



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

PSICOLOGIA CLÍNICA EM CONTEXTO ORGANIZACIONAL

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

Autora: Ana Filipa Varela Garcia

Orientadora: Professora Doutora Catarina Tomé Pires

Número da candidata: 30003509

Abril de 2024

Lisboa

Relatório apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre
em Psicologia Clínica e do Aconselhamento realizado sob a orientação científica da Professora
Doutora Catarina Tomé Pires

Dedicatória

Dedico este trabalho acadêmico àqueles que me acompanharam na minha jornada de conhecimento, aqueles que me inspiraram, apoiaram e me encorajaram a nunca desistir. À minha família sempre afectuosa, que acreditou em mim e me incentivou a ir ao encontro dos meus sonhos, eu dedico-lhes este trabalho com reconhecimento e amor.

Aos meus amigos leais, cuja presença e amizade têm sido um farol notável na minha vida acadêmica, dedico este trabalho como uma expressão de gratidão pela sua constante motivação e por dividirem comigo as alegrias e especialmente os desafios desta jornada.

Aos meus professores e orientadores, que me guiaram com sabedoria e paciência, partilhando o seu conhecimento e experiência, dedico este trabalho como um tributo à sua dedicação incansável em moldar o meu caminho acadêmico.

À comunidade acadêmica, cujo apoio e troca de ideias têm sido fundamentais para o meu crescimento intelectual, dedico este trabalho como um reconhecimento da importância da colaboração e do diálogo na construção do conhecimento.

Por fim, dedico este trabalho a mim mesma, como uma lembrança de todas as horas dedicadas à pesquisa, estudo e superação de desafios. Que esta dedicação seja um lembrete constante de que sou capaz de alcançar grandes conquistas quando me empenho com paixão e determinação.

Que esta dedicatória seja uma homenagem sincera e um testemunho do meu profundo agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho, pois este trabalho também é vosso.

Agradecimentos

Aos meus queridos pais, a minha gratidão é imensa, pois sempre me incentivaram a procurar conhecimento, a explorar novas ideias e a nunca desistir dos meus sonhos. A dedicação e apoio incondicional foram fundamentais para que eu enfrentasse os desafios acadêmicos e concluísse este trabalho com sucesso. Sou profundamente grata por todo o amor, suporte e confiança que depositaram em mim. Agradeço por vos ter como exemplo de dedicação e sucesso na área acadêmica, mas sobretudo pelos valores que sempre passaram e que manifestam em todas as áreas da minha vida.

Ao meu irmão e cunhada, quero agradecer por estarem sempre presentes, não apenas como familiares, mas como amigos verdadeiros. As palavras de encorajamento e conselhos sábios deram-me a confiança necessária para enfrentar os momentos de dúvida e superar as dificuldades.

À minha tia Alexandra e afilhada Beatriz, pelo apoio incondicional e por acreditarem no meu potencial. Foram fundamentais para a minha motivação e crescimento durante este processo. As palavras encorajadoras e o tempo que ambas dedicaram para discutir ideias foram inestimáveis.

Ao meu marido, Christopher, agradeço do fundo do meu coração por todo o seu amor, paciência e compreensão durante os momentos intensos de trabalho acadêmico. A sua presença constante, o seu apoio emocional e incentivo foram essenciais para me manter motivada e focada.

Ao meu amigo e colega de percurso acadêmico, Gabriel. Foi o meu maior pilar neste caminho.

À professora Catarina, gostaria de expressar a minha sincera gratidão pela sua orientação durante todo o processo de elaboração deste trabalho. A sua experiência e conhecimento foram fundamentais para aprimorar a minha compreensão do assunto e a qualidade do meu trabalho. Agradeço pela sua dedicação, orientação e incentivo constantes, que enriqueceram a minha experiência acadêmica.

Por fim, à minha orientadora de estágio, a Dra. Marta, pelo seu apoio e orientação, que têm sido inestimáveis ao longo deste trabalho. A sua experiência, sabedoria e valiosos feedbacks ajudaram a delinear a minha forma de pesquisa e a desenvolver as minhas habilidades académicas. Sou grata pela oportunidade de poder aprender com ela e pela sua constante disponibilidade para me auxiliar.

