processo terapêutico ter chegado ao fim.

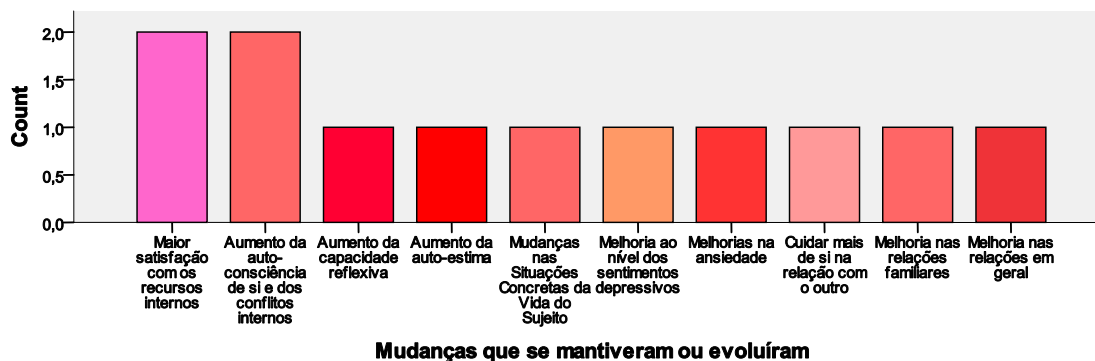


Figura 24. Mudanças que se mantiveram, ou progrediram, após o término da psicoterapia, na perspetiva dos utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, e que tinham terminado o seu processo, há cerca de um mês ( $n=2$ ).

Estas mudanças cobriram, vários, aspetos, tais como, as mudanças nos conflitos internos e relacionais, nos sintomas psicológicos e nas situações concretas de vida. De realçar, será o facto de terem sido os utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, a se referirem ao aumento do autoconhecimento de si e dos conflitos inerentes ao sofrimento psíquico, como uma mudança, que se manteve, ou acentuou, pós-término, como verificamos na comparação com os dados de todos os utentes, que tinham terminado o seu processo psicoterapêutico.

Assim, a estrutura geral das experiências de mudança é a seguinte:

Os utentes deste estudo experienciam mudanças, que atribuem à psicoterapia, ao nível dos conflitos internos, dos sintomas psicológicos, dos conflitos externos e relacionais e, em menor grau, ao nível dos sintomas somáticos e das mudanças nas situações concretas de vida. Estas mudanças ocorrem, através, da relação terapêutica e de um aumento da capacidade reflexiva, que implica um maior autoconhecimento, e que advém das intervenções do terapeuta e do envolvimento dos utentes.

Ao longo do processo psicoterapêutico parece existir uma focalização nos conflitos internos, nos utentes em geral, e, em particular, nos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, no que respeita a um aumento da autoconsciência de si e dos conflitos internos e a sentimentos de um novo “Eu”.

Os poucos utentes que terminaram a terapia revelam, de uma forma geral, satisfação com a terapia e o terapeuta, continuando a utilizar ferramentas e recursos desenvolvidos em terapia. Apesar da manutenção, das mudanças alcançadas, ser, também, referida, de uma forma geral (foram referidos os vários tipos de mudança, com a exceção das mudanças ao nível dos sintomas somáticos), alguns dos utentes que terminaram, há mais tempo, referem, igualmente, alguns retrocessos nessas mudanças e a intenção de regressar à terapia. São os utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, a referir mudanças pós-término, relacionadas com o autoconhecimento de si, e a salientarem o facto de as mudanças irem progredindo, ao longo do tempo, após o término do processo.



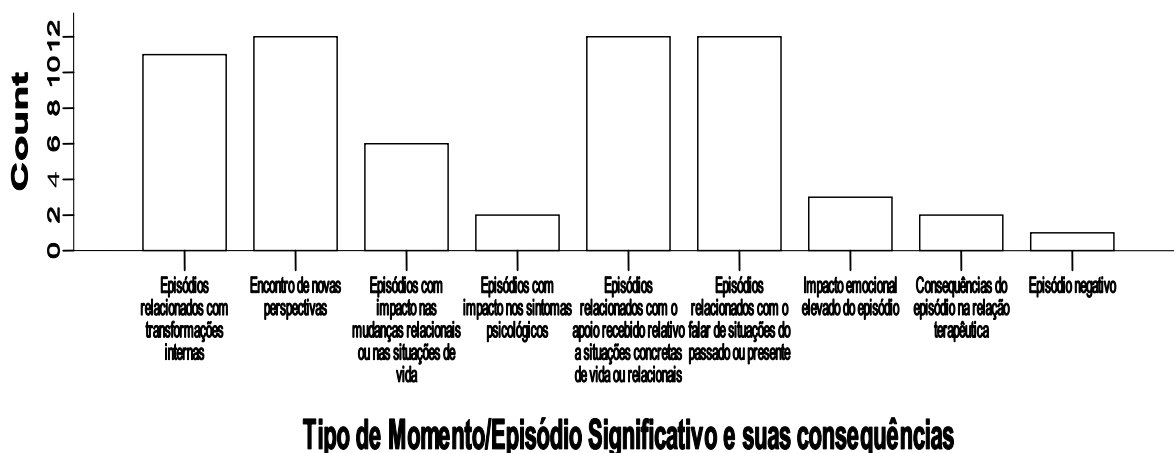
*Momento/episódio significativo.*

Foi solicitado aos utentes entrevistados, que descrevessem um momento/episódio ocorrido, no decorrer da terapia, que tivesse sido, muito, importante, ou significativo. Da análise realizada aos resultados obtidos, surgiram os seguintes dados relativos aos constituintes da estrutura do Momento/Episódio Significativo:

- Episódios relacionados com transformações internas (aumento do contacto com mundo interno, recursos internos mais satisfatórios);
- Encontro de novas perspectivas de si e do mundo relacional;
- Episódios com impacto nas mudanças relacionais ou nas situações de vida;
- Episódios com impacto nos sintomas psicológicos;
- Episódios relacionados com o apoio recebido relativo a situações concretas de vida ou relacionais;
- Episódios relacionados com o falar de situações do passado ou presente;
- Impacto emocional elevado do episódio;
- Consequências do episódio na relação terapêutica;
- Episódio negativo;
- Intervenções específicas (os utentes salientam intervenções dos terapeutas);
- Sentimentos face ao terapeuta e à relação terapêutica;
- Ideia de uma cadeia de eventos que levou ao episódio significativo;
- Existência de muitos momentos/episódios significativos;
- Não recordação de um momento específico, mas valorização de todos os momentos;
- Não existência de um momento significativo.

*Dados gerais (N=40).*

Apresentam-se, de seguida, os dados representativos de cada constituinte, ressaltando-se que cada utente apontou mais do que uma ideia sobre o momento/episódio significativo (anexo O):



*Figura 25.* Tipo de momento/episódio significativo, e suas consequências, referidos pelos utentes em geral ( $n=35$ ).

Os utentes referiram, como momentos, especialmente, significativos, episódios, sobretudo, relacionados com o falar sobre situações do passado, ou do presente, numa perspetiva de exploração interna (abusos, morte de familiares, ou amigos, episódios da infância, etc.), ou relacionados com o apoio recebido, durante a terapia, relativamente a situações, específicas, pelas quais, passavam na altura da terapia (divórcio, conflitos familiares, etc.).

Os episódios significativos permitiram o encontro de novas perspetivas de si e do mundo relacional, transformações internas (aumento do contato com o mundo interno, recursos internos, mais, satisfatórios) e mudanças ao nível dos conflitos externos e relacionais dos utentes e das suas situações de vida. Um número reduzido de utentes, ainda, referiu o elevado impacto emocional destes episódios, as suas consequências em termos da redução dos sintomas psicológicos, e, em termos, da própria relação terapêutica (aumento do à vontade para com o terapeuta). Apenas, uma utente se referiu a um episódio negativo, estando este relacionado com uma confrontação da psicóloga, que, embora tenha sido compreendida pela utente, não foi considerada útil.

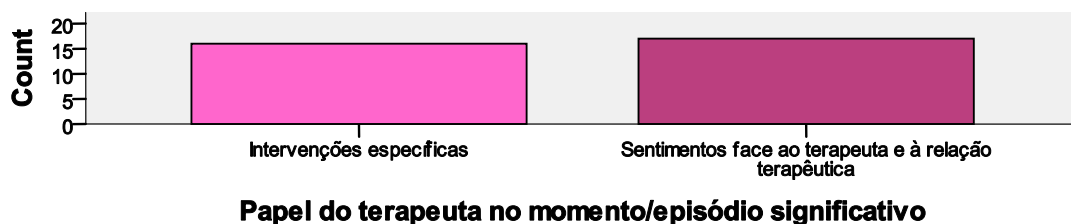


Figura 26. Papel do terapeuta no momento/episódio significativo referido pelos utentes em geral ( $n=20$ ).

Na descrição dos episódios significativos, 50% dos utentes entrevistados, referiram-se, também, às intervenções dos psicólogos (confrontações, interpretações, etc.) e aos sentimentos face aos terapeutas e à relação terapêutica (sentimentos de serem compreendidos, aceites, etc.), como contributos, importantes, destes momentos.

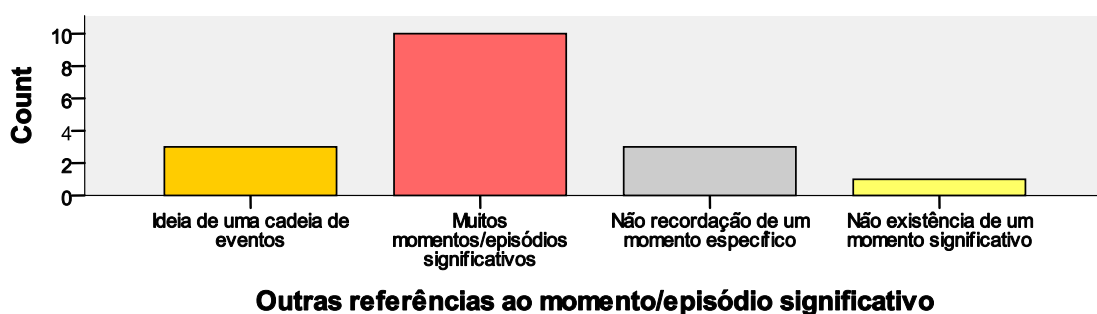
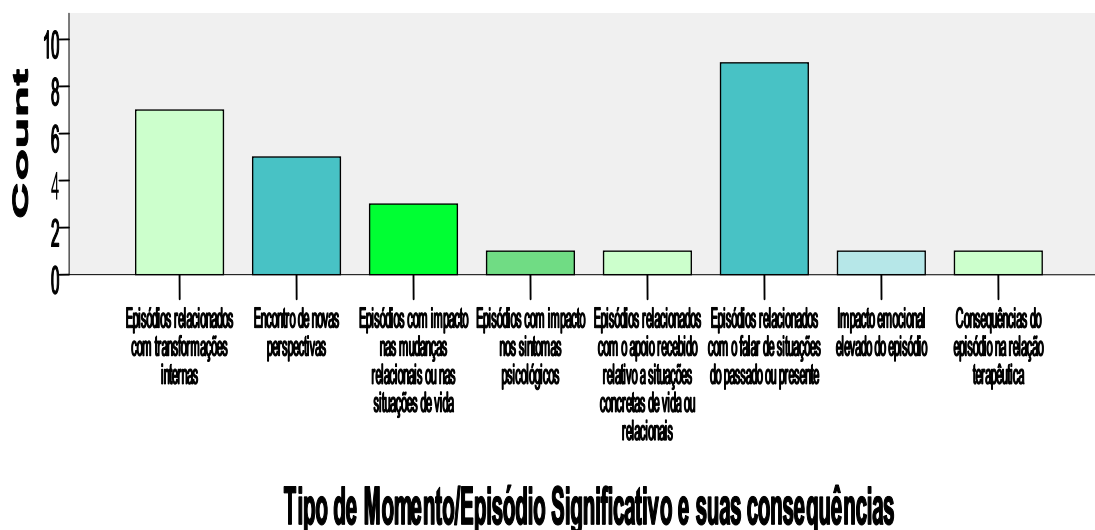


Figura 27. Outras referências ao momento/episódio significativo realizadas pelos utentes em geral ( $n=17$ ).

Os utentes, ainda, fizeram outras referências aos episódios/momentos significativos. Alguns, referiram a existência de muitos momentos significativos ao longo do seu processo, conseguindo, ainda assim, discriminar um deles, três não se recordaram de nenhum episódio, específico, mas, valorizaram a intervenção recebida, no seu todo, e, apenas, uma utente referiu a não existência de qualquer episódio significativo, uma vez que, também, não considerou a terapia útil. Alguns, utentes aludiram à ideia de que este episódio significativo esteve relacionado com outros episódios/momentos da terapia anteriores: “Era um novelo de lã (...) naquele dia conseguimos descobrir onde é que estava a ponta.”

*Dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13) (anexo P).*



*Figura 28.* Tipo de momento/episódio significativo, e suas consequências, referidos pelos utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=11).

Os utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, referiram-se a episódios/momentos, especiais, sobretudo, relacionados com o falar sobre situações do passado, ou do presente, numa perspetiva de exploração interna (abusos, morte de familiares, ou amigos, episódios da infância, etc.). Os episódios significativos permitiram o encontro de novas perspetivas de si e do mundo relacional, transformações internas (aumento do contato com mundo interno, recursos internos, mais, satisfatórios) e mudanças ao nível dos conflitos externos e relacionais, dos utentes, e das suas situações de vida.

De referir que foram os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, que mais, se referiram aos episódios relacionados com as transformações internas (sete referências em 11), ao contrário do apoio recebido, relativamente a uma situação, concreta, do presente, que foi, apenas, referido por uma utente.

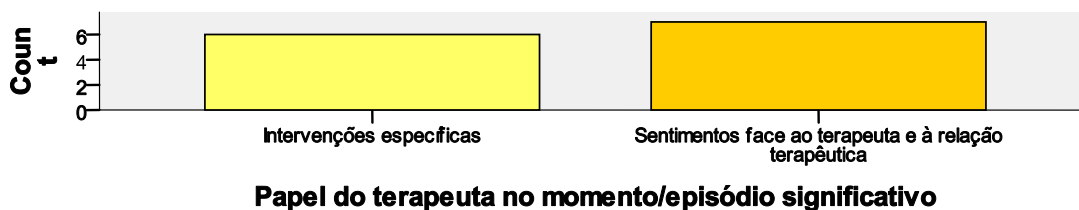


Figura 29. Papel do terapeuta no momento/episódio significativo referido pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=8$ ).

Na descrição dos episódios significativos, a maioria dos utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, referiram-se às intervenções dos psicólogos (confrontações, interpretações, etc.) e aos sentimentos face aos terapeutas e à relação terapêutica (sentimentos de serem compreendidos, aceites, confiança no terapeuta, etc.), como, importantes, para o surgimento destes momentos.

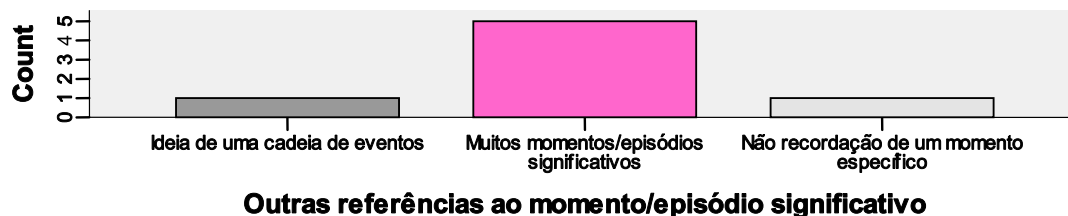


Figura 30. Outras referências ao momento/episódio significativo realizadas pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=7$ ).

Os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, também, referiram a existência de, muitos, momentos significativos, ao longo do seu processo, conseguindo, na maioria dos casos, discriminar um deles.

Assim, a estrutura geral dos momentos/episódios significativos é a seguinte:

Os utentes referiram, como momentos especialmente significativos, episódios, relacionados com o falar sobre situações do passado, ou do presente, numa perspetiva de exploração interna.

Os episódios, significativos, permitiram o encontro de novas perspetivas de si e do mundo relacional, transformações internas e mudanças ao nível dos conflitos relacionais, com consequências, em termos, da redução dos sintomas psicológicos e da própria relação terapêutica. Os utentes entrevistados referiram-se, também, às intervenções dos psicólogos (confrontações, interpretações, etc.) e aos sentimentos, face aos terapeutas, e à relação terapêutica, como contributos, importantes, destes momentos.

### *Relação terapêutica.*

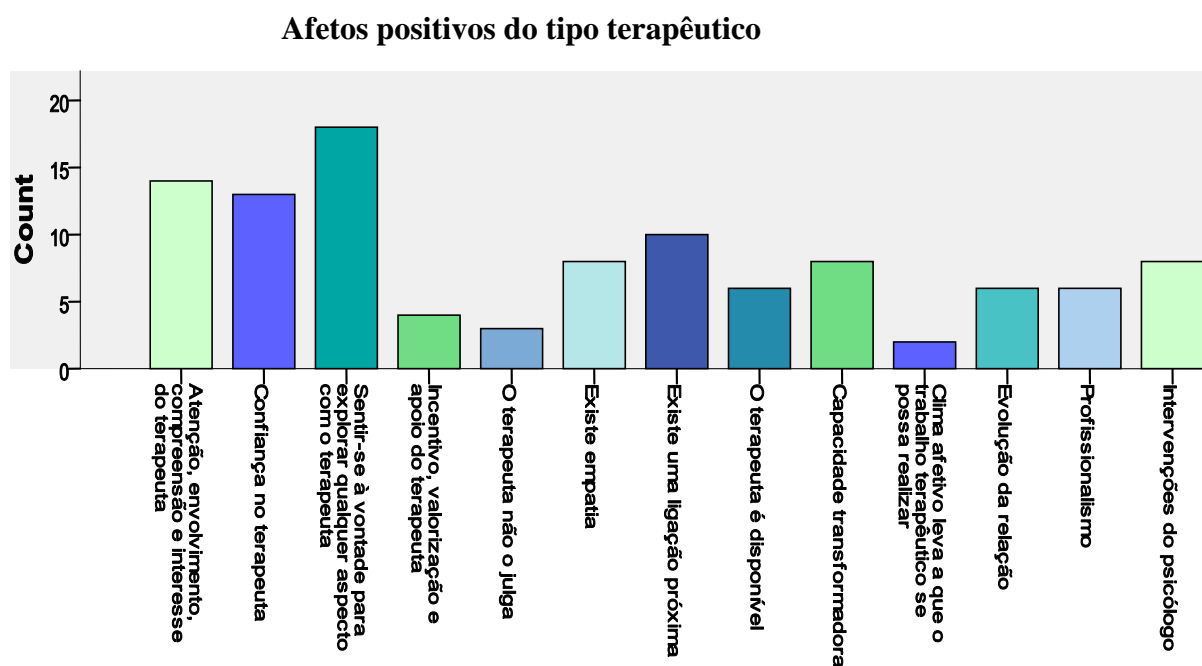
A análise das respostas à questão, que remetia para a forma como os utentes sentiram o seu terapeuta e a relação terapêutica, permitiu o surgimento dos seguintes dados relativos aos constituintes da Relação Terapêutica:

- Características terapêuticas:
  - Atenção, envolvimento, compreensão e interesse do terapeuta;
  - Confiança no terapeuta;
  - Sentir-se à vontade para explorar qualquer aspeto com o terapeuta;
  - Incentivo, valorização e apoio do terapeuta;
  - O terapeuta não o julga;
  - Existe empatia;
  - Existe uma ligação próxima;
  - O terapeuta é disponível;
  - Capacidade transformadora.
- A ideia de que o clima afetivo leva a que o trabalho terapêutico se possa realizar;
- Evolução da relação;
- Profissionalismo e competências dos psicólogos;
- Intervenções do psicólogo (interpretações, respostas, orientações, confrontações, explorações, conselhos, mostrar outra perspetiva);
- Afetos positivos de tipo pessoal;

- Referência a características pessoais do terapeuta (calma, bem-disposta, etc.);
- Relação mais pessoal;
- Idealização do terapeuta;
- Ambivalência face ao terapeuta;
- Sentimentos negativos.

*Dados gerais (N=40).*

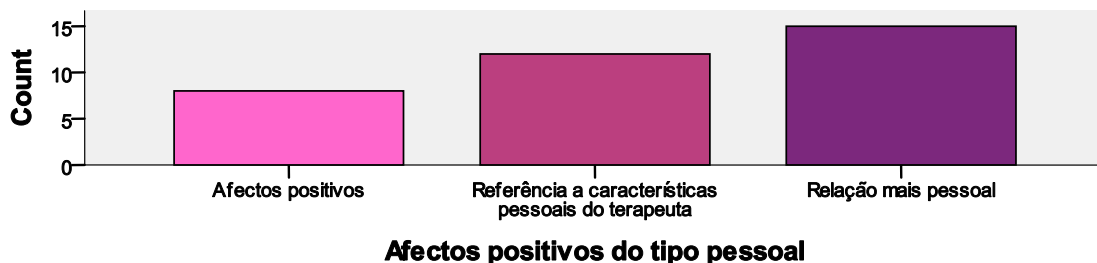
Apresentam-se, de seguida, os dados representativos de cada constituinte, ressaltando-se, que cada utente apontou, mais do que uma ideia, sobre a relação terapêutica e sobre o seu terapeuta (anexo Q):



*Figura 31.* Afetos positivos, do tipo terapêutico, em relação ao terapeuta, referidos pelos utentes em geral ( $n=37$ ).

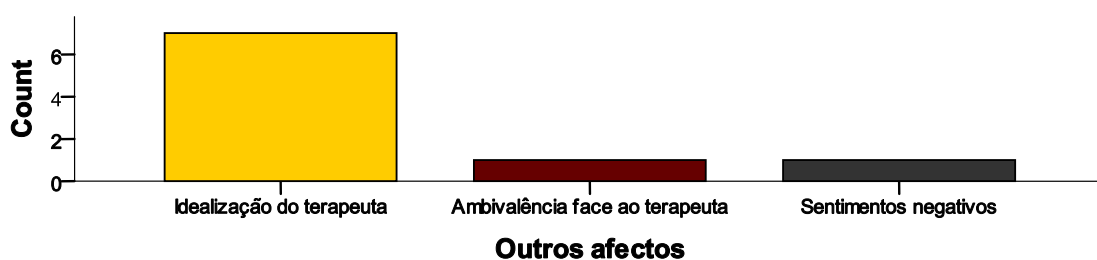
Os utentes referiram, vários, aspetos relacionados com as vivências decorrentes da relação terapêutica, como o envolvimento e empatia do terapeuta, a perceção de que é possível abordar aspetos íntimos, numa ligação de grande proximidade, valorizando, também, as intervenções do terapeuta, no contexto desta relação, e atribuindo ao terapeuta

uma capacidade transformadora. Os utentes referiram-se, ainda, ao profissionalismo dos terapeutas e ao facto de ter existido uma evolução na relação, no sentido de uma maior confiança e à vontade em relação ao terapeuta.



*Figura 32.* Afectos positivos do tipo pessoal, em relação ao terapeuta, referidos pelos utentes em geral ( $n=25$ ).

Mais de metade dos utentes, também, verbalizou sentimentos de cariz pessoal, mais relacionados com a perceção do terapeuta como um amigo, realçando características pessoais deste (calmo, positivo, bem-disposto, meigo, simpático, etc.), relacionando, também, estes aspetos com o desenvolvimento do processo terapêutico: “Se eu chegasse ali e ela só fosse escrever, escrever, e não olhasse para mim, não sorrisse para mim, não me desse aquele abraço, que me dava no final da consulta, eu não confiava nela, não ia ter capacidade para lhe contar as coisas que lhe contei.”



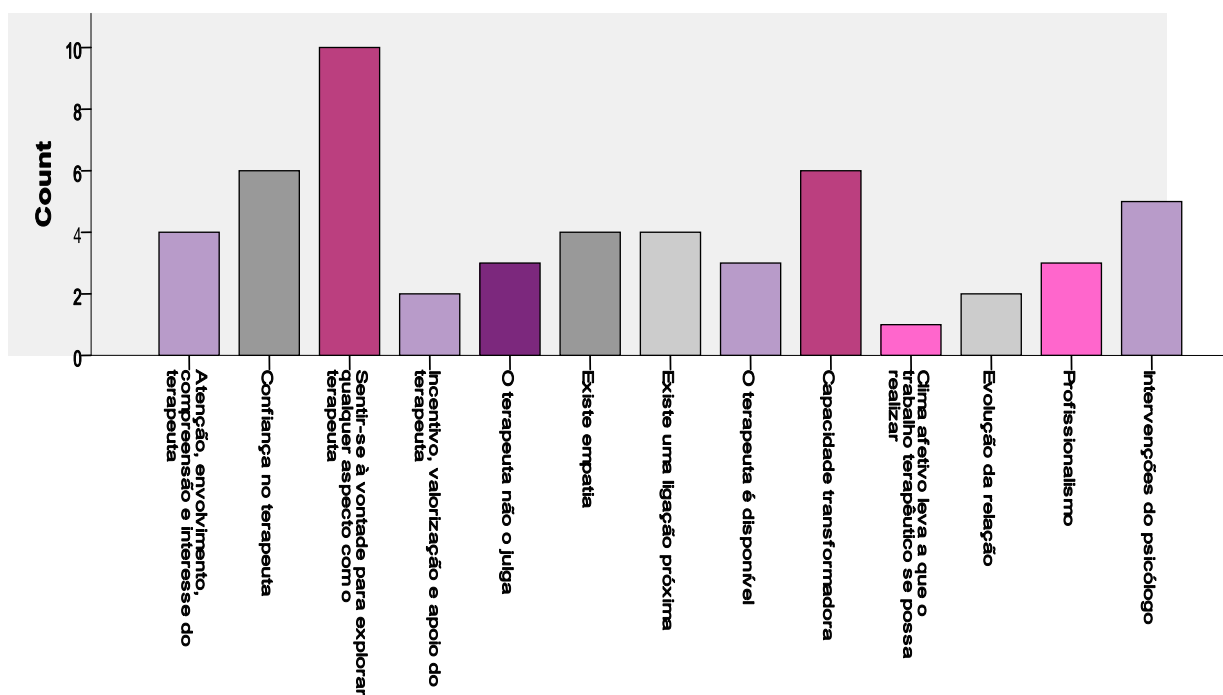
*Figura 33.* Outros afectos relacionados com o terapeuta, referidos pelos utentes em geral ( $n=9$ ).

Alguns utentes referiram-se ao terapeuta de forma idealizada: “É excelente” ou “É uma pessoa 100%”. Uma utente referiu sentimentos ambivalentes face ao terapeuta e,



outra, sentimentos negativos, referindo que acabou por não haver o estabelecimento da relação.

***Dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13) (anexo R).***



*Figura 34.* Afetos positivos, do tipo terapêutico, em relação ao terapeuta, referidos pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13).

Os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, também, se referiram a, vários, aspetos, relacionados com as suas vivências, decorrentes da relação terapêutica. Destaca-se a perceção, de que é possível abordar aspetos íntimos, numa relação, de grande proximidade e confiança. Sublinha-se, que são, estes, utentes que, mais, atribuíram ao terapeuta uma capacidade transformadora (seis em oito referências), no sentido, deste, permitir o encontro de novas perspectivas e um aumento da capacidade reflexiva.

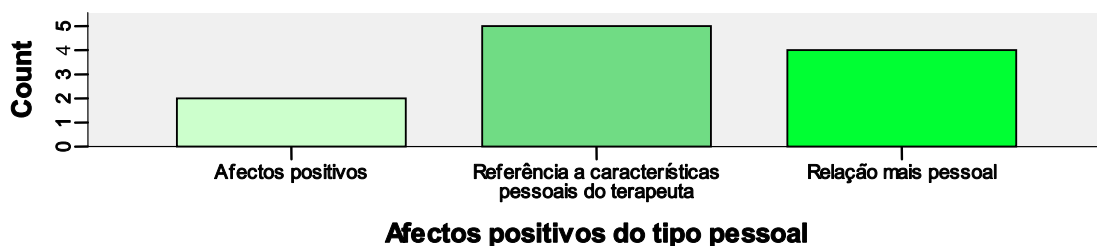


Figura 35. Afetos positivos do tipo pessoal, em relação ao terapeuta, referidos pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=9$ ).

Alguns utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, também, verbalizaram sentimentos, de cariz pessoal, mais relacionados com a perceção do terapeuta, como um amigo, realçando características pessoais e fazendo referências a um tipo de relação mais pessoal. A perceção do terapeuta, de uma forma idealizada, foi referida por dois utentes deste grupo.

Assim, a estrutura da Relação terapêutica é a seguinte:

São os aspetos da relação terapêutica, como o envolvimento e a empatia do terapeuta, e a evolução para um clima afetivo, de maior proximidade (que inclui sentimentos de cariz mais pessoal), que levam ao desenvolvimento do processo terapêutico, pois tornam, possível, a confiança, que permite abordar aspetos íntimos.

É, também, no contexto desta relação, que são valorizadas as intervenções do terapeuta, existindo, contudo, alguma idealização do mesmo.

A capacidade transformadora do terapeuta é, sobretudo, atribuída pelos utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, no sentido, deste, permitir o encontro de novas perspetivas e um aumento da capacidade reflexiva.

*Vivências do terminar do processo.*

Quanto ao término do processo, a maioria, dos utentes, permanece em acompanhamento (27), tendo 13 já terminado. Destes 13, sete utentes terminaram o acompanhamento, há pouco tempo (três meses, um mês, ou menos) e seis finalizaram o seu processo, há mais tempo (entre um a quatro anos).

Os motivos do término devem-se, essencialmente, a um acordo mútuo, entre o utente e o psicólogo, no sentido da alta (9 utentes), 2 utentes deixaram de frequentar as consultas por iniciativa própria, um deles por considerar que não necessitava daquele apoio, e outro, porque não tinha um horário compatível. Existem, ainda, 2 utentes que terminaram o acompanhamento contra sua vontade, mas, por razões institucionais, dado que o psicólogo terminou o estágio PEPAC e deixou de trabalhar no centro de saúde.

Aos utentes que já tinham terminado o processo psicoterapêutico, foi-lhes perguntado o que sentiram e pensaram no momento da finalização. Aos utentes que, ainda, não tinham terminado o processo, foi-lhes perguntado como imaginavam que seria essa experiência (o que iriam pensar e sentir na altura).

Deste modo, pudemos descrever o tipo de sentimentos que esta experiência suscitou/suscitaria nos sujeitos, bem como a qualidade da internalização da função terapêutica e as angústias decorrentes da finalização da experiência terapêutica (angústias de separação, quando estas foram verbalizadas).

Analisámos os resultados, tendo em conta, se os utentes já tinham terminado o processo e os motivos de finalização. Assim, da análise realizada, surgiram os seguintes dados relativos aos constituintes da estrutura das vivências do terminar do processo:

#### **Utentes que terminaram o processo**

- Satisfação com novos recursos internos;
- Sentimentos de tranquilidade que incluem a possibilidade de retomar o processo;
- Satisfação com a ajuda do terapeuta;
- Sentimentos de tristeza, perda/angústias de separação;
- Sentimentos negativos em relação à terapia e ao terapeuta;
- Sentimento que o trabalho ficou inacabado;
- Sentimentos de desamparo;
- Intenção de continuar o trabalho da terapia sozinho / Internalização da função terapêutica.

#### **Utentes, ainda, em acompanhamento**

- Sentimentos de tristeza, perda/angústias de separação;
- Pensamentos de que se terá novos recursos, na altura do terminar;
- Satisfação com o objectivo alcançado;

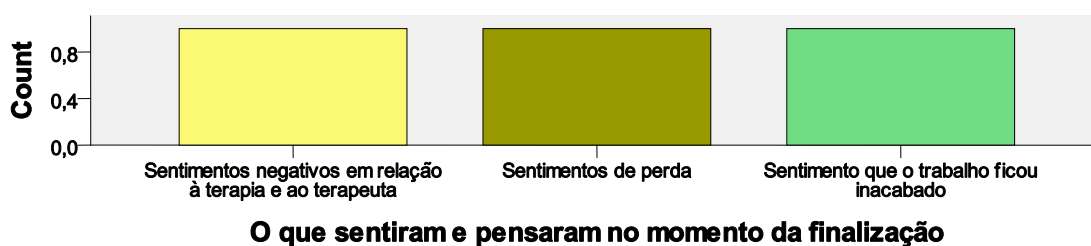
- Intenção de continuar o trabalho da terapia sozinho / Internalização da função terapêutica;
- Sentimentos de tranquilidade, que incluem a possibilidade de retomar o processo.

