

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



O que pensam da terapia pessoas  
que nunca foram ao psicólogo?  
Um estudo sobre crenças e reciprocidade

Sara Garcês Madeira

Dissertação orientada pela professora doutora Maria Minas

Mestrado Integrado em Psicologia

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde | Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica

2020

Para os meus avós.

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha orientadora, Maria Minas, que ficou a meu lado durante toda esta viagem e acreditou incondicionalmente no destino que nos esperava, principalmente nas vezes em que naveguei à deriva. Guiou-me sempre com a sua calma e positivismo, segurando o barco nos dias de maior tempestade. Posso finalmente dizer: terra à vista! Obrigada. ´

Décio – apenas porque prometi que o teu nome ia aqui estar. Aqui o tens.

Li algures que ninguém vem parar a esta profissão por puro acaso. Chegámos aqui pelo que vivemos e como o sentimos. Assim, devo este ciclo a todos os que me marcaram, passaram e já cá não estão – mas sobretudo aos que ficaram e aos que virão.

### **Resumo**

Segundo a Organização Mundial de Saúde quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo são devido a perturbações mentais ou comportamentais. Em Portugal 1/5 dos seus habitantes sofre de uma perturbação psiquiátrica. Com a saúde mental a aparecer como uma necessidade, o presente estudo tem como objetivo identificar crenças, expectativas, fatores de motivação e de retração relativamente à terapia e à relação terapêutica em indivíduos que nunca tiveram contacto com um contexto terapêutico. Foram feitas entrevistas semiestruturadas, aplicadas a 8 participantes (4 do sexo masculino, 4 do sexo feminino), com uma média de idades de 37 anos e posteriormente foi realizada uma análise temática com recurso ao programa NVivo12. Os resultados sugerem que, embora haja um reconhecimento crescente pelo trabalho do psicólogo, existe ainda um grande espaço entre as perceções (aquilo que julgam ser a terapia) e as preferências (aquilo que gostavam que fosse) dos participantes desta investigação, os quais tendem a considerar a terapia como uma opção pouco viável para dar resposta a possíveis necessidades futuras.

**Palavras-chave:** Terapia; Psicólogo; Relação Terapêutica; Crenças; Preferências.

### **Abstract**

According to the World Health Organization, four of the top ten main causes of disability worldwide are due to mental or behavioral disorders. In Portugal 1/5 of its population suffer from a psychiatric disorder. With mental health appearing as a necessity, the present study aims to identify beliefs, expectations, motivation and withdrawal factors regarding therapy and the therapeutic relationship in individuals who have never had contact with a therapeutic context. Semi-structured interviews were carried out, applied to 8 participants (4 males, 4 females), with an average age of 37 years, and subsequently a thematic analysis was performed using the NVivo12 program. The results suggest that, although there is a growing recognition for the psychologist's work, there is still a large gap between the perceptions (what they think the therapy is) and their preferences (what they would like it to be), of the participants in this investigation, which they tend to consider therapy as a poorly viable option to meet possible future needs.

**Keywords:** Therapy; Psychologist; Therapeutic; Relationship; Beliefs; Preferences.

## Índice

Agradecimentos.....	3
Resumo .....	4
Abstract.....	5
Índice.....	6
Capítulo I – Enquadramento Teórico.....	7
Saúde e perturbações do foro mental: definições, estatísticas e impacto .....	7
Impacto do apoio terapêutico .....	8
Fatores de Aproximação e Fatores de Evitamento.....	9
Estigma .....	10
Autorrevelação .....	11
Expectativas.....	12
Relação Terapêutica.....	13
Capítulo II – Metodologia .....	13
2.1 Objetivos gerais e específicos .....	13
2.2 Participantes .....	14
2.3 Instrumentos Utilizados.....	14
2.4 Procedimento de Recolha e Análise de dados .....	15
Capítulo III – Resultados .....	15
Capítulo IV – Discussão e Conclusão.....	25
Bibliografia.....	29
Apêndice .....	34
Apêndice A.....	35

## Capítulo I – Enquadramento Teórico

### Saúde e perturbações do foro mental: definições, estatísticas e impacto

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), a saúde mental é diversamente definida, sendo consensual que esta abrange mais do que a ausência de doença ou sintomas, envolvendo conceitos como o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a independência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Está na base de se ser resiliente, no interesse em questões sociais e comunitárias, permitindo a realização intelectual e emocional, para além de uma integração nos diferentes contextos sociais. Por outro lado, as perturbações mentais são definidas como “condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar, no modo de sentir e de agir, associados à deterioração do funcionamento numa ou mais esferas da vida” (Palha & Palha, 2016).

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde estimava que 450 milhões de pessoas sofressem de perturbações mentais ou comportamentais, afirmando que quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo são devido a perturbações mentais. Estimou-se que em 2020 estas atingissem 15% da carga total da doença, sendo que em 2010 as perturbações depressivas eram a primeira causa de carga global de doença nos países desenvolvidos (Palha & Palha, 2016). Ainda assim, apenas 1% do orçamento para a saúde é destinado à parte mental e são as perturbações físicas que assumem prioridade.

Portugal é o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa, onde 1/5 dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica, com as perturbações depressivas e de ansiedade a serem prevalentes (Carvalho, et al., 2016). Cerca de 4% da população adulta apresenta uma perturbação mental grave, 11,6% uma perturbação de gravidade moderada e 7,3% uma perturbação de gravidade ligeira (Carvalho, et al., 2016). As perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças nacionais, superando as doenças oncológicas e as cérebro-cardiovasculares (Caldas de Almeida, et al., 2013).

Apesar dos números apresentados, só 40% dos indivíduos com doenças mentais procuram algum tipo de ajuda, número ainda mais pequeno (11%) se nos referirmos a profissionais na área da saúde mental (Andrews, Issakidis, & Carter, 2001), havendo um decréscimo daqueles que procuraram ajuda profissional entre 1998 e 2007 (Olfson & Marcus, 2010).

Para além do sofrimento direto causado ao indivíduo, as doenças mentais levam também à diminuição da produtividade, ao aumento de baixas e ao desemprego, com o seu impacto económico a contabilizar 20% de todos os custos da saúde – esta é uma consequência indireta, muitas vezes esquecida (Palha & Palha, 2016). O impacto das perturbações mentais, inclui também o foro familiar e social/comunitário. Estima-se que 25% das famílias têm pelo menos um membro com perturbações mentais ou comportamentais, vendo-se obrigadas a prestar apoio físico, emocional, bem como a suportar o impacto negativo do estigma e discriminação (OMS, 2001).

Os valores sociais vigentes refletem os cuidados e a atenção dada à saúde mental. Durante a segunda metade do sec. XX., três fatores vieram trazer mudança: em primeiro lugar os progressos psicofarmacológicos e o desenvolvimento de novas formas de intervenção; em segundo lugar o movimento a favor dos direitos humanos; e em terceiro, a incorporação de componentes sociais e mentais na definição de saúde. O último meio século possibilitou a passagem para um paradigma de cuidados na comunidade (OMS, 2001).

### **Impacto do apoio terapêutico**

A eficácia psicoterapêutica tem sido estudada e demonstrada em diferentes culturas e ao longo de todas as faixas etárias (American Psychological Association, 2012). Estudos concluem que 74% dos pacientes fazem progressos consideráveis, comparativamente com quem não tem ajuda psicoterapêutica. Os efeitos positivos são mantidos e não advêm necessariamente de processos longos e penosos, com melhorias a acontecer logo após as primeiras sessões (Lambert, Bergin & Garfield, 1994). Para além dos benefícios diretos esperados – como um aumento da satisfação pessoal ou diminuição sintomatológica – existem também benefícios indiretos, como uma descida nas hospitalizações e a diminuição do desemprego (OMS, 2001).

Segundo Angermeyer, Matschinger e Riedel-Heller (1999), o pedido de ajuda recai primeiro em familiares ou amigos, como tal, redes sociais alargadas estão associadas a uma menor procura de serviços profissionais e só quando estes não estão disponíveis ou deixam de dar uma resposta satisfatória é que se pondera a ajuda psicológica. Para além disso, o apoio social conduz a um menor sofrimento psicológico (Angermeyer, Matschinger & Riedel-Heller 1999). Através da modelagem, a rede social pode ter um efeito positivo na procura de ajuda, caso conheçam experiências de quem passou por processos percebidos como positivos (Vogel, Wade, Wester, Larson, & Hackler, 2007). Mesmo assim, o psicólogo ainda é visto como um último recurso (Hinson & Swanson, 1993).



Os efeitos positivos da terapia não se verificam em todos os casos. Segundo um estudo levado a cabo por Lambert, Bergin e Garfield (1994), entre 0% a 15% dos clientes revelou uma deterioração durante o seu processo terapêutico, isto é, não foram notadas mudanças significativas e positivas. Tal não significa que o agravamento dos sintomas ocorra como consequência exclusiva da terapia, mas sim durante este processo. As experiências negativas em psicoterapia acontecem sobretudo onde existe uma fraca relação psicólogo-cliente, ou uma dependência para com o psicólogo (Märtens, Liegl e Leitner, 2012). Segundo Leitner et al. (2013), tendo em conta as questões da dependência, as relações psicoterapêuticas longas são tidas como um fator de risco.

Nolan, Strassle, Roback e Binder (2004) apontam 3 medidas a adotar pelo psicólogo que ajudam a minimizar o risco dos efeitos negativos. Em primeiro lugar, referem o efeito positivo da supervisão – principalmente em psicólogos principiantes. O apoio dos pares, distinto da supervisão, ajuda em situações de stress, a impedir o *burnout* e principalmente com clientes difíceis. Por fim, sugerem a aposta na formação do psicólogo, com o melhoramento de técnicas e capacidades, nomeadamente ao nível da aliança terapêutica.