A todos, quero expressar a minha profunda gratidão por fazerem parte desta jornada académica e por contribuírem para o meu crescimento pessoal e profissional. Sem o apoio e a influência de cada um vós, eu não teria alcançado este marco importante na minha vida.

Resumo

O presente relatório é decorrente do estágio curricular efetuado numa empresa de Consultoria, Segurança e Saúde no trabalho, com incidência numa organização parceira dedicada ao setor de Contact Center.

Ao longo deste relatório serão apresentados dois casos clínicos, sendo um deles uma avaliação psicológica e um acompanhamento psicológico, à luz da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers. Os casos clínicos focalizam-se nas condições de stress, depressão, ansiedade e *burnout*, com uma análise detalhada das experiências individuais de cada um e recorrendo a uma revisão de literatura sobre as problemáticas encontradas no decorrer do estágio.

No caso clínico de avaliação psicológica, foram aplicados dois instrumentos de medida, o Questionário de Depressão, Ansiedade e Stress - Formulário Curto (EADS-21) e o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ-II) para despiste de riscos psicossociais.

Os principais resultados parecem revelar a presença significativa destas condições no indivíduo avaliado e, destacando a prevalência e a complexidade destas perturbações.

A conclusão e implicações extraídas destes resultados apontam para a urgência de estratégias eficazes de intervenção e prevenção, reconhecendo a importância de abordar a saúde mental no contexto organizacional.

Tais conclusões podem orientar práticas e políticas de saúde mental para promover o bem-estar e a resiliência, visando reduzir os impactos negativos na qualidade de vida dos indivíduos afetados.

Palavras-chave: *Burnout*, ideação suicida, depressão, ansiedade, stress ocupacional

Abstract

This report is the result of a curricular internship in a Consulting, Safety and Health at Work company, focusing on a partner organization dedicated to the Contact Center sector.

Throughout this report, two clinical cases will be presented, one of which is a psychological assessment and psychological monitoring, in the light of Carl Rogers' Person-Centered Approach. The clinical cases focus on the conditions of stress, depression, anxiety, and burnout, with a detailed analysis of the individual experiences of each one and using a literature review on the problems encountered during the internship.

In the clinical case of psychological assessment, two measuring instruments were used: the Questionário de Depressão, Ansiedade e Stress - Formulário Curto (EADS-21) scale and the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ-II) to determine psychosocial risks.

The main results seem to reveal the significant presence of these conditions in the individual studied, highlighting the prevalence and complexity of these disorders.

The conclusion and implications drawn from these results point to the urgency of effective intervention and prevention strategies, recognizing the importance of addressing mental health in the organizational context.

These findings can guide mental health practices and policies to promote well-being and resilience, with a view to reducing the negative impact on the quality of life of the affected individuals.

Keywords: Burnout, suicidal ideation, depression, anxiety, occupational stress

Índice

Introdução Geral.....	12
I Parte - Contextualização do Estágio	14

1.1. - Contextualização do Estágio.....	14
1.1.2. Caracterização do local de estágio.....	14
1.1.3. Trabalho desenvolvido no local de estágio.....	15
1.1.3. Cronograma do projeto de estágio.....	18
1.1.4. Levantamento das necessidades	20
1.1.5 Propostas de actividades futuras.....	21
II Parte - Revisão de Literatura	23
2. Enquadramento Teórico	23
2.1. Saúde Mental nas Organizações	24
2.1.2 Stress Ocupacional.....	25
2.1.3 Ansiedade.....	26
2.1.4 Depressão.....	29
2.1.5 Burnout	30
2.1.6 Ideação e tentativa Suicida.....	32
2.2 Psicologia Clínica, da Saúde e Organizacional	34
2.2.1 O papel do psicólogo clínico em Contexto Organizacional.....	35
2.2.2 Ética e Deontologia no exercício da Psicologia.....	36
2.3 Avaliação Psicológica.....	37
2.3.1 Método clínico e Anamnese.....	39
2.3.2 Entrevista Clínica.....	39
2.3.3 Os testes psicológicos	41
2.4 Intervenção Psicológica.....	42
2.4.1 Counselling	42
2.4.2 A Abordagem Centrada na Pessoa.....	44
2.4.3 A Teoria do desenvolvimento Psicoafectivo	45
III Parte – Casos Clínicos.....	46
3.1. Caso Clínico (A) - Avaliação Psicológica.....	46
3.1.1. Apresentação da paciente.....	47
3.1.2. História Clínica e Familiar.....	47
3.1.3. Motivo de consulta.....	49
3.1.4. Avaliação Psicológica.....	50
3.1.5. Resultados dos instrumentos aplicados.....	54
3.1.6. Sessões	57
3.1.7. Análise Clínica e Reflexão do Caso (A)	66
3.2. Caso Clínico (B) – Acompanhamento Psicológico	69