*Dados gerais (N=40).*

Apresentam-se, de seguida, os dados representativos de cada constituinte, ressaltando-se que cada utente referiu mais do que uma vivência (anexo S):

*Utentes que terminaram o processo (n=13).*

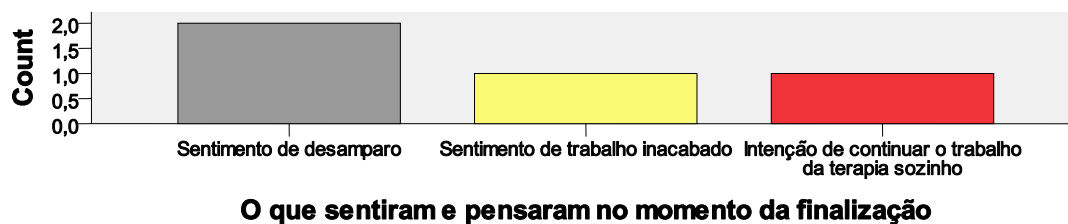
*Utente desistiu (n=2).*



*Figura 36.* Pensamentos e sentimentos, em relação à fase de término, dos utentes que desistiram do processo (n=2).

Estas duas utentes deixaram de frequentar as consultas de psicologia por motivos, diferentes, o que se reflete na sua vivência. Assim, a utente, que desistiu, por não sentir utilidade no acompanhamento, revelou sentimentos negativos, em relação à terapia e ao terapeuta, enquanto que a utente, que desistiu por incompatibilidade de horário, revelou sentimentos compatíveis com angústias de separação, assim como, sentimentos de que o trabalho, ainda, não estava terminado, tendo a intenção de voltar a contactar o psicólogo, em questão, para retomar o seu acompanhamento.

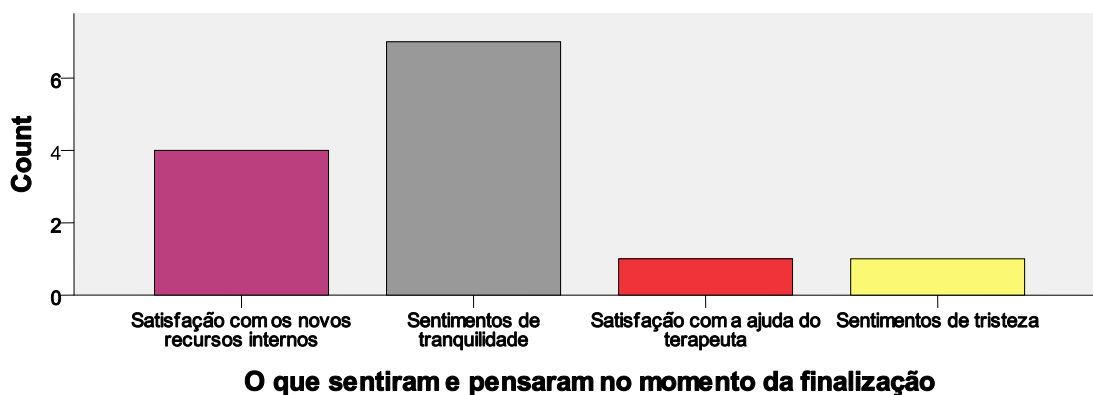
*Razões institucionais (n=2).*



*Figura 37.* Pensamentos e sentimentos, em relação à fase de término, dos utentes que terminaram o processo psicoterapêutico, de forma involuntária, por razões institucionais ( $n=2$ ).

De referir, são as angústias de separação, nos utentes que foram obrigados a terminar o processo, precocemente, dado que o psicólogo terminou o estágio PEPAC. Estes utentes referiram sentimentos de desamparo e de incompletude do trabalho terapêutico, existindo, ainda assim, uma utente que revelou a intenção de dar, alguma, continuidade ao trabalho, já realizado, através, dos novos recursos, entretanto, desenvolvidos. Existiram outros utentes, que foram confrontados com esta situação, mas que decidiram continuar o processo com a mesma psicóloga, em contexto privado, pelo que não foram contemplados nesta categoria.

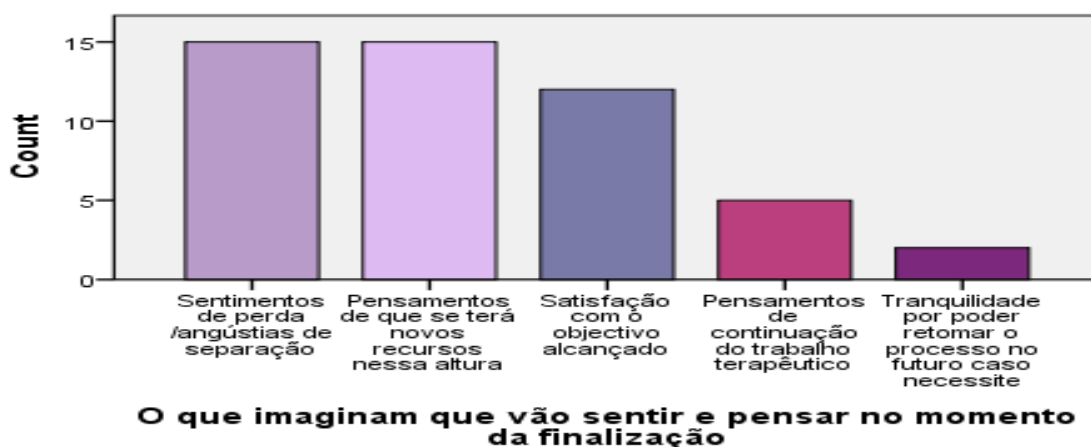
*Alta acordada (n=9).*



*Figura 38.* Pensamentos e sentimentos, em relação à fase de término, dos utentes que terminaram o processo psicoterapêutico, de forma acordada ( $n=9$ ).

Os utentes, cujo processo terminou, por mútuo acordo, revelam afetos mais positivos, como a satisfação com os novos recursos internos, satisfação com a ajuda da terapeuta, e, sobretudo, sentimentos de tranquilidade, relacionados com o facto de terem atingido os seus objetivos. Os utentes, também, estavam satisfeitos com o facto de poderem retomar o processo, caso necessitassem, tendo, apenas, um utente referido sentimentos de tristeza.

*Utentes, ainda, em acompanhamento (n=27).*



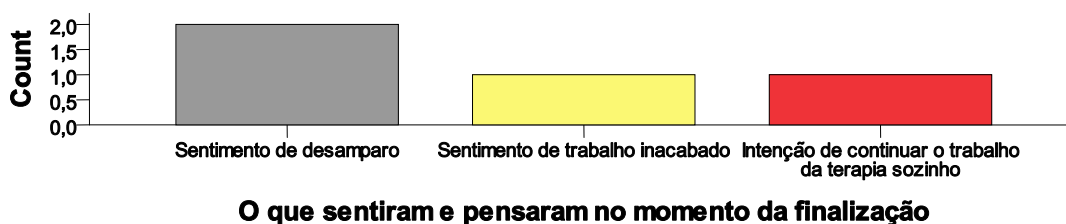
*Figura 39.* Pensamentos e sentimentos, em relação à fase de término, dos utentes que, ainda, continuam em acompanhamento (n=27).

Quanto aos utentes que, ainda, estavam em acompanhamento, cerca de metade, referiu vir a ter sentimentos, compatíveis com angústias de separação (perda, tristeza, pena), mas, por outro lado, o mesmo número de utentes (15) refere, que quando essa altura chegar, eles irão dispor de outros recursos, para lidarem com a sua vida e com a, própria, situação de separação, uma vez que os seus objetivos em relação à terapia, e a si mesmos, estarão alcançados. Existem, ainda, cinco referências à possibilidade de os utentes continuarem o trabalho psicoterapêutico por si, mesmos, remetendo-nos para a internalização da função terapêutica.

*Dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13) (anexo T).*

*Utentes que terminaram o processo (n=5).*

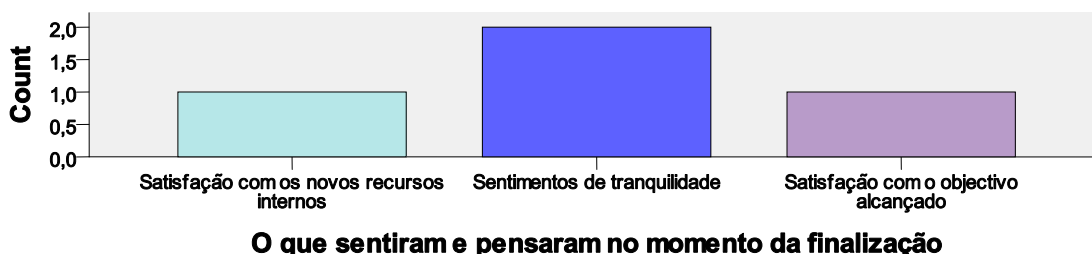
*Razões institucionais (n=2).*



*Figura 40.* Pensamentos e sentimentos, em relação à fase de término, dos utentes que terminaram o seu processo psicodinâmico, de forma involuntária, por razões institucionais (n=2).

Os utentes, que terminaram o processo contra sua vontade, realizavam, ambos, psicoterapia psicodinâmica, pelo que a análise destes resultados, já foi elaborada na secção dos resultados gerais.

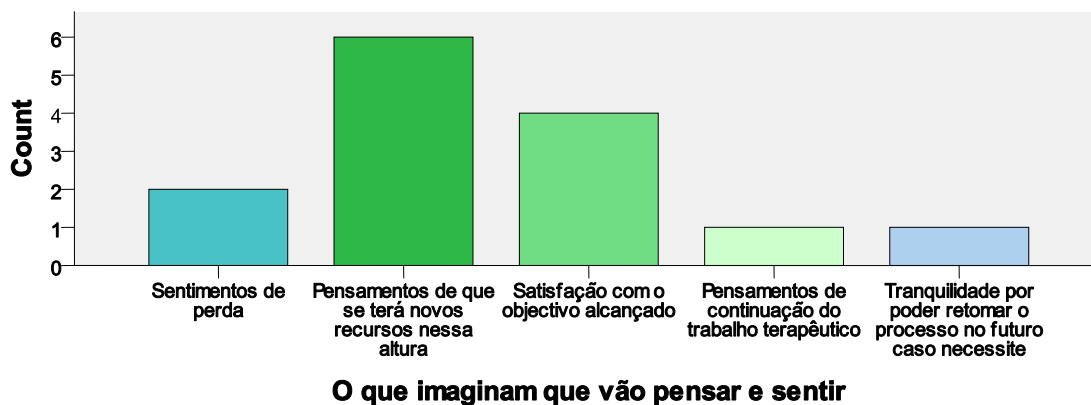
*Alta acordada (n=3).*



*Figura 41.* Pensamentos e sentimentos, em relação à fase de término, dos utentes que terminaram o seu processo psicodinâmico, de forma acordada (n=3).

Os utentes que realizaram psicoterapia dinâmica, e terminaram o processo por mútuo acordo, revelaram, apenas, sentimentos positivos, como a satisfação com os recursos internos, sentimentos de tranquilidade e satisfação com o objetivo alcançado.

*Utentes, ainda, em acompanhamento (n=8).*



*Figura 42.* Pensamentos e sentimentos, em relação à fase de término, dos utentes que, ainda, não terminaram o seu processo psicodinâmico e continuam em acompanhamento (n=8).

A maior parte dos utentes, que realizavam psicoterapia dinâmica, e que, ainda, estavam em acompanhamento, refere pensar, que na altura do término do processo, eles terão novos recursos para lidar com a sua vida, incluindo esta etapa, o que se pode relacionar com o facto de existirem, apenas, duas referências a aspetos compatíveis com angústias de separação (ao contrário, do que acontece quando analisamos os 40 utentes, em que existem 15).

Existem, ainda, referências à satisfação com o objetivo alcançado, a pensamentos de continuação do trabalho terapêutico (internalização da função terapêutica) e à tranquilidade por se poder retomar o processo.



Assim, a estrutura das vivências do término do processo é a seguinte:

Os utentes que terminaram o processo, de forma acordada, apresentam, essencialmente, afetos positivos, como os sentimentos de tranquilidade e de satisfação com os novos recursos internos e com os objetivos alcançados, assim como, com a ajuda do terapeuta.

Salientamos a importância do desenvolvimento de novos recursos internos, na forma de lidar com a separação, quer para os utentes, que já terminaram, quer para os utentes que imaginam esse terminar.

Destacamos, também, a intenção dos utentes de continuarem o trabalho psicoterapêutico, por si, mesmos, o que nos remete para a internalização da função terapêutica.

Contudo, parece que a vivência das angústias de separação é, bem mais intensa, nos utentes que, ainda, não terminaram o processo (ou que terminaram contra a sua vontade), do que nos utentes, que o já finalizaram, por mútuo acordo. Neste âmbito, excetuam-se os utentes que, ainda, não terminaram o processo, mas que realizam psicoterapia psicodinâmica, nos quais, não é expressiva a angústia de separação, quase todos referindo que terão novos recursos, na altura do término.

#### *Outros aspetos.*

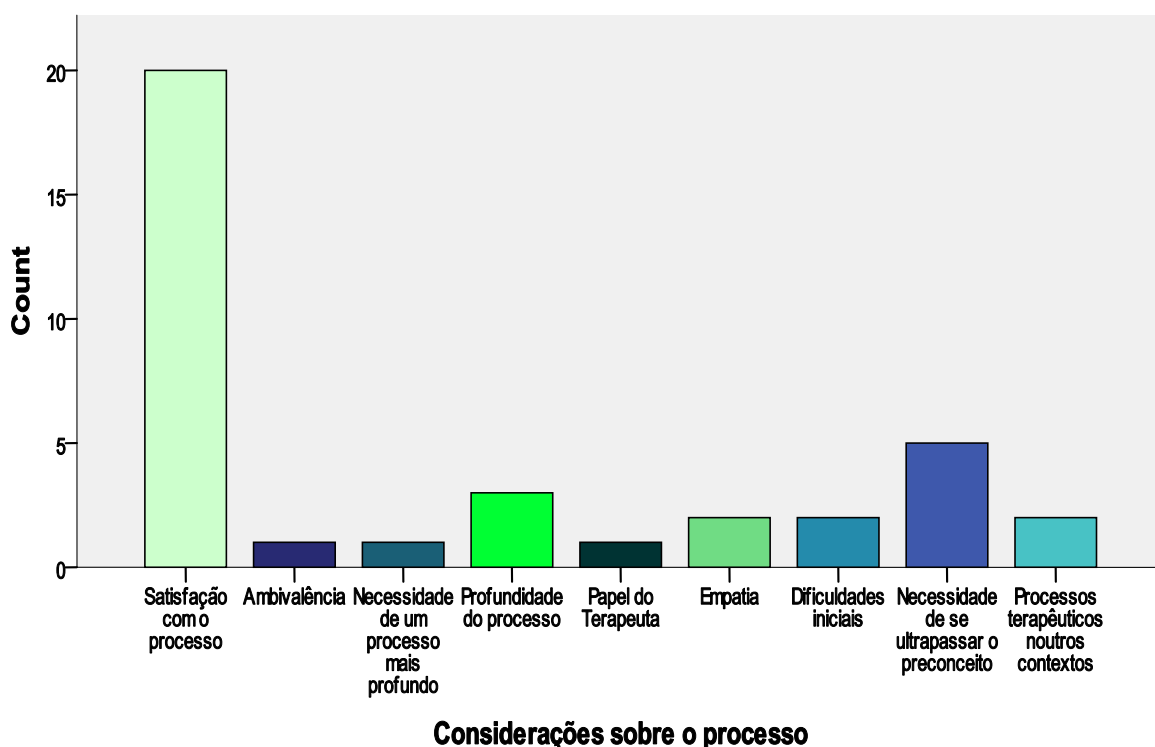
Os utentes tiveram a oportunidade de expor, qualquer outro aspeto que não tivesse sido abordado durante a entrevista, tendo 33 utentes optado por fazê-lo (11 que realizaram psicoterapia psicodinâmica). Da análise realizada, surgiram os seguintes dados relativos aos constituintes da estrutura de Outros Aspetos:

- Satisfação com o processo (útil, eficaz e importante, recomendam a outros);
- Processo terapêutico;
- Ambivalência;
- Necessidade de um processo mais profundo;
- Profundidade do acompanhamento;
- Papel do Terapeuta;
- Empatia;

- Dificuldades iniciais;
- Necessidade de se ultrapassar o preconceito;
- Processos terapêuticos noutros contextos;
- Importância da investigação para melhorar práticas clínicas;
- Contributo dos utentes para ajudar outros;
- Imposição de limites temporais;
- Acessibilidade à intervenção psicoterapêutica;
- Estágios PEPAC;
- Deficiente investimento;
- Eficácia económica da psicoterapia.

***Dados gerais (n=33).***

Apresentam-se, de seguida, os dados representativos de cada constituinte, ressaltando-se que cada utente referiu mais do que um aspeto (anexo U):



*Figura 43.* Considerações, sobre o processo psicoterapêutico, dos utentes em geral (n=33).

De uma forma geral, os utentes reforçaram a sua satisfação com a terapia recebida, considerando-a útil e eficaz, e recomendando-a a outras pessoas. Houve, inclusive, uma utente que referiu ter ficado surpreendida com a qualidade do seu acompanhamento psicológico, no centro de saúde, pois esperava que fosse pior, em comparação, com o privado.

A ideia de que é necessário ultrapassar o preconceito, de que, apenas, recorrem ao apoio psicológico, pessoas muito perturbadas, através do aumento da acessibilidade a este apoio, também, foi salientada pelos utentes, que referem ser, para isso, essencial a disponibilização, desta intervenção, nos centros de saúde.

Alguns utentes salientaram o papel do terapeuta, a necessidade do estabelecimento de empatia entre terapeuta e utente, logo, no início das consultas, para que o processo se possa realizar e para que, as inibições e dificuldades iniciais, possam ser transpostas.

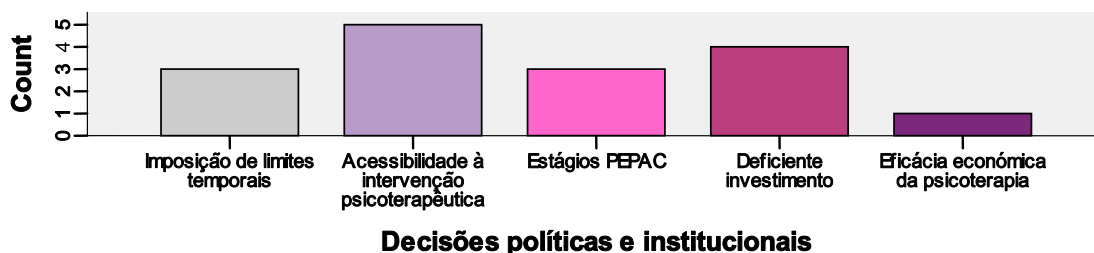
Os utentes destaram, também, a profundidade do apoio recebido, tendo, apenas, uma utente, que recebeu aconselhamento psicológico (mensal), referido, que gostaria de realizar um processo, mais profundo.

Dois utentes, ainda, se referiram ao facto do apoio psicológico ser disponibilizado, noutros contextos, referindo, um deles, que o apoio recebido no centro de saúde foi mais profundo e eficaz, do que, aquele, recebido, no passado, a nível escolar: “As pessoas deviam ser acompanhadas, se calhar de uma forma mais profunda (...) porque eu, também, fiz uma consulta na escola e não gostei, o psicólogo não tinha nada a ver, pegava nas coisas, muito, ao de leve, não me ajudava (...). Em termos de centro de saúde fiquei satisfeito, correu tudo muito bem, mesmo.”



*Figura 44.* Considerações, sobre a presente investigação, dos utentes em geral ( $n=5$ ).

Alguns utentes esperam, que a sua participação, nesta investigação, possa ajudar outros utentes, e contribuir para a melhoria das práticas clínicas.



*Figura 45.* Considerações sobre as decisões políticas e institucionais, que afetam a intervenção psicoterapêutica, nos centros de saúde, na perspetiva dos utentes em geral ( $n=13$ ).

Outros aspetos, focados pelos utentes, residiram naquilo que chamámos de decisões políticas e institucionais, pois estas influenciam a forma como esta intervenção é disponibilizada aos utentes. Assim, a acessibilidade à intervenção psicoterapêutica foi referida pelos utentes, no sentido, de que é, essencial, que, esta, esteja disponível nos centros de saúde, pois permite o acesso a pessoas com mais dificuldades económicas. A este propósito, os utentes também se referiram ao facto dos psicólogos, que terminaram o seu estágio PEPAC (estágio de um ano na Administração Pública Central), não continuarem nos serviços a acompanhar os utentes, considerando que isso trará consequências negativas, quer ao nível da acessibilidade ao apoio psicológico (aumento da lista de espera), quer ao nível do bem-estar psicológico dos utentes, que tiveram de interromper o seu processo, contra sua vontade. No mesmo sentido, foi destacado um deficiente investimento público na intervenção psicológica nos centros de saúde, existindo um número reduzido de psicólogos. Os utentes pensam que o benefício deste apoio pode reduzir custos, na área da saúde, ao nível do consumo de medicamentos e do recurso a consultas médicas. Ainda, no mesmo âmbito, os utentes insurgiram-se contra as diretivas que pretendem limitar o número de consultas por utente e reduzir o tempo de consulta, o que, devido à complexidade da mente humana e do, próprio, processo psicoterapêutico, tornar-se-ia, totalmente, ineficaz.

Dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=11$ ) (anexo V).

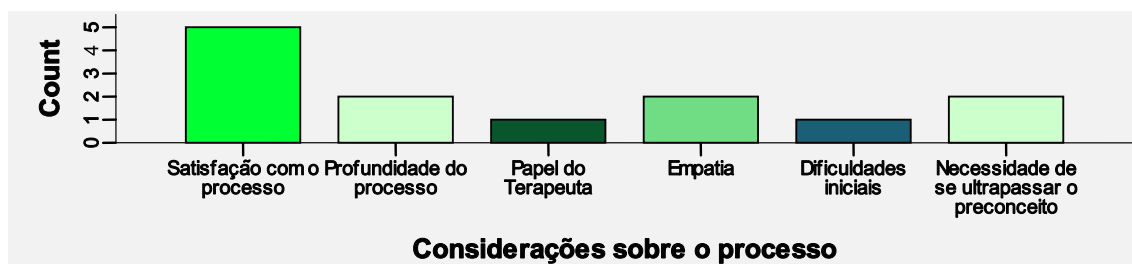


Figura 46. Considerações, sobre o processo psicoterapêutico, dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=11$ ).

Os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, também, voltaram a referir a sua satisfação com a terapia recebida, sendo estes os utentes, que, mais, referiram a profundidade do processo psicoterapêutico, sublinhando a sua surpresa, pela compreensão, consciencialização e transformação, alcançadas: “Houve uma coisa que me surpreendeu no acompanhamento psicológico (...), muitas, coisas eu não fazia ideia da influência que tinham na minha vida e, finalmente, consegui resolver e perceber, uma data, de coisas.”

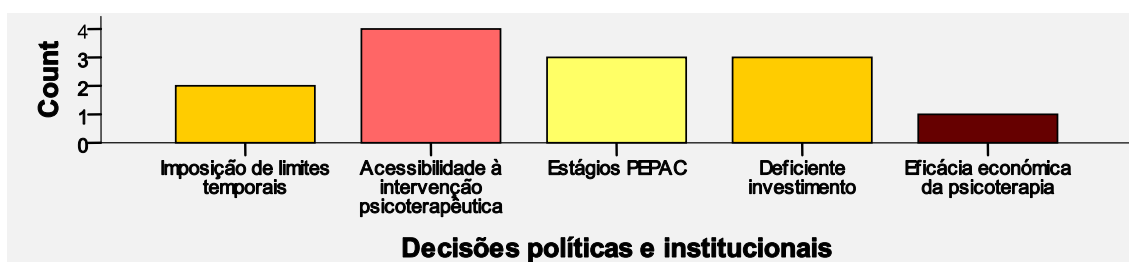


Figura 47. Considerações, sobre as decisões políticas e institucionais, que afetam a intervenção psicoterapêutica, nos centros de saúde, na perspetiva dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica ( $n=8$ ).

Comparando estes resultados, dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, com os dados gerais, podemos verificar que foram, essencialmente, estes

utentes que se referiam aos vários aspetos, já salientados, relativos às decisões políticas e institucionais.

Assim, a estrutura dos Outros Aspetos referidos pelos utentes é a seguinte:

O facto do apoio psicológico ser disponibilizado nos centros de saúde, aumenta a sua acessibilidade, permitindo, assim, reduzir o estigma, associado a esta intervenção.

São, sobretudo, os utentes, que realizam psicoterapia psicodinâmica, a referir a profundidade do processo psicoterapêutico e outros aspetos focados nas decisões políticas e institucionais.

Destaca-se um deficiente investimento público na intervenção psicológica nos centros de saúde e a possibilidade, desta, vir a reduzir custos na saúde.

Os utentes, salientam, também, a ineficácia de diretivas, que pretendem limitar o número de consultas por utente e reduzir o tempo de consulta.

Os utentes reforçam, assim, a ideia, de que a intervenção psicoterapêutica é um processo, bastante, complexo, importante, para a saúde física e mental dos utentes, dos centros de saúde, e, por isso, devia ser olhada, de outra forma, pelos decisores políticos.

## **Discussão**

Situamos o nosso trabalho no âmbito da investigação do processo psicoterapêutico, que procura compreender, o que ocorre na psicoterapia, que permite a mudança, a partir das experiências e perceções dos utentes, num quadro de uma perspetiva fenomenológica, na qual, os pacientes são considerados testemunhas privilegiadas do processo terapêutico (Sousa, 2006).

As perspetivas dos clientes parecem cruciais para compreender as experiências do processo terapêutico (Manthei, 2007), sendo melhores preditores dos resultados terapêuticos, do que as avaliações dos terapeutas (Henkelman & Paulson 2006), existindo, como vimos, diversas investigações, que se focalizam na experiência e perspetiva do cliente (Lambert, 2007; Perren et. al., 2009, etc.).

Assim, o conhecimento das experiências dos pacientes, que englobe várias áreas do processo de aconselhamento psicológico/terapia, parece, fundamental, para a promoção do sucesso terapêutico (Manthei, 2007), também, no contexto dos cuidados primários (Wiener & Sher, 1998), o que se torna relevante, dado tratar-se de um contexto de promoção da saúde e de fácil acesso à população, em geral.

Posicionamo-nos, então, numa perspetiva epistemológica que baseia a produção de conhecimento na compreensão, o que se traduziu numa escolha metodológica qualitativa que privilegiou a perspetiva dos pacientes. O nosso trabalho constitui-se, assim, como um contributo para a investigação das vivências dos utentes, sobre a psicoterapia e o aconselhamento psicológico, realizados nos contextos de saúde. Esta é uma área, apesar, da sua importância, ainda, pouco investigada a nível internacional (Robinson et al., 2006), e, ainda, menos, a nível nacional.

No desenrolar desta investigação, através, das reuniões com os psicólogos, que trabalham nos, vários, centros de saúde do país, pudemo-nos aperceber da variedade, na forma como os serviços estão organizados nos centros de saúde, e na forma como a psicoterapia é disponibilizada. Concordantes com esta impressão inicial, estiveram os resultados do questionário do terapeuta, que os psicólogos preencheram. Estes dados permitiram-nos, por um lado, ter uma ideia do perfil dos psicólogos, com quem os utentes entrevistados realizaram acompanhamentos, e, por outro, levantar questões sobre as características dos psicólogos, que trabalham nos cuidados primários.

#### *Dados referentes aos terapeutas.*

Assim, os psicólogos, que participaram neste estudo são, maioritariamente, do sexo feminino. Segundo os dados da Ordem Portuguesa dos Psicólogos (2013), a psicologia é exercida, essencialmente, por mulheres (85% são mulheres e, apenas, 15% são homens), pelo que, nos centros de saúde, a realidade é semelhante.

Os psicólogos desta amostra realizaram formação pós-graduada, tendo a maioria o Mestrado pré-Bolonha, o que revela um investimento na profissão. Estes psicólogos têm uma experiência muito variada (tal como no estudo de Monach e Monro, em 1995, no Reino Unido). Alguns psicólogos revelam, pouco, tempo de serviço (essencialmente porque se tratavam de psicólogos a realizar o estágio PEPAC, de um ano, no centro de

saúde, sendo esta a sua experiência, mais, significativa), mas, muitos revelam ter, vários, anos de experiência profissional, em geral, e nos contextos de saúde. Assim, se considerarmos o volume de trabalho realizado nos contextos de saúde (Wiener & Sher, 1998) e o número de utentes atendidos, habitualmente, por estes psicólogos (média de 26 por semana), podemos considerar que os utentes, que constituíram a nossa amostra, realizaram processos psicoterapêuticos com terapeutas experientes.

Mais de metade dos psicólogos recebeu formação, num tipo, específico, de psicoterapia, numa sociedade de formação de psicoterapia. Nestas sociedades, que conferem o título de terapeuta, os custos são suportados pelos, próprios, psicólogos e, algumas, delas, nomeadamente, as de orientação psicanalítica, exigem a realização de um processo psicoterapêutico pessoal. Talvez, por isso, cerca, de metade dos psicólogos referiu ter realizado, ou realizar, um processo psicoterapêutico (também, concordantemente, com os estudos de Monach e Monro, 1995), sendo este a psicanálise, a psicoterapia psicanalítica, ou ambas (tal, como no estudo de Burton et al. de 1994), que, também, fica a cargo dos, próprios, profissionais. A duração destes processos (entre um a 15 anos) leva-nos a pensar que estes psicólogos tinham uma formação pessoal exigente e não acessível, a todos, os profissionais.

Os elevados custos da formação em psicoterapia, e do processo psicoterapêutico pessoal, podem impedir todos os profissionais, que trabalham nos contextos de saúde, de beneficiar desta formação, altamente, especializada e, segundo Murphy (2004) muito necessária. Recordamos que no estudo de Burton et al. (1994), 78% dos psicólogos dos cuidados primários referiu sintomas de stress, relacionados com a atividade profissional, e que os psicólogos, que realizaram terapia pessoal, manifestaram que, esta, foi útil para o seu trabalho clínico (no desenvolvimento da relação terapêutica, com os pacientes, nas suas competências terapêuticas, na perceção do terapeuta, sobre o ponto de vista do paciente, e na clarificação das questões pessoais do terapeuta). No trabalho destes autores, a terapia pessoal foi cotada como o segundo fator, mais, importante para o trabalho clínico, logo a seguir à experiência clínica. É, também, possível, que à semelhança do referido, nesse estudo, alguns terapeutas que participaram na nossa investigação, tenham considerado ter terapia, mas, por razões monetárias, ou por dificuldade em encontrar um terapeuta qualificado, na sua zona de residência, tenham desistido dessa ideia. Contudo, esta questão não foi colocada na nossa pesquisa.



Os resultados do nosso estudo, levam-nos, assim, a refletir sobre a importância (e as dificuldades) de os terapeutas, que trabalham nos cuidados primários, realizarem a sua terapia pessoal, dado este ser um contexto onde o stress pode ser elevado, devido ao número e à diversidade de solicitações. Concordamos com Burton et al. (1994), no sentido de ser importante estudar o uso da terapia pessoal, pelos terapeutas, de forma a percebermos o seu impacto na sua efetividade, e no seu bem-estar profissional e pessoal, para que esta seja recomendada na formação do terapeuta dos cuidados primários.

Quanto à supervisão recebida, contrariamente aos dados encontrados na investigação de Monach e Monro (1995), na qual, todos os terapeutas entrevistados tinham supervisão, no nosso estudo, pouco mais de metade dos psicólogos recebe ou já recebeu supervisão (sendo esta realizada, sobretudo, em privado). Este é um dado importante que coloca a necessidade destes profissionais, que atendem um número, tão elevado, de utentes, com uma variabilidade, significativa, de problemáticas, e que trabalham num contexto, cujas especificidades, já enumerámos (Price & Paley, 2008), receberem supervisão efetiva e regular (Stewart, 2004). Assim, defendemos que esta supervisão deveria ser disponibilizada pelos, próprios, serviços de saúde. Tal situação, poderia direcionar a supervisão para as necessidades destes serviços e permitir um espaço de reflexão, colmatando o facto de muitos psicólogos não terem condições financeiras, ou físicas (de localização geográfica, por exemplo) para acederem a este, importante, recurso. Esta supervisão teria, certamente, impacto, no desempenho dos psicólogos e nos resultados terapêuticos.

Em relação ao tipo de intervenção disponibilizada, por estes psicólogos, esta é, essencialmente, de cariz cognitivo-comportamental, ou psicodinâmico, ou, então, é realizada uma intervenção, mais, de suporte (psicoterapia de apoio e aconselhamento psicológico). De referir, que existem vários psicólogos a apontar vários tipos de intervenção, o que é consonante com a diversidade de problemáticas e utentes, que atendem. Esta necessidade de uma variedade de competências é defendida por vários autores (Davidson, 2000; Perris, 2003).