### **Fatores de Aproximação e Fatores de Evitamento**

Ao ponderar a procura de apoio terapêutico, são pesados fatores de aproximação e fatores de evitamento e é com base nesta ponderação que é tomada a decisão final (Kushner & Sher, 1989). Vogel e Wester (2003) afirmam que os fatores de evitamento são mais preditivos das atitudes e intenções de procurar aconselhamento do que os fatores de aproximação.

Segundo Angermeyer, Matschinger e Riedel-Heller (1999), o custo monetário (aliado à distância geográfica aos serviços) é um dos pontos negativos mais apresentados por possíveis clientes contra a decisão de procura de ajuda. Ainda assim, estudos mostram que esses custos “são neutralizados por uma redução da necessidade de outras formas de apoio ou contacto com os serviços de saúde” (cited in OMS, 2001), isto é, recorrer a apoio especializado na área de saúde mental leva a uma redução na procura de outros recursos. A severidade do problema aparece como um fator que impulsiona a procura de ajuda, isto é, quanto mais grave for, maior a probabilidade de ser considerado apropriado à ajuda profissional (Hinson & Swanson, 1993).

Em 1985, Surgenor realçou diferenças de idade e género em relação à procura de ajuda psicológica: a faixa etária abaixo dos vinte e cinco anos era aquela que apresentava menos recetividade à terapia (comparativamente a pessoas acima dessa idade) e as mulheres apresentavam uma visão mais favorável do trabalho terapêutico (comparativamente ao sexo

masculino), tornado a procura de ajuda para problemas um processo mais comum nas mulheres. De qualquer forma, ambos os sexos reconhecem o papel das expectativas sociais. É esperado que os homens sejam fortes e ir ao psicólogo ainda é visto como um sinal de fraqueza, sendo o estigma citado como uma barreira para o sexo masculino (Liddon, Kingerlee & Barry, 2018). Segundo o estudo de Liddon, Kingerlee e Barry (2018), a maioria dos participantes não expressou uma preferência pelo sexo do seu terapeuta. Ainda assim, dos que expressaram preferências, as mulheres tendiam a preferir outra mulher no papel de psicóloga (34%), em detrimento de um terapeuta homem (5%). Apenas 22% dos homens revelaram preferir ser acompanhados por uma mulher, sendo ainda menos os homens que preferem ser acompanhados por um terapeuta homem (17%).

### **Estigma**

Entre os motivos que inibem a procura de apoio terapêutico na esfera mundial podemos encontrar o medo das consequências, vergonha, recursos deficientes, falta de informação, desejo de evitar discussões ou experienciar sentimentos dolorosos. São as barreiras psicológicas (estigma, medo das consequências, etc.) que aparecem como as mais importantes, tendo um papel intermediário entre o problema e a intenção de procurar ajuda (Komiya, Good, & Sherrod, 2000; Palha & Palha, 2016; Skarsvåg, 2004; Vogel & Wester, 2003). No entanto, o motivo principal é o estigma (Corrigan, 2004; Lannin et al., 2016). Segundo Ben-Porath (2002), a estigmatização não acontece só a “doentes mentais” estendendo-se a todos aqueles que procuram apoio psicológico. Entre os rótulos utilizados destacam-se “dependente, triste, inseguro, frio, esquisito” (Sibicky & Dovidio, 1986, p.152).

O estigma é definido como a percepção de se ser imperfeito/errado devido a uma característica física ou psicológica considerada socialmente inaceitável (Blaine, 2000). Este pode ser dividido entre estigma público ou estigma pessoal. O primeiro engloba uma percepção negativa por parte do grupo ou sociedade para com aqueles que procuram ajuda mental profissional, levando a estereótipos, preconceitos e discriminação (Corrigan, 2004). Como consequência, existe uma associação entre o estigma público e um decréscimo na adesão e procura de apoio terapêutico (Sirey et al., 2001). O estudo de Sibicky e Dovidio (1986) mostrou ser real a estigmatização: formaram-se mais impressões negativas quando os indivíduos acreditavam que os seus pares estavam em terapia, comparativamente aquando essa informação não era referida. O estigma pessoal, por sua vez, pode levar o indivíduo a sentir-se socialmente inaceitável, resultando na diminuição da autoestima e valor próprio (Corrigan, 2004). Uma

pessoa que seja estigmatizada por procurar ajuda profissional acaba por internalizar a percepção negativa do grupo, manifestando-as no seu comportamento e confirmando, no fim, os estereótipos a que está sujeito (Sibicky e Dovidio, 1986). Quem procura ajuda sente-se inferior e fraco, considerando esta procura como um reconhecimento do seu fracasso (Nadler & Fisher, 1986).

O combate ao estigma deve ser feito através da educação dos profissionais e trabalhadores de saúde, da implementação de leis para proteger os direitos dos doentes mentais e do desenvolvimento de campanhas de públicas para sensibilização e educação relativamente a este tema (OMS, 2001). Xavier, Klut, Neto, Ponte e Melo (2013), realçam a importância da interação entre as famílias e os profissionais, onde se poderá sublinhar a distinção entre ter uma doença mental e ser um doente mental, libertando o paciente de um estigma que lhe está muitas vezes associado.

### **Autorrevelação**

No consultório, a autorrevelação é valorizada e necessária. Por exemplo, para Voguel e Wester (2003), o mais importante fator influenciador para a procura de ajuda é a capacidade e vontade de autorrevelação individual, isto é, pessoas que apresentam facilidade e tendência para se autorrevelarem têm mais intenção de procurar ajuda. Pessoas que tendem a não expressar os seus sentimentos reportam atitudes negativas face à terapia. Tais atitudes são atribuídas ao desejo de evitar consequências negativas diretas que advêm da expressão de emoções a um terapeuta e pela crença de que expressar sentimentos não traz nada de benéfico. No mesmo sentido, Cramer (1999) traz luz à dualidade sentida por pessoas mais retraídas no que toca a procurar ajuda: a predisposição para guardar segredos levaria a mais sofrimento e como tal ao aumento da probabilidade de procurar apoio; por outro lado, esta inibição está associada a uma percepção negativa face à terapia e, como tal, a uma probabilidade reduzida de iniciar um processo terapêutico. O conflito entre aproximação/evitamento está presente em diversas narrativas individuais, tornando difícil prever comportamentos. Apesar de as pessoas tenderem a associar medos, ansiedades e vergonha à autorrevelação, grande parte dos clientes acaba por sentir-se melhor após fazê-lo. Esta autorrevelação é facilitada por uma boa relação terapeuta-cliente e acaba por influenciar positivamente futuras revelações a amigos e/ou familiares (Farber, Berano & Capobianco, 2004).

## **Expectativas**

Existem características comuns a qualquer processo terapêutico, sendo uma delas as expectativas prévias que os clientes trazem para a sessão. Como tudo aquilo que o cliente traz para a sessão, as expectativas acabam por influenciar a participação e o próprio processo de mudança, sendo um forte preditor dos resultados terapêuticos (Joyce, McCallum, Piper & Ogrodniczuk, 2000). A intenção de ingressar num processo de ajuda é influenciada pelas atitudes face a esse mesmo processo, assim sendo, crenças positivas, levam a expectativas positivas e a uma maior probabilidade de se procurar apoio terapêutico (Brannon & Pilling, 2007).

Para Delsignore e Schynder (2007) existem três tipos primários de expectativas: as expectativas de controlo, de papel e de resultado. As expectativas de controlo dizem respeito ao papel e/ou responsabilidade que o sujeito acredita ter numa determinada situação, podendo existir um controlo interno (muito controlo) ou externo (falta de controlo) (Dew & Bickman, 2005). As expectativas de papel incluem os padrões de comportamento esperados em cada um dos papéis assumidos: os clientes têm crenças sobre a sua forma de “ser cliente” e sobre a forma de “ser terapeuta” e o mesmo se verifica para os terapeutas. As expectativas de papel podem também incluir os cuidadores, influenciando o tipo de envolvimento esperado, com um papel mais ativo ou não (Dew & Bickman, 2005). As expectativas de resultado refletem aquilo que é esperado da terapia, o que esperam alcançar e as consequências do seu envolvimento num processo terapêutico. Estas expectativas podem ser influenciadas por experiências prévias, de outros e/ou pelo contexto, podem ser positivas, negativas ou neutras, adequadas ou inadequadas (Dew & Bickman, 2005).

Segundo McClintock, Anderson e Petrarca (2015), as expectativas relacionadas com o processo terapêutico (expectativas de controlo, papel e resultado) estão associadas a uma boa aliança terapêutica e a uma atitude positiva durante as sessões. Expectativas incongruentes com a realidade levam a uma insatisfação por parte do cliente, o que pode conduzir a dificuldades no processo ou até ao término da relação psicólogo-cliente (Olán, 2007). Devido à importância das expectativas, saber como o cliente vê e pensa a terapia é vantajoso para todos os envolvidos, facilitando a aliança terapêutica e, em último caso, a sua eficácia (Stewart, Steele & Roberts et al., 2014).

## **Relação Terapêutica**

A relação terapêutica é de extrema importância e são imensos os estudos que se debruçaram no conceito de “aliança terapêutica”. Aliança pode ser definida como o acordo de trabalho e a qualidade emocional entre terapeuta e paciente e tem 3 grandes componentes: a) a natureza colaborativa da relação; b) o laço afetivo entre terapeuta e cliente; c) a capacidade de ambos acordarem em objetivos e tarefas terapêuticas (Martin, Garske & David, 2000). Esta desenvolve-se em duas fases: a primeira envolve a crença, por parte do cliente, na terapia enquanto uma relação capaz de providenciar ajuda; a segunda envolve o investimento e fé no processo em si (Flückiger, Del Re, Wampold & Horvath, 2018). São já numerosos os estudos que confirmam a aliança terapêutica como um ingrediente importante para produzir mudança em terapia (Coco, Tasca, Hewitt, Mikail & Kivlighan, 2019). Segundo os mesmos autores, existem evidências para suportar a hipótese de que uma boa aliança terapêutica leva a uma melhoria nos sintomas, sendo a aliança não apenas um processo de mudança, como um fator curativo por si mesmo (Zilcha-Mano, 2017).