3.2.1. Apresentação do paciente	69
3.2.2. História Clínica e Familiar	70
3.2.3. Motivo de consulta.....	73
3.2.4. Sessões de acompanhamento psicológico.....	74
3.2.5. Discussão do caso com base na teoria psicoafectiva	80
3.2.6. Conclusão e Reflexão do Caso (B)	81
IV Parte - Considerações finais	83
4.1 Conclusão	83
4.2 Reflexão Pessoal	85
Referências Bibliográficas	88
Anexos.....	102
Anexo A- COPSOQ II- Versão Curta	103
Anexo B- Escala de avaliação EADS-21	106
Anexo C- Plano de intervenção em Crise (Protocolo de resposta).....	108
Anexo D- Diapositivo do Workshop “Stress Management”	109
Anexo E- Diapositivo do Workshop “Anxiety and Panic Attack”	117
Anexo F- Diapositivo do Workshop “Emotional Intelligence”	125

Lista de Siglas e Acrónimos

PAG- Perturbação da Ansiedade Generalizada

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses

DSM-5- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quinta Edição

APA- American Psychological Association

AP- Avaliação Psicológica

EADS-21- Questionário de Depressão, Ansiedade e Stress - Formulário Curto

COPSOQ-II- *Copenhagen Psychosocial Questionnaire-* Versão Curta

LGBTQ+- *Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer or questioning, intersex, asexual, and more*

TCC- Terapia Centrada no Cliente

ACP- Abordagem Centrada na Pessoa

WHO- *World Health Organization*

OMS- Organização Mundial de Saúde

ILO- *International Labor Organization*

EU-OSHA- European Agency for Safety and Health at Work

Índice de Tabelas

Tabela 1- Calendarização das atividades no decorrer do estágio

Tabela 2- Resultados obtidos em cada sub-escala por comparação com a média portuguesa (COPSOQ-II)

Índice de gráficos

Gráfico 1- Resultados de cotação da Escala *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ-II)

Índice de Anexos

Anexo A- *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ-II)* Versão Curta

Anexo B- Questionário de Depressão, Ansiedade e Stress - Formulário Curto (EADS-21)

Anexo C-- Plano de intervenção em Crise (Protocolo de resposta)

Anexo D- Diapositivo do *Workshop “Stress Management”*

Anexo E- Diapositivo do *Workshop “Anxiety and Panic Attack”*

Anexo F- Diapositivo do *Workshop “Emotional Intelligence”*

Introdução Geral

Este relatório faz parte do estágio curricular académico realizado com o propósito de obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, concedido pela Universidade Autónoma de Lisboa.

O objetivo principal é apresentar de forma abrangente todo o trabalho e as atividades desenvolvidas durante o periodo de estágio, explorando a relação entre suicídio, depressão, ansiedade, stress e *burnout* dentro das empresas, analisando as principais causas e consequências desses problemas, bem como as estratégias e medidas preventivas que as organizações podem adotar para mitigar estas questões.

Primeiramente, serão abordados aspetos relacionados com o ambiente de estágio, abrangendo a integração contextual, as tarefas realizadas e as atividades desempenhadas. Além disso, será discutido a importância da ética no exercício da Psicologia, bem como o papel do psicólogo no contexto organizacional.

Adicionalmente, será feita uma análise teórica e revisão de literatura relevante e pertinente sobre as condições psicológicas mais frequentemente observadas neste contexto de estágio com a população em questão, incluindo a ansiedade, stress laboral, *burnout*, depressão, e ideação suicida.

Na segunda parte, será feito um enquadramento teórico à luz da Abordagem Centrada na Pessoa onde serão apresentados dois estudos de caso. Um estudo de caso com avaliação psicológica e um estudo de caso de acompanhamento psicológico. Ambos os casos apresentados, seguiram os princípios e a abordagem da Terapia Centrada no Cliente (TCC).