Relativamente à frequência dos acompanhamentos, realizados pelos terapeutas, no nosso estudo, esta, foi muito variável (semanal, quinzenal, mensal), à semelhança de outros estudos (Monach & Monro, 1995). Esta variação deve-se, possivelmente, às limitações de tempo, encontradas no contexto dos cuidados primários, onde existe o encaminhamento de muitos utentes para o serviço de psicologia, tendo os psicólogos de

espaçar os acompanhamentos, de forma a atender mais utentes (que de outra forma, esperariam, muito, tempo pela primeira consulta).

Apesar de terem sido contactados todos os ACES do país (segundo os dados da Ordem Portuguesa de Psicólogos (2013), existem 151 psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários), existiu um número reduzido de psicólogos, que se disponibilizou a participar neste trabalho. E se é certo que, talvez, esta solicitação não tenha chegado a todos (alguns encontravam-se ausentes do serviço devido ao processo de equiparação ao estágio de especialidade, que, então, decorria), também, é possível que tal, se deva a uma indisponibilidade de outro tipo. Pensamos que esta indisponibilidade pode estar relacionada com limitações de tempo, devido ao volume de trabalho, mas, também, com uma, eventual, posição defensiva (Connell et al., 2006) temendo os psicólogos uma avaliação do seu trabalho.

Na verdade, na pesquisa que empreendemos, para o nosso trabalho, não encontrámos dados que caracterizem os psicólogos, que trabalham nos centros de saúde do nosso país. Parece, então, existir a necessidade de um estudo, mais aprofundado, destes profissionais, quer em termos descritivos, para existir uma visão global das suas competências e necessidades, quer em termos das suas, próprias, experiências, nestes contextos. Este tipo de investigação permitiria delinear políticas de saúde, que possam aumentar a valorização destes profissionais e a eficácia do seu trabalho. Pensamos que estes estudos sobre os psicólogos, se partirem do próprio sistema nacional de saúde, poderão obter uma amostra maior. Lembramos que Burton et al. (1994) conseguiram analisar uma amostra de 496 psicólogos clínicos, do sistema nacional de saúde do Reino Unido, o que equivaleu a uma taxa de resposta de 65%.

De qualquer forma, os dados que recolhemos dos psicólogos, que referenciaram utentes para o nosso estudo, levam-nos a crer, pela sua experiência, formação pós-graduada, formação em psicoterapia, realização do processo terapêutico pessoal e supervisão, que os utentes que entrevistámos realizaram acompanhamentos psicológicos e psicoterapêuticos com profissionais qualificados.

*Dados referentes aos utentes.*

Os utentes, que participaram no nosso estudo, são, maioritariamente, do sexo feminino, o que é concordante com os estudos, que apontam para o facto, de as mulheres terem uma atitude, mais, positiva em relação a procurar ajuda psicológica (Mackenzie, Gekoski, & Knox, 2006; Nam et al., 2010). Estes utentes têm idades muito variadas, uma vez, que os centros de saúde dão resposta a pessoas de todas as idades. Pensamos que seria, importante, a realização de um estudo, a nível nacional, que pudesse descrever os utentes que recorrem à consulta de psicologia, nos cuidados primários, no nosso país, pois tal, poderia influenciar as políticas de saúde, neste domínio.

Relativamente à frequência e duração dos acompanhamentos, que os utentes receberam, estes refletem o que se passa noutros países (Monach & Monro, 1995), em termos da variabilidade das intervenções realizadas. Existiram, por exemplo, acompanhamentos mensais, que duraram sete anos e acompanhamentos semanais que duraram seis meses, o que se relaciona, possivelmente, com o elevado número de utentes encaminhados para esta consulta, face à escassez de psicólogos, que dão resposta nestes contextos, e às opções dos, próprios, psicólogos.

Esta relação entre a oferta versus necessidade de apoio psicológico, nos cuidados primários, parece semelhante à encontrada noutros países como o Reino Unido (Mellor-Clark, 2004; Warden et al., 2008), nos quais, existe uma grande procura, para estas terapias, que ultrapassa a oferta. Esta é, pelo menos, a impressão com que ficámos das reuniões que realizámos com os psicólogos dos centros de saúde, que seria importante confirmar, através, de um estudo nacional sobre o número de utentes que solicita este tipo de serviço, e sobre a existência de listas de espera. Esta necessidade de atender muitos utentes, que advém do facto de existirem, poucos, psicólogos nos cuidados primários, traduz-se numa forma de trabalhar impulsionada, mais, por questões económicas, do que por questões de eficácia terapêutica (Foster, 2004; Rosoman, 2009).

Quanto ao tipo de intervenção que estes utentes receberam, esta deve-se, por um lado, com a formação dos terapeutas, e, por outro, com a, própria, variabilidade dos utentes, em termos das suas problemáticas. O psicólogo necessita, assim, de estar familiarizado com vários tipos de intervenção, colocando-se, aqui, também, a questão da avaliação dos utentes. A nossa experiência impele-nos a concordar com Hudson-Allez

(2008), no sentido, de que esta avaliação deve passar por uma abordagem, mais ampla, para compreender as perturbações, que vá, para além, de uma classificação diagnóstica baseada em sintomas manifestos, que considere os fatores que contribuem para o seu aparecimento, e identifique, avalie e trate fatores de vulnerabilidade. Porém, parece, também, importante que esta avaliação prévia dos utentes, e a justificação da, respetiva, intervenção, sejam alvo de investigação, de forma a clarificar estes processos, dada a importância de encaminhar, cada utente, para uma terapia adequada (Sandell et al., 2007). Na verdade, a avaliação da terapia, indicada para cada utente, é, particularmente, relevante nos contextos de saúde, onde os recursos são escassos e onde se pretende a implementação de uma organização eficiente.

De facto, se a nível internacional, parece haver, algum, desconhecimento relativo à organização e articulação deste tipo de serviços (Warden et al., 2008), em Portugal, a situação é semelhante, não existindo um estudo geral sobre estes serviços, que permita, em primeiro lugar, um conhecimento, abrangente, sobre a situação atual, e, posteriormente, a implementação de uma, certa, uniformização, em termos de organização de serviços, que possa levar à comparação da sua qualidade, à semelhança do programa CORE – System (Mellor-Clark et al., 2001, cit. por Mellor-Clark, 2004), por exemplo. Contudo, esta proposta de uniformização da organização dos serviços deveria incluir uma variedade de oferta, que integre a possibilidade de, cada, utente ser referenciado, para o serviço que, melhor, responda às suas necessidades, o que inclui serviços de psicoterapia de várias modalidades. Como exemplo, temos a experiência do Sheffield Care Trust Psychotherapy Service (Warden et al., 2008) que está integrado nos serviços de psicoterapia do serviço nacional de saúde do Reino Unido e que inclui uma equipa de terapia cognitivo-comportamental e uma equipa de terapia psicanalítica.

Quanto ao término do processo, a maioria dos utentes permanecia em acompanhamento na altura da entrevista, ou tinha terminado, há muito pouco tempo, uma vez, que se tornou, mais, fácil para os psicólogos, contactarem com estes utentes. Existem, sempre, na pesquisa retrospectiva, algumas preocupações sobre o tempo que passa entre o término do acompanhamento e a entrevista (Manthei, 2007). No nosso estudo, não se coloca a possibilidade das lacunas de memória terem comprometido os dados encontrados. A pesquisa prévia, segundo Manthei (2007), revelou que os clientes podem recordar eventos que aconteceram no acompanhamento psicológico, até seis meses, antes. Esta questão da memória leva-nos, contudo, a pensar, que, na verdade, as pessoas não

descrevem os eventos, tal e qual, estes, aconteceram, contam como os recordam (e com tudo o que colocam nessa recordação), sendo estas recordações (também, tão importantes, na, própria, psicoterapia) que nos podem dar conta das vivências dos utentes.

De qualquer forma, a questão principal, para a qual, estes dados remetem, parece ser a temática da conclusão, ou não, do processo terapêutico e das possíveis influências nas respostas obtidas, mas devidas, a outros fatores: idealização, influência do contato direto com terapeuta, o facto de já se ter realizado, ou não, a interiorização da função psicoterapêutica, etc. Assim, na avaliação dos nossos dados, tivemos estas questões em consideração, no entanto, concordamos com Aragão Oliveira e Oliveira (2012) quando, estes referem que este é um problema difícil, uma vez que existem, muitas, razões inconscientes, presentes nas respostas aos instrumentos. Neste sentido, as respostas dos utentes no nosso trabalho, serão, sempre, a sua perspetiva sobre o que aconteceu no processo psicoterapêutico (e, não, aquilo, que, de facto, aconteceu). Tal, como na investigação de Bonsmann (2010), o objetivo desta pesquisa não é determinar a “verdade” da experiência do utente, mas, compreender a experiência percebida, dos utentes, uma vez, que descobrir o que os clientes pensam da sua experiência, pode informar os psicólogos e torná-los mais eficazes.

#### *Análise das respostas dos utentes.*

Analisemos, agora, as respostas dos utentes, que nos remetem para as questões de investigação, que colocámos. Nesta análise, teremos em conta o total das respostas, por um lado, e por outro, atentaremos nas respostas dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, uma vez, que pretendemos explorar as especificidades da vivência do processo psicoterapêutico, nestes utentes.

#### *Motivos de procura de ajuda psicológica nos cuidados primários.*

Relativamente à forma como são vivenciados os motivos de procura de ajuda psicológica, nos cuidados primários, verificamos, que, numa visão geral ( $N=40$ ), os motivos, que, mais, utentes referiram, foram os sintomas psicológicos, seguidos dos

conflitos externos e, só, depois, dos conflitos internos. No caso dos utentes, que realizaram psicoterapia psicanalítica, estes três motivos foram referenciados, por todos os utentes, sem distinção entre eles, ou seja, os conflitos internos deixam de aparecer em terceiro lugar, passando a estar, a par, de outros motivos (sintomas psicológicos e conflitos relacionais), o que nos poderia levar a pensar, que estes utentes estariam, mais, sensibilizados para estes conflitos, na altura, que foram entrevistados, em consequência da, própria, intervenção.

Os sintomas psicológicos, referidos pelos utentes, foram, sobretudo, os sentimentos depressivos e a ansiedade, o que coincide com dados da literatura existente (Hudson-Allez, 1999; Robinson et al., 2006). Questionamo-nos se estes sintomas, de facto, acontecem com maior frequência, ou, se são, mais, fáceis de identificar pelos utentes (que adotam os termos usados pelos profissionais de saúde mental), embora, tal, como no estudo de Robinson et al. (2006), possam significar, algo, diferente, entre os inquiridos. O uso, generalizado, desses termos, sugere que as narrativas sobre o stress psicológico, dos leigos e dos profissionais, se sobrepõem, uma vez, que noutros estudos, também, nos cuidados primários, os principais problemas avaliados pelos psicólogos foram a depressão e a ansiedade (Saxon et al., 2008). Tal, remete-nos, por um lado, para o problema da literacia da saúde mental, existindo um défice de cultura de autoconhecimento e para a necessidade de programas de prevenção e divulgação de informação, e por outro, para as questões da avaliação por parte dos psicólogos nos cuidados primários, que identificam estes sintomas, muitas vezes, de forma indiferenciada.

Concordamos com Blatt et al. (2009), que estes problemas de diagnóstico são, particularmente, relevantes na área da depressão, na qual, são encontradas dificuldades em estabelecer distinções diagnósticas significativas. Na verdade, os sintomas, verbalizados, necessitam de um sistema de avaliação, mais, rigoroso. Assim, como Blatt et al., consideramos que os aspetos, da organização de personalidade, devem ser abordados na avaliação dos utentes, e dos seus motivos de procura de ajuda psicológica, em termos psicodinâmicos.

Para além, destas questões da avaliação dos utentes, colocam-se, também, as relativas à investigação na área da psicologia da saúde, que tem vindo a privilegiar o enfoque sintomático, existindo a necessidade de valorizar outras vertentes, mais direcionadas para o conhecimento dos conflitos internos.

No nosso estudo, os motivos, relacionados com os conflitos internos, englobam a insatisfação consigo próprio, memórias dolorosas, dificuldades no luto, desejos de um maior autoconhecimento, sentimentos de culpabilidade e sentimentos de solidão. Nestes conflitos, as referências às memórias dolorosas são, sobretudo, feitas pelos utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica e, o mesmo acontece, em relação ao desejo de um maior autoconhecimento. Tal, situação, remete-nos para a possibilidade deste tipo de intervenção permitir, mais, facilmente, o surgimento destes motivos. Na verdade, não são os utentes que escolhem o tipo de intervenção (que é de acordo com a formação e opção do psicólogo). Além, disso, estes motivos, também, surgiram na investigação das vivências dos utentes que realizaram tratamentos psicanalíticos (Aragão Oliveira et al., 2009/2010). De facto, tal, como nessa investigação, no grupo dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, assistimos 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, nomeadamente, no sentido de um maior autoconhecimento. Estas referências ao surgimento de novos temas, no decorrer do acompanhamento, que levam os utentes a reenquadrar os seus objetivos iniciais, devem ser, segundo Aragão Oliveira et al. (2009/2010), consequências do processo de mudança, promovido pela terapia, podendo a, própria, mudança dos motivos do pedido de ajuda, ser um dos critérios de eficácia. Assim, estes resultados parecem revelar, que uma abordagem psicodinâmica dos motivos de procura de ajuda psicológica parece ter impacto nas, próprias, experiências dos utentes. E é a investigação destas experiências que permite dar conta destas situações, que passariam despercebidas, noutro tipo de metodologia (Grande et al., 2009).

No que respeita aos motivos relacionados com os conflitos externos ou relacionais, estes, referem-se à insatisfação com as relações familiares, ou com o companheiro, a dificuldades na área laboral, na adaptação a um novo local de residência, na relação com o outro, em geral, e devido a doenças de familiares. Estes motivos assemelham-se aos motivos, do mesmo tipo, encontrados noutros estudos, realizados, a nível internacional, nos cuidados primários (Hudson-Allez, 1999; Robinson et al., 2006). Verificamos, também, que cerca de metade dos utentes refere a indicação de terceiros como razão para o seu pedido de ajuda (o que é natural, dado tratar-se de um contexto de centro de saúde, no qual os utentes são encaminhados para a consulta de psicologia, maioritariamente, pelo médico de família). Esta situação pode ser consistente com a conclusão que Perren et al.

(2009) retiraram do seu estudo, nos cuidados primários: um dos critérios para pedir e aceitar ajuda psicológica é, esta, ser aconselhada por alguém de confiança.

Mas, apesar de se tratar de um contexto de saúde, e, ao contrário, do que seria de esperar, apenas 10 utentes (25%) referiram os sintomas somáticos, como um dos motivos do seu acompanhamento psicológico (sendo estes, sobretudo, relacionados com perturbações do sono, ou da alimentação), não sendo, contudo, os principais motivos do pedido de ajuda. Acresce a esta situação, o facto de apenas três utentes (7,5%) terem referido a sua doença física, como um dos motivos do pedido de ajuda. Tal, leva-nos a afirmar que a maioria dos utentes, da nossa amostra, procura os serviços de psicologia devido a motivos psicológicos, não decorrentes do seu estado de saúde física, apesar, de se tratar de um contexto de saúde. Estes resultados podem refletir o papel que os psicólogos têm realizado nos centros de saúde, onde constatamos que o apoio psicológico, prestado por questões de saúde médica, surge como razão secundária. Esta situação pode estar relacionada com as, próprias, necessidades dos cuidados primário, ou com a ausência de informação, de encadeamento das equipas, de avaliação sistematizada e de diferenciação da intervenção decorrente.

Assim, o nosso estudo aponta para a necessidade de uma reflexão que permita responder às seguintes questões: fará sentido, apenas, realizar aconselhamento em saúde nos centros de saúde, quando, grande parte, dos utentes referenciados tem questões de saúde mental (Auxier, Farley, & Seifert, 2011)? Que utentes devem ser referenciados para os serviços primários e secundários? Têm os serviços secundários capacidade de resposta para os utentes, que necessitam de uma abordagem psicoterapêutica, ou, se estes utentes não a receberem nos cuidados primários, não a recebem, de todo? Que competências têm de ter os psicólogos nos diferentes contextos? Como podemos aproveitar a acessibilidade, facilitada, dos serviços de psicologia nos cuidados primários (Wiener & Sher, 1998)? Como é feita a avaliação dos utentes e que critérios os remetem para determinada intervenção? Fará sentido, apenas, oferecer intervenções, de curto termo, nos cuidados primários? Muitos estudos demonstram que os pacientes atendidos nos serviços de psicologia, nos cuidados primários, têm um nível de stress psicológico similar aos pacientes dos cuidados secundários (Saxon, Ivey, & Young, 2008). Qual será a melhor intervenção para eles? Um conhecimento aprofundado destas questões permitiria delinear estratégias, no que respeita à organização dos serviços de psicologia, no sistema nacional de saúde.



Apesar de não termos todas as respostas a estas questões, o nosso estudo leva-nos a concluir, que um maior conhecimento dos motivos de ajuda psicológica, nos cuidados primários, é imperativo, para melhorar a organização dos serviços e para adequar as respostas terapêuticas aos utentes. Além disso, os nossos resultados, também, apontam para as vantagens dos psicólogos explorarem os motivos relacionados com os conflitos internos, pois estes permitem um maior autoconhecimento aos utentes, ao mesmo tempo, que clarificam sintomas psicológicos como a depressão e a ansiedade.

### *Experiências de mudança.*

Relativamente às experiências de mudança, analisaremos os resultados, tendo em conta, o que mudou na perspetiva dos utentes (e, aqui, incluiremos o impacto da psicoterapia na saúde física), o que contribuiu para essa mudança (onde se incluem os aspetos relativos à relação terapêutica) e o que aconteceu a essas mudanças, após o término da psicoterapia.

### *Mudanças percebidas.*

Em relação às mudanças percebidas, constatamos que, apenas, uma utente referiu não ter encontrado qualquer mudança, que atribuísse à psicoterapia. Esta situação foi, de, alguma, forma, inesperada, apesar de situação idêntica ter acontecido noutros estudos sobre as vivências dos pacientes (Aragão Oliveira et al., 2009/2010; Perren et al., 2009), uma vez, que, como foram os psicólogos a referenciar os seus utentes, seria natural (como forma de proteger a sua imagem) que referenciassem, aqueles, cujos processos tinham corrido bem. Tal, não inviabilizaria o nosso estudo, uma vez que não pretendemos avaliar a eficácia da psicoterapia nos cuidados primários, mas, sim, compreender a perspetiva do utente sobre o seu processo psicoterapêutico, nomeadamente, através da exploração das mudanças ocorridas. No entanto, esta situação permanece interessante, pois permite-nos algumas observações, quer em relação às diferenças de perspetiva, dos psicólogos e dos

utentes, quer em relação às razões que levam os utentes a percecionarem a não existência de mudanças psicoterapêuticas.

De facto, a literatura reporta diferenças nas perspetivas dos pacientes e dos terapeutas, existindo evidência de que as perspetivas dos pacientes são melhores preditores de resultados terapêuticos, do que as dos terapeutas (Henkelman & Paulson, 2006). A ideia de que esta utente (que referiu não ter encontrado, qualquer, mudança que atribuísse à psicoterapia) teria uma perspetiva sobre o seu processo, que diferia da do psicólogo, reforça a importância da exploração das vivências dos utentes, na compreensão do processo terapêutico, incluindo aqueles que não correm bem. Esta compreensão torna-se, essencial, se queremos melhorar os aspetos que podem estar na base desta insatisfação e que podem ser relativos ao encaminhamento de utentes, ao próprio processo terapêutico, às intervenções do terapeuta e à sua postura, etc (Joyce et al., 2007).

No caso desta utente, que referiu não ter encontrado qualquer mudança que atribuísse à psicoterapia, o desapontamento foi ligado com a experiência de que algo faltou e com a passividade do terapeuta. Estes aspetos, também, foram encontrados noutros estudos (Lilliengren & Werbart, 2005), parecendo que uma atitude, mais ativa, do terapeuta, teria sido preferível. Os dados recolhidos desta utente, também, apontam para o desejo de orientação, conselhos e intervenções orientadas para a ação. Parece, também, ter existido incompatibilidade com o estilo do terapeuta e um desacordo entre as suas, próprias, ideias de cura e o tratamento recebido. Na verdade, esta utente expressou o desejo que o terapeuta tomasse o lugar de perito, de uma pessoa de fora que pode dar respostas objetivas, ou de uma boa figura parental (Lilliengren & Werbart, 2005), experienciando a neutralidade e distância do terapeuta como uma ausência de objetivos e de direção. Tal, como Lilliengren e Werbart (2005), ou Manthei (2007), pensamos, que as similaridades e as discrepâncias nas teorias implícitas, sobre a cura, precisam de ser discutidas, desde o início do tratamento. Esta negociação poderia ter evitado esta visão negativa da utente. O terapeuta, a partir, desta discussão, poderia ter alterado o seu estilo e tipo de intervenção, ou teria tido a oportunidade de encaminhar a utente para outro colega.

De facto, o psicólogo que referenciou esta utente insatisfeita, referenciou, muitos, outros utentes, que relataram bons resultados, mas parece que, neste caso, o tipo de terapia disponibilizado, não foi o mais adequado para ela (recebeu psicoterapia de apoio, não existindo referência ao tipo de orientação). Assim, o conhecimento dos fatores que fazem os pacientes, diferentemente, adequados a diferentes tipos de terapia, teria sido proveitoso

neste caso. A experiência desta incompatibilidade teve um impacto negativo na experiência de um setting especial e de uma relação especial com o terapeuta (Lilliengren & Werbart, 2005), tendo o psicólogo sido descrito em termos negativos. Esta experiência de incompatibilidade com o terapeuta e os sentimentos de insucesso da terapia não foram discutidos com o terapeuta, o que nos leva a pensar, por um lado, que, alguns, terapeutas nunca exploram com os pacientes as incompatibilidades das suas ideias iniciais de cura (Lilliengren & Werbart, 2005), e por outro, na dificuldade dos pacientes discutirem aspetos negativos do processo com os seus terapeutas e vice-versa. Esta discussão podia ter permitido uma alteração de rumo da psicoterapia, pois como Rhodes et al. (1994, cit. por Ribeiro de Sousa, 2006) referiram, os acontecimentos de desentendimento constituem um, possível, ponto de viragem na psicoterapia e, se resolvidos, podem representar uma oportunidade para a mudança e crescimento pessoal do cliente (e, também, do terapeuta, diríamos, nós). No entanto, a resolução dos acontecimentos de desentendimento ocorre quando os clientes percebem a relação terapêutica como uma base de segurança e suporte, que lhes permite expressar as suas emoções e reações. Tal, situação, não se terá passado com esta utente, que não percecionou a relação terapêutica, de forma positiva, o que não lhe permitiu expor e resolver os seus sentimentos negativos. Na verdade, esta utente referiu ter dificuldade em falar durante as sessões de terapia. Para Lilliengren e Werbart (2005) a experiência de que falar é difícil parece representar um aspeto dificultador, porque interage com o falar, sobre si, mesmo, como um fator curativo. No seu estudo, alguns pacientes referiram que demoraram tempo a confiar no terapeuta e a, verdadeiramente, começar a falar de si, próprios. Parece que, esta confiança, não existiu, no caso, desta utente, da nossa amostra, o que nos leva a pensar que a sua insatisfação está, sobretudo, relacionada com a relação terapêutica.

Assim, um estudo que incidisse, apenas, sobre as vivências dos utentes que se sentiram insatisfeitos com a terapia, poderia iluminar os aspetos subjacentes a esta insatisfação e contribuir para uma melhoria nas práticas clínicas. Esta não seria, contudo, uma tarefa, fácil, dada a relutância dos pacientes, em referirem aspetos negativos da sua terapia (Manthei, 2007). No nosso estudo, para além, desta utente, poucos, se referiram aos fatores que dificultaram a terapia. Tal, foi concordante com estudo de Manthei (2007), que refere que os clientes podem sentir que é injusto criticar o seu terapeuta, num contexto de ajuda. Ainda, assim, no nosso estudo, outros utentes referiram aspetos dificultadores relativos à relação terapêutica (sentimentos ambivalentes face ao psicólogo), ou à forma

como o serviço está organizado (número limitado de sessões, ter de pedir o encaminhamento ao médico de família, etc.) que retomaremos, mais à frente.

Excetuando esta utente, todos os outros 39 utentes referiram mudanças, que atribuíram ao acompanhamento psicológico e essas mudanças existiriam em vários domínios. Assim, os utentes deste estudo experienciaram mudanças, que atribuem à psicoterapia, ao nível dos sintomas psicológicos, dos conflitos internos, dos conflitos externos e relacionais, e, em menor grau, ao nível dos sintomas somáticos e das mudanças nas situações concretas de vida.

### ***Mudanças ao nível dos sintomas psicológicos.***

Ao nível dos sintomas psicológicos, existiu uma diminuição, ou supressão, de sentimentos depressivos e da ansiedade, da irritabilidade e da raiva e um, maior, alívio e menos angústia, o que se traduziu numa melhoria do bem-estar. Tal, com noutros estudos, nos cuidados primários, esta diminuição sintomatológica, também, ocorreu nos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (Lemma et al., 2011), embora esta terapia não seja um tratamento focado no alívio sintomático. Nestas terapias, a remissão dos sintomas parece estar dependente de mudanças mais básicas na estrutura da personalidade, sendo, assim, um resultado secundário, mas importante (Blatt & Auerbach, 2003), o que pode estar relacionado com os dados que encontramos. Sendo esta uma consequência secundária, não faz, muito, sentido, que a investigação sobre a mudança psicoterapêutica se focalize na redução de sintomas, como a primeira medida do progresso terapêutico (apesar de os sintomas manifestos, em contraste com os estados e estruturas mentais inconscientes, serem mais fáceis de observar e medir).

Na literatura psicanalítica é, também, argumentado que, em contraste com puras mudanças sintomáticas, as mudanças estruturais têm impacto em vários domínios da vida e estão associadas com uma mudança no self, ou na experiência de self (Grande et al., 2009). Mudanças desta qualidade não são, facilmente, capturadas usando, por exemplo, comparações antes vs depois do tratamento, pois, não são, apenas, certos aspetos do paciente (por exemplo, sintomas, padrões comportamentais, problemas relacionais) que estão sujeitos a mudar, mas o inteiro sistema de referências, dentro do qual, o paciente avalia a sua experiência e comportamento (Grande et al., 2009). Tal, sublinha a

importância do tipo de metodologia que utilizámos, que permite dar a conhecer outras dimensões da mudança psicoterapêutica, como as mudanças internas.

### *Mudanças ao nível dos conflitos internos.*

O nosso estudo revela que ao nível dos conflitos internos, os utentes atribuíram bastantes mudanças à intervenção psicológica, tais como, o aumento da autoconsciência de si, e dos conflitos internos inerentes ao sofrimento psíquico, o aumento da capacidade reflexiva, sentimentos de um novo “Eu”, melhorias na autoestima e maior satisfação com os recursos internos (flexibilidade, capacidade para lidar com a angústia, para resolver problemas e para lidar com sentimentos negativos), maior confiança nas suas capacidades e menor culpabilização. Assim, na grande maioria dos utentes, parece, claro, que há mudanças internas, significativas, que são devidas ao processo terapêutico. Estes ganhos são, muito, importantes, pois significam menos sofrimento e mais satisfação na vida.

Tal, como na investigação de Aragão Oliveira et al. (2009/2010), ao longo do processo psicoterapêutico, parece existir uma focalização nos conflitos internos, nos utentes, em geral, e, em particular, nos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (no que respeita a um aumento da autoconsciência de si e dos conflitos internos e a sentimentos de um novo “Eu”), o que se deve, possivelmente, ao tipo de intervenção recebida, mais focalizada no mundo interno, tornando conscientes aspetos inconscientes, e permitindo uma maior transformação. Assim, o processo de mudança em psicoterapia parece ocorrer, muito, para além, do sintoma, particularmente, na psicoterapia psicodinâmica, decorrente da alteração de significado de si, próprio, e da relação com os outros, e está de acordo com as considerações, que realizámos, sobre a alteração do objetivo terapêutico (Aragão Oliveira et al., 2009/2010).

A nosso ver, as intervenções terapêuticas, nos contextos de saúde, não se deveriam ficar, apenas, pela alteração sintomatológica, pois, como vimos, a alteração de comportamento e a remoção dos sintomas não constitui, por si, só, indicação de melhoria (Aragão Oliveira et al, 2009/2010; Giorgi & Gallegos, 2005). Na verdade, o sintoma pode alterar-se, mas a problemática inconsciente pode manter-se e levar ao surgimento de sintomas substitutivos, ou até, existir sucesso terapêutico sem que haja alteração dos

sintomas manifestos, mas, sim, melhorias ao nível do sofrimento (Aragão Oliveira & Oliveira, 2012).

Compreende-se, também, que a investigação, focada na redução de sintomas, revele, poucas, ou nenhuma, diferenças, entre, diferentes, tipos de psicoterapia (Blatt, & Auerbach, 2003). Os efeitos dos tratamentos, a nível interno, são, mais, suscetíveis, de serem encontrados, nos trabalhos, que, como o nosso, investigam as vivências dos pacientes, e que permitem, além disso, explorar como ocorre o processo psicoterapêutico. Assim, tal, como Sandell et al. (2007), pensamos, que, apesar, dos resultados terapêuticos de diferentes tipos de psicoterapia, se assemelharem em termos quantitativos, existem diferenças, significativas, em termos qualitativos, que podemos identificar, apenas, através, de estudos qualitativos.

No nosso estudo, não pretendemos realizar uma análise comparativa entre processos de diferentes naturezas (até, porque, o número de sessões e a sua frequência diferiam muito), mas, tivemos como objetivo, compreender as especificidades das vivências dos utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica. Assim, tal, como no estudo de Sandell et al. (2007), pudemos verificar que as experiências de mudança, mais, distintas dos pacientes de terapia psicodinâmica, foram: o sentimento de se compreenderem melhor (sendo estes utentes que, mais, se referiram a um aumento da autoconsciência de si e dos conflitos internos) e a perceção de uma maior mudança relacionada com a personalidade (tendo estes utentes referido, mais, sentimentos de um novo “Eu”). Tal, estará de acordo com o pensamento de Coderch (2001), para o qual, a mudança psicanalítica passaria pela descoberta e expressão da autenticidade do paciente e pela aquisição de novos padrões de relação, com os outros e consigo, mesmo. Pensamos que estes resultados aclaram a diferenciação entre mudança psíquica e resultados observáveis, ao remeterem para uma reorganização das relações de objecto internas, no sentido proposto por Coderch, de que a verdadeira mudança psíquica é a modificação das organizações estruturais, e, não se pode confundir, com o que se observa, externamente, no comportamento.

Em, certas, circunstâncias, pode ser possível que um problema (no domínio interpessoal, por exemplo) possa ser solucionado, sem as mudanças que o paciente desejou no início da terapia (devido às mudanças nos seus julgamentos internos). Similarmente, um paciente pode, também, em retrospectiva, notar melhorias em domínios da vida, nos quais, não tinha percebido problemas no início da terapia, mas que são identificados depois

(Grande et al., 2009). Possivelmente, como consequência destes aspetos, também, foram, essencialmente, os utentes da nossa amostra que realizaram psicoterapia psicodinâmica a expressar surpresa e prazer em obter mudança, em domínios que não estavam à espera, o que os levou, como já realçámos, à evolução dos motivos do pedido de ajuda e a sentir que as mudanças são promotoras de outras mudanças. De facto, a par do que aconteceu no estudo de Aragão Oliveira et al. (2009/2010), existiu a tendência de alguns pacientes para irem, mais além, e relacionarem mudanças no plano interno (intrapsíquico) com mudanças no plano relacional e conflitos com o outro. Os nossos resultados permitem-nos, assim, inferir uma tendência para que os utentes, ao longo do processo, se focalizem mais no seu mundo interno, uma vez que as mudanças, a este nível, são das mais referidas, e, inclusive, estão associadas com as mudanças, ao nível dos conflitos externos.

***Mudanças ao nível dos conflitos externos, ou relacionais e nas situações concretas de vida.***

As mudanças ao nível dos conflitos externos, ou relacionais, passam por os utentes sentirem-se mais abertos, comunicativos, assertivos, com maior capacidade de expressar os seus sentimentos, de colocar, mais, limites e de se sentirem mais independentes, face ao outro, o que se refletiu em melhorias na relação com os outros, em geral, melhorias na relação com familiares, melhorias na relação com o companheiro, ou no cuidar, mais, de si, na relação com o outro. Estas mudanças, também, encontradas noutros trabalhos (Aragão Oliveira, 2009/2010; Lemma et al., 2011) apontam para a satisfação dos utentes com a ênfase interpessoal da terapia e, pensamos, juntamente com as mudanças internas, permitiram mudanças relacionadas com as situações concretas de vida, tendo os utentes melhorado a sua situação profissional, académica e social.