## **Capítulo II – Metodologia**

Esta investigação teve por base uma metodologia qualitativa, que assenta no paradigma construtivista. O paradigma construtivista adota o pressuposto de que a realidade é construída, sendo moldada pelas experiências individuais de cada um. Assim sendo, a realidade é considerada subjetiva, estando sujeita às influências dos diferentes participantes, havendo uma influência recíproca (Guba & Lincoln, 1994). Segundo Coutinho (2014), este paradigma procura compreender o comportamento dos sujeitos no seu contexto, dando ênfase à compreensão, significado e ação.

### **2.1 Objetivos gerais e específicos**

Esta investigação tem como objetivos gerais:

- 1) identificar crenças, expectativas, fatores de motivação e de retração relativamente à terapia e à relação terapêutica em indivíduos que nunca tiveram contacto com um contexto terapêutico;

- 2) compreender os fatores-chave para a criação de uma relação terapêutica positiva na perspectiva de indivíduos que nunca tiveram contacto com um contexto terapêutico;
- 3) explorar narrativas sociais e narrativas individuais relativamente à relação terapêutica e à terapia.

Como objetivos específicos temos:

- a) identificar fatores que contribuem para o desenvolvimento de crenças positivas ou negativas do processo terapêutico;
- b) compreender fatores de motivação e de constrangimento para a participação num processo terapêutico;
- c) compreender os benefícios esperados em psicoterapia;
- d) compreender as dificuldades esperadas em psicoterapia;
- e) compreender o grau de formalidade e de reciprocidade desejados, no que se refere às relações terapêuticas.

## **2.2 Participantes**

Os critérios para selecionar a amostra envolveram os participantes serem maiores de idade, terem domínio da língua portuguesa e nunca terem passado por um processo psicoterapêutico. A amostra é de conveniência, recolhida através do método de amostragem bola de neve.

Participaram neste estudo 8 participantes, 4 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 60, com uma média de idades de 37 anos. Todos os participantes vivem na área metropolitana de Lisboa. Nenhum dos participantes é casado, 3 são divorciados e só estes têm filhos. Relativamente a crenças religiosas, 4 são cristãos e os restantes são ateus.

## **2.3 Instrumentos Utilizados**

Para dar resposta aos objetivos gerais e específicos recorreu-se à Entrevista Semiestruturada. Este é um método qualitativo de grande riqueza pois parte de objetivos e questões pré-estabelecidas, enquanto permite, ao entrevistador, colocar questões espontâneas que considere pertinentes e adequadas à realidade individual de cada entrevistado.

A entrevista estava dividida em 5 partes, de acordo com cada objetivo específico, contabilizando um total de 11 perguntas (Apêndice A).

#### **2.4 Procedimento de Recolha e Análise de dados**

Primeiramente, foi apresentado o projeto à Comissão Deontológica do Conselho Científico da FPUL que, após revisão do mesmo, o aprovou. Foram recrutados participantes voluntários, que deram o seu consentimento informado, sendo clarificado que poderiam abandonar a entrevista caso assim o entendessem. Foi também assegurada a confidencialidade. Como referido anteriormente, o método de bola de neve foi utilizado, dando a conhecer a investigação através das redes sociais e solicitando a participação voluntária de todos os interessados. As entrevistas ocorreram entre janeiro e março de 2020, na área metropolitana de Lisboa e tiveram uma duração média de 40 minutos. Tendo em conta o contexto da pandemia COVID, e ao contrário do que estava planeado, as entrevistas foram realizadas online, através da plataforma Skype, gravadas e posteriormente apagadas. Posteriormente, as fontes foram alvo de uma classificação sociodemográfica: sexo, idade e estado profissional.

Após transcritas, as entrevistas foram analisadas recorrendo ao NVivo 11. Foi feita uma análise temática através dos seis passos descrito por Braun e Clarke (2006). Começou por haver uma familiarização dos dados, através da transcrição e leitura das entrevistas, onde surgiram padrões e repetições nas respostas dadas. Após a primeira fase foi possível criar códigos iniciais, através do agrupamento dos dados por padrões ou temas emergentes. Numa terceira fase, os diferentes códigos foram organizados, surgindo potenciais temas. Através dos temas que surgiram, ao longo da quarta etapa, foi feita uma análise aprofundada, agrupando ou eliminando temas anteriormente criados. Ao termos esboçado o mapa temático da análise, seguimos para a quinta fase, onde definimos e nomeámos os temas. Na fase final, os resultados foram escritos com base na análise emergente, com o objetivo de contar a história dos dados recolhidos.

### **Capítulo III – Resultados**

Para facilitar a compreensão dos resultados, cada categoria aparecerá em negrito, seguida do número de participantes que contribuíram para a respetiva categoria, bem como o número de referências - **ref** - em parêntesis. Os participantes serão numerados, sem qualquer ordem específica, e identificados como **P** e número correspondente.

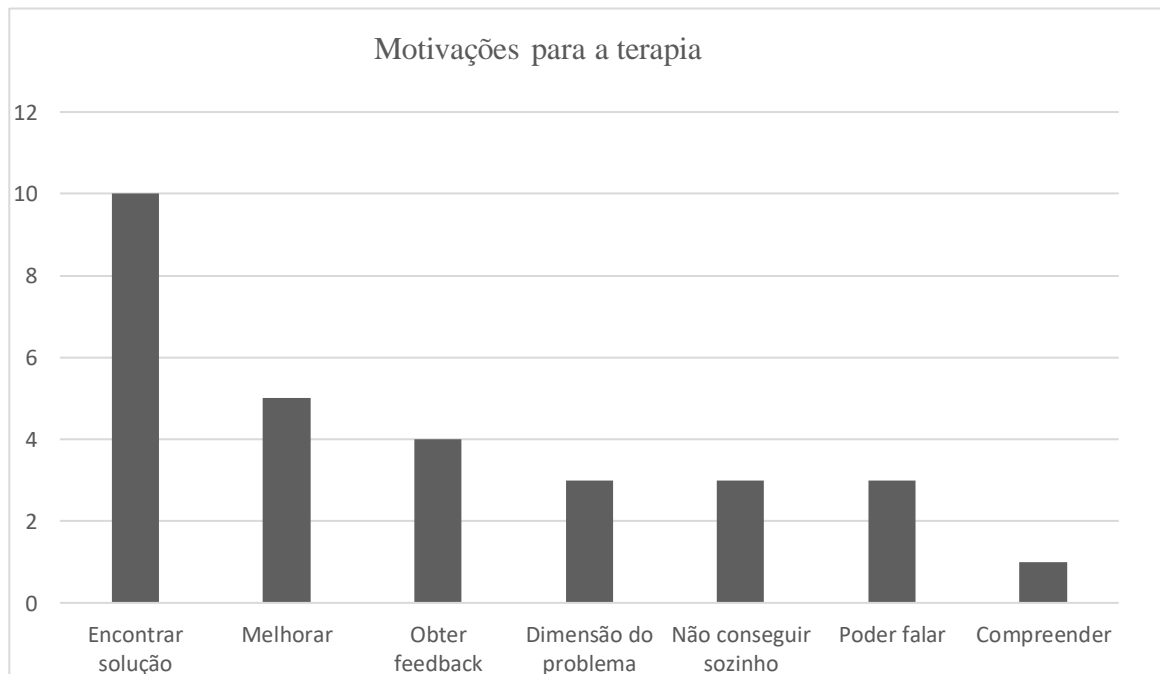
Com base nos objetivos do estudo, foram previamente estabelecidas seis categorias principais: **Motivação** (8ref30), **Relutância** (7ref14), **Benefícios** (8ref16), **Obstáculos** (8ref12), **Percepção** (8ref40) e **Preferência** (8ref42). Para facilitar a visualização dos dados, na figura 1 encontram-se organizadas as subcategorias principais por ordem decrescente de número de referências. Para além das categorias 6 categorias principais, os dados foram também analisados mediante o **Foco** (com as subcategorias *Passado* (2ref2), *Presente* (2ref7), *Pessoal* (8ref54), *Relacional* (8ref56), *Societal* (8ref13), *Psicólogo* (8ref46), *Terapia* (8ref74)), o que permitiu a construção de matrizes de cruzamento de dados, dos quais emergiram os resultados presentes.

Motivação (8ref30)	Relutância (7ref14)	Benefício (8ref16)	Obstáculos (8ref12)	Percepção (8ref40)	Preferência (8ref42)
Encontrar solução (6ref11)	Custo monetário (4ref4)	Autoconhecimento (3ref5)	Dificuldade de mudança (3ref3)	Profissional (5ref11)	Sem julgamentos (4ref8)
Melhoria (3ref5)	Longevidade (3ref3)	Novas ferramentas (3ref4)	Autoexposição (2ref3)	Focada no problema (3ref9)	Descontraída (3ref7)
Obter feedback (3ref4)	Abertura (2ref3)	Ajuda (2ref3)	Encontrar o psicólogo certo (2ref2)	Distante (4ref7)	Profissional (4ref5)
Não conseguir sozinho (3ref3)	Preferência por outras estratégias (2ref3)	Novas perspetivas (2ref3)	Diversidade de terapias e problemáticas (1ref2)	Reconfortante (4ref4)	Mais velho (2ref4)
Dimensão do problema (3ref3)	Sem certezas (1ref1)	Resolver o passado (1ref1)	Falta de apoio SNS (1ref1)	Proveitosa (3ref3)	Próxima (2ref4)
Poder falar (2ref3)			Ausência de cura (1ref1)	Imparcial (1ref4)	Boa comunicação (2ref3)
Compreender (1ref1)				Sem julgamentos (2ref2)	Ponderado (2ref2)
				Descontraída (2ref2)	Empatia (2ref2)
				Unidirecional (1ref1)	Interesse além problema (1ref2)
					Saber ouvir (1ref1)
					Conhecimento prático (1ref1)
					Sem medicação (1ref1)
					Sexo oposto (1ref1)
					Simples (1ref1)