Os riscos psicossociais e as suas consequências para a saúde física e mental dos trabalhadores são alguns dos maiores desafios em termos de saúde e segurança no trabalho. Além de prejudicar a saúde das pessoas, estes riscos também podem afetar negativamente a eficiência das organizações e até mesmo a economia de um país (Agência Europeia para a Saúde e Segurança no trabalho, 2021).

O stress, a ansiedade e a depressão são o segundo problema de saúde relacionado ao trabalho mais comum entre os trabalhadores europeus (EU-OSHA, 2021).

A ansiedade no contexto laboral sendo um problema cada vez mais comum nos dias de hoje, afeta a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores e pode-se manifestar de diversas formas e ter várias causas, mas geralmente está relacionada ao stress e às pressões associadas ao trabalho (WHO, 2022).

Já as repercussões do stress laboral impactam a satisfação dos trabalhadores, bem como a sua saúde mental e física. Além disso, estão associadas a uma alta intenção de pedir demissão e a maiores índices de absenteísmo (Untarini et al., 2020).

Por sua vez, a depressão é uma doença mental debilitante que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, inclusive no ambiente de trabalho. Quando não tratada adequadamente, a depressão pode levar ao suicídio, uma das principais causas de morte em muitos países (DGS, 2021).

Embora o stress no trabalho, o *burnout* e a depressão relacionada ao trabalho possam estar interligados, estas questões são distintas em termos das suas características, manifestações, abordagens de intervenção, tratamento e consequências, tanto a nível individual quanto organizacional. Quando medidas adequadas não são implementadas para resolver ou minimizar o impacto destas questões, as consequências podem ser significativas (Schaufeli, et al., 2020).

Ao entender melhor as causas e as consequências do suicídio, depressão, ansiedade, stress laboral e do *burnout* no contexto empresarial, as organizações poderão estar melhor preparadas para implementar políticas e práticas que protejam e promovam a saúde mental dos seus trabalhadores, contribuindo assim para um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo (DGS, 2021).

A criação e execução de programas para promover a saúde no ambiente de trabalho são essenciais para reduzir estes problemas. No entanto, envolve uma abordagem abrangente que inclui a prevenção de problemas de saúde mental, a intervenção precoce e o apoio contínuo (DGS, 2021).

Este trabalho académico, centrado na importância dos riscos psicossociais, é crucial para destacar as complexas relações entre a saúde mental e física dos trabalhadores e o ambiente organizacional. Ao examinar os fatores que contribuem para o stress, ansiedade e outros problemas psicológicos no contexto de trabalho, é possível obter valiosos *insights* para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e gestão destes riscos. Além disso, contribui para a consciencialização sobre como estes riscos podem afetar a produtividade e o bem-estar geral dos trabalhadores,

ajudando a orientar políticas e práticas que promovam ambientes de trabalho mais saudáveis e seguros.

I Parte - Contextualização do Estágio

1.1. - Contextualização do Estágio

1.1.2. Caracterização do local de estágio

Esta instituição conta com 25 anos de existência, e possui médicos de Medicina do Trabalho que prestam serviço nas próprias empresas clientes ou ainda na sua Unidade Móvel de Saúde. Conta também com a colaboração de uma equipa técnica diversificada e devidamente certificada, onde constam Engenheiros, Técnicos de Segurança, Ergonomistas e Técnicos de Higiene e Saúde Ambiental e desenvolve a sua atividade de acordo com as necessidades dos seus clientes, tendo como principais focos a Segurança no Trabalho, Medicina do Trabalho, Higiene e Segurança Alimentar e Saúde Mental e Bem-Estar (Trasesa, s.d.).

O serviço de Segurança no Trabalho é desenvolvido pelo Departamento Técnico da Trasesa e tem por objetivo a prevenção de riscos psicossociais nos locais de trabalho através da identificação e controlo dos agentes físicos, químicos e biológicos que incidem sobre o ambiente de trabalho, bem como o estudo dos acidentes de trabalho ocorridos nas empresas (Trasesa, s.d.).

O serviço de Medicina do Trabalho tem como objetivo a promoção da vigilância da saúde dos trabalhadores no sentido de prevenir o aparecimento de doenças profissionais ou relacionadas com o trabalho, concebendo e implementando programas de promoção de saúde nos locais de trabalho (Trasesa, s.d.).