***Mudanças ao nível dos sintomas somáticos e impacto da psicoterapia na saúde.***

As mudanças nos sintomas somáticos, que revelam o impacto da psicoterapia na saúde física, foram referidas por, menos de metade, dos utentes. Estes conseguiram alimentar-se melhor e até emagrecer, dormir melhor, tiveram menos dores de cabeça,

sentiram-se, menos, cansados fisicamente, com menos dores no peito, controlando melhor a asma e sentindo-se, muito, melhor, fisicamente.

No decorrer das entrevistas, alguns utentes mostraram surpresa, quando foi colocada a pergunta sobre o impacto da psicoterapia na sua saúde física, revelando nunca terem pensado nisso. No entanto, quando solicitados a realizar esta reflexão, alguns encontraram consequências da terapia na sua saúde física. Tal, pode querer dizer, que estas questões, não são, habitualmente, debatidas em terapia, não sendo os sintomas somáticos relacionados com aspetos psicológicos, assim como, a sua melhoria, não tem vindo a ser relacionada com os resultados psicoterapêuticos. Esta situação foi surpreendente, uma vez, que estamos a referir-nos a um processo terapêutico decorrido num contexto de saúde, no qual, em princípio, se valorizariam estes aspetos.

Apesar das queixas psicossomáticas não serem das principais razões que levaram à consulta de psicologia, nos cuidados primários, parece importante esclarecer a principal causa dos sintomas físicos. A nosso ver, a existência destes sintomas físicos não deve ser negligenciada, necessitando o terapeuta de explorar, com o paciente, o papel dos sintomas somáticos, os seus significados conscientes e inconscientes, o que os inicia e o que os mantém (Karasu, 1979). Além disso, parece que a melhoria no bem-estar somático relaciona-se com uma redução nos custos médicos (não se passando o mesmo com a melhoria no stress psicológico, segundo Kraft et al., 2006), o que reforça a necessidade de prestarmos atenção a este tipo de consequência da psicoterapia.

Para além, dos estudos que sugerem a influência da psicoterapia nos sintomas somáticos e na utilização dos serviços de saúde (Kraft et al., 2006; Luborsky et al., 2004), o estudo das vivências dos utentes permite-nos compreender outras dimensões. Assim, os nossos resultados para além de testemunharem o impacto da psicoterapia na saúde física, dando conta de melhorias, em vários sintomas, permitem perceber que os utentes conseguem relacionar os seus sintomas físicos com os psicológicos, assim como as consequências da psicoterapia naqueles. No entanto, os nossos dados, também, demonstram que, aparentemente, estas relações não são muito trabalhadas, no decorrer dos processos psicoterapêuticos.



### *Contributos para a mudança.*

Tendo analisado o que mudou, passamos, agora, a abordar, como é que essas mudanças aconteceram, na perspetiva dos utentes. Os utentes consideraram que os mecanismos, envolvidos na mudança psicoterapêutica, relacionaram-se com aspetos da relação terapêutica, aspetos relativos à capacidade reflexiva, a técnicas, específicas, utilizadas, durante a psicoterapia, e com aspetos relativos a si, próprios.

### *Aspetos da relação terapêutica.*

Todos os utentes que referiram mudanças, referiram contributos para a mudança, que advêm da aliança terapêutica, que se consubstanciam em aspetos como a atenção, envolvimento e interesse do terapeuta, empatia, confiança, o sentir-se à vontade para explorar, qualquer, tema, o incentivo e apoio do terapeuta, que não julga, sentir-se compreendido pelo terapeuta, e pela existência de uma relação bastante forte. Estes dados alinham com muitas outras investigações (Aragão Oliveira et al., 2009/2010; Giorgi, 2011; Lambert, 2007; Lilliengren & Werbart, 2005; Ribeiro de Sousa, 2006; Sandell et al., 2007) que consideram a relação terapêutica um aspeto, central, para a mudança. Assim, importante, para estes utentes, foi a relação que foi sendo aprofundada (criando e mantendo sentimentos de segurança, confiança e de compreensão), existindo uma evolução na relação. Os utentes referiram, também, a ideia, de que o clima afetivo promove o trabalho terapêutico, relacionando características pessoais do terapeuta (como a calma e a empatia) com o desenvolvimento do processo terapêutico.

Como este estudo demonstra, as qualidades relacionais do terapeuta têm um papel vital nas perceções dos pacientes sobre a sua terapia e sobre a forma como as mudanças acontecem. Alguns utentes, porém, também, se referiram ao terapeuta de forma idealizada, tal, como noutras investigações (Aragão Oliveira et al., 2009/2010). Os sentimentos negativos face ao terapeuta foram encontrados na utente que não encontrou mudanças atribuídas à psicoterapia, que sentiu, que acabou por não haver o estabelecimento da relação, e noutra utente, que tinha sentimentos ambivalentes face ao terapeuta. Parece, assim, que as qualidades do terapeuta, assim como a sua capacidade para estabelecer a

relação terapêutica no início do tratamento, são fatores essenciais de mudança, que determinam o resultado terapêutico (Blatt et al., 2009).

Para além, das características do terapeuta, outros fatores, que podem ter contribuído para os sentimentos desta utente, de que não existiu o estabelecimento da relação, são a frequência e a duração do processo. É possível, que uma frequência quinzenal possa não ter facilitado este envolvimento, pois, tal como Freedman et al. (1999) argumentam, o aumento da exposição ao tratamento (duração e frequência) contribui para a experiência de maior intensidade afetiva no tratamento (que facilita a perceção de um terapeuta responsivo). A ser, assim, esta situação questiona, uma vez, mais, a forma como as intervenções são disponibilizadas nos centros de saúde e a pressão que os psicólogos sofrem para oferecer intervenções, mais, breves, ou mais espaçadas.

No caso da utente com sentimentos ambivalentes, estes sobressaem num episódio em que a utente não se sentiu compreendida pelo psicólogo, o que salienta a importância de resolver estes episódios de desentendimento (Safran et al., 2009), e, cuja exploração, pode oferecer ao paciente uma experiência emocional, que permite o seu crescimento pessoal. Estes resultados remetem-nos para o nível da exigência da formação do terapeuta, que lhe permita ter a sensibilidade, para perceber e lidar, com estes aspetos da relação terapêutica.

De qualquer forma, para a maioria dos utentes, as mudanças ocorreram devido a uma forte relação terapêutica, que foi experienciada como segura. Os utentes 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 íntimos e tomar riscos emocionais, o que tornou esta relação uma nova experiência relacional. Além disso, as respostas dos sujeitos sugerem, que este sentimento de segurança deu-lhes uma plataforma para tentar outras formas de ser, e de se relacionar, aumentando, assim, a probabilidade de novas experiências relacionais entre sessões.

Sublinha-se, que são, sobretudo, os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, aqueles, que mais atribuem ao terapeuta uma capacidade transformadora, no sentido deste permitir o encontro de novas perspetivas e um aumento da capacidade reflexiva, o que nos remete para o pressuposto da vivência transferencial, habitualmente, valorizada nas intervenções desta natureza.

De realçar, também, é o facto de os utentes, de uma forma geral, referiram mais contributos relacionados com a relação terapêutica do que com os aspetos técnicos, o que,

tal, como noutros estudos (Maccormack et al., 2001; Perren et al., 2009) revela que o aspeto relacional predomina sobre conhecimento técnico. Assim, o nosso estudo corrobora o papel central que a relação terapêutica parece ter no processo terapêutico e que está presente em várias revisões da literatura (Sousa, 2006), que apontam para o facto da relação, entre terapeuta e paciente, ser o fator mais importante, em todos os casos de terapia eficaz, sobrepondo-se às técnicas e intervenções do terapeuta.

Os nossos resultados parecem, então, coincidir com o pensamento de Coderch (2001), sobre a forma como se pode produzir a mudança psíquica. Para este autor, esta acontece, através, quase, exclusivamente, da nova experiência da relação terapêutica, existindo um papel limitado das interpretações. Na verdade, é no contexto desta relação, que são valorizadas as intervenções do terapeuta pelos utentes, do nosso estudo, parecendo que as intervenções técnicas do terapeuta e a relação terapêutica estão intrincadas durante o processo terapêutico, influenciando-se, mutuamente. A relação terapêutica influencia, por exemplo, a forma como as intervenções são oferecidas e entendidas por um lado, e por outro, as intervenções podem ajudar a construir a relação, pois uma interpretação que permite construir mais sentido, pode dar uma sensação ao utente de maior compreensão. Assim, no nosso estudo, os utentes valorizaram a forma como o psicólogo interpretava os seus conflitos e como os ajudava a entenderem-se, dando-lhes a sensação de que eram, verdadeiramente, compreendidos. Tal, leva-nos a concordar com Lilliengren e Werbart (2005) de que os fatores interpessoais, não específicos, não podem ser separados das intervenções do terapeuta.

Estes aspetos colocam desafios à pessoa e à formação do psicoterapeuta. Como refere Biscaia (2007), para o psicoterapeuta de inspiração psicanalítica, o seu principal instrumento de trabalho é ele, próprio. A este propósito, podemos, também, evocar que nalguns tipos de terapia (como a psicodinâmica), a formação pessoal (como realizar uma psicoterapia pessoal) terá, também, influência no estilo relacional do terapeuta, o que coloca a preparação relacional, como um aspeto decorrente da preparação técnica. Esta questão remete-nos para a formação dos psicólogos, que intervêm nos centros de saúde. Nas sociedades de formação psicoterapêutica, a preparação pessoal é um aspeto, central, que, atualmente, não é contemplado no sistema nacional de saúde. Alguns psicólogos assinalam essa preparação, mas esta é realizada por sua responsabilidade, não parecendo ser, devidamente, valorizada pelos serviços.

### *Aspetos relativos à capacidade reflexiva.*

Para além da relação terapêutica, os utentes da nossa amostra, também, se referiram ao facto da reflexão sobre si, próprios, que a psicoterapia permitiu, ter contribuído para o aparecimento das mudanças. Na verdade, estes dois aspetos, promotores de mudança, aparecem ligados, pois os sentimentos de segurança e confiança no terapeuta permitiram que os utentes explorassem os seus mundos internos e externos. Como refere Giorgi (2011), esta experiência de uma relação terapêutica segura, permite um aumento da consciência e novos insights, pois, parte do problema inerente com a falta de consciência, tem a ver com o sentir-se ameaçado, ou em sofrimento.

Estes aspetos, que englobámos na capacidade reflexiva, foram referidos, também, por todos os utentes que atribuíram mudanças à psicoterapia, o que sublinha a sua importância. As mudanças ocorreram, segundo os 39 utentes, através de uma reflexão sobre si, próprios, ou seja, através de falarem sobre si, próprios (dos seus problemas, aspetos, muito, íntimos, ou situações traumáticas, do presente e do passado) e de compreenderem o que se passava com eles, realizando conexões, tornando-se a terapia, muitas vezes, uma forma de chegar à raiz dos problemas (sobretudo nos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica). Os utentes referiram uma nova forma de pensar, em que olharam para si e para os outros, com uma nova perspetiva. Esta nova perspetiva, que advém de uma alteração de pressupostos (Giorgi, 2011), surge no âmbito de uma relação de segurança. Esta nova forma de pensar mobiliza o utente 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, reenquadramentos, etc) e ao envolvimento do utente.

Assim, os nossos resultados, relativos ao contributo de uma maior atividade reflexiva, assemelham-se aos encontrados noutras investigações sobre as perspetivas dos pacientes, quer em Portugal (Ribeiro de Sousa, 2006; Aragão Oliveira et al., 2009/2010), quer a nível internacional (Lilliengren & Werbart, 2005), incluindo-se, aqui, as mais recentes pesquisas, que se focalizam na psicoterapia psicodinâmica nos cuidados primários (Lemma et al., 2011). Existiram, inclusive, metáforas semelhantes às encontradas noutras investigações (Lilliengren & Werbart, 2005) como “descobrir onde estava a ponta do

novelo” que abarcam a ideia do aumento da autoconsciência, aclarando-se pensamentos, sentimentos, memórias e experiências do passado, o que levou a um sentimento de maior coerência.

Um aspeto, importante, deste aumento da autoconsciência, foi que os pacientes puderam internalizar as atividades do terapeuta e depois continuar a conversação dentro deles, próprios. Tal, como noutras investigações (Perren et al., 2009), o aumento da capacidade reflexiva permitiu aos utentes ter menos medo dos seus sentimentos, e pensar, em vez, de agir. Parece que os utentes passaram por, aquilo, que Perren et al. (2009) chamaram de fase de exploração. Nesta fase, as pessoas movem-se entre as explorações do seu mundo interno e externo, como é visível nas respostas dos utentes: “O que estas consultas fazem é ajudar as pessoas a entenderem-se melhor e, conseqüentemente, a saberem lidar com as outras pessoas melhor”. Como parte desta reflexão, foram, sobretudo, os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica a falar no passado, mas não, exclusivamente. Este processo permitiu aos utentes tornarem-se mais reflexivos sobre si, próprios, e fazer escolhas no presente.

Parece, também, que as descrições, dos utentes, da nossa amostra, sobre a exploração conjunta com o terapeuta e o aumento da autoconsciência, podem implicar um trabalho, conjunto, sobre aquilo que é atualizado na relação terapêutica, estando a matriz transferência/contratransferência implícita nas narrativas dos pacientes, a par do que é assumido por Lilliengren e Werbart (2005).

### *Aspetos técnicos.*

Outro contributo para a mudança, destacado pelos utentes, está relacionado com os aspetos técnicos, que passam pelo profissionalismo e competências dos psicólogos, pelas suas intervenções (interpretações, respostas, orientações, confrontações, explorações, conselhos, demonstração de outras perspetivas) e, também, pelas técnicas que os utentes referem ter aprendido, para lidar com a ansiedade, com os sentimentos depressivos, etc. As intervenções feitas pelo terapeuta pareceram ter encorajado os pacientes a explorarem-se e a refletirem sobre si, próprios. Os terapeutas, também, ajudaram os pacientes a descobrirem e a desafiarem pensamentos e interpretações negativos de si e do mundo, e

colocaram questões que encorajaram a reflexão, exploração e descoberta das próprias respostas pelos pacientes.

Na análise das entrevistas pudemos diferenciar, nalguns casos, técnicas próprias de intervenções específicas, como a cognitivo comportamental (técnicas cognitivas e comportamentais para lidar com a ansiedade e a depressão, por exemplo) ou como a psicodinâmica (interpretações e conexões com o passado), o que sugere que os terapeutas aplicavam os modelos da sua formação. Estas diferenças, ao nível da intervenção, entre modalidades terapêuticas, foram encontradas noutros estudos (Jones & Pulos, 1993).

Assim, foram, sobretudo, o carácter exploratório, a conexão com o passado e a utilização da interpretação, a diferenciar as perspetivas dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, sobre o contributo dos aspetos técnicos para a mudança. Contudo, existiram também, nestes utentes, referências a intervenções mais diretivas (como a orientação explícita), o que se prende, possivelmente, com o carácter breve de, algumas, intervenções (Trijsburg et al., 2004).

#### *Aspetos relativos aos contributos dos utentes.*

Parece, também, que as intervenções dos psicólogos são eficazes, por aquilo que os utentes retiram delas, sendo os aspetos relativos aos contributos dos utentes, salientados por, quase, todos eles. Os utentes seguem os conselhos, dicas, ou indicações dos seus terapeutas e sentem-se parte ativa do processo de mudança, referindo a sua capacidade para refletir, fora das sessões, e ter boas expectativas quanto ao processo.

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 reflexão autónomo, como atesta esta resposta de uma utente: “Faz com que a gente reflita sozinhos”. Estes resultados enquadram-se no modelo teórico da ação terapêutica de Lilliengren e Werbart (2005), que suporta a noção do paciente como um interveniente ativo, confirmando-se, assim, o papel dos moderadores do paciente na determinação da eficácia das intervenções. Assim, tal como no estudo de Manthei (2007), as conclusões do nosso estudo revelam, que os utentes são motivados, capazes e participantes ativos, no processo de resolver as suas dificuldades. Estes resultados, não, só, reforçam que a psicoterapia é, muitas vezes, um desencadeador

da mudança, visível nesta resposta de uma utente: “Ele vai dando dicas e depois vou para casa pensar”, mas, também, sublinham, que aquilo que os clientes fazem, fora das sessões é, igualmente, importante. Assim, concordamos que os terapeutas podem esperar esta ajuda e encorajá-la (Manthei, 2007).

Tendo discutido as especificidades das experiências de mudança, no que se refere ao que mudou, nos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (aumento da autoconsciência de si e sentimentos de um novo eu), e, assumindo que as diferenças entre os utentes refletem fatores específicos (Sandell et al., 2007), consideramos interessante verificar, se o que contribuiu para a mudança, no caso destes utentes, difere, de alguma forma, das perceções dos restantes utentes. De facto, os nossos dados apontam para a existência destas especificidades, também, no que se refere aos contributos para a mudança. Os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica foram os que, mais, realçaram a capacidade transformadora da relação terapêutica (no sentido, desta, permitir o encontro de novas perspetivas e um aumento da capacidade reflexiva), e o facto da terapia se constituir como uma forma de chegar à raiz dos problemas (existindo uma compreensão do passado e das suas ligações com o presente, que advém de interpretações e conexões com o passado).

#### *Mudanças pós-término.*

Quanto à análise das respostas sobre o que aconteceu às mudanças, após o término da terapia, esta fica limitada, devido ao reduzido número de utentes que terminaram a psicoterapia. Ainda assim, as respostas destes utentes levam-nos a tecer algumas considerações.

#### *Utentes que tinham terminado o seu processo há pouco tempo.*

Os utentes que tinham terminado o seu processo, há pouco tempo (um a três meses) foram, essencialmente, os que realizaram psicoterapia psicodinâmica. Para além da satisfação com a terapia, o terapeuta e as suas intervenções, os utentes também se

referiram ao facto de continuarem a utilizar ferramentas e recursos desenvolvidos em terapia. Estes aspetos incluem capacidades, técnicas, insights e novas formas de olhar para a sua situação e para eles, próprios. Para Manthei (2007), esta habilidade para lidar com futuros problemas reforça, quer o valor de longo termo do aconselhamento psicológico, quer a competência inerente aos clientes, que pode ser sublinhada pelos terapeutas.

Similarmente a outros estudos (Aragão Oliveira et al., 2009/2010; Grande et al., 2009), os utentes, também, relataram, em retrospectiva, que as suas visões e avaliações foram transformadas, durante, mas, também, após o fim da terapia.

Estes utentes, que terminaram há pouco tempo a psicoterapia psicodinâmica, para além de se referirem à manutenção das mudanças, após o fim do acompanhamento, também, sublinharam o facto de algumas mudanças continuarem, progressivamente, a realizar-se. Realçamos que, na comparação com os dados gerais, podemos verificar que foram os utentes, que realizaram processos psicodinâmicos, a referir estes aspetos, compatíveis com a internalização da função terapêutica. Assim, tal como no estudo de Aragão Oliveira et al. (2009/2010), para além da mera remoção de sintomas, aparecem realçadas, na nossa investigação, as especificidades dos utentes da terapia psicodinâmica, pois estes parecem ser capazes de continuar algo inerente ao processo terapêutico, mesmo após o seu término.

Os utentes, que tinham terminado há pouco tempo, referiram vários tipos de mudanças, que se mantiveram ou progrediram, após o término do processo: mudanças nos conflitos internos, com destaque para uma maior satisfação com os recursos internos; mudanças nas situações concretas de vida; mudanças nos sintomas psicológicos, com melhorias ao nível dos sentimentos depressivos e da ansiedade e, ainda, mudanças nos conflitos externos, ou relacionais com melhorias ao nível das relações com os outros. De realçar, será o facto de terem sido os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica a referirem o aumento do autoconhecimento de si e dos conflitos inerentes ao sofrimento psíquico, como uma mudança, que se manteve ou acentuou pós-término, o que sublinha a progressiva focalização nos aspetos internos e no autoconhecimento. Estes aspetos relativos à manutenção e evolução das mudanças remetem-nos para o facto de estes utentes poderem ter alcançado mudanças, mais, profundas (Grande e tal., 2009).

Contudo, o nosso estudo não nos permite verificar se estas mudanças, nos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, se mantêm a longo prazo. Para Grande et al. (2009), muitos efeitos não se tornam evidentes, até, mais, tarde, quando o paciente atingiu



um nível maior de autonomia e adquiriu métodos de autorregulação independentes, com base nos seus novos insights. No sentido de dar visibilidade a este fenómeno, será importante um estudo, nos cuidados primários, que averigue a persistência destes resultados, a longo prazo.

***Utentes que tinham terminado o seu processo há mais tempo.***

Nos utentes que já tinham terminado a terapia, mas que realizaram processos, de outra natureza, a manutenção das mudanças não passou pelo aumento do autoconhecimento, mas existiram referências a outro tipo de mudanças. Estes utentes, que tinham terminado, há mais tempo (um a quatro anos), referiram mudanças que se mantiveram, ao nível de uma maior satisfação com os recursos internos e com um aumento da autoestima. Foram, também, referenciadas mudanças nas situações concretas de vida, melhorias ao nível da ansiedade e das relações em geral. Estes utentes referiram, ainda, utilizar os recursos adquiridos em terapia (nomeadamente técnicas para lidar com sentimentos de ansiedade e depressivos) e satisfação com o terapeuta e com as suas intervenções. Poderíamos pensar na ideia de Perren et al. (2009) que referem a existência de uma caixa de ferramentas, desenvolvida durante a intervenção psicológica, que facilita a mudança de longo termo, pois é utilizada, posteriormente, na vida das pessoas. No seu estudo, também, foram referidas algumas das ferramentas descritas no nosso, tais como, técnicas comportamentais para ajudar com a gestão da raiva e da ansiedade e novas formas de pensar adquiridas durante o processo.

Os utentes que tinham terminado o seu processo há mais tempo (recordamos que, nenhum deles, tinha realizado um processo psicodinâmico) referiram, também, aspetos relacionados com alguns retrocessos, ao nível dos sintomas psicológicos e dos conflitos internos e relacionais. De realçar que um, destes utentes, tinha interrompido o acompanhamento, por não ter horário compatível, não tendo, na realidade, terminado o processo. Contudo, para além, desta situação, existiram outras referências a retrocessos e à possibilidade de regresso às consultas. Tratam-se, aparentemente, de situações, que nos remetem para aspetos diferenciados. No caso da utente, que teve de interromper o seu processo, parece que os retrocessos encontrados, vêm sublinhar a necessidade de os utentes terminarem os seus processos, apenas, quando os objetivos são alcançados (Perren

et al., 2009). Esta situação remete-nos para a imposição de limites temporais e de um número de sessões igual, para todos os utentes, que já começa a surgir nos centros de saúde, e que inviabiliza o tratamento para, alguns, utentes.

Quanto aos retrocessos encontrados nos utentes, que terminaram os seus acompanhamentos, apesar, de alguns autores considerarem habitual e apropriado os utentes regressarem à consulta de psicologia, nos cuidados primários, após uma primeira intervenção (Perren, 2004), inclinamo-nos, mais, para a possibilidade de não se terem alcançado mudanças internas, mais, profundas (não sendo este o objetivo da intervenção que realizaram), mas sim mudanças sintomáticas, que se vieram a revelar insuficientes. Tal, leva-nos a colocar a hipótese de que o tratamento, no caso destes utentes, deveria esforçar-se por atingir mudanças na personalidade, que são, essenciais, para atingir efeitos psicoterapêuticos persistentes, a todos os níveis, incluindo a nível sintomático, e que têm um efeito, de longo termo, na vida dos utentes (Grande et al., 2009).

De qualquer forma, estas são, apenas, suposições, que partem da análise de uma pequena amostra, mas que remetem, não só para o tipo de intervenção, mas, também, para as dimensões da duração e frequência dos acompanhamentos, na sua relação, com a interiorização da função terapêutica. O facto da interiorização da função terapêutica, essencial para a manutenção, a longo prazo, dos benefícios terapêuticos, depender da duração e frequência do tratamento, vem questionar, mais, uma vez, as limitações impostas aos psicólogos, que trabalham nos centros de saúde e a pressão para realizarem, apenas, tratamentos breves, focalizados nos sintomas, ou muito espaçados.

Estas questões exigem uma reflexão sobre as intervenções a disponibilizar nos centros de saúde, e nos outros serviços de saúde. Na verdade, pouco se sabe sobre a resposta que os serviços secundários dão aos utentes que necessitam de uma intervenção psicoterapêutica, existindo, alguns, serviços que, apenas, conseguem disponibilizar intervenções quinzenais, ou, apenas, mensais. Tal, situação, a par do facto dos serviços de saúde mental serem mais direcionados para perturbações graves, deixa de fora, do âmbito da oferta dos serviços de psicologia, nos contextos de saúde, muitos utentes, se estes não forem atendidos nos cuidados primários.

Pensamos necessária uma descrição dos serviços de psicologia existentes no sistema nacional de saúde, relativamente, ao tipo de utentes que atendem, ao tipo de intervenção realizada e como se organizam, entre si, que possa servir de base para uma reflexão, aprofundada, sobre a organização destes serviços. Apesar de não dispormos

destes dados, pensamos que a situação será semelhante à encontrada noutros países (como por exemplo, no Reino Unido) nos quais, existe a noção da existência de um número de utentes, que não encaixa nos critérios de referenciação para os serviços de psicologia do sistema nacional de saúde (Hudson-Allez, 1999), iniciando-se, agora, o estabelecimento de serviços, dentro dos cuidados primários, que pretendem dar resposta a estes utentes (Carrington et al., 2012).

Como vimos, para além desta necessidade da descrição dos serviços existentes, os nossos dados sugerem, a necessidade de mais investigação sobre as perceções dos utentes, que permita explorar as questões levantadas, tais como o impacto, a longo termo, das intervenções psicológicas nos cuidados de saúde.

Os nossos dados confirmam que as avaliações retrospectivas dos utentes refletem mudanças internas, que devem ser consideradas, também, nos contextos de saúde. O nosso estudo reforça as vantagens da utilização deste tipo de metodologia qualitativa, para dar conta deste tipo de pormenores sobre a mudança psicoterapêutica.

Assim, os resultados desta investigação responderam à questão sobre a forma como os utentes dos cuidados primários sentem que mudaram, em consequência da terapia, dando indicações sobre o que mudou (incluindo o impacto da psicoterapia na saúde física), o que contribuiu para a mudança (que incluiu a relação com o terapeuta) e o que aconteceu às mudanças após o término da psicoterapia. A estrutura geral das experiências de mudança, a que chegámos, realçou que os utentes dos cuidados primários, que participaram neste estudo, atribuíram, de facto, bastantes mudanças à psicoterapia, tal como encontrado noutros estudos nos cuidados primários (Baker et al., 2002; Davis et al., 2008; Gordon & Wedge, 1998; Lambert, 2007; Perren et al., 2009; Spurgeon et al., 2005). Estas mudanças aparecem, também, sublinhadas nas perspetivas dos utentes sobre os momentos/episódios significativos em psicoterapia.

#### *Momentos/episódios significativos em psicoterapia.*

Os utentes referiram, como momentos, especialmente, significativos, episódios, relacionados com o falar sobre situações do passado, ou do presente, numa perspetiva de exploração interna. Estes episódios permitiram o encontro de novas perspetivas de si e do

mundo relacional e transformações internas (aumento do contato com mundo interno, recursos internos mais satisfatórios). Estes episódios foram vistos como especiais, pelos utentes, pois permitiram uma nova perspectiva sobre si, próprios, e sobre os outros. Esta situação parece assemelhar-se ao que Giorgi (2011) chamou de mudanças nos pressupostos básicos, que aparecem, em consequência, de novos insights e de um aumento da consciência.

Chamamos a atenção para o facto de terem sido os utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, os que, mais, se referiram aos episódios relacionados com as transformações internas. Estes aspetos internos, também, já apareciam sublinhados nas percepções dos utentes, que receberam uma intervenção psicanalítica no estudo de Aragão Oliveira et al. (2009/2010), ou de Lilliengren e Werbart (2005), referindo os utentes, da nossa amostra, a importância de descobrir padrões no comportamento e de relacioná-los com o passado. Esta descoberta de padrões de relacionamento, também, permitiu abrir novas possibilidades para o paciente se relacionar com outros, significativos, de outras formas, existindo mudanças ao nível dos conflitos externos e relacionais, e das situações de vida, tendo estes utentes relacionado mudanças no plano interno (intrapsíquico) com mudanças no plano relacional, que aconteceram, em consequência de um episódio significativo. Os episódios com impacto nas mudanças nos conflitos relacionais e situações de vida, também, ocorreram nos processos dos utentes, em geral, que perceberam como usar o aconselhamento psicológico nas suas vidas e relações, começando a pensar e a relacionar-se com os outros, e consigo, próprios, de forma diferente, fora das sessões.

Outro tipo de episódio significativo, mencionado pelos utentes, foi o relacionado com o apoio recebido durante a terapia, relativamente a situações específicas, pelas quais, passavam na altura da terapia. Realçamos que este tipo de episódio foi, sobretudo, mencionado, pelos utentes que realizaram outro tipo de intervenção, tendo sido, raramente, mencionado, pelos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (que, como vimos, privilegiaram os episódios que remetiam para transformações internas). Situamo-nos aqui na diferenciação entre a ideia de apoio e a ideia de insight que decorrem, muito possivelmente, do tipo de intervenção realizada, e que está de acordo com a ideia de Booth e Cushway (1997), de que os clientes, envolvidos em terapias exploratórias, reportam mais eventos de consciencialização, do que, aqueles, envolvidos noutros tipos de terapia.

Booth e Cushway (1997), também, verificaram que os estilos pessoais, de cada terapeuta, influenciaram as experiências e as respostas dos seus utentes sobre o tipo de

evento valorizado. Os nossos resultados concorrem para esta ideia, se assumirmos que os terapeutas de psicoterapia psicodinâmica tinham, de certa forma, um estilo, diferente, que influenciou o tipo de evento valorizado pelos seus utentes (este estilo poderia estar relacionado com a formação pessoal, que estes terapeutas referiram ter realizado).

Esta situação remete-nos para a importância da relação terapêutica, tendo sido, largamente, referenciado, pelos utentes, em geral, o papel do terapeuta no episódio significativo. Os utentes referiram-se aos sentimentos face aos terapeutas e à relação terapêutica (sentimentos de serem compreendidos, aceites, etc.) como contributos importantes destes momentos.

Na descrição dos episódios significativos, os utentes entrevistados referiram-se, também, às intervenções dos psicólogos (confrontações, interpretações, etc.) que permitiram o alcance do autoconhecimento e de novos sentidos e perspetivas, sobre as suas angústias e conflitos. O desafio para agir concretamente, no presente, de forma a desafiar os antigos padrões de relacionamento, pareceu constituir-se como um momento decisivo para, alguns, utentes (similarmente, ao que aconteceu no estudo de Giorgi, 2011).

As intervenções feitas pelo terapeuta pareceram ter encorajado os utentes a explorarem-se e a refletirem sobre si, próprios. Tal, permitiu o surgimento de mudanças internas que, depois, se refletiram nas mudanças nos conflitos externos e relacionais, inclusive, na relação com o terapeuta, o que remete para as questões transferenciais. Podemos, assim, dizer que estas questões e a vivência atualizada na relação terapêutica, de especificidades internas passadas, estiveram na origem das mudanças percecionadas por, alguns, utentes e constituíram-se como episódios significativos.

Os utentes entrevistados, ainda, se referiram ao elevado impacto emocional destes episódios, parecendo que o envolvimento emocional é, não, só, crítico, para o aumento da consciência, mas, também, para a alteração dos pressupostos dos utentes. (Giorgi, 2011).

As consequências destes episódios, em termos de redução dos sintomas psicológicos, também, foram referidas, podendo ser integradas nas categorias “alívio e experiência emocional” descritas por Valdés et al. (2010), sobre o impacto dos eventos úteis, em terapia, identificados pelos clientes.

Interessante, também, foi a ideia, que surgiu na nossa investigação, de uma cadeia de eventos, partilhada com Giorgi (2011). Alguns utentes aludiram à ideia de que este episódio significativo esteve relacionado com outros episódios/momentos da terapia anteriores.