Figura 1- Mapa Representativo dos Nós Criados

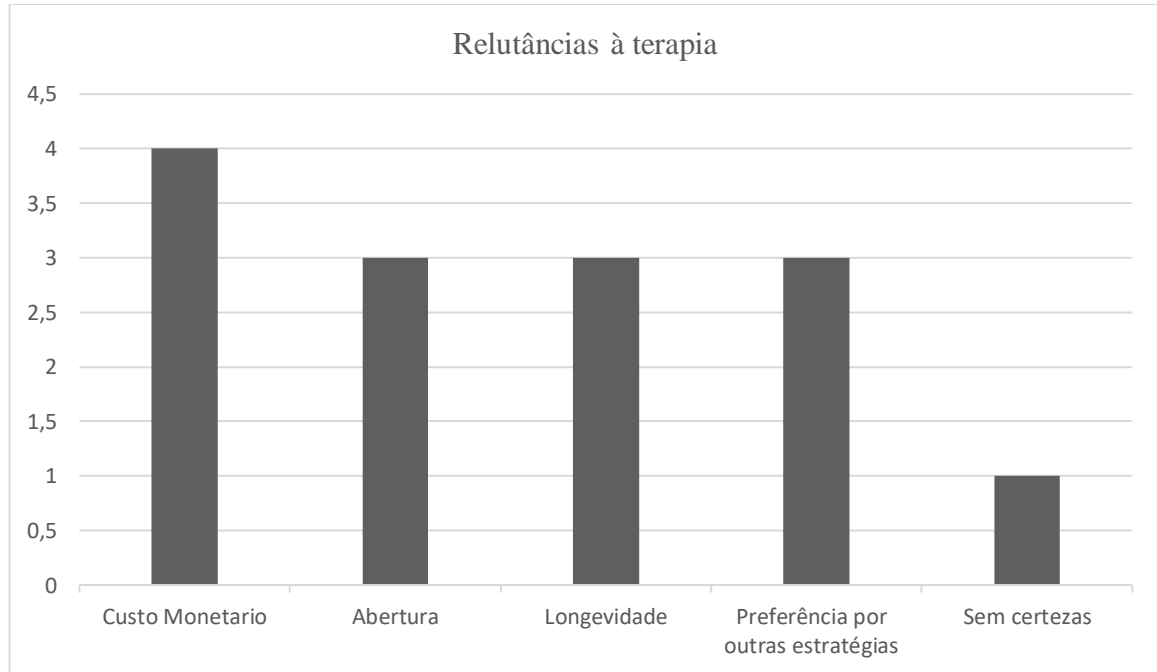


Segundo a análise das entrevistas realizadas, a principal motivação para procurar apoio psicológico é **encontrar soluções** (6ref11) para um determinado problema (P2: “*procuram alguém que seja capaz de resolver os problemas melhor*” / P5: “*O que me motivaria era querer procurar uma resposta para os meus problemas*”), seguido da **melhoria** (3ref5) de algum aspecto da sua vida ou personalidade. O psicólogo é visto como uma fonte credível para se **obter feedback** (3ref4), sendo esta também uma motivação à iniciação de uma terapia (P1: “*obter uma perspectiva imparcial sobre o meu estado mental*”). A **dimensão do problema** (3ref3), **não conseguir sozinho** (3ref3) e ter alguém com quem **poder falar** (2ref3) abertamente foram referidas pelo mesmo número de participantes.

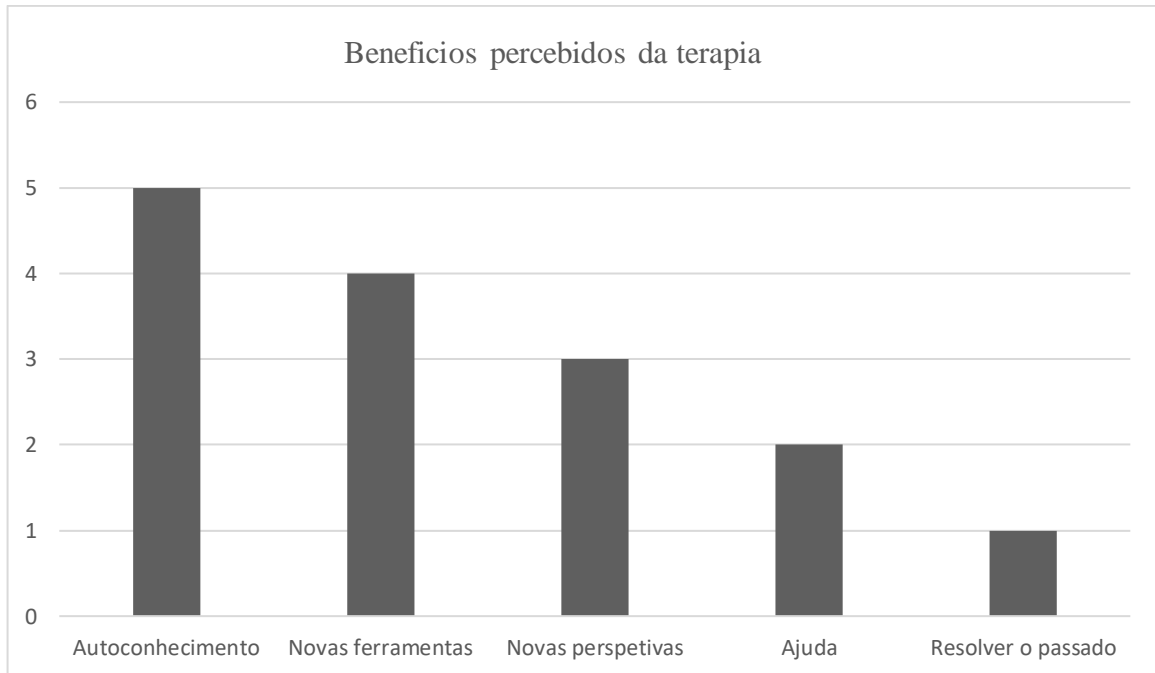


Relativamente às relutâncias para fazer um processo terapêutico, o **custo monetário** (3ref4) surge como o fator mais preponderante - “o que me deixa relutante é só mesmo o dinheiro” (P3). Foi apontada também a **preferência por outras estratégias** (2ref3), como recorrer ao grupo social (P2: “*achar que não havia necessidade, porque tenho ajuda em casa ou pessoas próximas que me podem socorrer*”) e a **longevidade** (3ref3) do associada ao processo, que se relaciona com o custo associado. No mesmo nível, foi referida como relutância a **abertura** (2ref3) necessária num processo de acompanhamento, nomeadamente do cliente, sendo mencionada pelos participantes a dificuldade em confiar e falar abertamente com um psicólogo (P4: “*Desconfiança e banalidade do acompanhamento. Deve ser difícil expormo-nos para alguém que não conhecemos.*”). Ainda que tivesse sido só referido por 1 participante, o fato de

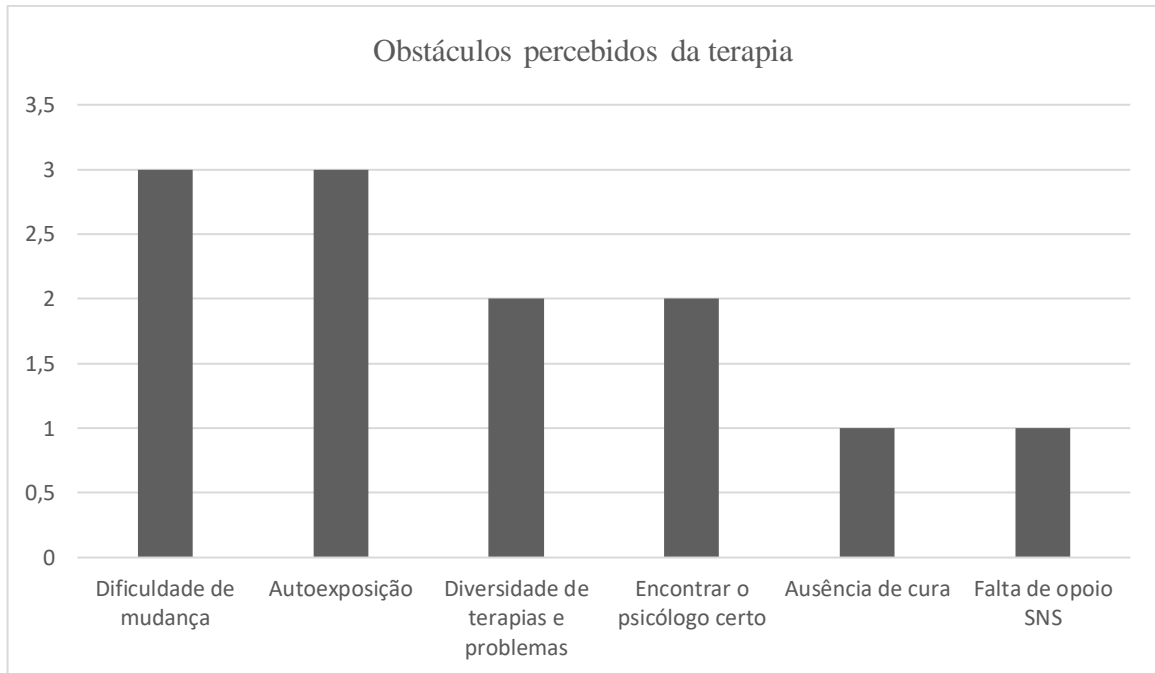
ser um processo que **não apresenta certezas** (1ref1) foi também tido como um motivo de relutância.