O serviço de Higiene e Segurança Alimentar envolve um conjunto de normas de manuseamento de alimentos – incluindo a produção, o transporte, o armazenamento e a distribuição – cujo objetivo é garantir as suas características organoléticas (características físico-químicas, microbiológicas e sensoriais) de modo a permitir o consumo de alimentos sem riscos para a saúde (Trasesa, s.d.).

O serviço de saúde mental e bem-estar nas empresas consiste em implementar medidas organizacionais que visem a melhoria do estado psicológico e físico dos trabalhadores. Neste contexto, os psicólogos desempenham um papel fundamental na conceção e aplicação de estratégias que promovem a saúde mental e o bem-estar nas empresas. Os serviços de Psicologia incluem: (1) Consultas de Psicologia presenciais ou online; (2) Aconselhamento psicológico aos colaboradores; (3) Intervenção em situações de emergência e crise; (4) Serviços de prevenção 24x7.

A função geral da Trasesa consiste, assim, em prestar consultoria e apoio no domínio da "Segurança e Saúde dos Trabalhadores" em diversos sectores de atividade económica, operando dentro da definição dada pelos referidos diplomas como "Empresa Externa", tendo como missão promover condições de Segurança e Saúde no Trabalho dentro das organizações, estabelecendo e desenvolvendo programas adequados de prevenção de riscos profissionais e promovendo ainda, a comunicação entre os trabalhadores, desenvolvendo as suas competências em matéria de segurança e saúde no trabalho, facilitando a cooperação entre os funcionários da empresa, para que resulte em um esforço conjunto (Trasesa, s.d.).

Em última análise, o que esta instituição promove, de uma forma holística, é a possibilidade de melhoria da saúde dos seus clientes e parceiros associados.

1.1.3. Trabalho desenvolvido no local de estágio

Esta instituição, fornece apoio psicológico a cerca de 1500 pessoas, contando no total com 20 psicólogos clínicos.

Os psicólogos desta instituição fornecem aconselhamento psicológico confidencial e suporte emocional aos trabalhadores que enfrentam desafios pessoais ou profissionais, como stress, conflitos no trabalho, e questões de equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, desempenhando um papel fundamental na promoção da satisfação geral dos trabalhadores, na retenção de talentos e no alcance dos objetivos da empresa.

Todas as atividades desenvolvidas neste local de estágio, tiveram como premissa, fornecer apoio psicológico e ajudar os trabalhadores desta empresa a desenvolver habilidades de resiliência, capacitando-os a superar desafios e adversidades de forma saudável e produtiva.

Ao longo de todo o estágio (9 meses) foi-me dada a oportunidade de elaborar e participar das seguintes atividades:

- **Desenvolvimento de um plano de ação de primeiros socorros psicológicos**

Para a elaboração deste plano de ação de primeiros socorros psicológicos e intervenção em crise, foi necessária a criação de uma lista com todos os recursos disponíveis e disponibilizá-los publicamente aos trabalhadores, incluindo informações de contatos de emergência locais e recursos comunitários, como grupos de apoio. Para tal, tornou-se imprescindível a criação de um fluxograma de tomada de decisão que descrevesse com quem e em que ordem entrar em contato caso surgisse um risco imediato.

Este plano de prevenção de suicídio tem como objectivo aumentar o conhecimento dos colaboradores para o flagelo e consequências do *burnout* e como tal, incluiu uma abordagem educativa nas comunidades em situação de risco, com o propósito não só de ampliar o conhecimento sobre os desafios e consequências do *burnout* como também providenciar suporte adequado aos trabalhadores sinalizados com potencial risco de desenvolvimento desta perturbação.

Para o efeito, foram preparadas sessões de informação específicas, em formato presencial e com a duração aproximada de 45 minutos, destinada aos líderes de equipa e supervisores, de forma a garantir que pudessem estar bem informados e preparados para lidar com situações delicadas.

Em adição, foram fornecidas informações detalhadas sobre recursos de saúde mental disponíveis interna e externamente, incluindo linhas de apoio e serviços de aconselhamento.