Apenas, uma utente se referiu a um episódio negativo, estando este relacionado com uma confrontação do terapeuta, que, embora tenha sido compreendida pela utente, não foi considerada útil, contribuindo para os seus sentimentos, ambivalentes, face ao psicólogo. A este propósito, Reeker et al. (1996, cit. por Ribeiro de Sousa, 2006) relacionam uma reação, que envolve experiências conotadas pelo cliente como negativas, com a possibilidade de impactos terapêuticos negativos. Contudo, este poderia ter sido um, possível, ponto de viragem na psicoterapia, se resolvido, podendo representar uma oportunidade para a mudança e crescimento pessoal da utente (Rhodes et al. 1994, cit. por Ribeiro de Sousa, 2006). Tal, aparentemente, não aconteceu, e a utente não apresentou este episódio, como resolvido, mas, sim, como um episódio negativo, com impacto na percepção da terapia e do terapeuta. Talvez, esta não resolução, se tenha ficado a dever aos contributos de ambos, utente e terapeuta, ou ao facto do terapeuta não se ter apercebido deste impacto (ou não ter tido a competência para alterar a situação). De qualquer forma, a não resolução deste episódio negativo, parece estar ligada ao tipo de relação terapêutica que existia, pois como referem Rhodes et al. (1994, cit. por Ribeiro de Sousa, 2006), a resolução dos acontecimentos de desentendimento ocorre, quando os pacientes percebem a relação terapêutica como uma base de segurança e suporte, que lhes permite expressar as suas emoções e reações.

A nossa investigação confirma, assim, que o estudo dos eventos importantes permite revelar os ingredientes ativos relacionados com a mudança, capaz de ser aplicado a diferentes modalidades de terapia (Valdés et al., 2010), inclusive, nos contextos de saúde, e reforça a importância da metodologia qualitativa na revelação destes aspetos.

#### *Vivência do terminar da psicoterapia.*

Quanto à questão de como é vivenciado o terminar da psicoterapia, pelos utentes dos cuidados primários, analisaremos, primeiro, as respostas dos utentes que terminaram o processo e, posteriormente, as ideias dos utentes que, ainda, não tinham terminado, mas que foram convidados a imaginar como seria esse término.

### *Utentes que terminaram o processo.*

Dentro do grupo de utentes que terminaram o seu processo, podemos analisar as respostas dos utentes, cuja decisão foi unilateral. Assim, a utente que desistiu, por não sentir utilidade no acompanhamento, revelou sentimentos negativos em relação à terapia e ao terapeuta, enquanto que a utente que desistiu, por incompatibilidade de horário, revelou sentimentos compatíveis com angústias de separação, assim como, sentimentos de que o trabalho, ainda, não estava terminado. Nestes dois casos, parece que as utentes não receberam todo o benefício do tratamento, incluindo o benefício de um término trabalhado.

No caso da utente, que terminou por motivos de incompatibilidade de horário, parece existir uma ideia positiva da terapia. A utente referiu, algumas, mudanças no período em que esteve em terapia, assim como, o desejo de regressar ao acompanhamento. Caso, muito, diferente, parece ser, o da utente, que terminou porque não considerou a terapia útil. Esta utente desejava outro tipo de intervenção, parecendo que as suas ideias de cura não foram discutidas, ou negociadas com o terapeuta (Philips et al., 2007). Podemos pensar, que as características desta utente contribuíram para este desfecho, porém, a verdade, é que o efeito das características do paciente, no processo de término, não ocorre isoladamente (Joyce et al., 2007). As características e competências do terapeuta e a natureza da relação terapêutica influenciam esta fase. Numa psicoterapia bem-sucedida, o terapeuta irá capitalizar as características positivas do paciente e lidar com as negativas. Assim, parece que o fator decisivo para esta desistência, foi a perceção de uma aliança terapêutica não satisfatória, não tendo a utente revelado os seus sentimentos negativos. Tal, é concordante com as ideias de Safran et al. (2009) que referem que os pacientes, muitas, vezes, evitam revelar os seus sentimentos negativos sobre o terapeuta e sobre o processo.

A capacidade do terapeuta, de detetar problemas na relação terapêutica, teria sido, importante, na prevenção da desistência desta utente (Knox, 2011), pelo que parece um assunto relevante na formação e supervisão dos psicólogos, nos centros de saúde, contextos, como vimos, onde ocorrem, vários, terminos prematuros (Connell et al., 2006), pelo menos, a nível internacional. Para evitar situações como esta, o conhecimento da adequação dos pacientes ao tipo de terapia, a negociação do tratamento com um acordo sobre a abordagem terapêutica, e a atenção à aliança terapêutica, logo, desde o início do

tratamento (Joyce et al., 2007), parecem estratégias adequadas, a usar pelos terapeutas dos cuidados primários.

Em Portugal, não existem dados sobre os terminos prematuros nos serviços de psicologia dos centros de saúde, o que seria importante para a compreensão deste fenómeno e para a definição de estratégias. Assim, propõe-se uma investigação, deste género, no nosso sistema nacional de saúde, não só para aferir o número deste tipo de terminos, mas para permitir compreender, melhor, este fenómeno, sugerindo-se um trabalho focalizado nas vivências da psicoterapia, nos utentes dos cuidados primários, que desistiram das consultas. Tal compreensão, seria essencial, também, porque os terminos não planeados, estão associados com níveis, mais elevados, de stress, e maior risco, na altura da avaliação inicial, dos utentes, nos cuidados primários (Saxon et al., 2010). Seria, igualmente, necessária, investigação sobre as medidas implementadas para contrariar a existência de terminos não planeados, assim como, sobre os seus resultados.

Quanto aos terminos prematuros iniciados, não pelos utentes, mas pelos terapeutas, tivemos o caso dos processos interrompidos devido ao facto do psicólogo ter terminado o estágio PEPAC. Estes utentes referiram sentimentos compatíveis com angústias de separação, sentimentos de desamparo e de incompletude do trabalho terapêutico. Parece que estes utentes viveram esta situação como um evento muito stressante, mas preservaram a imagem positiva do seu terapeuta, colocando a culpa nos administradores do sistema nacional de saúde, tal como reportado na literatura (Joyce et al., 2007). De qualquer forma, parece que estes terminos forçados (eram ambos relativos a processos psicodinâmicos) foram conduzidos de forma apropriada, existindo, no caso de uma utente, a intenção de dar, alguma, continuidade ao trabalho, já realizado, através, dos novos recursos, entretanto, desenvolvidos.

Esta questão dos terminos forçados, devido a situações institucionais, levanta a questão do desconhecimento, dos serviços de saúde, do impacto que estas situações têm nos utentes. Assim, os estágios, desta natureza, deveriam ser pensados, tendo, em conta, estas questões, uma vez, que a literatura reporta que é importante, para manter as mudanças, que as pessoas não tenham de terminar antes de estar preparadas (Perren et al., 2009). Para além do impacto negativo nos utentes, que tiveram de interromper o seu processo, contra a sua vontade, ao nível do seu bem-estar psicológico, os utentes, ainda, se referiram às consequências negativas desta decisão, a nível institucional, em termos da acessibilidade ao apoio psicológico, como o aumento da lista de espera. Outra questão



importante, é a necessidade de supervisão, nos serviços de saúde, que permita aos terapeutas lidarem com estes momentos. Como vimos, estas situações implicam questões transferenciais e contratransferenciais, pelo que o terapeuta e o paciente ganham, se, aquele, recorrer a supervisão, neste preciso momento (Joyce et al., 2007).

Quanto aos utentes, cujo processo terminou, por mútuo acordo, estes revelam afetos mais positivos, como a satisfação com os novos recursos internos, satisfação com a ajuda do terapeuta, e, sobretudo, sentimentos de tranquilidade, relacionados com o facto de terem atingido os seus objetivos, mas, também, com o facto de poderem retomar o processo, caso necessitem. Apenas, uma utente desde grupo referiu sentimentos de tristeza.

Os utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, e terminaram o processo, por mútuo acordo, revelaram, apenas, sentimentos positivos, como a satisfação com os recursos internos, sentimentos de tranquilidade e satisfação com o objetivo alcançado. Estes sentimentos positivos estão, em consonância, com outras investigações (Roe et al., 2006), tendo Perren et al. (2009), sublinhado, que, quando o término é de mútuo acordo, confirma ao paciente, que este esteve numa relação de respeito, e confirma, também, as suas novas capacidades. Tal, como na investigação de Knox et al. (2011), os dados do nosso estudo sugerem a importância do terapeuta atender aos sentimentos positivos do utente, de igual forma, que, aos negativos, na fase do término.

Os nossos resultados, quer os referentes aos términos prematuros, quer os referentes aos términos acordados, parecem, assim, implicar o terapeuta e a aliança terapêutica no processo de término e nos sentimentos que este evoca. Tal, como referido na literatura (Knox et al., 2011), os utentes descreveram o sentimento de que a terapia foi útil e que levou a mudanças positivas, o que teve um, profundo, impacto na forma como os clientes sentiram o término.

### ***Utentes que, ainda, estavam em acompanhamento.***

Quanto aos utentes, que, ainda, estavam em acompanhamento, cerca de metade dos entrevistados referiu vir a ter sentimentos compatíveis com angústias de separação (perda, tristeza, pena), quando desafiados a imaginar o término da terapia. Os nossos resultados apontam, assim, para que a vivência das angústias de separação, seja, mais evidente, nos utentes que, ainda, não tinham terminado o processo (ou que tinham terminado contra sua

vontade). Os utentes que já tinham terminado o processo, por mútuo acordo, e os utentes que, ainda, não tinham terminado, mas que realizavam psicoterapia psicodinâmica, não expressaram sentimentos compatíveis com angústias de separação. Para além, das implicações das características dos, próprios, utentes neste tipo de sentimento, os nossos resultados sugerem, que o tema do término não tinha sido, ainda, trabalhado em, muitos, dos utentes em acompanhamento (tendo este tema suscitado ansiedade, na entrevista, devido ao facto dos utentes, ainda, não se sentirem preparados para o fim deste apoio).

Apesar da literatura reportar que esta fase recebe menos atenção quando o tratamento é estruturado e focalizado na aquisição de competências, e quando a aliança terapêutica não é, muito, valorizada (Joyce et al., 2007), os nossos resultados sugerem que, mesmo, noutra tipo de intervenção (que não a psicoterapia psicodinâmica), o trabalhar da fase do término, é crucial, dada a elevada ansiedade que esta fase suscita nos utentes. Além disso, como, outros autores, referem (Boyer, 1990, cit. por Knox et al., 2011), os sentimentos de ambos, terapeuta e cliente, sobre o término, ocorrem no contexto da relação terapêutica, e a sensibilidade para os sentimentos de perda dos pacientes correlaciona, positivamente, com a ansiedade do terapeuta, relativa ao terminar. Assim, como os sentimentos contratransferenciais do terapeuta têm um elevado impacto na experiência dos seus clientes no término da terapia, seria importante a existência de um espaço de reflexão, nos serviços de saúde, que permitisse aos psicólogos trabalhar estas questões, o que sublinha, novamente, a importância da disponibilização de supervisão, nestes contextos.

O facto de existirem, apenas, duas referências a aspetos compatíveis com angústias de separação nos utentes que, ainda, estavam em acompanhamento psicoterapêutico psicodinâmico (ao contrário do que acontece quando analisamos os dados gerais, em que existem 15) leva-nos a pensar que este tipo de intervenção, ao focalizar-se nos aspetos internos, e ao promover a capacidade introspetiva do utente, acaba por diferenciar a forma como estes utentes vivenciam esta fase. De facto, como Joyce et al. (2007) referem, uma característica do paciente que influencia a fase de término, é a sua capacidade de ser introspetivo. Os pacientes com esta capacidade bem desenvolvida, terão mais consciência das questões transferenciais e serão, mais capazes, de interiorizar aspetos da relação terapêutica e da função terapêutica, para manter os resultados, após o término do processo. Contrariamente, os pacientes cuja capacidade de introspeção não foi promovida, contam, mais, com a comunicação do terapeuta para desenvolver uma compreensão dos seus problemas, o que poderá implicar uma maior dependência, espelhada nesta antecipação de

angústias de separação, face à possibilidade de término da terapia, nos utentes da nossa amostra.

De qualquer forma, a par destes sentimentos relativos à dificuldade de separação, referidos pelos utentes, em geral, existiram, também, referências ao facto dos utentes anteciparem que, na altura do término, eles irão dispor de outros recursos para lidarem com a sua vida e com a, própria, situação de separação. Tal, acontecerá, na perspetiva dos utentes, porque os seus objetivos terão sido alcançados, e eles poderão continuar o trabalho psicoterapêutico, por si, mesmos. Este resultado refere-se ao facto dos pacientes internalizarem aspetos do processo terapêutico (função terapêutica) e aspetos da relação terapêutica (o terapeuta empático e benigno) (Joyce et al., 2007).

A nossa investigação aponta, também, para necessidade dos terapeutas saberem como os utentes estão a viver o processo terapêutico, abordando as questões relacionadas com a relação terapêutica e com o curso da terapia. Tal, teria impacto nas possíveis ruturas na aliança terapêutica, evitando-se terminos abruptos e problemáticos.

O nosso estudo realça, ainda, a importância do terapeuta realizar uma discussão sobre o término, trabalhando sentimentos relacionados com a separação, quando apropriado.

Como vimos, conseguimos diferenciar alguns aspetos das vivências sobre o término da psicoterapia nos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica. Uma futura investigação, que se focalize nas experiências de término da psicoterapia, dos utentes dos cuidados primários, que permita diferenciar o impacto de várias intervenções nesta fase da terapia, seria um contributo importante para esta área de investigação.

*Outros aspetos.*

### ***Qualidade do serviço.***

Um dos aspetos referidos, pelos utentes, foi a recomendação da psicoterapia, nos centros de saúde, a outros utentes, dada a sua satisfação com a qualidade do serviço. Assim, tal como no estudo de Manthei (2007), muitos utentes referiram a sua, própria,

experiência de sucesso, como uma evidência de que este tipo de apoio pode ser proveitoso para outros.

Em relação a esta qualidade, é de salientar que foram, sobretudo, os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica a referir a profundidade do processo psicoterapêutico. Em contraste, uma utente que recebeu aconselhamento psicológico (mensal), referiu que gostaria de realizar um processo, mais, profundo, o que, a par de outros resultados que analisámos, confirma as especificidades das experiências dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, parecendo que o tipo de intervenção influencia o tipo de experiência.

Assim, apesar da investigação, maioritariamente, continuar a suportar a eficácia de todas as terapias de forma igualitária em termos de resultados (Sousa, 2006), o nosso estudo sugere, em linha com a investigação de Sandell et al. (2007), existirem, de facto, diferenças, não, só, na forma como o processo psicoterapêutico se processa, mas também, em termos dos resultados alcançados, na perspetiva dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica. Tal, como pensam Sandell et al. (2007) diferentes variedades de psicoterapia podem ser, quantitativamente, iguais nos seus resultados, contudo, esses resultados (e os seus mecanismos) parecem ser diferentes de um ponto de vista qualitativo. Se as diferenças entre os grupos de pacientes de diferentes terapias refletem fatores específicos, as especificidades encontradas nos utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, na nossa amostra, refletem a especificidade da intervenção realizada. O nosso trabalho permite, assim, salientar o contributo da psicoterapia psicanalítica nos contextos de saúde, dado o seu enfoque nas mudanças estruturais. Estas mudanças permitem o alcance de objetivos que vão, para além, de uma remoção sintomática e a manutenção, a longo prazo, das mudanças obtidas.

Uma vez que a literatura reporta que a investigação focada na redução de sintomas também revela poucas, ou nenhuma, diferenças, entre diferentes tipos de psicoterapia (Blatt et al., 2003), parece que o uso de metodologia qualitativa, especialmente, a focalizada nas vivências dos utentes, foi, imprescindível, para elucidar estas diferenças, na nossa investigação.

Como refere Faulkner (2008) o envolvimento dos utentes na investigação pode ajudar os psicólogos a demonstrar a efetividade dos tratamentos psicológicos, pois permite refletir as perspetivas e expectativas dos utentes, sendo também uma abordagem,

consistente, com as iniciativas para incluir o cliente no desenvolvimento dos serviços do sistema nacional de saúde (Bonsmann, 2010).

De facto, o nosso estudo ultrapassa as limitações dos estudos sobre os tratamentos empiricamente suportados (Sousa, 2006), que excluem o fator relação terapêutica, ao salientar o lugar da aliança terapêutica na obtenção do sucesso terapêutico, e ao focalizar-se na perspetiva dos utentes, área que não tem vindo a ser estudada na investigação da intervenção psicológica, nos contextos de saúde, em Portugal.

### ***Importância desta investigação para melhorar práticas clínicas.***

O nosso trabalho parece ir, de encontro, aos desejos dos utentes entrevistados, que referiram a importância desta investigação para melhorar práticas clínicas. Alguns utentes esperam, assim, que a sua participação, nesta investigação, possa ajudar outros utentes, ao contribuir para a efetividade da psicoterapia. Os utentes valorizaram o facto de a sua perspetiva ser valorizada e gostariam que as suas opiniões fossem consideradas no planeamento das intervenções psicológicas nos centros de saúde.

### ***Decisões políticas e institucionais.***

Neste seguimento, outros aspetos, focados pelos utentes, residiram naquilo que chamámos de decisões políticas e institucionais, pois estas influenciam a forma como a intervenção psicoterapêutica é disponibilizada aos utentes.

Assim, os utentes referiram-se à acessibilidade da intervenção psicoterapêutica. O facto, desta, estar disponível nos centros de saúde, permite o acesso a pessoas com dificuldades económicas, que, de outra forma, não seriam ajudadas.

Este aumento da acessibilidade ao apoio psicológico, que decorre da disponibilização deste serviço, nos centros de saúde, permite, na opinião dos utentes, também, ultrapassar o preconceito de que, apenas, recorrem ao apoio psicológico, pessoas, muito, perturbadas.

Ainda, em termos da acessibilidade ao serviço de psicologia, alguns utentes, preferiam não ter de solicitar esta consulta ao médico de família, preferindo que as

consultas de psicologia fossem abertas a, qualquer, utente. Na verdade, o facto desta consulta estar pensada nos centros de saúde, apenas, como um recurso para os outros profissionais de saúde (não estando aberta à população, sem referência), é uma forma de limitar o acesso ao apoio psicológico. Esta ideia, pode contribuir para a reflexão de como deve ser equacionada a organização deste tipo de serviços (que inclui a questão do número de psicólogos, por serviço).

Os utentes entrevistados destacaram um deficiente investimento público na intervenção psicológica nos centros de saúde, apercebendo-se da existência de um número reduzido de psicólogos. Eles, também, referem que os benefícios deste apoio passam pela redução de custos na área da saúde, ao nível do consumo de medicamentos e do recurso a consultas médicas. Esta perceção dos utentes sublinha a necessidade de investigação, em Portugal, que contemple o impacto económico da psicoterapia nos cuidados primários e o impacto no consumo de outros serviços de saúde (Ordem Portuguesa dos Psicólogos, 2011).

Os utentes insurgiram-se, também, contra as diretivas que pretendem limitar o número de consultas por utente e reduzir o tempo de consulta, o que, devido à complexidade da mente humana e do, próprio, processo psicoterapêutico, tornar-se-ia, totalmente, ineficaz, na sua opinião. Na verdade, foram, essencialmente, os utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica a referirem-se a estes aspetos, eventualmente, por terem sido estes os utentes a confrontarem-se com esta situação. De qualquer forma, estes utentes parecem estar, mais, sensíveis à influência da frequência das sessões e duração do processo, para a efetividade do tratamento (Freedman et al., 1999), o que, se deve, provavelmente, à perceção da profundidade do processo, que já apontámos. Os utentes reforçam, assim, a ideia, de que a intervenção psicoterapêutica é um processo bastante complexo (não podendo, por isso, ser disponibilizado em 15 minutos de consulta), importante para a saúde física e mental, referindo-se, ainda, à necessidade de tempo e continuidade (é preciso tempo para entender-se), devendo ser olhada, de outra forma, pelos decisores políticos. O nosso trabalho enquadra-se, assim, na assunção de Bonsmann (2010), de que compreender a visão dos utentes é, cada vez, mais, importante, se queremos adotar uma postura contra uma cultura crescente de terapia limitada no tempo, influenciada pelas políticas económicas. Na verdade, como alguns autores apontam (Foster & Murphy, 2004; Hudson-Allez, 1999) existem utentes que necessitam de terapia sem tempo limitado, pelo que os psicólogos deveriam organizar-se para expandir o serviço. Concordamos, pois,

com Foster e Murphy (2004) sobre a necessidade dos psicólogos se envolverem nas decisões institucionais.

Na discussão sobre o que é melhor para os utentes, parece fazer sentido, considerar a investigação sobre a eficiência psicoterapêutica, que testa as intervenções psicológicas no setting clínico (Hemmings, 2000) e as perspetivas dos utentes, pois são eles que vivenciam este processo, conseguindo ilustrar vários aspetos do processo terapêutico, que nos permitem várias reflexões, como atesta a análise dos nossos resultados.

Assim, a discussão sobre a organização dos serviços, e sobre a intervenção disponibilizada nos centros de saúde, não deve ser orientada por opções relacionadas com a formação teórica de cada psicólogo, ou mesmo, por meras razões económicas, imediatas, reducionistas e, frequentemente, falaciosas. Esta discussão deve ser, antes, científica e devidamente explicada por razões psicológicas.

Não faz, assim, sentido, o privilegiar de uma intervenção cognitivo-comportamental nos cuidados primários, pois consideramos que esta beneficiará alguns utentes, mas não responderá às necessidades de outros. Além disso, já explicitámos as razões que subjazem a este privilegiar (Mollon, 2009; Richardson & Hobson, 2000). De facto, não existem, internacionalmente (e, muito menos, em Portugal, onde este tipo de pesquisa nos contextos de saúde escasseia), evidência da supremacia desta intervenção, nestes contextos (Henkelman & Paulson, 2006; Kraft et al., 2006; Stiles et al., 2008).

Consideramos, assim, que a investigação da intervenção psicológica nos serviços de saúde, em Portugal, deve contemplar todo o tipo de intervenção (incluindo as psicoterapias de diversas orientações teóricas) de forma a conduzir à delineação de linhas orientadoras que não excluam, as terapias mais profundas. Defendemos, assim, a diversidade e a liberdade clínica no sistema nacional de saúde, concordando com Milton (1992) no sentido, de que os tipos de tratamento deveriam ser disponibilizados, conforme as necessidades dos utentes, tendo-se, em conta, que os tratamentos longos podem ser, a longo prazo, mais económicos que os tratamentos breves (Busch, 2001), ao tornar os utentes mais resilientes no futuro. No entanto, é necessária mais pesquisa sobre a eficácia, incluindo o custo-efetividade da psicoterapia, nos contextos de saúde, a longo prazo.

Além disso, os nossos resultados, relativamente às especificidades encontradas, nos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica, permitem-nos defender a utilização deste tipo de psicoterapia nos cuidados primários, dadas as suas possibilidades em termos de mudança interna, uma vez que uma redução dos sintomas e uma alteração de

comportamento não parecem suficientes para sustentar uma melhoria significativa e duradoura nos pacientes (Aragão Oliveira et al., 2009/2010; Grande e tal., 2009).

A defesa dos princípios psicanalíticos dentro do sistema nacional de saúde poderia passar, como sugerimos, pela fundação de uma associação semelhante à Association for Psychoanalytical Psychotherapy in the NHS do Reino Unido (Grant, 1986) que contribuisse para a delimitação de linhas orientadoras, nestes serviços, relativas à intervenção disponibilizada e à organização dos serviços.

Como vimos, em Portugal, parece existir alguma variedade na forma como os serviços estão organizados e na forma como a psicoterapia é disponibilizada. Para se alterar esta situação, existe a necessidade de um outro conhecimento, muito mais abrangente, sobre a realidade dos serviços de psicologia nos contextos de saúde, no nosso país. Assim, consideramos importante que, após uma avaliação prévia, se possa estabelecer uma organização dos serviços de psicologia e psicoterapia nos centros de saúde, que melhor responda às necessidades dos utentes. Existe a necessidade da promoção de um trabalho em equipa, com os outros profissionais dos cuidados primários e secundários e dentro da equipa de psicólogos. Defendemos, também, a disponibilização de formação adequada às necessidades dos psicólogos e supervisão clínica. Outra valência importante desta organização dos serviços seria a promoção de investigação, que permitisse melhorar práticas clínicas e, conseqüentemente, uma maior satisfação dos utentes.

Na verdade, parece necessário, face à literatura, existente, e aos nossos resultados, a criação de um grupo de trabalho que reflita, em profundidade, nesta questão da organização dos serviços e na intervenção dos psicólogos nos centros de saúde, que permita uma avaliação e a implementação de estratégias, que resultem numa maior efetividade.

Esta avaliação dos serviços poderia passar por algo semelhante ao sistema CORE-System (Mellor-Clark, 2004) que permite avaliar e comparar a qualidade dos serviços, pesem, embora, as críticas apontadas a este tipo de avaliação (Robinson et al., 2006). Esta avaliação poderá incluir a forma como os utentes são encaminhados para determinado tipo de psicoterapia. De facto, no nosso estudo, para além da própria formação do psicólogo que os referenciou, não sabemos quais os critérios que foram relevantes para o facto de uns utentes terem recebido uma intervenção, e outros, outra, pelo que, a avaliação sistematizada e a diferenciação da intervenção, decorrente, necessitam de exploração. A este propósito, sublinhamos a necessidade de uma abordagem, mais ampla, para



compreender as perturbações, que vá para além de uma classificação diagnóstica baseada em sintomas manifestos (Blatt et al., 2009; Hudson-Allez, 2008). Um modelo psicoterapêutico psicodinâmico na saúde, incluiria, assim, uma avaliação psicodinâmica que permite usar a dinâmica da transferência/contratransferência (Wiener & Sher, 1998).

O nosso trabalho, também, sugere, que, tal, como Wiener e Sher (1998) referem, os encaminhamentos dos médicos de clínica geral, não são limitados aos pacientes que necessitam de apoio, face a um acontecimento de vida, nem aos pacientes com depressão fraca a moderada, ou com ansiedade. Os médicos de clínica geral referenciam, qualquer, pessoa, que acham que necessita de apoio psicológico, e a tarefa de avaliar a natureza, extensão e severidade da psicopatologia, é do psicólogo.

A nosso ver, quando existem muitas restrições no encaminhamento, os médicos de família, e os utentes, ficam sem opções, dadas as listas de espera e o tipo de intervenção (ela, própria, limitada) nos serviços secundários. Daqui, decorre a necessidade do sistema nacional de saúde se organizar, de forma a não sobrepor intervenções, mas, também, a abarcar as necessidades de todos os utentes, que não tendo condições económicas para recorrer ao privado, ficarão excluídos de uma intervenção adequada, num serviço com muitas restrições de encaminhamento para a consulta de psicologia.

Como vimos, a nível internacional, existem serviços, dentro do sistema nacional de saúde britânico, de psicoterapia psicodinâmica e de psicoterapia cognitivo-comportamental, ou serviços, dentro dos cuidados primários de carácter psicanalítico, para os utentes e para os médicos de família que estão interessados num serviço com menos restrições de encaminhamento (Carrington et al., 2012), pelo que a oferta deste tipo de serviços, poderia ser uma possibilidade, em Portugal.

As implicações deste estudo, também, remetem para a importância de se estabelecerem caminhos, redes e partilha de informação entre os vários serviços de saúde. Tal, ajudaria a que os utentes, e os psicólogos, não se venham a sentir perdidos no sistema.

Não pretendíamos, com este trabalho, afirmar a eficácia das intervenções psicoterapêuticas nos cuidados primários, até porque, ela está, bem estabelecida, a nível internacional (Hemmings, 2000; Mellor-Clark, 2004), mas pretendíamos conhecer as perspetivas dos utentes que recebem estes serviços, de forma a compreendermos o que se passa nos processos psicoterapêuticos, que decorrem nestes contextos.

Os utentes da nossa amostra, de uma forma significativa, relataram mudanças, importantes, em vários aspetos, que são devidas ao processo terapêutico. Vimos que essas

mudanças não se ficaram pelas alterações de comportamento, o que contribui para a discussão, sobre o que é melhorar, em resultado da intervenção psicológica. Na verdade, os nossos dados vão, muito, para além, daquilo que alguns autores (Trindade & Teixeira, 2000) consideram como resultados positivos (quando se operou uma mudança de comportamento) e, ficam mais próximos, da ideia compartilhada por outros autores (Aragão Oliveira et al, 2009/2010; Giorgi & Gallegos, 2005) para os quais, a alteração de comportamento e a remoção dos sintomas, não constitui, por si só, indicação de melhoria. Parece, assim, que a intervenção psicológica nos cuidados primários é capaz de produzir mudanças internas e, por isso, assume-se, mais duradouras.

Parece, então, importante que os responsáveis pelas políticas de saúde conheçam as potencialidades da intervenção psicológica, nos serviços de cuidados primários, e as vantagens da integração de mais psicólogos nos centros de saúde. Tal, permitiria intervenções, com outra qualidade, e com efeitos mais duradouros. Estes responsáveis pelas políticas de saúde, também, deveriam, ter em conta, a necessidade de formação pessoal e profissional, assim como, de supervisão dos psicólogos dos centros de saúde.

Para tal, é imperativo o desenvolvimento de mais investigação, sobre a intervenção psicológica nos contextos de saúde, em Portugal, nomeadamente, em termos das intervenções psicoterapêuticas praticadas. Concordamos com Wiener e Sher (1998) de que os psicólogos, nos cuidados primários, devem ser, mais proativos no desenvolvimento de pesquisa, apropriada à ética e prática do aconselhamento psicológico e da psicoterapia, e devem disseminar os seus resultados, largamente. Esta pesquisa, devido à complexidade inerente ao objecto fundamental de trabalho (Aragão Oliveira & Oliveira, 2012), deve diferir, radicalmente, daquela usada pelos médicos, nos seus métodos e modelos.

Assim, a nossa investigação permitiu-nos compreender o processo psicoterapêutico, através de uma valorização da percepção dos utentes. Esta percepção torna-se relevante, uma vez, que se relaciona com os resultados terapêuticos (Henkelman & Paulson, 2006). Além disso, o nosso estudo, também, levanta uma série de questões, que realçam bem o trabalho, ainda, a realizar em Portugal. Esse trabalho é complexo e exige uma vasta equipa especializada, contudo, a nossa investigação pode ser um dos primeiros passos, nesse sentido.

### *Limitações do estudo*

A variabilidade do número de sessões e da sua frequência, em cada participante, pode ter influenciado as suas experiências. Além disso, as experiências analisadas são as dos participantes que decidiram participar, outros, que decidiram não participar, ou que não foram convidados, pelos seus terapeutas, poderão ter tido experiências diferentes.

Também, não foi possível recolher muitas experiências pós-término da terapia, uma vez, que os terapeutas tiveram mais facilidade em contactar com os utentes, ainda, em acompanhamento, o que, como vimos, influenciou as suas respostas.

Como Frosh e Young (2008) alertam, os nossos dados foram construídos na relação com a investigadora, ela própria, psicóloga num centro de saúde, pelo que foi necessário salientar a sua independência e ter, em conta, os seus sentimentos contratransferenciais, sendo, ainda assim, possível que os utentes tenham referido, certos, aspetos, com a intenção de agradar à investigadora (Potter & Hepburn, 2005). Estas situações foram calibradas pela supervisão realizada à análise dos dados, pelo orientador.

Também, é verdade, que o número de terapeutas, que encaminhou utentes, é reduzido, tendo uns enviando, muitos, mais, utentes do que outros, tendo, também, estes terapeutas, formações diversas e experiência profissional de duração variada.

Os diagnósticos dos utentes entrevistados não foram tidos, em conta, pelo que a sua influência nas respostas e vivências dos utentes, também, não foi explorada.

Também, não pretendíamos examinar a forma como os terapeutas trabalhavam, independentemente da informação disponibilizada por eles, ou seja, não sabemos, para além, do que podemos inferir das respostas dos utentes, se os terapeutas seguiam os modelos de tratamento da sua formação, de forma adequada.

Esta amostra, quer em termos de utentes, quer em termos de terapeutas, não deixa de ser pequena e os resultados devem, assim, ser interpretados com precaução. Apesar disso, a consistência nas respostas dos 40 utentes, através de todos os temas do estudo, e o facto de os dados terem sido recolhidos em condições reais, leva a que os resultados mereçam ser considerados, e levados, em conta, pelos terapeutas, os administradores das áreas de saúde, decisores políticos, e todos os envolvidos na formação dos terapeutas. Não nos parece possível, pois, que os terapeutas e as organizações ignorem as perspetivas destes utentes.

De facto, como Nelson e Quintana (2005) referem, a metodologia qualitativa que utilizámos foi uma mais-valia no estabelecimento de relevância clínica, permitindo, ainda, chegar a públicos mais abrangentes (Ponterotto et al., 2008). Assim, a nossa pesquisa qualitativa, permite realçar a credibilidade da profissão entre clínicos, estudantes e audiências leigas.