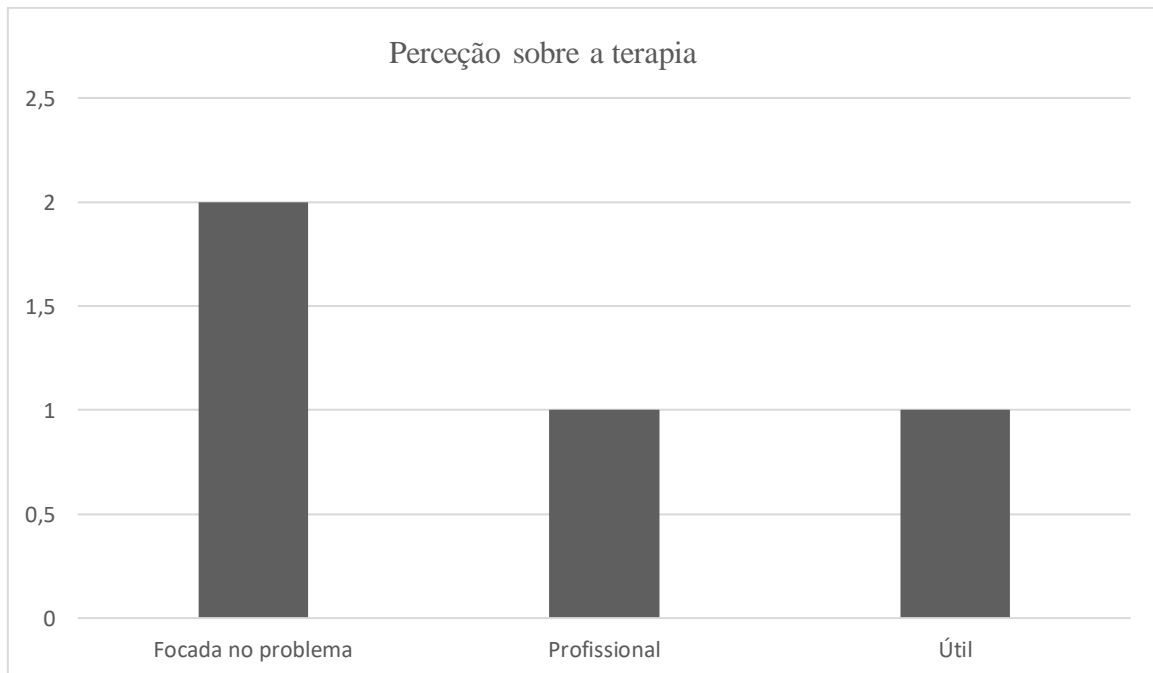
Quando questionados sobre os benefícios de fazer terapia, o **autoconhecimento** (3ref5) é referido por 3 dos participantes (P7: *“que me conheceria melhor”*). Outros dos benefícios apresentados são a possibilidade de aprender **novas ferramentas** (3ref4), como referido por P5: *“os ganhos não é a resolução do problema, mas arranjar mecanismos para ir gerindo os seus problemas de forma que antes não estava a conseguir fazer”*. Alguns participantes referiram ainda procurar uma **nova perspetiva** (2ref3) sobre a sua vida (P8: *“Leveza psíquica. Às vezes, um assunto preocupa-nos horas, dias, semanas, meses ..., quando bastaria uma boa sessão terapêutica para ficarmos conscientes de que é possível suavizar esse pesar, aligeirar o desconforto que nos vem tolhendo no dia-a-dia”*).



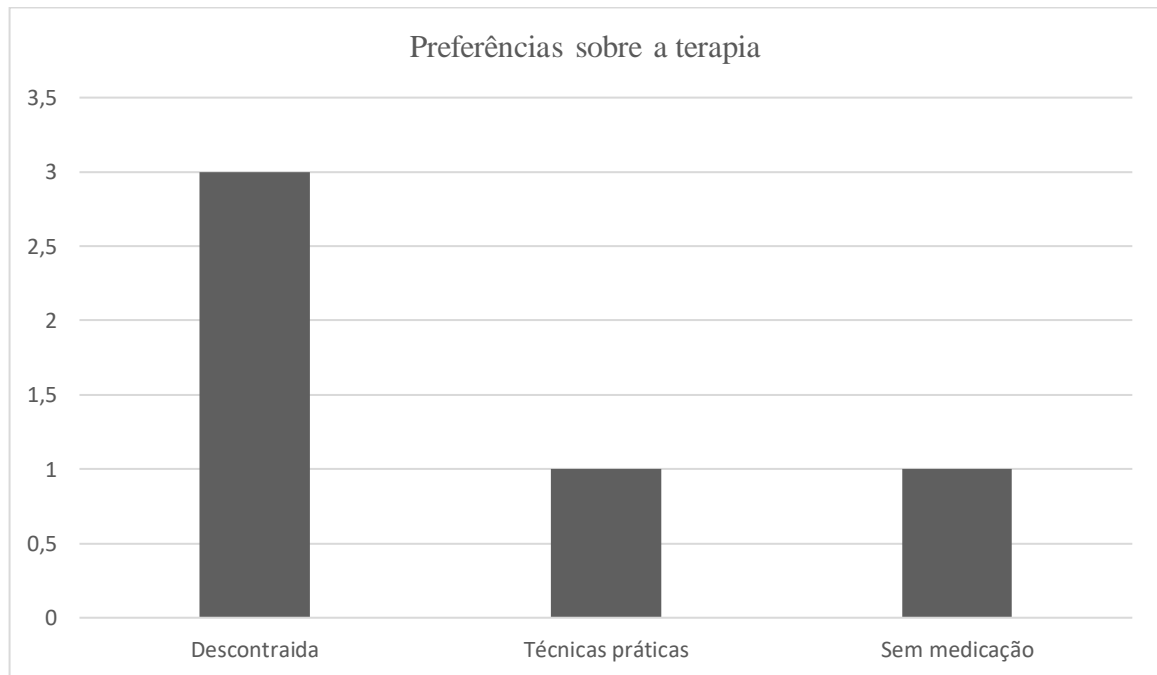
Como principal obstáculo foi apresentada a **difficuldade de mudança** (3ref3) (P1: “os comportamentos prejudiciais ao sujeito estão embutidos em rotinas difíceis de quebrar ou alterar, tornando difícil o sucesso da terapia”) e a dificuldade associada à **autoexposição** (2ref3) (P8: “Exposição pessoal, acareação com um eu menos simpático que é necessário aceitar para mudar em prol do bem-estar pessoal, familiar, profissional e social. E, sobretudo, o desconhecimento que temos sobre nós: do que projetamos nos outros, do que parecemos, do que almejamos, muitas vezes concomitantemente com ações contraproducentes.”). Em seguida, os participantes apontaram como obstáculo a dificuldade em **Encontrar o psicólogo certo** (2ref2) (P7: “encontrar alguém que encaixasse bem no papel de terapeuta.”) e a **diversidade de terapias e problemáticas** (1ref2) (P6: “Desafios talvez a diversidade de questões que nos deprime e a adequação das psicoterapias. Nunca fiz, mas deve ser difícil escolher a mais acertada. Como é que nós sabemos qual é? Depois também a quantidade de problemas que existem, deve ser difícil saber do que falar, ou até para o psicólogo saber como resolver.”). Relacionado com a relutância foi ainda referido apenas um participante, a **falta de apoio do SNS** (1ref1) a consultas em tempo breve e a **ausência de cura** (1ref1) de algumas problemáticas.



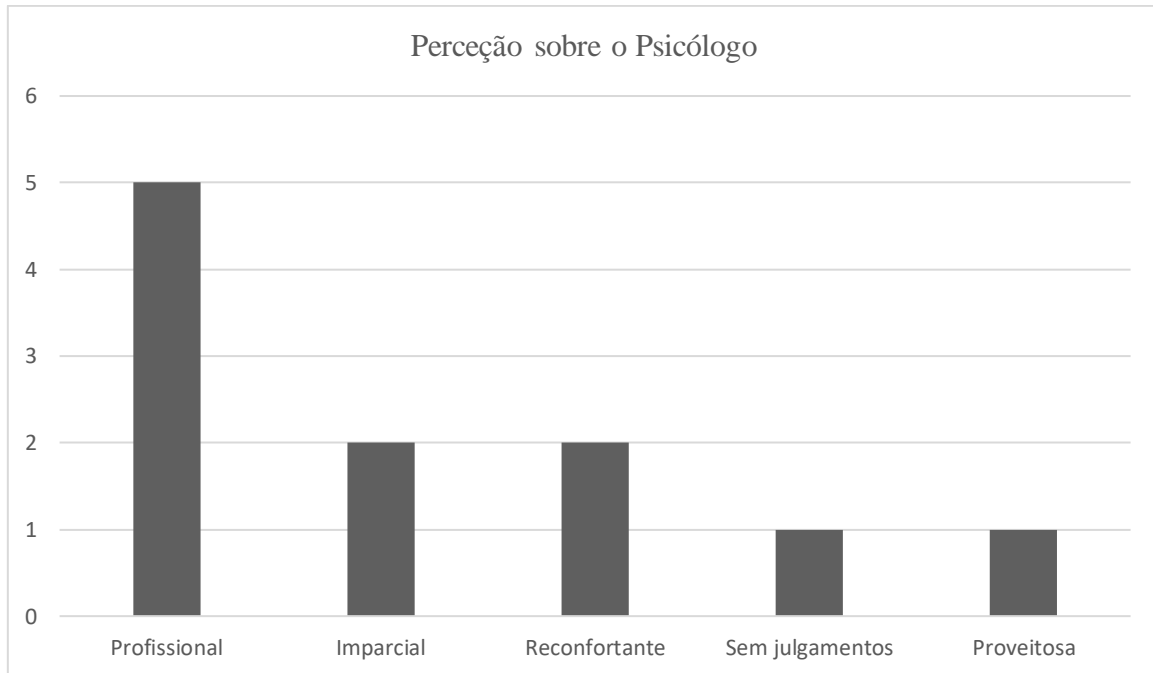
Relativamente às perceções sobre a terapia descritas pelos entrevistados, surgiram apenas 3 categorias. A terapia foi percecionada como um espaço onde existe um **foco** exclusivo **no problema** (2ref2), com um ambiente **profissional** (1ref1), isto é, regido por um código de ética próprio, diferenciando-se de um espaço informal e **útil** (1ref1).