Foi ainda, desenvolvido um protocolo claro para situações de emergência, estabelecendo passos específicos a serem seguidos quando a ideação suicida é identificada de forma a assegurar que todos os trabalhadores saibam como acionar ajuda imediata e como prestar apoio temporário enquanto aguardam assistência profissional. (Ver Anexo C)

- **Sessões de acompanhamento psicológico**

Foram levadas a cabo sessões de acompanhamento e apoio psicológico, sob a forma de suporte emocional e aconselhamento (i.e., *counselling*) em sessões individuais e de grupo.

Estas sessões são destinadas a todos os trabalhadores da empresa, proporcionando um espaço seguro para estes discutirem questões pessoais, profissionais e emocionais que pudessem estar a impactar negativamente as suas vidas.

Para efeito de elaboração deste relatório foram seleccionados dois casos clínicos. O primeiro caso (A) envolveu a realização de uma avaliação psicológica abrangente, que proporcionou uma

análise profunda em várias dimensões. Isso ocorreu porque o caso estava relacionado com a revisão de literatura sobre o stress ocupacional, *burnout*, depressão, ansiedade e ideação suicida e porque exigiu uma variedade de intervenções clínicas. Estas intervenções incluíram uma entrevista clínica, observação direta, aplicação de testes psicológicos, além da elaboração de um relatório de avaliação.

Por outro lado, o segundo caso (B) envolveu um acompanhamento psicológico contínuo. Esse processo permitiu uma pesquisa mais extensa na literatura e suscitou um interesse clínico significativo, devido à complexidade do caso e à sua evolução ao longo do acompanhamento. Além disso, o caso foi discutido em reuniões clínicas, aproveitando os conhecimentos compartilhados por outros profissionais da unidade.

No entanto, ambos os casos incluíram uma descrição do motivo da consulta e das solicitações, a história clínica e familiar, uma análise clínica, hipóteses de diagnóstico, conclusões, resumos das sessões, análise do processo terapêutico e reflexões pessoais.

As sessões foram conduzidas com base nos três fundamentos do modelo da terapia centrada no cliente: primeiro, a ideia de que todo ser humano tem uma capacidade intrínseca de crescimento, chamada de tendência atualizante, que auxilia na manutenção ou no desenvolvimento pessoal (Hipólito, 2011).

Segundo, as seis condições que são necessárias e suficientes para desencadear mudanças positivas no cliente quando presentes. E por fim, a abordagem não-diretiva, que implica confiar no cliente e na sua habilidade de se organizar e direcionar, oferecendo a cada indivíduo a oportunidade de ser psicologicamente independente e preservar sua integridade mental (Hipólito, 2011).

Foi igualmente possível abordar os três aspectos essenciais tanto na relação terapêutica quanto na interação do indivíduo com as suas próprias experiências. A compreensão empática, que implica aceitar o outro e a sua narrativa sem qualquer julgamento, proporcionando autonomia para lidar com seus conflitos e guiar sua própria vivência. O cuidado incondicional positivo, que se traduz em compreender o mundo do outro da mesma maneira que ele o percebe, vendo através dos seus olhos e utilizando a mesma linguagem. Adicionalmente, a congruência, que envolve a coerência com a própria experiência, incluindo a percepção e a comunicação transparente dessa vivência (Hipólito, 2011).

- **Ações de Formação**

Além das sessões individuais, foram também organizados e ministrados *workshops* sobre temas relevantes para o ambiente corporativo, como ansiedade, inteligência emocional e stress laboral. (Ver anexos D, E e F)

Além disso, procedeu-se à criação de materiais informativos, como folhetos, bem como um manual ou guia de prevenção abordando estes temas. Este manual contém técnicas e estratégias para enfrentar estes desafios, visando proporcionar aos indivíduos ferramentas práticas para lidar com estas questões de forma mais eficaz. A intenção foi disponibilizar estes recursos de forma acessível a todos, facilitando o acesso e promovendo a disseminação de informações valiosas sobre a prevenção destas problemáticas. Estas formações foram destinadas a todos os funcionários de todos os sectores e áreas de actuação organizacional.

- **Dinâmicas de grupo**

Levando em linha de conta que se pretendia construir laços sociais mais fortes e robustos que fomentassem as relações interpessoais no local de trabalho, procedeu-se à criação de dinâmicas de grupo de ordem recreativa que promovessem a convivência saudável.

Desta forma, recorreremos a dinâmicas, como por exemplo “Humor no Trabalho”, e “Sustentabilidade e Ambiente”, com o objetivo de promover um clima organizacional saudável, fazendo com que as pessoas se sintam integradas e descontraídas.