Quanto às questões éticas, que já abordámos, os nossos dados parecem de acordo com a restante literatura de investigação, que tem vindo a demonstrar, que os clientes que se voluntariam para participar nestes estudos, vêm a beneficiar, terapeuticamente, ao fazê-lo (Bonsmann, 2010; Manthei, 2007; Marshall et al., 1996). Assim, os nossos utentes, de uma forma geral, ficaram satisfeitos com o facto de a sua voz ser ouvida, neste assunto, tão importante, e com a possibilidade de ajudarem outros utentes. Para além disso, pensamos que a reflexão sobre o seu processo permitiu aos utentes rever os ganhos obtidos, e, no caso dos utentes, ainda, em acompanhamento, elaborar junto com o seu terapeuta algum aspeto, sobre o qual, ainda, não tivessem pensado (como o impacto da psicoterapia na saúde física, por exemplo). Assim, pensamos, que foi benéfico para os utentes dos centros de saúde, terem participado num tipo de investigação, que tem, em conta, a sua perspetiva. Tal, permitirá melhorar práticas clínicas e, assim, contribuir para a melhoria dos utentes, ainda, em acompanhamento (ou que regressarão, no futuro) e para a melhoria de outros utentes, do sistema nacional de saúde.

### *Propostas de estudos futuros*

Quanto às propostas de estudos futuros, ao longo da nossa discussão, temos vindo a fazer, inúmeras, referências a possíveis estudos.

Pensamos, ainda, que os estudos, no campo da saúde, devem focalizar-se em amostras maiores, tratamentos longos, assim como, examinar a relação entre os aspetos específicos do tratamento, a perspetiva dos utentes e os resultados terapêuticos.

Seriam, igualmente, interessantes, estudos, que associassem as perspetivas dos utentes, os seus resultados terapêuticos e as características dos terapeutas, em termos da sua formação, processo terapêutico pessoal, supervisão e capacidade para estabelecer uma aliança terapêutica.

Um trabalho centrado, na formação e leitura, que os psicólogos, nos centros de saúde, fazem do seu trabalho, a nível nacional, também seria proveitoso para o estabelecimento de estratégias.

Também, a possibilidade de uma manutenção, rotineira, de dados, que permita avaliar o trabalho dos psicólogos nos centros de saúde, segundo, determinados protocolos, seria interessante de averiguar, de forma a maximizar-se a efetividade dos psicólogos neste contexto.

Estudar quais são os aspetos, internos ou relacionais, que dificultam o trabalho terapêutico, ou o impacto e a longevidade dos efeitos, em relação com a duração da terapia e sua frequência, também, constituiriam passos importantes, para o estabelecimento de uma organização dos serviços, que responda, melhor, às necessidades dos utentes.

Para além da investigação de como se intervém nos contextos de saúde, seria também, importante, investigar, como se realiza a avaliação, e suas consequências, no tipo de intervenção oferecida aos utentes.

Nestas propostas, de futuras investigações, defende-se a utilização de metodologias diversas, assim como a sua conjugação, no sentido da ultrapassagem das limitações, por nós, referidas.

Assim, ainda, existem, muitos, aspetos e temáticas a explorar, numa área, onde a escassez de estudos, em Portugal, não tem permitido uma maior reflexão sobre a psicoterapia nos contextos de saúde.

Para além, de um contributo para o conhecimento sobre a psicoterapia nos cuidados primários, em Portugal, esta investigação acentuou, dentro da investigadora, o impacto, que o seu trabalho clínico pode ter, nas vivências das pessoas, que, com ela, se cruzam, nos seus processos psicoterapêuticos. Este impacto, nos dois sentidos, encontra um paralelo na frase de Antoine de Saint-Exupéry, com que abrimos este trabalho: “Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

## Conclusões

O conhecimento, abrangente, das experiências dos pacientes, que englobe várias áreas do processo de aconselhamento psicológico/psicoterapia, parece, fundamental, para a promoção do sucesso terapêutico (Manthei, 2007), também nos contextos de saúde, como os cuidados primários (Wiener & Sher, 1998).

Assim, a reflexão proporcionada, pela análise experiencial, das entrevistas realizadas aos utentes dos cuidados primários, sobre o processo psicoterapêutico, que realizaram, permitiram-nos chegar às seguintes conclusões:

1. Os dados revelam, que o processo de mudança em psicoterapia, nos cuidados primários, parece ocorrer, muito para além, do sintoma, particularmente, na psicoterapia psicodinâmica.
2. As mudanças em várias áreas (internas, sintomáticas, relacionais, etc.) ocorreram, através da relação terapêutica, e de um aumento da capacidade reflexiva (que adveio das intervenções terapêuticas e daquilo que os utentes delas retiram), parecendo existir, ao longo do processo psicoterapêutico, uma focalização nos conflitos internos.
3. As especificidades encontradas nos utentes, que realizaram psicoterapia psicodinâmica, permitem-nos defender a utilização deste tipo de psicoterapia nos cuidados primários.
4. Destaca-se a importância do tipo de metodologia utilizada, que permite averiguar estas especificidades, que seriam ignoradas, noutra tipo de metodologia.
5. Uma importante consequência de estar em terapia, nos cuidados primários, foi o desenvolvimento de um processo de reflexão, autónomo, tendo os utentes referido a manutenção das mudanças, após o fim da terapia, e, até, a sua evolução, no caso dos utentes que realizaram processos psicodinâmicos. Estes aspetos, compatíveis com a internalização da função terapêutica, justificam uma investigação, em maior profundidade, deste aspeto, específico.
6. O facto da interiorização da função terapêutica, essencial, para a manutenção, a longo prazo, dos benefícios terapêuticos, depender da duração e frequência do tratamento, vem questionar as limitações impostas aos psicólogos, que trabalham

- nos centros de saúde, e a pressão para realizarem, apenas, tratamentos breves, focalizados nos sintomas, ou muito espaçados.
7. O nosso trabalho apoia, assim, a ideia, de que compreender a perspetiva dos utentes, é, cada vez mais, importante, se queremos adotar uma postura contra uma cultura crescente de terapia limitada no tempo, e de um só tipo, baseada em critérios, limitados, de evidência e, claramente, influenciada pelas políticas económicas.
  8. A expansão dos serviços de psicoterapia, nos cuidados primários, permitiria dar aos médicos de família, e aos utentes, a possibilidade de escolha de várias abordagens, com durações diferenciadas, consoante as suas necessidades.
  9. Parece, então, importante, que os responsáveis pelas políticas de saúde conheçam, as potencialidades da intervenção psicológica, nos serviços de saúde, e as vantagens da integração de, mais, psicólogos nos centros de saúde, o que permitiria intervenções com outra qualidade e com efeitos mais duradouros.
  10. O nosso trabalho remete, também, para a consideração das competências dos psicólogos, tendo-se em conta, as necessidades de formação pessoal e profissional, assim como, de supervisão, destes profissionais, que deveriam ser colmatadas pelos serviços de saúde.
  11. Parece necessária, a criação de um grupo de trabalho, que reflita, em profundidade, nesta questão da organização dos serviços, e na intervenção dos psicólogos nos centros de saúde, que permita uma avaliação e a implementação de estratégias, que resultem numa maior efetividade dos serviços.
  12. Na verdade, o nosso estudo levanta uma série de questões, que realçam bem o trabalho, ainda, a realizar em Portugal, existindo a necessidade dos psicólogos se envolverem nas decisões institucionais, sobre o que é melhor para os utentes.
  13. Ainda, existem muitos aspetos e temáticas a explorar, numa área onde a escassez de estudos, em Portugal, não tem permitido uma maior reflexão sobre a psicoterapia nos contextos de saúde, deixando-se, inúmeras, sugestões de estudos futuros.
  14. Este trabalho, constitui-se, assim, como um contributo para a área, pouco investigada, das vivências dos utentes, sobre a psicoterapia e o aconselhamento psicológico, realizados nos cuidados primários.

## Referências

- Abreu, M. O., & Ribeiro, E. (2012). A perspectiva do cliente dos momentos significativos na interação terapêutica: Os momentos de conforto na interação terapêutica. In J. Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, P. Vagos, & I. Direito (Eds), *Actas do 9º congresso nacional de psicologia da saúde: Promoção da saúde e doenças crónicas desafios à promoção da saúde* (pp. 1-7). Lisboa: Placebo Editora.
- Aragão Oliveira, R., Senra, H., Dias, C. A., Oliveira, C., Nunes, C., Loureiro, L., & Oliveira, S. (2009/2010). *Lived experiences of the psychotherapeutic process in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy*. Retirado de International Psychoanalytic Association: <http://www.ipa.org.uk/Images/ResearchPapers/147466oliveiralived.pdf>
- Aragão Oliveira, R., & Oliveira, S. S. (2012). Sobre a investigação do processo terapêutico em psicanálise e em psicoterapia psicanalítica. *Revista Portuguesa de Psicanálise* 32(2), 43-57.
- Association for Psychoanalytical Psychotherapy in the NHS. (2013). *Association for Psychoanalytical Psychotherapy in the NHS*. [On-line]. Retirado a 6 Março de 2013 de <http://www.app-nhs.org.uk/>
- Auxier, A., Farley, T., & Seifert, K. (2011). Establishing an integrated care practice in a community health center. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(5), 391-397. doi:10.1037/a0024982
- Baker, R., Baker, E., Allen, H., Golden, S., Thomas, P., Hollingbery, ... Gibson, S. (2002). A naturalistic longitudinal evaluation of counselling in primary care. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(4), 359-373. doi:10.1080/0951507021000050195



- Batista, L., Aragão Oliveira, R., Senra, H., Oliveira, C., Nunes, C., Loureiro, L., ...  
Amaral Dias, C. (2012, Outubro). *Subjective representations of therapeutic relationship*. Poster apresentado na conferência 3rd Joint Meeting of the European and the United Kingdom Chapters of the Society for Psychotherapy Research, Porto.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1999).
- Biscaia, C. (2007). *Desafios da relação enquanto fator de mudança em psicoterapia*. Manuscrito não publicado, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora, Évora.
- Blatt, S. J., & Auerbach, J. S. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry, 23*(2), 268-307.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., & Hawley, L. (2009). Factors contributing to sustained therapeutic gain in outpatient treatments of depression. In R. A. Levy, & J. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 279-301). Totowa NJ US: Humana Press. doi:10.1007/978-1-59745-444-5\_12
- Bonsmann, C. (2010). What do clients have to say about therapy? *Counselling Psychology Review, 25*(4), 31-45.
- Booth, H., & Cushway, D. (1997). Counselling in general practice: Clients' perceptions of significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly, 10*(2), 175-187. doi:10.1080/09515079708254170

- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2008). Ethics in qualitative psychological research. In W. Stainton-Rogers, & C. Willig (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (pp. 263-279). London: Sage.
- Burton, M., Daringkamas, J., & Cushway, D. (1994). The use of personal therapy by clinical psychologists working in the NHS in the United Kingdom. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(3), 165-173.
- Burton, M. (1998). *Psychotherapy, counselling and primary mental health care: Assessment for brief or longer-term treatment*. Chichester: Wiley
- Busch, F. N. (2001). Psychoanalytic therapy as health care effectiveness and economics in the 21st century. *International Journal of Psycho-Analysis*, 82(5), 1028-1031.
- Busch, F. N., & Milrod, B. L. (Eds.). (2010). The ongoing struggle for psychoanalytic research: Some steps forward [Special editorial]. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4), 306–314. doi: 10.1080/02668734.2010.519234
- Carrington, A., Rock, B., & Stern, J. (2012). Psychoanalytic thinking in primary care: The Tavistock psychotherapy consultation model. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2), 102–120. doi: 10.1080/02668734.2012.678636
- Coderch, J. (2001). *La relación paciente – terapeuta*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Connell, J., Grant, S., & Mullin, T. (2006). Client initiated termination of therapy at NHS primary care counselling services. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6(1), 60-67. doi:10.1080/14733140600581507
- Corney, R., & Simpson, S. (2005). Thirty-six month outcome data from a trial of counselling with chronically depressed patients in a general practice setting. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 78(1), 127-138. doi:10.1348/147608304X21365

- Davenhill, R. & Patrick, M. (Eds.). (1998). *Rethinking clinical audit: The case of psychotherapy services in the NHS*. London: Routledge.
- Davidson, L. (2000). Meeting the challenges of the new NHS for counselling in primary care: A service manager perspective. *British Journal of Guidance & Counselling*, 28(2), 191-201. doi:10.1080/03069880050013494
- Davis, D., Corrin-Pendry, S., & Savill, M. (2008). A follow-up study of the long-term effects of counselling in a primary care counselling psychology service. *Counselling & Psychotherapy Research*, 8(2), 80-84. doi:10.1080/14733140802007863
- Farley, T. (2000). Mental health research in primary care what's next? Response to 'a systematic review of brief psychological therapies in primary health care'. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Healthcare*, 18(3), 327-332. doi:10.1037/h0091860
- Faulkner, A. (2008). Involving clients in counseling and psychotherapy research. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, 8(3), 16-18.
- Fernandes, E., & Maia, A. (2008). Impacto do exercício de psicoterapia nos psicoterapeutas. *Análise Psicológica*, 26(1), 47-58.
- Fonagy, P. (1998). Moments of change in psychoanalytic theory: Discussion of a new theory of psychic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 346-353. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<346::AID-IMHJ12>3.0.CO;2-X
- Foster, J., & Murphy, A. (2004). Reflections on the development of primary care counselling. *Psychodynamic Practice*, 10(3), 295-302. doi:10.1080/14753636410001733994
- Freedman, N., Hoffenberg, J. D., Vorus, N., & Frosch, A. (1999). The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: The role of treatment duration, frequency of

- sessions, and the therapeutic relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 741-772.
- Frosh, S., & Young, L. S. (2008). Psychoanalytic approaches to qualitative psychology. In W. Stainton-Rogers, & C. Willig (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology* (pp. 109-126). London: Sage.
- Gabbard, G. O., Lazar, S. G., Hornberger, J., & Spiegel, D. (1997). The economic impact of psychotherapy: A review. *The American Journal of Psychiatry*, 154(2), 147-155.
- Gabbard, G. O. (2009). Foreword. In R. A. Levy, & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. vii-ix). Totowa NJ US: Humana Press. doi: 10.1007/978-1-59745-444-5
- Giorgi, A. (2002). The question of validity in qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 33(1), 1-18. doi:10.1163/156916202320900392
- Giorgi, A. (2003). Lessons for the future from the margins of psychology. *Journal of Phenomenological Psychology*, 33(2), 179-201. doi:10.1163/15691620260622886
- Giorgi, A., & Gallegos, N. (2005). Living through some positive experiences of psychotherapy. *Journal of Phenomenological Psychology*, 36, 195-218. doi:10.1163/156916205774651096
- Giorgi, A., & Giorgi, B. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. In P.M. Camic, J.E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 243-273). Washington DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/10595-013

- Giorgi, B. (2011). A phenomenological analysis of the experience of pivotal moments in therapy as defined by clients. *Journal of Phenomenological Psychology, 42*(1), 61–106. doi:10.1163/156916211X567497
- Gordon, K., & Wedge, G. (1998). Counselling in primary care: A 2-year follow-up of outcome and client perceptions. *Journal of Mental Health, 7*(6), 631-636. doi:10.1080/09638239817789
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., ... Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research, 19*(3), 344-357. doi:10.1080/10503300902914147
- Grant, S. M. (1986). Personal issues facing the psychotherapist in the national health service. *Psychoanalytic Psychotherapy, 2*(3), 195-199.
- Hemmings, A. (2000). A systematic review of the effectiveness of brief psychological therapies in primary health care. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Health Care, 18*(3), 279-314. doi:10.1037/h0091857
- Henkelman, J., & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counseling. *Counselling Psychology Quarterly, 19*(2), 139-150. doi:10.1080/09515070600788303
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica, 24*(3), 363-372.
- Hudson-Allez, G. (1999). Brief versus open-ended counselling in primary care: Should the service be expanded to include both models? *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health, 2*(1), 7-18. doi:10.1080/13642539908400802
- Hudson-Allez, G. (2008). Counselling assessment for complex client presentations. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal, 8*(4), 8-11.

- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316. doi:10.1037/0022-006X.61.2.306
- Joyce, A. S., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Klien, R. H. (2007). *Termination in psychotherapy: A psychodynamic model of processes and outcomes*. doi:10.1037/11545-000
- Jung, S., Fillippon, A., Eizirik, C., & Nunes, M. L. (2006). História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. *Revista de Psiquiatria de Rio Grande do Sul*, 28(3), 298-312.
- Lambert, P. (2007). Client perspectives on counselling: Before, during and after. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 106-113. doi:10.1080/14733140701345919
- Lazar, S. G., Sledge, W. H., & Adler, G. (2010). Introduction. In S. G. Lazar (Ed.), *Psychotherapy is worth it: A comprehensive review of its cost-effectiveness* (1-30). Arlington VA US: American Psychiatric Publishing.
- Leichsenring, F. (2009). Psychodynamic psychotherapy: A review of efficacy and effectiveness studies. In R. A. Levy, & J. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 3-27). Totowa, NJ US: Humana Press. doi:10.1007/978-1-59745-444-5\_1
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). The development of a brief psychodynamic intervention (dynamic interpersonal therapy) and its application to depression: A pilot study. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74(1), 41-48. doi:10.1521/psyc.2011.74.1.41
- Lilliengren, P., & Werbart, A. (2005). A model of therapeutic action grounded in the

- patients' view of curative and hindering factors in psychoanalytic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 324–339. doi:10.1037/0033-3204.42.3.324
- Lindgren, A., Werbart, A., & Philips, B. (2010). Long-term outcome and post-treatment effects of psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 83(1), 27-43. doi: 10.1348/147608309X464422
- Luborsky, L., German, R. E., Diguer, L., Berman, J. S., Kirk, D., Barrett, M. S., & Luborsky, E. (2004). Is psychotherapy good for your health?. *American Journal of Psychotherapy*, 58(4), 386-405.
- Karasu, T. B. (1979). Psychotherapy of the psychosomatic patient. *American Journal of Psychotherapy*, 33(3), 354-364.
- Kraft, S., Puschner, B., Lambert, M., & Kordy, H. (2006). Medical utilization and treatment outcome in mid and long-term outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(2), 241-249. doi:10.1080/10503300500485458
- Knox, R. (2008). Clients' experiences of relational depth in person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(3), 182-188. doi:10.1080/14733140802035005
- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C., & Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research*, 21(2), 154-167. doi:10.1080/10503307.2010.534509
- Maccormack, T., Simonian, J., Lim, J., Remond, L., Roets, D., Dunn, S., & Butow, P. (2001). 'Someone who cares': A qualitative investigation of cancer patients' experiences of psychotherapy. *Psycho-Oncology*, 10(1), 52-65. doi:10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<52::AID-PON489>3.0.CO;2-V

- Machado, P. P., Klein, J. M., & Farate, C. (2005). Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 19-29. Retirado de [positorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3023/1/MONITORIZAÇÃO%20DOS%20RESULTADOS%20TERAPÊUTICOS.pdf](http://positorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3023/1/MONITORIZAÇÃO%20DOS%20RESULTADOS%20TERAPÊUTICOS.pdf)
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574-582. doi:10.1080/13607860600641200
- Manthei, R.J. (2007). Clients talk about their experience of the process of counseling. *Counseling Psychology Quarterly*, 20(1), 1-26. doi: 10.1080/09515070701208359
- Marci, C. D., & Riess, H. (2009). Physiologic monitoring in psychodynamic psychotherapy research. In R. A. Levy, & J. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 339-358). Totowa, NJ US: Humana Press. doi:10.1007/978-1-59745-444-5\_14
- Marques, M., Pires, A. P., Noronha, M., & Sousa, D. (2012). Mudança nos processos numa psicanálise: Estudo de caso sistemático através do PQS. In J. Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, P. Vagos, & I. Direito (Eds), *Actas do 9º congresso nacional de psicologia da saúde: Promoção da saúde e doenças crónicas desafios à promoção da saúde* (pp. 761-768). Lisboa: Placebo Editora.
- Marshall, R. D., Vaughan, S. C., Mackinnon, R. A., Mellman, L. A., & Roose, S. P. (1996). Assessing outcome in psychoanalysis and long-term dynamic psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 24(4), 575-604.



- Mellor-Clark, J. (2004). A review of the evolution of research evidence and activity for NHS primary care counseling. *Psychodynamic Practice*, 10(3), 373-393. doi: 10.1080/14753630410001733985
- Midgley, N. (2006). Psychoanalysis and qualitative psychology: Complementary or contradictory paradigms? *Qualitative Research in Psychology*, 3(3), 213-231. doi:10.1191/1478088706qrp065oa
- Miller-Pietroni, M. (1999). Counselling for patients with severe mental health problems in the general practice setting. In J. Lees (Ed.), *Clinical Counselling in Primary Care* (pp. 129-145). Florence KY US: Taylor & Frances Routledge.
- Milton, J. (1992). Presenting the case for NHS psychotherapy services: A working bibliography. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 6(2), 151-167. doi:10.1080/02668739200700391
- Mollon, P. (2009). The NICE guidelines are misleading, unscientific, and potentially impede good psychological care and help. *Psychodynamic Practice*, 15(1), 9-24. doi:10.1080/14753630802614457
- Monach, J., & Monro, S. (1995). Counselling in general practice: Issues and opportunities. *British Journal of Guidance & Counselling*, 23(3), 313-325. doi:10.1080/03069889500760321
- Murphy, A. (2004). Counselling in primary care: A psychodynamic approach. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 10(3), 303-316. doi: 10.1080/14753630410001733976
- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim, N., & Lee, S. M. (2010). A Meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College Health*, 59(2), 110-116. doi:10.1080/07448481.2010.483714

- Nikander, P. (2008). Working with transcripts and translated data. *Qualitative Research in Psychology*, (3)5, 225–231. doi:10.1080/14780880802314346
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*. Retirado de [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1\\_evidencia\\_cientifica\\_sobre\\_custo\\_efetividade\\_de\\_intervencao\\_psicologicas\\_em\\_cuidados\\_de\\_saude.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efetividade_de_intervencao_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf)
- Ordem dos psicólogos. (2013). *Eu quero ser psicólogo*. [On-line]. Retirado a 30 de Março de 2013 de <http://euqueroserpsicologo.pt/>
- Pedinielli, J. L., & Rouan, G. (2005). A entrevista de pesquisa. In C. Cyssau (Ed.), *A entrevista em clínica* (pp. 105-112). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2003).
- Peek, C. J. (2000). A common reality base needed to improve healthcare: Response to ‘a systematic review of the effectiveness of brief psychological therapies in primary health care’. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Healthcare*, 18 (3), 333-336. doi:10.1037/h0091861
- Perren, S. (2004). Psychodynamic practice: Working with the patient in primary care. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 10(3), 332-353. doi: 10.1080/14753630412331270909
- Perren, S., Godfrey, M., & Rowland, N. (2009). The long-term effects of counselling: The process and mechanisms that contribute to ongoing change from a user perspective. *Counselling & Psychotherapy Research*, 9(4), 241-249. doi: 10.1080/14733140903150745

- Perris, M. (2003). Psychological therapy in primary care: Work in progress. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 17(1), 18-34. doi:10.1080/0266873031000096054
- Philips, B., Wennberg, P., & Werbart, A. (2007). Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 80(2), 229-245. doi:10.1348/147608306X128266
- Ponterotto, J. G., Kuriakose, G., & Granovskaya, Y. (2008). Counselling and psychotherapy. In W. Stainton-Rogers, & C. Willig (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (pp. 455-471). London: Sage.
- Potter, J., & Hepburn, A. (2005). Qualitative interviews in psychology: Problems and possibilities. *Qualitative Research in Psychology*, 2(4), 281-307. doi:10.1191/1478088705qp045oa
- Price, J., & Paley, G. (2008). A grounded theory study on the effect of the therapeutic setting on NHS psychodynamic psychotherapy from the perspective of the therapist. *Psychodynamic Practice*, 14(1), 5-25. doi: 10.1080/14753630701768941
- Raisanen, T., Cachia, P., & Milton, M. (Eds.). (2010). Psychodynamic contributions to counselling psychology practice [Guest editorial]. *Counselling Psychology Review*, 25(2), 4-5.
- Rao, M. (2008). Depression in the physically ill. *Primary Psychiatry*, 15(9), 44-50.
- Remondes-Costa, S., Jiménez, F., & Pais-Ribeiro, J. (2012). Depois do cancro da mama: Acontecimentos significativos no ciclo de vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13, 238-251.

- Ribeiro de Sousa, Z.C. (2006). *Psicoterapia, narrativa e mudança: Histórias sobre o processo terapêutico* (Tese de mestrado). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6265/1/tese%20total.pdf>
- Richardson, P., & Hobson, P. (2000). In defence of NHS psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 14(1), 63-74. doi:10.1080/02668730000700061
- Robinson, S., Ashworth, M., Shepherd, M., & Evans, C. (2006). In their own words: A narrative-based classification of clients' problems on an idiographic outcome measure for talking therapy in primary care. *Primary Care Mental Health*, 4(3), 165-173.
- Roe, D., Dekel, R., Harel, G., Fennig, S., & Fennig, S. (2006). Clients' feelings during termination of psychodynamically oriented psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(1), 68-81. doi:10.1521/bumc.2006.70.1.68
- Rosoman, J. (2009). The future of healthcare counselling? *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, 9(2), 26-28.
- Safran, J. D., Muran, J., & Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation, and rupture resolution. In R. A. Levy, & J. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 201-225). Totowa NJ US: Humana Press. doi:10.1007/978-1-59745-444-5\_9
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Blomberg, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPPP). *International Journal of Psycho-Analysis*, 8(5), 921-942.
- 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. doi:10.1080/10503300500268094
- 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. doi:10.1080/10503300601139988
- Saxon, D., Ivey, C., & Young, T. (2008). Can CORE assessment data identify those clients less likely to benefit from brief counselling in primary care?. *Counselling & Psychotherapy Research*, 8(4), 223-230. doi: 10.1080/14733140802163872
- Saxon, D., Ricketts, T., & Heywood, J. (2010). Who drops-out? Do measures of risk to self and to others predict unplanned endings in primary care counselling?. *Counselling & Psychotherapy Research*, 10(1), 13-21. doi:10.1080/14733140902914604
- Smith, J. D. (Ed.). (2009). Forever changes [Editorial]. *Psychodynamic Practice*, 15(1), 1-8. doi: 10.1080/14753630802624779
- Soares, M. L. P. (2007). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia: Contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portuguesas* (Tese de doutoramento, Barcelona Universidade Ramon Llull). Retirado de [http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9256/TESE\\_DE\\_DOUTORAMENTO.pdf?sequence=1](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9256/TESE_DE_DOUTORAMENTO.pdf?sequence=1)
- Sousa, D.(2006). Investigação em psicoterapia, contexto, questões e controvérsias: Possíveis contributos da perspectiva fenomenológica existencial. *Análise psicológica*, 24(3), 373-382.
- Spurgeon, P., Spurgeon, T., Hicks, C., Barwell, F., & Walton, I.(2005). Counselling in primary care: A study of the psychological impact and cost benefits for four

- chronic conditions. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 7(4), 269-290. doi:10.1080/13642530500367753
- Stewart, N. (2004). Supervising the primary care counsellor within the psychodynamic frame. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 10(3), 354-372. doi: 10.1080/14753630412331279982
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38(5), 677-688. doi:10.1017/S0033291707001511
- Tavares, J. F., Pires, A. P., Sá, V., Silva, A., & Cunha, A. M. (2012) Análise dos processos de mudança em psicoterapia usando o CHAP. In J. Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, P. Vagos, & I. Direito (Eds), *Actas do 9º congresso nacional de psicologia da saúde: Promoção da saúde e doenças crónicas desafios à promoção da saúde* (pp. 1336-1342). Lisboa: Placebo Editora.
- Tavares, S. A. C. (2008). *Uma perspectiva dialógica do papel social do psicoterapeuta* (Tese de Doutoramento). Retirado de [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8396/1/Tese%20doutoramento\\_Sofia%20Tavares.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8396/1/Tese%20doutoramento_Sofia%20Tavares.pdf)
- Teixeira, J. A. C. (2008). Psicologia da saúde crítica: Breve revisão e perspectiva existencialista. *Análise Psicológica*, 26(2), 335-345.
- Teixeira, J. A. C., Cima, M. D., & Cruz, C. S. (1999). Psicologia da saúde em Portugal. *Análise Psicológica*, 17 (3), 435-455.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde: o psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 16(2), 217-229.

- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença: Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 18(1), 3-14 .
- Trijsburg, W. R., Trent, S. T., & Perry, C. J. (2004). An empirical study of the differences in interventions between psychodynamic therapy and cognitive-behavioural therapy for recurrent major depression. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12(2), 325-345.
- Valdés, N., Dagnino, P., Krause, M., Pérez, J. C., Altimir, C., Tomicic, A., & Parra, G. (2010). Analysis of verbalized emotions in the psychotherapeutic dialogue during change episodes. *Psychotherapy Research*, 20(2), 136-150. doi:10.1080/10503300903170921
- Virgolino, A. P. (2008). *Co-construindo problemas e soluções num passe de mágica? O processo de mudança em sessões únicas de terapia* (Tese de mestrado). Retirado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/772/1/17172\\_TeseMIP\\_Ana\\_Patricia\\_Virgolino.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/772/1/17172_TeseMIP_Ana_Patricia_Virgolino.pdf)
- Ward, T., Hogan, K., Stuart, V., & Singleton, E. (2008). The experiences of counselling for persons with ME. *Counselling & Psychotherapy Research*, 8(2), 73-79. doi:10.1080/14733140801972760
- Warden, S., Ricketts, T., Saxon, D., Houghton, S., Ledger, S., Curran, J., & Fitzgerald, G. (2008). When to offer cognitive behavioural or psychoanalytic psychotherapy in an integrated psychotherapy service: Are everyday allocation decisions theoretically congruent? *Counselling & Psychotherapy Research*, 8(2), 102-109. doi: 10.1080/14733140801972604.
- Welling, H., & Vasconcelos, S. (2008). O efeito da psicoterapia sobre o rendimento académico. *Análise Psicológica*, 26(4), 651-661.

- Wiener, J., & Sher, M. (1998). *Counselling and psychotherapy in primary health care: A psychodynamic approach*. London: Macmillan.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method*. Philadelphia: Open University Press.



## **Anexos**

Alguns documentos integrados nos anexos apresentam o primeiro título do projeto desta tese (Eficácia psicoterapêutica nos cuidados de saúde primários), que foi, entretanto, alterado, tendo sido as entidades envolvidas notificadas.

**Anexo A – Email enviado aos diretores dos ACES e ULS**

Exmo(a) Senhor(a)

Venho solicitar a colaboração do ACES que dirige na realização de uma investigação no âmbito de uma tese de doutoramento em Psicologia Clínica da Universidade de Évora.

A intervenção dos psicólogos tem vindo a ser reconhecida como uma mais-valia nos cuidados primários de saúde. Sendo a psicoterapia uma das intervenções dos psicólogos clínicos nos centros de saúde, será importante avaliar a eficácia psicoterapêutica no sentido de melhorar cada vez mais a prática clínica e, assim, corresponder às necessidades dos utentes dos serviços de saúde.

A investigação que estou a realizar incide sobre a percepção dos utentes dos cuidados primários sobre o seu processo psicoterapêutico realizado por um psicólogo do ACES, numa tentativa de compreender uma área pouco explorada: a perspectiva dos pacientes sobre a sua psicoterapia.

Tal investigação permitirá compreender quais as dimensões implicadas na eficácia psicoterapêutica e contribuir, assim, para a melhoria desta intervenção ao fornecer orientações quer para os psicólogos, quer para as entidades que utilizam os seus serviços.

Para que tal investigação se possa realizar, será necessária a participação dos psicólogos dos vossos serviços (estando assegurada a confidencialidade e o anonimato dos participantes).

Assim, venho solicitar uma reunião com a equipa de psicólogos no sentido de apresentar este trabalho de investigação e solicitar a sua colaboração.

Agradecendo a Vossa colaboração e ficando a aguardar o contacto dos vossos serviços para agendar esta reunião, subscrevo-me com os meus melhores cumprimentos.

Cecília Medeiros

TM: 914815090

e-mail: [cecilia.medeiros@sapo.pt](mailto:cecilia.medeiros@sapo.pt)

## Anexo B – Consentimento informado livre e esclarecido para participação em projeto de investigação

O Coordenador da Unidade de  
Saúde.....

### PREENCHIMENTO DE QUESTIONÁRIO PARA TERAPEUTAS

Confirmando que expliquei à/ao psicóloga(o), de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao preenchimento do Questionário para terapeutas no âmbito do Projecto de Doutoramento com o título “Eficácia Psicoterapêutica nos Cuidados Primários” realizado na Universidade de Évora sob orientação do Prof. Dr. Rui Aragão Oliveira e cujos objectivos são:

- Alargar o conhecimento sobre as características dos psicoterapeutas a trabalhar nos cuidados primários, utilizando-se para isso um questionário sobre dados sócio-demográficos, experiência profissional, supervisão recebida, tipo de psicoterapia disponibilizada e recebida.