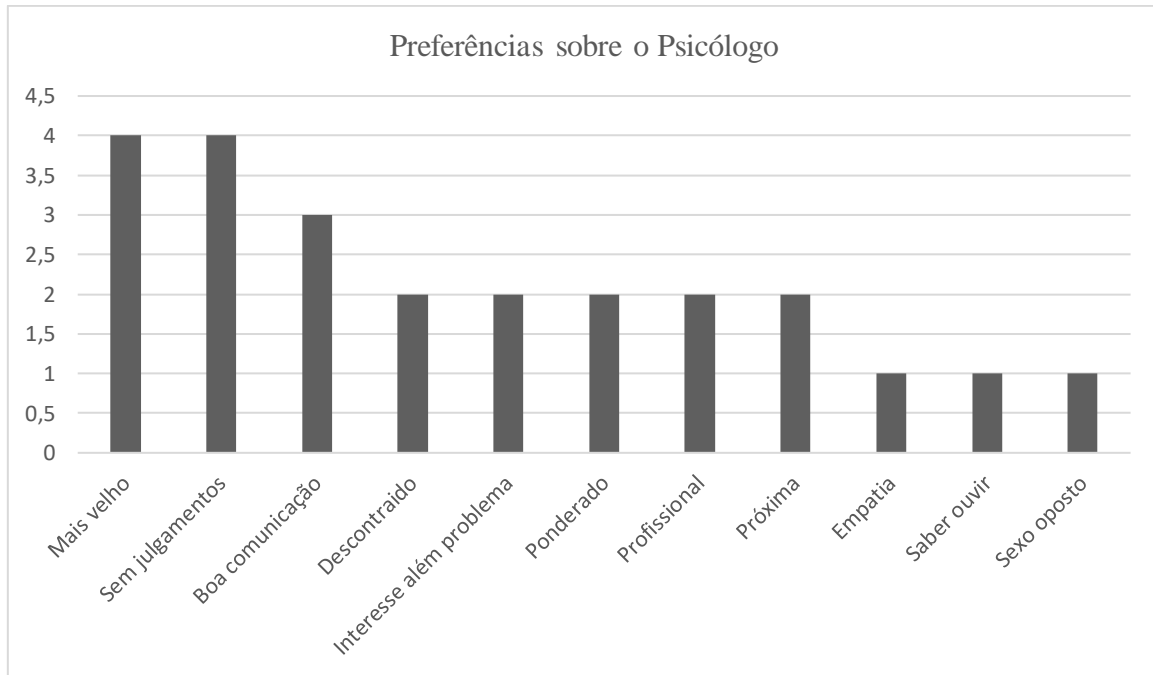
Os participantes mostraram preferências diferentes daquelas que julgaram existir num *setting terapêutico*. Existe uma preferência por um **ambiente descontraído** (2ref3) (P3: “*Um ambiente leve e descontraído (...) a roçar no divertido*”). Para o participante P1 seria importante participar num processo onde existisse um foco em **técnicas práticas** (1ref1), isto é, uma aprendizagem de técnicas que pudessem ser aplicadas fora da terapia e **sem** recurso a **medicação** (1ref1).



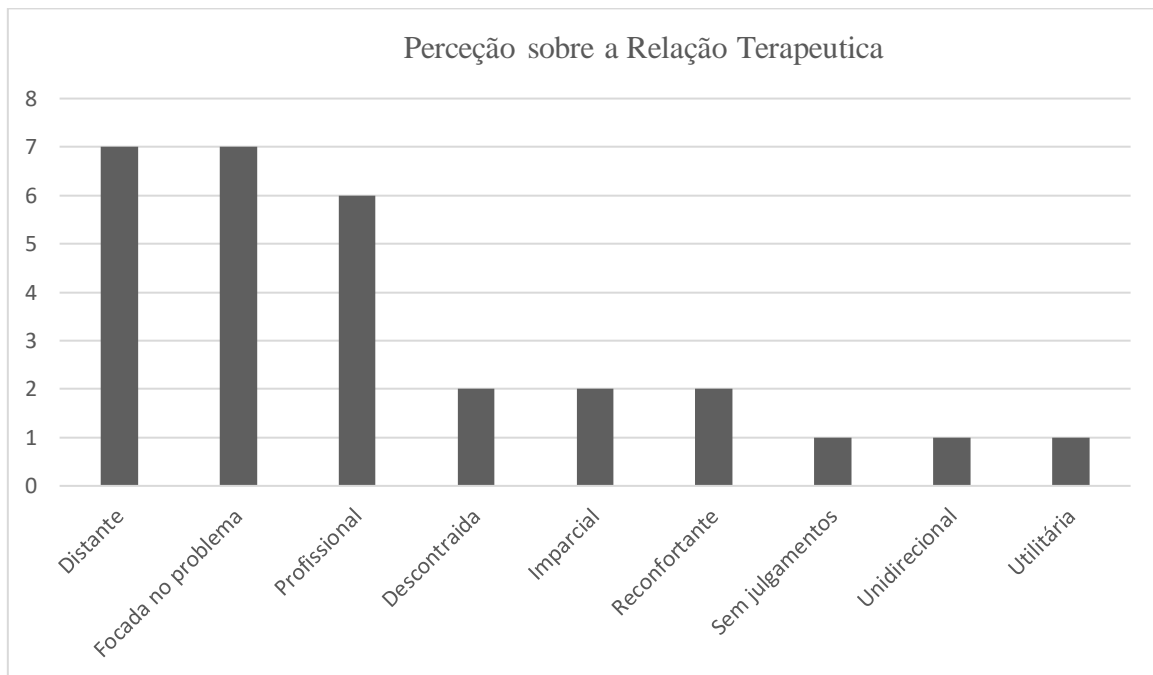
Foi perguntado aos entrevistados qual a percepção dos mesmos sobre o psicólogo. A palavra mais associada foi **profissional** (3ref5) (P8: “*O psicólogo não é assim, é mais profissional, diria.*”), com a sua qualificação profissional a ser realçada, por exemplo “*contribuirá com uma opinião profissional fundamentada e testada para a melhoria de um determinado comportamento ou sintoma.*” (P1) e “*O psicólogo compreende melhor como funcionam os teus pensamentos e assim...*” (P3). O psicólogo foi tido como uma figura **reconfortante** (2ref2) (P8: “*A orientação do discurso para o apaziguamento, sem que o leigo se aperceba, mas o sinta.*”) e **imparcial** (2ref2) (P5: “*o psicólogo ele consegue distanciar-se mais e analisar as coisas de uma forma racional*”).



Ao questionarmos os entrevistados sobre as características desejáveis no psicólogo, este apareceu como alguém **mais velho** (2ref4) do que o seu cliente (P7: “*Alguém com mais experiência de vida seria bom, para sentir que tenho algo a aprender com aquela pessoa (...) alguém mais velho, daí ter falado da experiência... mas também não muito velho. Se fosse alguém com 60 anos acho que não me sentiria à vontade*”), com a idade a ser associada a experiência pessoal e profissional. É igualmente importante um profissional que se abstenha de **(sem) fazer julgamentos** (4ref4) (P5: “*Uma pessoa que me fizesse sentir confortável*”). Uma **boa comunicação** (1ref2) apareceu como uma ferramenta importante a dominar, visto ser através da comunicação verbal que a relação psicólogo-cliente maioritariamente se estabelece (P6: “*Competência técnica e Comunicacional, ou seja, alguém que soubesse técnicas diversas para me ajudar e que fosse capaz de as comunicar de forma clara e empática. Também não quero falar com um robot, não é?*”). Ao mesmo nível apareceram características como **descontraído** (2ref2), **ponderado** (2ref2), **profissional** (2ref2), que demonstre **interesse além problema** (1ref2), e **próximo** (1ref2). Referidas apenas uma vez apareceram características como a **empatia** (1ref1), **saber ouvir** (1ref1) e ter um psicólogo com o **sexo oposto** (1ref1) ao seu.