Através de atividades recreativas planeadas com um conjunto de técnicas e métodos específicos, consegue-se ultrapassar receios e ajudar a melhorar a comunicação dos trabalhadores, estimulando a socialização, tal como suporta a literatura (Brunório et al., 2017).

1.1.3. Cronograma do projeto de estágio

Este estágio teve início a dia 03 de outubro de 2022, iniciando com um breve contacto com a orientadora designada, com o intuito de dar a conhecer a instituição, bem como os restantes membros.

A data efetiva teve início a 10 de outubro de 2022, terminando a 28 de junho e de acordo com os objetivos do estágio académico, diversas atividades foram realizadas ao longo de um

período de nove meses, totalizando 610 horas de dedicação. O horário acordado foi bastante flexível de forma a poder continuar com as minhas obrigações laborais e, ainda, acomodar algum tempo dedicado a estudo e investigação. As consultas foram agendadas de acordo com a minha disponibilidade, de segunda a sexta-feira, e para o efeito foi usado uma plataforma de marcações digitais de consultas. As sessões de acompanhamento tiveram uma duração de aproximadamente 50 minutos cada, com uma periodicidade semanal. Estas sessões incluíram acompanhamento psicológico e avaliação psicológica.

Os primeiros quatro meses destinaram-se a uma fase de observação e integração na instituição, durante a qual foi enfatizado o contato e a familiarização com a forma como a instituição opera internamente. Foi também um período de aprendizagem sobre os níveis e princípios de atuação do serviço e da equipa técnica.

Entre outubro de 2022 e janeiro de 2023 deu-se o período de observação dos processos e acompanhamento psicológico de outros psicólogos da instituição, bem como a elaboração de *workshops* para a consciencialização das problemáticas mais emergentes encontradas no contexto deste estágio, onde foi possível fornecer aos funcionários ferramentas adaptativas para o controlo da ansiedade, depressão, e stress laboral, a serem administradas no decorrer do estágio (Ver Anexos D, E e F).

As reuniões de supervisão decorreram durante todo o tempo de estágio, com uma periodicidade de uma vez por semana. Estas reuniões representam momentos de encontro e partilha de desafios enfrentados no contexto da prática clínica. Estas servem para esclarecer os procedimentos a serem seguidos durante os acompanhamentos psicológicos, além de possibilitar a discussão de possíveis diagnósticos.

O registo diário de cada sessão tornou-se essencial, permitindo uma reflexão crítica sobre a abordagem terapêutica utilizada, identificando o que foi bem-sucedido e o que precisou ser ajustado nas seguintes sessões.

A elaboração da proposta para a implementação de um plano de intervenção em situações de crise foi desenvolvida ao longo de todo o período de estágio (Ver Anexo C).

Quanto ao acompanhamento psicológico, o mesmo teve início em fevereiro de 2023, tendo finalizado em junho de 2023. As avaliações psicológicas ocorreram durante os meses de março e abril de 2023.

É apresentado o cronograma com as atividades realizadas:

Tabela 1: Calendarização das atividades do estágio

	Meses								
Atividades	Oct	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Observação de Processos e Avaliações									
Desenvolvimento e implementação de workshops									
Reuniões de Supervisão									
Acompanhamentos Psicológicos									
Realização de avaliações Psicológicas									
Desenvolvimento do plano de Ação de Primeiros Socorros e intervenção em crise									

1.1.4. Levantamento das necessidades

Foram realizadas pesquisas para avaliar o clima organizacional e a cultura da empresa, e com base nos dados recolhidos, foi possível fazer recomendações para melhorar a satisfação, motivação e a produtividade dos funcionários.

Ao explorar as principais problemáticas presentes no contexto organizacional, com recurso a observação e por meio de entrevistas nas sessões de acompanhamento foi possível verificar que as mesmas se relacionavam com a saúde mental dos trabalhadores. De fato, tem-se assistido a um elevado crescimento de casos de ideação e tentativa suicida, que tem sido rastreada nas consultas de psicologia e pedidos de assistência de urgência que chegam diariamente a esta instituição.

O *burnout* como condição clínica tem sido cada vez mais prevalente nos funcionários que desempenham funções de operador de apoio ao cliente no seio desta organização.