- Avaliar a eficácia psicoterapêutica a partir das experiências dos utentes dos cuidados primários, utilizando-se para o efeito um questionário /entrevista sobre a percepção dos utentes sobre o seu próprio processo psicoterapêutico/accompanhamento psicológico.

O questionário para terapeutas é de auto-preenchimento e é garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte de qualquer forma o psicólogo.

O estudo é totalmente financiado pela investigadora, não existindo custos para os participantes, uma vez que será a investigadora a deslocar-se para ir ao seu encontro.

Data: \_\_\_/\_\_\_ / \_\_\_ Assinatura da Investigadora Cecília Rodrigues Medeiros:

Contactos: TM:914815090 / e-mail: cecilia.medeiros@sapo.pt

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pela investigadora que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do acto indicado (preenchimento de questionário) nas condições em que me foram explicadas.

------(local),./././... (data)

Assinatura

X.....

Se não for o próprio a assinar:

Nome:.....BI/CD nº.....datado de.../.../..., validade  
.../.../...

Grau de parentesco ou tipo de representação:.....

Assinatura X.....

Feito em duas vias: original para a investigadora e duplicado para a pessoa que consente.

**Anexo C - Declaração para psicólogos de referência de utentes**

Declaro que no âmbito do Projeto de Doutoramento com o título “Eficácia Psicoterapêutica nos Cuidados Primários” realizado pela investigadora Cecília Rodrigues Medeiros na Universidade de Évora sob orientação do Prof. Dr. Rui Aragão Oliveira, com o objectivo de avaliar a eficácia psicoterapêutica, a partir das experiências dos utentes dos cuidados primários, utilizando-se para o efeito uma entrevista sobre a percepção dos utentes sobre o seu, próprio, processo psicoterapêutico/acompanhamento psicológico, contatei os utentes, que referenciei para este projecto, e obtive a sua autorização verbal para o seu encaminhamento, esclarecendo os utentes dos objetivos do projecto, em causa, e informando-os que seriam contactados pela investigadora, que recolheria, posteriormente, o seu consentimento informado, livre e esclarecido em participar neste projeto de investigação, estando assegurada a confidencialidade e anonimato de todas as informações recolhidas durante o estudo.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

O/APsicólogo (a): \_\_\_\_\_

## Anexo D – Questionário do terapeuta

Dados relativos ao Psicoterapeuta/Psicólogo				
Idade:				
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino		
Licenciado(a) em				
Ano de conclusão da licenciatura				
Universidade onde se licenciou				
Qual o Grau Académico mais elevado que possui?				
<input type="checkbox"/> Licenciatura (pré-Bolonha)		<input type="checkbox"/> Mestrado (pré-Bolonha)		
<input type="checkbox"/> Licenciatura (Bolonha)		<input type="checkbox"/> Doutoramento		
<input type="checkbox"/> Pós-Graduação		<input type="checkbox"/> Outro _____		
<input type="checkbox"/> Mestrado Integrado (Bolonha)				
Qual a sua formação Psicoterapia? (Indicar cursos e formação especializada)	Onde? (Indique os estabelecimentos ou sociedades científicas)	Tipo de psicoterapia	Data de Início da Formação	Data do fim da formação
Qual a frequência da sua prática clínica: nº de pacientes por semana _____				
Qual o tipo de intervenção que realiza? Com que frequência? (semanal, quinzenal, etc)				
_____				
_____				
Indique o número total de anos de prática clínica regular:			_____	
Se possível, especifique:				
Institucional: _____				
Privado: _____				
Em centro de saúde/hospital: _____				
Tem supervisão na sua prática clínica?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Em caso afirmativo, indique o tipo de supervisão que frequenta:				
<input type="checkbox"/> Institucional		<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Grupo	
<input type="checkbox"/> Privada		<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Grupo	

<b>Está ou esteve num processo psicoterapêutico pessoal?</b>		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso afirmativo, indique o(s) tipo(s) de psicoterapia(s) que frequenta(ou):			
<input type="checkbox"/> Psicanálise	<input type="checkbox"/> Psicoterapia Existencial		
<input type="checkbox"/> Psicoterapia Psicanalítica	<input type="checkbox"/> Psicoterapia Cognitivo-Comportamental		
<input type="checkbox"/> Psicoterapia Breve	<input type="checkbox"/> Psicodrama		
<input type="checkbox"/> Psicoterapia de Apoio	<input type="checkbox"/> Psicoterapia de grupo		
	<input type="checkbox"/> Outra(s).Quais? _____		
<b>Indique o tempo de duração desse processo terapêutico pessoal</b> _____	<b>Indique a regularidade desse processo terapêutico pessoal</b> _____		

<b>Processo de Contacto com os Pacientes</b>
<p>Os pacientes a contactar deverão ter as seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter realizado (ou realizar) um processo de Psicoterapia/acompanhamento psicológico com uma frequência semanal/quinzenal/mensal por si orientado;</li> <li>• O processo ter (ter tido) a duração mínima de 6 meses.</li> </ul> <p>O contacto telefónico com o paciente feito pelo terapeuta deverá abordar as seguintes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expor que a investigadora se encontra a realizar uma investigação no âmbito do Doutoramento em Psicologia Clínica sobre as vivências dos processos psicoterapêuticos por parte dos pacientes, numa tentativa de compreender uma área pouco explorada: a perspectiva dos pacientes sobre a sua psicoterapia.</li> <li>• Averiguar a disponibilidade dos utentes para a participação no estudo, informando que, se concordarem participar, serão contactados telefonicamente pela investigadora externa para a realização de uma entrevista.</li> <li>• Enfatizar que todas as informações ou dados que sejam obtidos no decorrer do estudo serão devidamente salvaguardados no que toca à confidencialidade e anonimato, não tendo os psicoterapeutas acesso às mesmas.</li> </ul>

<b>Dados relativos aos Pacientes</b>			
Indique, nos formulários que se seguem, dados de pacientes que já contactou e que se mostraram disponíveis a participar no presente estudo.			
<b>Nome</b>			
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<b>Idade</b>
<b>Telefone/Telemóvel</b>			
<b>Tipo de Intervenção</b>			
<b>Data de Início da terapia</b>			
<b>Data do Final da terapia (ou indicar se ainda está em curso)</b>			
<b>Frequência de Sessões</b>			
<b>Situação da finalização (caso o utente já tenha terminado o seu processo, indique se foi por mútuo acordo, ou não)</b>	O Processo psicoterapêutico foi terminado por mútuo acordo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<b>Notas / Comentários</b> Que julgue serem relevantes			

## **Anexo E- Guião da entrevista de investigação**

Recorda-se dos principais motivos ou razões que o/a levaram a procurar ajuda psicológica? Tente descrevê-los.

Quais as principais mudanças que observou em si no decorrer da psicoterapia? Se possível, exemplifique algumas dessas mudanças. Como acha que essas mudanças ocorreram?

Caso tivesse que escolher um momento/episódio ocorrido no decorrer da terapia e, que considerou como tendo extrema importância, ou significado para si, que episódio lhe vem à mente? Tente descrever esse episódio.

Como vivenciou o terminar da terapia? Que pensamentos, sentimentos, ou episódios significativos recorda desse momento? Ou, como imagina esse terminar, o que vai pensar e sentir?

Por vezes, os pacientes após terminarem os processos psicoterapêuticos notam alterações na sua forma de estar e de se relacionar com os outros, alterações, essas, que, muitas, vezes não são perceptíveis a quem os rodeia. No caso de tal suceder consigo, que tipo de alterações em si, ou no seu modo lidar com situações do seu dia-a-dia, julga estarem associadas ao processo terapêutico? Se possível, complemente com alguns exemplos.

Será possível descrever a forma como sentiu e/ou sente o seu psicoterapeuta? Como vivenciou a relação com ele/ela ao longo do processo terapêutico?

Qual considera ter sido a relação do seu processo psicoterapêutico com o seu estado de saúde? Pensa ter tido alguma influência na sua saúde física?

Gostaria de partilhar alguns pensamentos que julga serem significativos para a compreensão do seu processo terapêutico e que não foram abordados nesta entrevista?



## Anexo F - Consentimento informado livre e esclarecido para participação em projecto de investigação

O Coordenador da Unidade de Saúde.....

### GRAVAÇÃO ÁUDIO DE ENTREVISTA PARA UTENTES

Confirmando que expliquei ao utente, doente ou seu representante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários à gravação áudio da entrevista sobre as vivências do processo psicoterapêutico no âmbito do Projecto de Doutoramento com o título “Eficácia Psicoterapêutica nos Cuidados Primários” realizado na Universidade de Évora sob orientação do Prof. Dr. Rui Aragão Oliveira e cujo objectivo é avaliar a eficácia psicoterapêutica a partir das experiências dos utentes dos cuidados primários, utilizando-se para o efeito a gravação áudio de uma entrevista sobre a percepção dos utentes sobre o seu próprio processo psicoterapêutico/accompanhamento psicológico aos utentes que autorizaram o seu encaminhamento à investigadora pelo psicólogo com quem realizaram o seu processo psicoterapêutico/accompanhamento psicológico, sendo garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes.

As gravações, feitas com conhecimento prévio do Coordenador desta Unidade de Saúde (centro de saúde a que pertence o utente) serão, posteriormente, transcritas para facilitar a análise dos dados. Apenas algumas partes desta transcrição serão editadas no estudo final, garantindo-se a confidencialidade e anonimato dos participantes. As gravações áudio das entrevistas ficarão à guarda e responsabilidade da Investigadora, sendo expressamente garantido que haverá destruição das mesmas, ao fim de 6 meses.

É, igualmente, garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete os cuidados a prestar à pessoa.

O estudo é totalmente financiado pela investigadora, não existindo custos para os participantes, uma vez que será a investigadora a deslocar-se para ir ao seu encontro.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura da Investigadora Cecília Rodrigues Medeiros: \_\_\_\_\_

Contactos: TM:914815090 / e-mail: cecilia.medeiros@sapo.pt

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pela investigadora que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do acto indicado (gravação áudio da entrevista) nas condições em que me foram explicadas.

------(local),.../.../....(data) Assinatura X.....

Se não for o próprio a assinar:

Nome:.....BI/CD nº.....datado de.../.../..., validade .../.../...

Grau de parentesco ou tipo de representação:.....

Assinatura X.....

Feito em duas vias: original para a investigadora e duplicado para a pessoa que consente.

## Anexo G - Motivos de procura de ajuda psicológica - dados gerais (N=40)

### Quadro G1

#### *Motivos de Procura de Ajuda Psicológica de Natureza Interna – Sintomas Psicológicos dos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Motivos de Natureza Interna – Sintomas Psicológicos	Referências	Exemplos
40	- Sintomas depressivos	35	“Estava mesmo a ir ao fundo.”
	- Ansiedade	16	“Começo a ficar com um terror grande, com uma preocupação.”
	- Irritabilidade	6	“Enervo-me facilmente, fiquei muito impulsivo.”
	- Desejos Suicidas	5	“Houve alturas (...) a ponto de, por exemplo, pensar num ponto final.”
	- Raiva	4	“Sentia raiva contra as pessoas.”

### Quadro G2

#### *Motivos de Procura de Ajuda Psicológica de Natureza Interna – Sintomas Somáticos dos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Motivos de Natureza Interna – Sintomas Somáticos	Referências	Exemplos
10	- Perturbações do sono	6	“Não dormia.”
	- Problemas alimentares	6	“Não me alimentava.”
	- Dores de cabeça	3	“Tinha muitas dores de cabeça.”
	- Cansaço físico	3	“Andava sempre muito cansada.”
	- Tensão alta	2	“Tinha a tensão alta.”
	- Alteração ritmo cardíaco	2	“O ritmo do coração começou a acelerar.”
	- Sequelas de um traumatismo craneo-encefálico	1	“Eu sofri um trauma muito grande que me deixou muito afectado.”
	- Infertilidade.	1	“Andávamos a ser seguidos nas consultas de infertilidade (...) custa muito não ter um filho.”
		1	
		1	

### Quadro G3

#### *Motivos de Procura de Ajuda Psicológica de Natureza Objectiva Externa dos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Motivos de Natureza Objectiva Externa	Referências	Exemplos
19	- Indicação dos profissionais de saúde	17	“Foi a médica de família que me aconselhou a procurar.”
	- Indicação de familiar no caso de um menor	1	
	- Imposição do tribunal	1	“Por imposição do tribunal .”

## Quadro G4

*Motivos de Procura de Ajuda Psicológica de Natureza Subjectiva e Conflitual - Conflitos Internos dos Utentes em Geral*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Motivos de Natureza Subjectiva e Conflitual - Conflitos Internos</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
24	- Insatisfação consigo próprio	21	“Sentia pena de mim próprio.”
	- Memórias dolorosas	11	“Eu levei uma infância inteira com discussões e tudo.”
	- Dificuldades no luto	7	“Os meus familiares (...) foram fazer uma viagem sem regresso, e isso deixou-me completamente perdido.”
	- Desejo de um maior auto-conhecimento	5	“Gostava de perceber o que se passava comigo.”
	- Sentimentos de culpabilidade	8	“Eu sentia-me um bocado culpada.”
	- Sentimentos de solidão	4	“Sentia-me sozinha.”

## Quadro G5

*Motivos de Procura de Ajuda Psicológica de Natureza Subjectiva e Conflitual - Conflitos Externos ou Relacionais dos Utentes em Geral*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Motivos de Natureza Subjectiva e Conflitual - Conflitos Externos ou Relacionais</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
32	- Insatisfação com as relações familiares	16	“As filhas, a situação familiar em si que se estava a deteriorar.”
	- Insatisfação na relação com o companheiro	16	“Falta de compreensão do marido.”
	- Dificuldades na área laboral	8	“Não havia muito bom ambiente no local de trabalho.”
	- Dificuldades na relação com o outro em geral	7	“Não me relacionava também muito bem com as pessoas.”
	- Doença de familiares	4	“Foi devido ao transplante do T. (filho).”
	- Dificuldades na adaptação a um novo local de residência	2	“A adaptação foi muito difícil porque eu vinha de um ambiente completamente diferente.”

## Anexo H - Motivos de procura de ajuda psicológica - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)

### Quadro H1

#### *Motivos de Procura de Ajuda Psicológica de Natureza Interna – Sintomas Psicológicos dos Utesntes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utesntes	Motivos de Natureza Interna – Sintomas Psicológicos	Referências	Exemplos
13	- Sintomas depressivos	11	“Chorava sem razão aparente.”
	- Ansiedade	6	“Eu sofro de ansiedade.”
	- Irritabilidade	2	“A irritabilidade estava ao máximo.”

### Quadro H2

#### *Motivos de Procura de Ajuda Psicológica de Natureza Interna – Sintomas Somáticos dos Utesntes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utesntes	Motivos de Natureza Interna – Sintomas Somáticos	Referências	Exemplos
5	- Perturbações do sono	1	“Não dormia.”
	- Alteração ritmo cardíaco	1	“O ritmo do coração começou a acelerar.”
	- Cansaço físico	3	“Andava cansada”

### Quadro H3

#### *Motivos de Procura de Ajuda Psicológica de Natureza Objectiva Externa dos Utesntes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utesntes	Motivos de Natureza Objectiva Externa	Referências	Exemplos
11	- Indicação dos profissionais de saúde	11	“Foi a médica de família que me aconselhou a procurar.”

## Quadro H4

*Motivos de Procura de Ajuda Psicológica de Natureza Subjectiva e Conflitual - Conflitos Internos dos Utentes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utentes	Motivos de Natureza Subjectiva e Conflitual - Conflitos Internos	Referências	Exemplos
13	- Insatisfação consigo próprio	13	“Eu lido mal com a minha personalidade.”
	- Memórias dolorosas	9	“ O meu irmão tentou abusar sexualmente de mim, e isto estava muito guardado.”
	- Dificuldades no luto	2	“A minha mãe morreu sozinha e eu fiquei muito traumatizada com isso.”
	- Desejo de um maior auto-conhecimento	4	“Até me questionava porque é que mudava tanto o meu ânimo.”
	- Sentimentos de culpabilidade	6	“Eu achava que era culpada de tudo.”
	- Sentimentos de solidão	2	“Eu estava totalmente isolada.”

## Quadro H5

*Motivos de Procura de Ajuda Psicológica de Natureza Subjectiva e Conflitual - Conflitos Externos ou Relacionais dos Utentes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utentes	Motivos de Natureza Subjectiva e Conflitual - Conflitos Externos ou Relacionais	Referências	Exemplos
13	- Insatisfação com as relações familiares	10	“Teve a ver com o meu filho mais velho (...) havia momentos em que eu achava que não sabia lidar com a situação.”
	- Insatisfação na relação com o companheiro	5	“Houve um grande desgaste na relação com o meu marido.”
	- Dificuldades na área laboral	5	“Na altura a minha situação no trabalho complicou-se.”
	- Dificuldades na relação com o outro em geral	3	“Isolava-me, falava pouco.”
	- Doença de familiares	3	“Tem problemas respiratórios (...) e eu vivia em função disso (a filha).”

## Anexo I - Mudanças percebidas - dados gerais (n=39)

### Quadro I1

#### *Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Situações Concretas da Vida do Sujeito Percebidas pelos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Situações Concretas da Vida do Sujeito	Referências	Exemplos
12	- Obter trabalho, ou regressar ao trabalho;	4	“Já regresssei ao trabalho.”
	- Voltar a estudar ou investir mais nos estudos;	4	“Quando fiquei mais animada, Inscrevi-me no 12º.”
	- Tirar a carta ou conseguir conduzir sozinho;	3	“Conduzo sozinho.”
	- Praticar desporto;	3	“Agora vou à ginástica, antes arranjava mil desculpas.”
	- Conseguir sair de casa;	4	“Houve alturas em que receava sair de casa, agora vou sozinho.”
	- Fazer compras sozinho;	2	“Não era capaz de entrar num espaço público sozinha.”
	- Arranjar uma solução habitacional;	1	“Decidi sair de casa e melhorar a minha vida.”
	- Ir de férias, passear ou ir à praia.	4	“Agora vou de férias, antes não ia nem à praia.”

### Quadro I2

#### *Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Sintomas Psicológicos Percebidas pelos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Sintomas Psicológicos	Referências	Exemplos
36	- Diminuição ou supressão dos sintomas depressivos;	17	“Era triste, agora já começo a ser mais alegre”.
	- Menos ansiedade;	17	“Não sofrer por antecipação.”
	- Maior alívio e menos angústia;	9	“Recuperei a minha paz interior.”
	- Irritabilidade menor, menos raiva.	4	“Tudo em irritava, agora já não.”

## Quadro I3

*Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Sintomas Somáticos Percebidas pelos Utentes em Geral*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Sintomas Somáticos</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
15	- Alimentação, conseguindo-se alimentar melhor e até emagrecer;	10	“Emagreci, estava muito forte.”
	- Sono, conseguindo dormir melhor;	3	“Já dormia bem.”
	- Menos dores de cabeça;	3	“As dores de cabeça foram passando.”
	- Menos cansados fisicamente;	3	“Sentir-me-ia muito mais cansada se não tivesse este acompanhamento.”
	- Menos dores no peito;	1	“Acontece-me muito menos ter dores no peito.”
	- Controlando melhor a asma;	1	“Sou asmática e até nisso controlo muito melhor.”
	- Sentir-se muito melhor fisicamente, não concretizando esta melhoria.	2	“Sinto-me mais saudável.”

## Quadro I4

*Mudanças no Plano Subjectivo e Conflitual - Conflitos Internos Percebidas pelos Utentes em Geral*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Mudanças no Plano Subjectivo e Conflitual - Conflitos Internos:</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
37	- Aumento da auto-consciência de si e dos conflitos internos inerentes ao sofrimento psíquico;	13	“Conheço-me melhor.”
	- Maior satisfação com os recursos internos: flexibilidade, capacidade para lidar com a angústia, para resolver problemas e para lidar com sentimentos negativos;	21	“Mudou bastante meu jeito de pensar.” “É-me mais fácil dizer o que sinto.”
	- Aumento da capacidade reflexiva;	15	“Sou capaz de parar para pensar porque é que eu reagi assim.”
	- Maior confiança nas suas capacidades;	15	“Já me dá mais gosto ter mais responsabilidade.”
	- Melhorias na auto-estima ;	5	“Já mostro o meu corpo.”
	- Melhorias na auto-aceitação ;	6	“Sinto-me mais pacífica comigo mesma.” “Parece que acordei de um filme.”
	- Sentimentos de um novo “Eu”;	6	“Aprendi a não sentir que tudo de mau que acontece tem de ser culpa minha.”
	- Menor culpabilização.	4	

## Quadro 15

*Mudanças no Plano Subjectivo e Conflitual - Conflitos com Objectos Externos Percebidas pelos Utentes em Geral*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Mudanças no plano subjectivo e conflitual - conflitos com objectos externos</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
<b>29</b>	- Melhorias na relação com os outros em geral;	18	“A principal mudança foi na relação com os outros”.
	- Melhorias na relação com familiares;	12	“Se não tivesse tido esta ajuda, hoje não teria a relação que tenho com o meu pai.”
	- Melhorias na relação com o companheiro;	4	“Quando comecei as consultas a relação com o marido melhorou.”
	- Cuidar mais de si na relação com o outro.	7	“Às vezes tenho vontade de me arranjar melhor.”



## Anexo J - Mudanças percebidas - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)

### Quadro J1

#### *Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Situações Concretas da Vida do Sujeito Percebidas pelos Utesntes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utesntes	Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Situações Concretas da Vida do Sujeito	Referências	Exemplos
5	- Voltar a estudar ou investir mais nos estudos;	2	“Vou voltar a estudar.”
	- Tirar a carta ou conseguir conduzir sozinho;	2	“Já consigo conduzir sozinho.”
	- Praticar desporto;	2	“Inscrevi-me no ginásio”
	- Conseguir sair de casa;	1	“Antes, eu não saía de casa...”
	- Fazer compras sozinho;	2	“Antes, eu não conseguia fazer compras sozinho...”
	- Ir de férias, passear ou ir à praia.	2	“E continua mudando, já vou à praia.”

### Quadro J2

#### *Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Sintomas Psicológicos Percebidas pelos Utesntes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utesntes	Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Sintomas Psicológicos	Referências	Exemplos
13	- Diminuição ou supressão dos sintomas depressivos;	7	“Considero que já não estou na fase da depressão, mas da reestruturação da minha personalidade.”
	- Menos Ansiedade ;	7	“Ando menos ansiosa.”
	- Maior alívio e menos angústia;	3	“Senti-me mais aliviada e menos angustiada.”
	- Irritabilidade menor, menos raiva.	4	“Tento conversar em vez de discutir.”

### Quadro J3

#### *Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Sintomas Somáticos Percebidas pelos Utesntes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utesntes	Mudanças no Plano Objectivo e Concreto - Sintomas Somáticos	Referências	Exemplos
6	- Alimentação, conseguindo-se alimentar melhor e até emagrecer;	4	“Era mais gorda, ela incentivou-me bastante a perder peso.”
	- Menos dores de cabeça;	1	“Não tenho dores de cabeça, o mal estar físico, o cansaço, teve muito impacto nisso”.
	- Menos cansados fisicamente;	2	
	- Sentir-se muito melhor fisicamente, não concretizando esta melhoria.	1	

## Quadro J4

*Mudanças no Plano Subjectivo e Conflitual - Conflitos Internos Percebidas pelos Utentes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utentes	Mudanças no Plano Subjectivo e Conflitual - Conflitos Internos:	Referências	Exemplos
13	- Aumento da auto-consciência de si e dos conflitos internos inerentes ao sofrimento psíquico;	11	“Estou-me a conhecer a mim mesma, fiquei surpreendida porque fui para resolver uns problemas e acabei por resolver outros que não fazia a mínima ideia da influencia que tinham e consegui perceber uma serie de coisas”.
	- Maior satisfação com os recursos internos: flexibilidade, capacidade para lidar com a angústia, para resolver problemas e para lidar com sentimentos negativos;	11	“Comecei a perceber a ligação de certas coisas, antes tudo era um novelo emaranhado.”
	- Aumento da capacidade reflexiva;	7	“Até consegui melhorar a minha forma de sentir as coisas”.
	- Maior confiança nas suas capacidades;	9	“Eu comecei a parar para pensar nas coisas.”
	- Melhorias na auto-estima ;	3	“Sinto-me mais segura.”
	- Melhorias na auto-aceitação ;	4	“Já me vejo mais bonita, comecei a ver um outro lado de mim que eu não conseguia ver.”
	- Sentimentos de um novo “Eu”;	5	“Aprendi a aceitar-me a mim mesma.”
- Menor culpabilização.	3	“Sou outra pessoa.” “Eu culpava-me por causa da minha irmã, mas depois das consultas já passei a pensar diferente.”	

## Quadro J5

*Mudanças no Plano Subjectivo e Conflitual - Conflitos com Objectos Externos Percebidas pelos Utentes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utentes	Mudanças no plano subjectivo e conflitual - conflitos com objectos externos	Referências	Exemplos
13	- Melhorias na relação com os outros em geral;	10	“Mudanças na minha capacidade de me relacionar com os outros.”
	- Melhorias na relação com familiares;	7	“Estou mais paciente com os meus filhos, comecei a perceber coisas neles que eu não tinha percebido.”
	- Melhorias na relação com o companheiro;	4	“Já me reconciliei com meu marido.”
	- Cuidar mais de si na relação com o outro.	4	“Antes das sessões, eu parei de cuidar de mim e agora já me maquilho...”

## Anexo K - Contributos para a mudança - dados gerais (n=39)

### Quadro K1

#### *Contributos para a Mudança – Aspectos da Relação Terapêutica - Referidos pelos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Aspectos da relação terapêutica	Referências	Exemplos
39	- Atenção, envolvimento e interesse do terapeuta;	28	“Ela ouviu-nos.”
	- Confiança no terapeuta;	20	“Tenho muita confiança nela.”
	- Sentir-se à vontade para explorar qualquer aspecto com o terapeuta;	19	“A gente desabafa tudo e mais alguma coisa.”
	- Incentivo e apoio do terapeuta;	22	“Disse, sei que és capaz e fui.”
	- Sentir-se compreendido pelo terapeuta;	10	“Há compreensão.”
	- O terapeuta conforta;	7	“É um porto de abrigo.”
	- O terapeuta valoriza o utente;	7	“Dava-me elogios.”
	- O terapeuta não o julga;	5	“Não julgar ajuda muito.”
	- Existe empatia;	7	
	- Existe uma relação forte com o psicólogo;	5	“A proximidade que existia.”
	- O terapeuta conhece o utente na íntegra;	2	“É como se ela me conhecesse na íntegra.”
	- O terapeuta é calmo e disponível;	2	
	- O terapeuta usa uma linguagem acessível;	1	“Não me pressiona, o poder chorar à vontade.”
- O terapeuta aceita o utente.	2		

## Quadro K2

*Contributos para a Mudança - Aspectos Relacionados com a Capacidade Reflexiva*  
*- Referidos pelos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Aspectos relacionados com a capacidade reflexiva	Referências	Exemplos
39	- Falarem sobre si próprios (dos seus problemas, aspectos muito íntimos ou situações traumáticas, do presente e do passado);	36	“O facto de ir falar sobre coisas que escondemos lá no fundo da mentalidade, alterava o meu comportamento” “Ela foi mesmo buscar os pontos que eu precisava mesmo de lá ir no fundo buscar e botar para fora para poder ultrapassar”.
	- Compreender o que se passava com eles, incluindo aspectos inconscientes, e realizar conexões e referências específicas	24	“Naquele dia conseguimos descobrir onde estava a ponta do novelo” “O que estas consultas fazem é ajudar as pessoas a entenderem-se melhor e consequentemente a saberem lidar com as outras pessoas melhor”
	- Aumento da capacidade reflexiva.	10	“Aprendi a pensar”.

## Quadro K3

*Contributos para a Mudança - Factores Técnicos - Referidos pelos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Aspectos relacionados com os fatores técnicos	Referências	Exemplos
30	- Profissionalismo e competências dos psicólogos;	3	
	- Intervenções do psicólogo (interpretações, respostas, orientações, confrontações, explorações, conselhos, mostrar outra perspectiva);	21	“Põe as coisas em perspetiva.”
	- Os utentes aprenderam técnicas para lidar com a ansiedade, com os sentimentos depressivos e outros.	8	“A Dra. ensinou-me métodos e técnicas para quando estou nervosa.”

## Quadro K4

*Contributos para a Mudança - Aspectos dos Utentes - Referidos pelos Utentes em Geral*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Aspectos dos utentes</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
<b>38</b>	- Os utentes seguem os conselhos, dicas ou indicações dos seus terapeutas e sentem-se parte activa do processo de mudança;	27	“Nós próprios conseguimos ir buscar coisas positivas para a balança não pender só para um lado.”
	- Capacidade de reflectir fora das sessões;	7	“Sempre que saio de lá tenho a necessidade de alguma introspecção.”
	- Ter boas expectativas;	4	“Tenho a certeza que mais mudanças virão”.

## Anexo L - Contributos para a mudança - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)

### Quadro L1

#### *Contributos para a Mudança - Aspectos da Relação Terapêutica - Referidos pelos Utes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utes	Aspectos da relação terapêutica	Referências	Exemplos
13	- Atenção, envolvimento e interesse do terapeuta;	5	“Ela interessou-se pelo que estava a ouvir.”
	- Confiança no terapeuta;	8	“Senti mesmo confiança, empatia e cumplicidade com ela.”
	- Sentir-se à vontade para explorar qualquer aspecto com o terapeuta;	11	“O à vontade para falar de assuntos tão difíceis e íntimos.”
	- Incentivo e apoio do terapeuta;	3	“Tem-me sempre puxado para cima.”
	- Sentir-se compreendido pelo terapeuta;	10	“Eu achar que ela compreendeu o facto como eu falei.”
	- O terapeuta valoriza o utente;	1	“A valorização dela, os feed-backs.”
	- O terapeuta não o julga;	2	Ele não censura.”
	- Existe empatia;	5	“O vínculo que se estabelece com o psicólogo é muito forte.”
	- Existe uma relação forte com o psicólogo;	3	
	- O terapeuta é calmo e disponível;	1	
	- O terapeuta aceita o utente.	2	“Foi ela aceitar-me como sou.”

### Quadro L2

#### *Contributos para a Mudança - Aspectos Relacionados com a Capacidade Reflexiva - Referidos pelos Utes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utes	Aspectos relacionados com a capacidade reflexiva	Referências	Exemplos
13	- Falarem sobre si próprios (dos seus problemas, aspectos muito íntimos ou situações traumáticas, do presente e do passado);	13	“O ter falado naquela situação, senti-me muito melhor depois.”
	- Compreender o que se passava com eles, incluindo aspectos inconscientes, e realizar conexões;	9	“Ajudou-me a perceber de onde vinha a depressão.” “Tentámos analisar o meu comportamento, falar sobre a infância, adolescência, o que pode provocar esses comportamentos e entendê-los.”
	-Referências específicas ao aumento da capacidade reflexiva.	6	“Ensinou-me a pensar.”

## Quadro L3

*Contributos para a Mudança - Fatores técnicos - Referidos pelos Utentes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Fatores técnicos</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
13	- Profissionalismo e competências dos psicólogos;	3	“Uma pessoa que está fora e que tem outros conhecimentos.”
	- Intervenções do psicólogo (interpretações, respostas, orientações, confrontações, explorações, conselhos, mostrar outra perspectiva);	13	“Fez-me ver as coisas de outra forma.” “As confrontações logo directas.” “Como ela interpreta as coisas.” “Como ela me ajuda a entender os meus sentimentos.”
	- Os utentes aprenderam técnicas para lidar com a ansiedade, com os sentimentos depressivos e outros.	2	“Perceber porque tomava dada atitude e como é que podia reagir de outra forma e aí aprendi algumas técnicas.

## Quadro L4

*Contributos para a Mudança - Aspetos dos Utentes - Referidos pelos Utentes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Aspetos dos utentes</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
13	- Os utentes seguem os conselhos, dicas ou indicações dos seus terapeutas e sentem-se parte activa do processo de mudança;	6	“Com os instrumentos que aprendi lá, vou conseguir adquirir as competências de relativizar e ter mais calma.”
	- Capacidade de reflectir fora das sessões;	5	“Eu lembro-me de coisas que ela dizia e tento dar a volta.” “Ele vai dando dicas e depois vou para casa pensar.”
	- Ter boas expectativas;	5	“Faz com que a gente reflecta sozinhos.” “Já ia com elevadas expectativas.”

## Anexo M - Mudanças pós - término - dados gerais (n=8)

### Quadro M1

#### *Situação das Mudanças Após Término da Psicoterapia na Perspetiva dos Utentes que Tinham Terminado o Processo Há Pouco Tempo (1 a 3 Meses)*

Nº de Utentes	O que aconteceu às mudanças após o fim do acompanhamento:	Referências	Exemplos
3	- Manutenção das mudanças;	2	“As mudanças mantêm-se.”
	- Aspecto progressivo das mudanças;	2	“Acho que funciona a médio prazo, as coisas não aparecem logo ali inicialmente, mas depois a gente vai começando a ver resultados.”
	- Continuação da utilização de ferramentas e recursos desenvolvidos em terapia;	2	“Há sempre qualquer coisa que fica cá”
	- Satisfação com o terapeuta e com as suas intervenções;	2	“Ela ajudou-me a ver as coisas de outra maneira.”
	- Satisfação com a terapia.	1	“Acho que foi muito útil.”