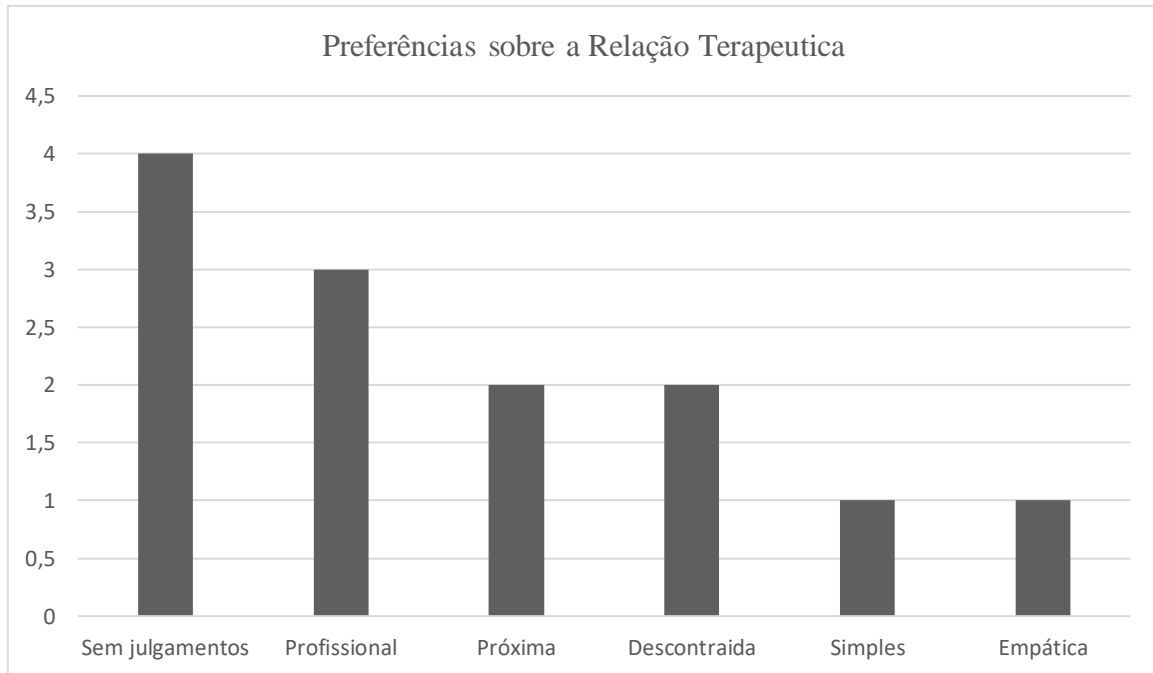


Para quem nunca fez terapia, existe a percepção de uma relação psicólogo-cliente como sendo **distante** (4ref7) e **focada no problema** (3ref7) (P5: “*é uma confiança de uma relação que presumo que nunca evolua muito no sentido da aproximação do cliente e psicólogo*” / P2: “*um psicólogo a relação é unicamente para resolver determinados problemas*” / P3: “*Eu dou-te o dinheiro, tu tiras-me os problemas*”). **Profissional** (5ref6) aparece como uma característica definidora da relação, distinguindo-a de uma relação de amizade, onde não existe um código de ética próprio (P6: “*Tendo por base os princípios éticos e profissionais inerentes ao desempenho profissional. Sei que existem regras que regulam aquilo que pode ser feito e dito pelo psicólogo. Não é uma relação livre... como é nas amizades, por exemplo.*”). Para dois participantes a relação é classificada como **reconfortante** (2ref2) (P4: “*Confidente e porto de abrigo*”), descontraída e imparcial. Para além destas, é uma relação **sem julgamentos** (1ref1), **unidirecional** (1ref1) e **utilitária** (1ref1) (P4: “*Na vertente terapêutica aguda e desencontrada de si mesmo, é o salvador de pessoas com respostas e soluções para conflitos, depressões e descréditos.*”).



Quando questionados os participantes sobre as preferências na relação psicólogo-cliente surgiram algumas diferenças. Esta relação deve acontecer **sem julgamentos** (2ref4) (P5: “*em que não me sentisse de todo julgada, porque eu acho que deve ser péssimo tu recorrer a alguém – porque obviamente há coisas que estão erradas na tua vida – e ele fazer juízos de valor ou fazer-te sentir mal porque tomaste a atitude errada.*” / P7: “*Quero sentir-me confortável, mas não quero sentir que estou a falar com um amigo, porque isso também é de mais.*”). Deve ser **profissional** (2ref3), no sentido “*metódica, exigente, pontual. Profissional, como disse anteriormente.*”, como referiu P8. Para além disso, é também desejável que exista na relação **proximidade** (2ref2) e **descontração** (2ref2). A **empatia** (1ref1) (P4: “*Técnica e humana, de trato amistoso, empático e interativo*”) e **simplicidade** (1ref1) aparecem referidos por apenas 1 participante.





#### Capítulo IV – Discussão e Conclusão

Houve, por parte dos participantes, uma maior facilidade em encontrar fatores motivadores à ida ao psicólogo do que relutâncias. A motivação principal referida pelos entrevistados foi a possibilidade de poderem **resolver** a problemática que os levou à terapia. A ida ao psicólogo é considerada quando o sujeito sente que **não consegue sozinho** resolver as suas questões, ou a **dimensão do problema** é tida como demasiado “grande”, existindo primeiramente uma preferência pelo apoio informal, nomeadamente através da rede social do sujeito. Os resultados são congruentes com o que é citado em Minas, Ribeiro e Anglin (2018): existe uma maior valorização da ajuda mútua, da oportunidade de ajudar outros ou de lutar pelos seus direitos do que ter as suas necessidades satisfeitas por um profissional. O conceito de “ajuda profissional” foca-se em resolver os problemas do indivíduo, com os profissionais a serem considerados responsáveis por apresentarem soluções deixando o paciente num papel passivo.

Apesar de não ter sido apresentado como uma motivação, o **autoconhecimento** é percebido pelos participantes como um dos principais benefícios de se fazer terapia. Para além deste benefício, procuram aprender através do psicólogo **novas ferramentas e formas de olhar para a vida**. Estudos comprovam que ter expectativas positivas é um elemento facilitador, pois quando se espera que a terapia produza bons resultados, é mais provável que

os participantes colaborem ativamente nas tarefas e ao mesmo tempo possibilita o foco nos aspetos positivos da sua relação terapêutica (Víslá, Constantino, Newkirk, Ogrodniczuk, Söchting, 2018).

As características próprias da terapia foram as principais causas para a relutância na procura de apoio psicológico, entre elas o **custo monetário** (igualmente associado à **longevidade do processo**). Ao contrário do que tem sido apresentado em diversos estudos como um fator decisivo (Corrigan, 2004; Lannin et al., 2016), o estigma social não foi apresentado pelos participantes como uma relutância pessoal à procura de apoio, no entanto, muitos participantes reconheceram haver ainda um estigma na sociedade. Estes resultados são paradoxais, levantando a possibilidade de os entrevistados não terem consciência do seu próprio estigma, visco nunca terem ponderado recorrer ao psicólogo. Os participantes consideraram existir uma **dificuldade de mudança** comportamental e cognitiva e este foi tido como o principal desafio do processo terapêutico. Foi reconhecida pelos sujeitos a dificuldade associada à **autoexposição**, incluindo o medo de **serem julgados**. Estes resultados foram congruentes com o estudo de Timulak e Keogh (2017), onde os clientes reconheceram a exposição ao terapeuta como um fator fundamental para a mudança, incluindo também a participação ativa no processo e capacidade de aprendizagem. Timulak e Keogh (2017) referem também características que inibem a terapia, tais como o cliente sentir-se estigmatizado, exposto e emocionalmente sobrecarregado.

As poucas características atribuídas à terapia e ao seu processo são demonstrativas da falta de conhecimento ainda existente sobre a mesma por quem nunca a frequentou. O espaço terapêutico foi considerado um local com **foco exclusivo na problemática** que levou à marcação da consulta e **profissional**. Em oposição, os entrevistados desejaram encontrar um espaço **descontraído**, onde pudessem aprender **técnicas práticas** e **sem** recurso a **medicação**.

Existem poucas semelhanças entre a perceção e a preferência relativas ao psicólogo. O psicólogo foi considerado **profissional** e **imparcial** (caraterísticas reconhecidas como sendo diferenciadoras das relações de amizade), alguém capaz de **reconfortar** o seu cliente, tendo uma função **utilitária**. Como foi referido nos resultados, a terapia aparece como uma forma de encontrar soluções a um problema e os clientes esperam **aprender novas ferramentas** com o seu psicólogo, esperando encontrar alguém que tenha algo a ensinar. Assim percebe-se o desejo por um terapeuta **mais velho**, traduzindo-se isso em mais experiência e conhecimento. De forma a colmatar a dificuldade em confiar num “desconhecido”, revelaram ser importante que o psicólogo evitasse fazer **(sem) julgamentos** e tivesse uma **boa comunicação**, que mostrasse um **interesse além problema**. Para além destas características, e dando seguimento às

características desejadas em terapia, os participantes gostariam de encontrar um profissional de saúde mental **descontraído**. O **profissionalismo**, percebido como a principal característica presente no psicólogo, não aparece como sendo a mais desejada, mostrando a descontinuidade existente entre percepção e desejo.

O **foco relacional** foi aquele que obteve mais ênfase pelos participantes, revelando a influência cliente-psicólogo como inerente a todo o processo terapêutico. Esta relação foi considerada **distante, focada no problema e profissional**. Foi também considerada **descontraída**, característica anteriormente valorizada no psicólogo. Os clientes desejaram que a relação acontecesse **sem julgamentos**, com **profissionalismo e proximidade**. Isto foi igualmente encontrado na revisão feita por Timulak e Keogh (2017), onde os clientes valorizam uma relação terapêutica carinhosa e sem julgamentos, em que se sintam aceitos e compreendidos, com o psicólogo a adquirir um papel de liderança no processo. A diferença de opiniões encontradas nos resultados é representativa da diversidade de crenças sobre a relação psicólogo-cliente, com indivíduos a terem uma visão mais positiva e congruente com o que esperariam encontrar em terapia (por exemplo ao definirem como **descontraída**), enquanto outros a apresentam crenças menos congruentes com os seus desejos e por isso menos positivas.

Os resultados encontrados no presente estudo parecem sugerir uma preferência por relações mais horizontais, onde possa haver co-aprendizagem e partilha de recursos, resultando numa dinâmica de reciprocidade para todos os envolvidos. Assim sendo, é natural que as relações informais ganhem prioridade como primeira opção para dar resposta às necessidades sentidas pelo indivíduo. As relações terapêuticas, por sua vez, vão contra o procurado pelos clientes: são percebidas como verticais, sendo o psicólogo um *expert* que guia o cliente durante todo o processo. Segundo o estudo de Yalom (2002), esta visão não é partilhada pelos profissionais de saúde, que reconhecem uma influência mútua e enfatizam o quanto moldados foram através da sua experiência clínica. Os psicólogos experientes consideraram os momentos de mudança proporcionados pelos seus clientes como os melhores da sua prática profissional, mostrando que, apesar os clientes nem sempre reconhecerem isso, o movimento de mudança é recíproco e importante para ambas as partes.

Segundo os entrevistados, ir ao psicólogo advém de uma necessidade – procura-se apoio profissional quando não se está a conseguir lidar com uma crise. Este sentimento de incapacidade pode levar-nos a recorrer a um processo desconhecido, muitas vezes estigmatizado, aumentando ainda mais o sentimento de incerteza experienciado já pelo potencial cliente. Por esta perspetiva compreende-se o desejo de entrar num local esperado como “descontraído”, onde se pode falar sem se ser julgado, junto de um profissional com quem

se espera vir a desenvolver uma relação de proximidade. Mas esta não é a realidade que os participantes antecipam: imaginam a terapia como uma experiência onde só existe espaço para a discussão do problema e onde a relação é primariamente descrita como distante. Estes resultados chamam a atenção para a importância de desconstruir esta crença, mostrando que a relação é muito mais do que uma prestação de serviços formal e distante. O psicólogo é um profissional regido por um código de ética, que estuda para poder exercer o seu cargo, como qualquer profissional de saúde. Comum a todos os participantes foi o reconhecimento de uma evolução na perceção da saúde mental e da sua importância, com o psicólogo a ser cada vez mais valorizado. Os meios de comunicação (incluindo redes sociais) podem vir a ter um papel fundamental, ao ajudar a desmistificar a ida ao psicólogo, moldando crenças e atitudes face à terapia.

É importante salientar as limitações inerentes a este estudo. Em primeiro lugar, o número reduzido de participantes e o tempo limitado para a recolha de dados levou a que não houvesse saturação na análise dos dados. Para além disso, todos os participantes são residentes da área metropolitana de Lisboa, tendo todos atingido a maioria – assim sendo, não nos é possível inferir que os resultados serão semelhantes noutras áreas geográficas, bem como que as opiniões encontradas estarão presentes em faixas etárias mais baixas, como em adolescentes. Quando questionados, foi visível que muitos participantes não tinham nenhuma opinião formada ou alguma vez pensado sobre o tema. Assim sendo, esta investigação deixou espaço e perguntas abertas para investigações futuras: seria importante entrevistar quem já passou por um acompanhamento psicológico, comparando as suas perceções e expectativas iniciais com a realidade encontrada, incluindo mudanças que desejariam ver acontecer no processo.

Esta investigação mostrou haver um afastamento entre o que o cliente pensa vir a encontrar durante o processo terapêutico e como gostaria que fosse a sua experiência e relação com o psicólogo. Os meios de comunicação (com recurso às redes sociais) podem vir a ser um recurso positivo e útil para comunicar de forma clara qual a importância e o papel do psicólogo clínico, tentando desconstruir algumas crenças presentes sobre a área. Desta forma, seria possível levar ao espaço terapêutico pessoas com expectativas positivas e isso certamente facilitaria o trabalho conjunto com o psicólogo. Por sua vez, o profissional deve estar atento às crenças trazidas pelo cliente, mesmo que estas não sejam verbalizadas, tentando ao longo do processo esclarecer e até ajustar as vontades e expectativas do mesmo à prática clínica.

## Bibliografia

American Psychological Association (2012, August). Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness. Retirado de <http://www.apa.org/news/press/releases/2012/08/resolution-psychotherapy.aspx>

Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 417–425.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (1999). Whom to ask for help in case of mental disorder? Preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*, 202-210.

Ben-Porath, D. D. (2002). Stigmatization of individuals who receive psychotherapy: An interaction between help-seeking behavior and the presence of depression. *Journal of Social and Clinical psychology*, *21*(4), 400-413.

Blaine, B. (2000). *The psychology of diversity: Perceiving and experiencing social difference*. Mountain View, CA: Mayfield.

Brannon, L. A., & Pilling, V. K. (2007). Reasoned Action Theory. Encyclopedia of Social Psychology. Sage Publications. Retirado em 25 de Março de 2009 de [http://sage-reference.com/socialpsychology/Article\\_n435.html](http://sage-reference.com/socialpsychology/Article_n435.html).

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, *3*(2), 77-101.

Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental-1º relatório. *Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa*, 26-29.

Carvalho, Á. A. D., Mateus, P., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Oliveira, A. L., Alves, M. I., & Martins, J. (2016). Portugal Saúde Mental em Números, 2015. *Portugal Saúde Mental em Números, 2015*, 5-113.

Coco, G. L., Tasca, G. A., Hewitt, P. L., Mikail, S. F., & Kivlighan Jr, D. M. (2019). Ruptures and repairs of group therapy alliance. An untold story in psychotherapy research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *22*(1).

- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*, 614–625.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª Edição). Coimbra: Almedina.
- Cramer, K. M. (1999). Psychological antecedents to help-seeking behaviour: A reanalysis using path modelling structures. *Journal of Counselling Psychology*, *46*, 381-387.
- Delsignore, A., & Schnyder, U. (2007). Control expectancies as predictors of psychotherapy outcome: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, *46*(4), 467-483.
- Dew, S. E., & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research*, *7*(1), 21-33.
- Farber, B. A., Berano, K. C., & Capobianco, J. A. (2004). Clients' Perceptions of the Process and Consequences of Self-Disclosure in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, *51*(3).
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, *2*(163-194).
- Hinson, J. A., & Swanson, J. L. (1993). Willingness to seek help as a function of self-disclosure and problem severity. *Journal of Counselling and Development*, *71*, 465 - 470.
- Joyce, A. S., McCallum, M., Piper, W. E., & Ogradniczuk, J. S. (2000). Role Behavior Expectancies and Alliance Change in Short-Term Individual Psychotherapy. *The Journal of psychotherapy practice and research*, *9*(4).
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, *47*, 138–143.

- Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1989). Fears of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*, *20*, 251-257.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In M. Hersen, W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy* (pp. 709–714). New York: Academic Press.
- Liddon, L., Kingerlee, R., & Barry, J. A. (2018). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*, *57*(1), 42-58.
- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Brenner, R. E., Abraham, W. T., & Heath, P. J. (2016). Does self-stigma reduce the probability of seeking mental health information?. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(3).
- Leitner, A., Märtens, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H., & Schnyder, U. (2013). Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *43*(2), 95-105.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(3), 438.
- McClintock, A. S., Anderson, T., & Petrarca, A. (2015). Treatment expectations, alliance, session positivity, and outcome: An investigation of a three-path mediation model. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(1), 41–49.
- Minas, M., Ribeiro, M. T., & Anglin, J. P. (2018). Trajectories on the path to reciprocity—A theoretical framework for collaborating with socioeconomically disadvantaged communities. *American Journal of Orthopsychiatry*, *88*(1), 112.
- Nadler, A., & Fisher, J. D. (1986). The role of threat to self-esteem and perceived control in recipient reaction to help: Theory development and empirical validation. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 19, pp. 81–122). San Diego, CA: Academic Press.
- Nolan, S. A., Strassle, C. G., Roback, H. B., & Binder, J. L. (2004). Negative treatment effects in dyadic psychotherapy: A focus on prevention and intervention strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *34*(4), 311-330.

- Olán, R. J. A. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental, 30*(5).
- Olfson, M., & Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 167*, 1456–1463.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.
- Palha, J., & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a saúde mental em Portugal. *Gazeta Médica, 3*(2).
- Sibicky, M., & Dovidio, J. F. (1986). Stigma of psychological therapy: Stereotypes, interpersonal reactions, and the self-fulfilling prophecy. *Journal of Counseling Psychology, 33*(2).
- Sirey, J., Bruce, M., Alexopoulos, G., Perlick, D., Friedman, S., & Meyers, B. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services, 2*, 1615–1620.
- Skarsvåg, H. A. (2004). Seeking help or not? A study on mental helpseeking and its relation to needs, symptoms, person characteristics, experiences and attitudes in a student population, (Tese para Grau de Psicólogo). Thomsó: Universidade de Thomsó,.
- Stewart, P. K., Steele, M. M., & Roberts, M. C. (2014). What happens in therapy? Adolescents' expectations and perceptions of psychotherapy. *Journal of Child and Family Studies, 23*(1), 1-9.
- Surgenor, L. J. (1985). Attitudes toward seeking professional help. *New Zealand Journal of Psychology, 14*, 27-33.
- Timulak, L., & Keogh, D. (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology, 73*(11), 1556-1567.
- Vogel, D. L., & Wester, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 351–361.
- Vogel, D. L., & Wade, N. G. (2009). Stigma and seeking help: It's not just about what others think. *Psychologist, 38*, 904–922. Retrieved from



[http://www.thepsychologist.org.uk/archive/archive\\_home.cfm?volumeID!22&editionID!171&ArticleID!1453](http://www.thepsychologist.org.uk/archive/archive_home.cfm?volumeID!22&editionID!171&ArticleID!1453)

Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L. M., & Hackler, A. H. (2007). Seeking help from a counsellor: The influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 233-245.

Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G. D., & Melo, J. (2013). O estigma da doença mental: Que caminho percorremos? *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, *11*, 10-21.

Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients*. New York, NY: HarperCollins.

Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, *72*(4), 311.

## Apêndice

### Apêndice A

Introdução	Informação sobre objetivos do estudo e consentimento oral
Identificar fatores que contribuem para uma visão positiva ou negativa do processo terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como acha que, atualmente, é visto o papel do psicólogo pela sociedade?</li> <li>• Na sua opinião, quando as pessoas procuram um psicólogo, vão à procura do quê?</li> </ul>
Compreender fatores de motivação e de constrangimento para a participação num processo terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na sua experiência, o que o/a motivaria ou deixaria relutante a procurar um processo terapêutico?</li> </ul>
Compreender quais os benefícios esperados em psicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais acha serem os ganhos em fazer terapia?</li> </ul>
Compreender quais as dificuldades esperadas em psicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais acha serem os desafios e dificuldades que se colocam ao fazer terapia?</li> </ul>
Compreender o grau de formalidade e de reciprocidade associados às relações terapêuticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que diferenças pensa existir entre uma relação com um psicólogo e a relação com um amigo?             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como acha que é a relação psicólogo-paciente?</li> </ul> </li> <li>• Se fizesse terapia, que características gostaria que tivesse a relação com o terapeuta?</li> <li>• Que características gostaria de encontrar no psicólogo?             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acha que os clientes influenciam o psicólogo?</li> </ul> </li> <li>• Acha que os psicólogos também aprendem com os seus clientes?</li> </ul>