### Quadro M2

#### *Tipo de Mudanças que se Mantiveram ou Evoluíram Após Término da Psicoterapia na Perspetiva dos Utentes que Tinham Terminado o Processo Há Pouco Tempo (1 a 3 Meses)*

Nº de Utentes	Tipo de Mudanças que se mantiveram ou evoluíram:	Referências	Exemplos
3	- Mudanças nos conflitos internos: Maior satisfação com os recursos internos; Aumento da auto-consciência de si e dos conflitos internos inerentes ao sofrimento psíquico;	3	“Há situações que antes não conseguia gerir e que agora já consigo entendê-las melhor e daí a reacção também ser diferente.”
	Aumento da capacidade reflexiva;	2	“Foi o facto de eu ter parado para pensar nas coisas.”
	Aumento da auto-estima;	1	“Me vejo mais bonita.”
	- Mudanças nas Situações Concretas da Vida do Sujeito;	1	“Fiquei mais animada e inscrevi-me no 12º ano.”
	- Mudanças nos sintomas psicológicos: Sentimentos depressivos; Ansiedade;	2	“Mudou o meu humor porque eu andava em baixo.” “Não me voltei a sentir tão preocupada (...) embora as circunstâncias sejam as mesmas.”
	- Mudanças nos conflitos externos ou relacionais: Cuidar mais de si na relação com o outro;	1	“Ajudou-me a maquilhar, a olhar mais para mim.”
	Melhoria nas relações familiares;	2	“Eu via os meus filhos se sentindo mal ao pé de mim, porque eu estava sempre zangada, então mudei.”
	Melhoria nas relações em geral;	1	“Consigo conversar com as pessoas.”



### Quadro M3

#### *Situação das Mudanças Após Término da Psicoterapia na Perspetiva dos Utentes que Tinham Terminado o Processo Há Mais Tempo (1 a 4 anos)*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>O que aconteceu às mudanças após o fim do acompanhamento:</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
5	- Manutenção das mudanças;	2	“Manteve-se”
	- Retrocessos;	2	“Acho que me tenho safado bem sozinha.” “Há uma ou outra situação que retrocedeu, a auto-confiança que senti e mim quando andava em acompanhamento.”
	- Tranquilidade por poder regressar ao acompanhamento caso necessite;	1	“Eu sei que a qualquer momento eu posso ir à Dra.”
	- Intenção de regressar ao acompanhamento;	2	“Tenho tido assim uns picos de ansiedade, vou tentar ir à Dra. mais amiúde.”
	- Continuação da utilização de ferramentas e recursos desenvolvidos em terapia;	2	“Há momentos em que a pessoa está mais deprimida, mas de repente vem aquela força (...) e talvez aí vá buscar o que a Dra. me aconselhou.”
- Satisfação com o terapeuta e com as suas intervenções.	2	“Sei que tenho ali um porto, é um à vontade com a Dra., parece que nos conhecemos há anos.”	

### Quadro M4

#### *Tipo de Mudanças que se Mantiveram ou Evoluíram Após Término da Psicoterapia na Perspetiva dos Utentes que Tinham Terminado o Processo Há Mais Tempo (1 a 4 anos)*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Tipo de Mudanças que se mantiveram ou evoluíram:</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
5	- Mudanças nos conflitos internos: Maior satisfação com os recursos internos;	5	“Consigo por mim mesma recuperar o meu estado de espírito.”
	Aumento da auto-estima;	1	“Penso, eu tenho valor, eu gosto de mim.”
	- Mudanças nas Situações Concretas da Vida do Sujeito;	1	“Começo a participar nas leituras, nessas coisas todas.”
	- Mudanças nos sintomas psicológicos: Ansiedade;	2	“A terapia trouxe-me mais calma.”
	- Mudanças nos conflitos externos ou relacionais: Melhoria nas relações em geral;	2	“A nível social estou muito diferente.”

## Anexo N - Mudanças pós - término - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=2)

### Quadro N1

*Situação das Mudanças Após Término da Psicoterapia na Perspetiva dos Uteses que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica e que Tinham Terminado o Processo Há Cerca de Um Mês*

Nº de Uteses	O que aconteceu às mudanças após o fim do acompanhamento:	Referências	Exemplos
2	- Manutenção das mudanças; - Aspecto progressivo das mudanças;	1	“Têm-se mantido.”
		2	“Acho que funciona a médio prazo, as coisas não aparecem logo ali inicialmente, mas depois agente vai começando a ver resultados.” “E continua mudando..”
	- Continuação da utilização de ferramentas e recursos desenvolvidos em terapia;	1	“Há sempre qualquer coisa que fica cá”
	- Satisfação com o terapeuta e com as suas intervenções;	1	“Têm-se mantido graças a ela.”
	- Satisfação com a terapia.	1	“Acho que foi muito útil.”

### Quadro N2

*Tipo de Mudanças que se Mantiveram ou Evoluíram Após Término da Psicoterapia na Perspetiva dos Uteses que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica e que Tinham Terminado o Processo Há Cerca de Um Mês*

Nº de Uteses	Tipo de Mudanças que se mantiveram ou evoluíram:	Referências	Exemplos
2	- Mudanças nos conflitos internos: Maior satisfação com os recursos internos; Aumento da auto-consciência de si e dos conflitos internos inerentes ao sofrimento psíquico;	2	“Há situações que antes não conseguia gerir e que agora já consigo entendê-las melhor e daí a reacção também ser diferente.”
	Aumento da auto-estima;	1	“Me vejo mais bonita.”
	- Mudanças nas Situações Concretas da Vida do Sujeito;	1	“Já vou na praia.”
	- Mudanças nos sintomas psicológicos: Sentimentos depressivos;	1	“Não me voltei a sentir tão preocupada, tão pessimista em relação às coisas (...) embora as circunstâncias sejam as mesmas.”
	Ansiedade;	1	
	- Mudanças nos conflitos externos ou relacionais: Cuidar mais de si na relação com o outro;	1	“Agora, depois das consultas, eu já me comecei a olhar no espelho.”
	Melhoria nas relações familiares;	1	“Eu via os meus filhos se sentindo mal ao pé de mim, porque eu estava sempre zangada, então mudei.”
	Melhoria nas relações em geral.	1	“Consigo conversar com as pessoas.”

## Anexo O - Momento/episódio significativo - dados gerais (N=40)

### Quadro O1

#### *Tipo de Momento/Episódio Significativo e suas Consequências Referidos pelos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Tipo de Momento/Episódio Significativo e suas consequências	Referências	Exemplos
35	- Episódios relacionados com transformações internas (aumento do contacto com mundo interno, recursos internos mais satisfatórios);	11	“Foi a partir desse momento que eu comecei a fazer o luto.”
	-Encontro de novas perspectivas de si e do mundo relacional;	12	“Marcou-me muito positivamente porque percebi que ainda não tinha morrido (...) tenho é de me adaptar à pessoa que sou agora.”
	-Episódios com impacto nas mudanças relacionais ou nas situações de vida;	6	“Logo no dia a seguir, eu consegui fazer algo que andava para fazer há anos, era uma conversa que tinha de ter com a minha mãe.”
	- Episódios com impacto nos sintomas psicológicos;	2	“Lembro-me de lhe dizer na sessão seguinte que me tinha sentido muito melhor, mais aliviada, menos angustiada.”
	- Episódios relacionados com o apoio recebido relativo a situações concretas de vida ou relacionais;	12	“A primeira consulta depois que me divorciei porque foi realmente um suporte muito grande.”
	- Episódios relacionados com o falar de situações do passado ou presente;	12	“Foi importante quando eu comecei a contar tudo, até aqui não falava com ninguém.”
	- Impacto emocional elevado do episódio;	3	“Foi emocionalmente muito intensa essa consulta, mas fez-me muito bem.”
	- Consequências do episódio na relação terapêutica;	2	“Esse foi o momento mais importante, depois até me senti mais à vontade nas consultas.”
- Episódio negativo.	1	“O momento que não foi muito bom foi quando ela me disse que ou ela me encaminhava para outro médico porque ela não quer ouvir mais nada do meu problema.”	

## Quadro O2

*Papel do Terapeuta no Momento/Episódio Significativo Referido pelos Utentes em Geral*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Papel do terapeuta no momento/episódio significativo</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
20	- Intervenções específicas;	16	“A forma como interpreta as coisas, como me ajuda a entender os meus sentimentos.”
	- Sentimentos face ao terapeuta e à relação terapêutica.	17	“A Dra. é muito preocupada.”

## Quadro O3

*Outras Referências ao Momento/episódio Significativo Realizadas pelos Utentes em Geral*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Outras referências ao momento/episódio significativo</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
17	- Ideia de uma cadeia de eventos que levou ao episódio significativo;	3	“Andámos ali às voltas uma série de consultas, mas chegámos lá.”
	- Existência de muitos momentos/episódios significativos;	10	“Ai são tantos!”
	- Não recordação de um momento específico, mas valorização de todos os momentos;	3	“Para mim, todas as vezes que eu vou lá, venho de lá bem, mas não me lembro de um em especial.”
	- Não existência de um momento significativo.	1	“Não considerei assim nada de especial.”

## Anexo P - Momento/episódio significativo - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)

### Quadro P1

#### *Tipo de Momento/Episódio Significativo e suas Consequências Referidos pelos Uteses que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

<b>Nº de Uteses</b>	<b>Tipo de Momento/Episódio Significativo e suas consequências</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
<b>11</b>	- Episódios relacionados com transformações internas (aumento do contacto com mundo interno, recursos internos mais satisfatórios);	7	“O primeiro mais marcante (...) ajudou-me a perceber muitas coisas.”
	-Encontro de novas perspectivas de si e do mundo relacional;	5	“Foi quando eu falei no meu pai (...) eu agora sinto-me triste por ele ter morrido, mas não me sinto mais triste por aquilo que ele falou.”
	-Episódios com impacto nas mudanças relacionais ou nas situações de vida;	3	“Falei de muitas coisas que eu nunca me tinha apercebido na relação com os meus pais e que também me ajudou a melhorar a relação com eles.”
	- Episódios com impacto nos sintomas psicológicos;	1	“Lembro-me de lhe dizer na sessão seguinte que me tinha sentido muito melhor, mais aliviada, menos angustiada.”
	- Episódios relacionados com o apoio recebido relativo a situações concretas de vida ou relacionais;	1	“Foi quando a minha filha me caiu de paraquedas, a Dra. serviu-me de uma mais valia porque ela ajudou-me.”
	- Episódios relacionados com o falar de situações do passado ou presente;	9	“Houve um em que eu falei com ela, muito doloroso para mim, quando o meu irmão tentou abusar de mim.”
	- Impacto emocional elevado do episódio;	1	“Foi emocionalmente muito intensa essa consulta, mas fez-me muito bem.”
	- Consequências do episódio na relação terapêutica.	1	“Nas primeiras sessões eu ia muito enervada, ia muito stressada, e a dra. dizia-me sempre boa tarde e, pronto, ficava ali à espera que eu falasse, não é, e eu pensava que ela é que falasse. Foi o momento em que eu comecei a admitir, que falámos dos muros invisíveis que eu colocava à minha volta.”

## Quadro P2

*Papel do Terapeuta no Momento/Episódio Significativo Referido pelos Utentes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Papel do terapeuta no momento/episódio significativo</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
8	- Intervenções específicas;	6	“Essas confrontações logo diretas.”
	- Sentimentos face ao terapeuta e à relação terapêutica.	7	“Naquele dia em que eu contei , talvez a confiança no Sr. Dr. e chorei e contei.”

## Quadro P3

*Outras Referências ao Momento/episódio Significativo Realizadas pelos Utentes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Outras referências ao momento/episódio significativo</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
7	- Ideia de uma cadeia de eventos que levou ao episódio significativo;	1	“Eu às vezes comparo isto com os gatos que lambem o pêlo e depois chega aquela altura de deitarem aquela bola de pelo cá para fora, foi tipo uma bola de pêlo que eu deitei cá para fora e está ali, agora vamos ver.”
	- Existência de muitos momentos/episódios significativos;	5	“São todos especiais.”
	- Não recordação de um momento específico, mas valorização de todos os momentos.	1	“Não tenho assim um momento, eu já ia motivado e depois encaro com uma pessoa com quem tive logo uma grande empatia e a partir daí sentia-me bem.”

## Anexo Q - Relação terapêutica - dados gerais (N=40)

### Quadro Q1

#### *Afetos Positivos do Tipo Terapêutico Relacionados com o Terapeuta Referidos pelos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Afetos positivos do tipo terapêutico	Referências	Exemplos
37	Características terapêuticas:		
	- Atenção, envolvimento, compreensão e interesse do terapeuta;	14	“Ela interessou-se pelo que estava a ouvir.”
	- Confiança no terapeuta;	13	“Senti mesmo confiança, empatia e cumplicidade com ela.”
	- Sentir-se à vontade para explorar qualquer aspecto com o terapeuta;	18	“O à vontade para falar de assuntos tão difíceis e íntimos.”
	- Incentivo, valorização e apoio do terapeuta;	4	“Tem-me sempre puxado para cima.”
	- O terapeuta não o julga;	3	Ele não censura.”
	- Existe empatia;	8	“Sinto, senti desde logo de início uma grande empatia.”
	- Existe uma ligação próxima;	10	“O vínculo que se estabelece com o psicólogo é muito forte.”
	- O terapeuta é disponível	6	“Sempre que preciso venho aqui ao centro de saúde, se ela estiver não tem problemas nenhuns em me atender.”
	- Capacidade transformadora.	8	“Mudou a minha vida”
	Clima afetivo leva a que o trabalho terapêutico se possa realizar;	2	“Se eu chegasse ali e ela não olhasse para mim, não sorrisse para mim (...), eu não confiava nela, não ia ter capacidade para lhe contar as coisas que lhe contei.”
	Evolução da relação	6	“No início não sabia quem era a Dra. , não tinha confiança, agora sim, tenho confiança na Dra. , sei que posso contar com ela para o que for preciso.”
	Profissionalismo e competências dos psicólogos;	6	“É uma médica profissional, atenciosa, uma boa psicóloga, está na profissão certa.”
Intervenções do psicólogo (interpretações, respostas, orientações, confrontações, explorações, conselhos, mostrar outra perspectiva).	8	“Fez-me ver as coisas de outra forma.” “As confrontações logo directas.” “Como ela interpreta as coisas.” “Como ela me ajuda a entender os meus sentimentos.”	

### Quadro Q2

#### *Afetos Positivos do Tipo Pessoal Relacionados com o Terapeuta Referidos pelos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Afectos positivos do tipo pessoal	Referências	Exemplos
25	Afectos positivos;	8	“Gosto muito dela.”
	Referência a características pessoais do terapeuta (calma, positiva, bem-disposta, etc.);	12	“Nota-se que é uma pessoa bem disposta, calma.”
	Relação mais pessoal.	15	“Encontrei ali uma amiga.”

## Quadro Q3

*Outros Afetos Relacionados com o Terapeuta Referidos pelos Utentes em Geral*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Outros afectos</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
9	Idealização do terapeuta;	7	“Eu tinha admiração por ela.”
	Ambivalência face ao terapeuta;	1	“Às vezes tenho certa confiança nela e às vezes também não tenho, às vezes estou muito dividida.”
	Sentimentos negativos.	1	“Nem chegámos a ter relação quase nenhuma.”



## Anexo R - Relação terapêutica - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)

### Quadro R1

#### *Afectos Positivos do Tipo Terapêutico Relacionados com o Terapeuta Referidos pelos Uteses que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Uteses	Afectos positivos do tipo terapêutico	Referências	Exemplos
13	Características terapêuticas:		
	- Atenção, envolvimento, compreensão e interesse do terapeuta;	4	“Ela interessou-se pelo que estava a ouvir.”
	- Confiança no terapeuta;	6	“Senti mesmo confiança, empatia e cumplicidade com ela.”
	- Sentir-se à vontade para explorar qualquer aspecto com o terapeuta;	10	“O à vontade para falar de assuntos tão difíceis e íntimos.”
	- Incentivo, valorização e apoio do terapeuta;	2	“Tem-me sempre puxado para cima.”
	- O terapeuta não o julga;	3	“Ele não censura.”
	- Existe empatia;	4	“Uma empatia enorme.”
	- Existe uma ligação próxima;	4	“O vínculo que se estabelece com o psicólogo é muito forte.”
	- O terapeuta é disponível	3	“Sempre disponível para me ouvir.”
	- Capacidade transformadora.	6	“Mudou a minha vida” “Faz com que a gente reflita sozinhos, faz a gente ter uma capacidade de resolver os nossos problemas sozinhos.”
	Clima afetivo leva a que o trabalho terapêutico se possa realizar;	1	“Logo no início, quando há um acompanhamento, haver logo uma ligação (...) faz-lo sentir-se à vontade, conquistar a sua confiança (do utente) para poder ajudá-lo a abrir-se.”
	Evolução da relação	2	“No início, eu lá tinha os meus muros (...) foi uma evolução, quando eu percebi que ela me queria ajudar e não me julgava.”
	Profissionalismo e competências dos psicólogos;	3	“Gosto dela como profissional.”
Intervenções do psicólogo (interpretações, respostas, orientações, confrontações, explorações, conselhos, mostrar outra perspectiva).	5	“Fez-me ver as coisas de outra forma.” “As confrontações logo directas.” “Como ela interpreta as coisas.” “Como ela me ajuda a entender os meus sentimentos.”	

### Quadro R2

#### *Afectos Positivos do Tipo Pessoal Relacionados com o Terapeuta Referidos pelos Uteses que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Uteses	Afectos positivos do tipo pessoal	Referências	Exemplos
9	Afectos positivos;	2	“Gosto muito dela.”
	Referência a características pessoais do terapeuta (calma, positiva, bem-disposta, etc.);	5	“É uma pessoa muito tranquila, muito positiva.”
	Relação mais pessoal.	4	“Uma amiga que posso falar.”

## Quadro R3

*Outros Afetos Relacionados com o Terapeuta Referidos pelos Utentes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

<b>Nº de Utentes</b>	<b>Outros afectos</b>	<b>Referências</b>	<b>Exemplos</b>
2	Idealização do terapeuta.	2	“Tenho um excelente psicólogo.”

## Anexo S - Vivências do terminar do processo – dados gerais (N=40)

### Quadro S1

#### *Vivências do terminar do Processo Psicoterapêutico dos Utentes que Terminaram o Processo Segundo o Tipo de Término*

Nº de Utentes/ Motivo do término	O que sentiram e pensaram no momento da finalização:	Referências	Exemplos
<b>Alta acordada: 9</b>	- Satisfação com os novos recursos internos;	4	“Já estava mais preparada para enfrentar as coisas sozinha.”
	- Sentimentos de tranquilidade;	7	“Foi tranquilo, já estava curada.”
	- Satisfação com a ajuda do terapeuta;	1	“Senti que me ajudou bastante.”
	- Sentimentos de tristeza.	1	“Tive pena.”
<b>Utente desistiu: 2</b>	- Sentimentos negativos em relação à terapia e ao terapeuta;	1	“Não valia a pena lá ir, não ia lá fazer nada”.
	- Sentimentos de perda;	1	“Senti mesmo falta de qualquer coisa.”
	- Sentimento que o trabalho ficou inacabado.	1	“Senti muita falta de falar com alguém”.
<b>Razões institucionais: 2</b>	- Sentimento de desamparo;	2	“Fica-se sem chão, com a Dra. estava a sentir um bocadinho de chão”.
	- Sentimento de trabalho inacabado;	1	“Vou tentar ser forte e aguentar-me sozinha e ir buscar à gaveta as ferramentas que aprendi lá”.
	- Intenção de continuar o trabalho da terapia sozinho.	1	

### Quadro S2

#### *Pensamentos e Sentimentos sobre o Terminar do Processo Psicoterapêutico dos Utentes Ainda em Acompanhamento*

Nº de Utentes	O que imaginam que vão sentir e pensar no momento da finalização:	Referências	Exemplos
<b>27</b>	Sentimentos de perda /angústias de separação;	15	“Vou sentir um vazio muito grande (...) mas vou ter de me mentalizar”.
	- Pensamentos de que se terá novos recursos nessa altura;	15	“Quando nos estamos a afogar (o psicólogo) atira-nos uma bóia e a gente não vai andar de bóia toda a vida, temos de aprender a nadar e temos de crescer”
	- Satisfação com o objectivo;	12	“Vou olhar para trás e vou achar que cresci um bocadinho” “Terei mais qualidade de vida”.
	- Pensamentos de continuação do trabalho terapêutico /internalização da função terapêutica;	5	“Tenho a certeza que a Dra. me vai deixar um bocado daquela loção que me passou na ferida que já está quase cicatrizada”. “Se me aparecer um problema vou pensar se a Dra. estivesse aqui, ia-me dizer o quê?”
	- Tranquilidade por poder retomar o processo no futuro caso necessite.	2	“Se precisar volto a ligar.”

## Anexo T - Vivências do terminar do processo – dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=13)

### Quadro T1

#### *Vivências do terminar do Processo Psicoterapêutico Segundo o Tipo de Término dos Utesntes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica e que Terminaram o Processo*

Nº de Utesntes/ Motivo do término	O que sentiram e pensaram no momento da finalização:	Referências	Exemplos
<b>Alta acordada: 3</b>	- Satisfação com os novos recursos internos;	1	“Sentia-me mais confiante.”
	- Sentimentos de tranquilidade;	2	“Sentia-me bem.”
	- Satisfação com o objectivo.	1	“Tinha voltado àquilo que era.”
<b>Razões institucionais: 2</b>	- Sentimento de desamparo;	2	“Fica-se sem chão, com a Dra. estava a sentir um bocadinho de chão”.
	- Sentimento de trabalho inacabado;	1	“Vou tentar ser forte e aguentar-me sozinha e ir buscar à gaveta as ferramentas que aprendi lá”.
	- Intenção de continuar o trabalho da terapia sozinho.	1	

### Quadro T2

#### *Pensamentos e Sentimentos sobre o Terminar do Processo Psicoterapêutico dos Utesntes Ainda em Acompanhamento que Realizavam Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utesntes	O que imaginam que vão sentir e pensar no momento da finalização:	Referências	Exemplos
8	Sentimentos de perda /angústias de separação;	2	Vou sentir um vazio muito grande (...) mas vou ter de me mentalizar”.
	- Pensamentos de que se terá novos recursos nessa altura;	6	“Espero chegar mesmo ao fundo, a uma conclusão do porquê de determinadas atitudes.”
	- Satisfação com o objectivo;	4	“Terei mais qualidade de vida”.
	- Pensamentos de continuação do trabalho terapêutico /internalização da função terapêutica;	1	“Aprendi já muita coisa que me vai valer para continuar sozinha.”
	- Tranquilidade por poder retomar o processo no futuro caso necessite.	1	“Se precisar volto a ligar.”

## Anexo U - Outros aspectos - dados gerais (n=33)

### Quadro U1

#### *Considerações sobre o Processo Psicoterapêutico Realizadas pelos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Considerações sobre o processo	Referências	Exemplos
33	-Satisfação com o processo (útil, eficaz e importante, recomendam a outros);	20	“Deve continuar a existir porque é muito, muito bom.”
	- Processo terapêutico;	1	“Eu acho que estou em boas mãos. Às vezes tenho certa confiança nela e às vezes também não tenho.”
	- Ambivalência;		
	- Necessidade de um processo mais profundo;	1	“Gostaria de fazer qualquer coisa mais profunda.”
	- Profundidade do processo;	3	“Houve uma coisa que me surpreendeu no acompanhamento psicológico (...) muitas coisas eu não fazia ideia da influência que tinham na minha vida e finalmente consegui resolver e perceber uma data de coisas.”
	- Papel do Terapeuta;	1	“E ser capaz de ajudar nos problemas deles, sem ter de fazer com que a pessoa siga um caminho que ache que seja o indicado para ela, isso é que eu admiro.”
	- Empatia;	2	“Logo na primeira sessão, é daí que vai a interligação das pessoas, nós vemos, há empatia, não há empatia, estamos à vontade, não estamos...”
	- Dificuldades iniciais;	2	“Mas quando a gente nunca foi e não sabe como é que isso funciona, fica assim um bocado apreensiva...”
	- Necessidade de se ultrapassar o preconceito;	5	“Há esse preconceito, infelizmente, e devia cada vez ser mais abordado até à situação de que quando se falasse nisto, ninguém pensasse eu estou maluco, ou aquele esta maluco.”
	- Processos terapêuticos noutros contextos.	2	“A nível escolar os psicólogos são um pouco incompetentes. “Era também importante haver este tipo de acompanhamento nas escolas (...) Outra situação é na tropa (...) depois da instrução era importante se houvesse um acompanhamento.”

### Quadro U2

#### *Considerações sobre a Presente Investigação Realizadas pelos Utentes em Geral*

Nº de Utentes	Investigação	Referências	Exemplos
5	- Importância da investigação para melhorar práticas clínicas;	1	“Acho que é importante estas vossas investigações para saber um bocado..porque isto não é agarrar toma lá duas pás de areia e toca a andar... e é muito importante para se poder melhorar certas lacunas que ainda possam existir.”
	Contributos dos utentes para ajudar outros.	4	“Se é importante para mim, não me custa anda partilhar com os outros.” “E espero que tenha sido útil! Espero que tenha ajudado nalguma coisa.”

## Quadro U3

*Considerações Realizadas pelos Utentes em Geral sobre as Decisões Políticas e Institucionais que Influenciam a Intervenção Psicoterapêutica nos Centros de Saúde*

Nº de Utentes	Decisões políticas e institucionais	Referências	Exemplos
13	- Imposição de limites temporais;	3	“Eu acho que estes acompanhamentos no centro de saúde deviam ser mais facilitados, não deviam ser só as 12 sessões. Acho que o vínculo que se estabelece entre o doente e o psicólogo, acho que é forte e acho que não devia acabar assim, chaga às 12 sessões, vá-se embora, acho que devia haver mais financiamento nessa área, nessa questão porque é importante e cada vez vai ser mais importante.”
	- Acessibilidade à intervenção psicoterapêutica;	5	“infelizmente, nem sempre está ao nosso alcance, agora até estava ao nosso alcance através dos centros de saúde, que era uma coisa muito boa, porque antigamente só particularmente é que as pessoas podiam ir a um psicólogo. Isto acabou também por desmistificar muitos pensamentos errados sobre as pessoas, que o psicólogo era para malucos e não sei o quê, porque também ficou mais acessível, as pessoas têm mais possibilidade de ir e tirar esta ideia da cabeça.”
	- Estágios PEPAC	3	“E achei complicado porque tive de explicar a razão pela qual estava a pedir para ser acompanhada pela psicóloga ao médico.” “E agora para muitos utentes vai ser complicado, porque o estágio dela acabou e até pode vir outra pessoa, mas não é a mesma coisa porque as mudanças...agora se vier outra pessoa ocupar o lugar dela, as pessoas já não vão ter o à vontade que já tinham, e a confiança que já tinham criado na relação com ela e vai ter de se começar tudo de novo outra vez, é estar sempre a andar para trás. Não faz sentido.”
	- Deficiente investimento;	4	“Há muito pouco investimento nestas coisas porque nem toda a gente pode ir para o privado, não é?”
	- Eficácia económica da psicoterapia.	1	“Por isso eu espero que eles não se alonguem muito nesses cortes..porque também há lá uma psicóloga para crianças e também vai acabar?”  “Eu acho que as entidades de saúde, ou quem está lá no topo a governar a saúde, não digo que seja o ministro da saúde, mas os seus secretários e sub-secretarios e directores dos vários centros, é uma pena não perceberem o quanto isto é importante para a saúde física e mental das pessoas, porque com este tipo de acompanhamento, se calhar, ate se conseguem diminuir outro tipos de despesa (...)e era escusado se as pessoas se sentissem melhor e se soubessem se entender melhor que é o que acho que estas consultas fazem, é ajudar as pessoas a entenderem-se a elas próprias melhor e consequentemente saberem lidar com as outras pessoas melhor

## Anexo V - Outros aspectos - dados dos utentes que realizaram psicoterapia psicodinâmica (n=11)

### Quadro V1

#### *Considerações sobre o Processo Psicoterapêutico Realizadas pelos Utesntes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica*

Nº de Utesntes	Considerações sobre o processo	Referências	Exemplos
10	-Satisfação com o processo (útil, eficaz e importante, recomendam a outros);	5	“Deve continuar a existir porque é muito, muito bom.”
	- Processo terapêutico:		
	- Profundidade do acompanhamento;	2	“Houve uma coisa que me surpreendeu no acompanhamento psicológico (...) muitas coisas eu não fazia ideia da influência que tinham na minha vida e finalmente consegui resolver e perceber uma data de coisas.”
	- Papel do Terapeuta;	1	“E ser capaz de ajudar nos problemas deles, sem ter de fazer com que a pessoa siga um caminho que ache que seja o indicado para ela, isso é que eu admiro.”
	- Empatia;	2	“Logo na primeira sessão, é daí que vai a interligação das pessoas, nós vemos, há empatia, não há empatia, estamos à vontade, não estamos...”
	- Dificuldades iniciais;	1	“E depois fui com um pé atrás porque antes de ir à dra A. fui a um outro, mas não gostei nada, não sei, isso depende de pessoa para pessoa..”
- Necessidade de se ultrapassar o preconceito;	2	“Ainda há esse preconceito, a parte psicológica é complicada e as pessoas tendem sempre a criar ali uma barreira e a não deixar passar as coisas cá para este lado. Eu não tenho essa opinião, acho que é útil e é muito importante e ainda bem que cada vez mais vai aparecendo mais acompanhamento psicológico e mais possibilidades da pessoa poder ter.”	

## Quadro V2

*Considerações Realizadas pelos Utentes que Realizaram Psicoterapia Psicodinâmica sobre as Decisões Políticas e Institucionais que Influenciam a Intervenção Psicoterapêutica nos Centros de Saúde*

Nº de Utentes	Decisões políticas e institucionais	Referências	Exemplos
8	- Imposição de limites temporais;	2	“Quer dizer, a pessoa faz 12 consultas, se ao fim das 12 consultas não está melhor, vai para o psicólogo do hospital e anda lá uma vez por mês e aquilo não faz nada (...).aliás eles até queriam que eles tivesse não sei se era um quarto de hora, e eles disseram, não, menos de 45 minutos, não damos, que era para depois dizerem que tinham muitas consultas (...)achavam eles que 15 minutos, 12 consultas, está a andar, é que isto não tem cabimento nenhum.”
	- Acessibilidade à intervenção psicoterapêutica;	4	“infelizmente, nem sempre está ao nosso alcance, agora até estava ao nosso alcance através dos centros de saúde, que era uma coisa muito boa, porque antigamente só particularmente é que as pessoas podiam ir a um psicólogo. Isto acabou também por desmistificar muitos pensamentos errados sobre as pessoas, que o psicólogo era para malucos e não sei o quê, porque também ficou mais acessível, as pessoas têm mais possibilidade de ir e tirar esta ideia da cabeça.”
	- Estágios PEPAC	3	“E este ano acho que estava lá uma psicóloga estagiária e que agora vai-se embora e os seus doentes? Lá está, ela atendia, também, umas crianças e agora ficam as crianças desamparadas.”
	- Deficiente investimento;	3	“Acho que é uma pena não haver mais destas iniciativas nos centros de saúde, porque as pessoas, especialmente as pessoas com menos posses, naturalmente têm tendência a não procurar esta ajuda.”
	- Eficácia económica da psicoterapia.	1	“Eu acho que as entidades de saúde, ou quem está lá no topo a governar a saúde, não digo que seja o ministro da saúde, mas os seus secretários e sub-secretarios e directores dos vários centros, é uma pena não perceberem o quanto isto é importante para a saúde física e mental das pessoas, porque com este tipo de acompanhamento, se calhar, ate se conseguem diminuir outro tipos de despesa (...)e era escusado se as pessoas se sentissem melhor e se soubessem se entender melhor que é o que acho que estas consultas fazem, é ajudar as pessoas a entenderem-se a elas próprias melhor e consequentemente saberem lidar com as outras pessoas melhor.”







---

**Contactos:**  
Universidade de Évora  
**Instituto de Investigação e Formação Avançada - IIFA**  
Palácio do Vimioso | Largo Marquês de Marialva,  
Apart. 94  
7002-554 Évora | Portugal  
Tel: (+351) 266 706 581  
Fax: (+351) 266 744 677  
email: [iifa@uevora.pt](mailto:iifa@uevora.pt)