Aspetos como a natureza do trabalho (trabalho mecanicista), o pouco reconhecimento, a rotatividade de horários, e as fracas relações interpessoais com chefias e colegas têm sido apontados como fatores responsáveis para a deterioração da saúde mental dos trabalhadores, aumentando o número de casos de *burnout* e ideação suicida (EU-OSHA, 2021).

Existe a necessidade de um trabalho mais focalizado nesta temática e um maior envolvimento organizacional, que promova e divulgue a importância da saúde mental nas organizações, sendo necessário colmatar a inexistência de grupos de apoio, e facultar acessos e estratégias para prevenir ou tratar *burnout*, depressão, ansiedade e stress profissional.

1.1.5 Propostas de actividades futuras

Tendo em conta as problemáticas encontradas e o papel da Psicologia no contexto das Organizações, torna-se relevante promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, contribuindo para o sucesso organizacional.

Assim sendo, foram apresentadas as seguintes propostas de actividades futuras:

- ***Check-ups* de avaliação psicológica periódicos**

Numa primeira instância, sugere-se recorrer a *check-ups* periódicos de avaliação psicológica dos trabalhadores, numa lógica de sinalização e identificação precoce de potenciais casos de *burnout* ou ideação suicida. A realização de um *check up* mental de forma periódica, pode ajudar a identificar sinais de alarme comuns em doenças como a depressão ou estados de ansiedade. Quando identificadas em períodos iniciais e antes de se tornarem prejudiciais e limitantes da vida pessoal, social e laboral, tornam-se mais fáceis de reverter tendo um menor impacto para os indivíduos. Estes *check-ups* permitem, então, determinar a necessidade de encaminhamento de pessoas em situações vulneráveis ou de risco, oferecendo uma intervenção de *follow-up* (seguimento) ou outros recursos adicionais disponíveis, como sessões de grupo ou sessões de *mindfulness*.

- **Criação de grupos de apoio**

Como forma de reduzir os riscos de ideação suicida, sugere-se a criação de grupos de apoio, de caráter terapêutico, destinados a pessoas identificados em situação de risco, previamente identificadas durante os *check-ups* periódicos.

O grupo terapêutico amplifica as interações dialógicas, promovendo a partilha de vivências e aprimorando a adaptação a um melhor estilo de vida tanto individual quanto coletivo. Conforme observado por Cardoso e Seminotti (2006), os participantes percebem o grupo como um espaço propício para discutir a necessidade de auxílio mútuo.

- **Sessões de *Mindfulness***

Sendo o stress ocupacional apontado na literatura como um dos fatores que contribui para o desenvolvimento de *burnout*, foram recomendadas sessões de *mindfulness* semanais, facultadas por um dos técnicos da instituição credenciado para o efeito.

A proposta de prática semanal de *mindfulness*, um tipo de meditação guiada com atenção concentrada, pretende oferecer a possibilidade de modificar as reações automáticas, por vezes ineficazes que o indivíduo tem face às dificuldades do dia a dia, aprendendo a responder aos desafios inerentes do quotidiano de forma mais adaptativa e equilibrada. As práticas meditativas e de controlo de respiração ajudam, assim, a reduzir os níveis de stress, e a controlar sintomas de ansiedade.

Estudos realizados por Sousa (2020) sobre a ligação entre o *mindfulness* e o ambiente de trabalho evidenciam a eficácia desta prática na diminuição do esgotamento profissional (*burnout*), resultando numa melhoria significativa do bem-estar psicológico dos trabalhadores.

- **Programas de Bem-estar**

Segundo Ryan e Deci (2001) o termo "bem-estar" está relacionado ao adequado funcionamento psicológico e à vivência de experiências positivas no contexto organizacional.

Um programa de bem-estar bem projetado e implementado pode trazer uma série de benefícios tanto para os trabalhadores quanto para a empresa como um todo, resultando num ambiente de trabalho mais saudável, produtivo e positivo.

Segundo Freitas (2011), os padrões de sono, as escolhas alimentares, o estilo de vida, entre outros fatores, têm impacto direto sobre os ritmos biológicos, o metabolismo, a agilidade mental, a motivação para o trabalho e a saúde do trabalhador.

Assim sendo, sugeriu-se um programa de bem-estar que pode incluir: (1) Planos de Nutrição; (2) Promoção de um estilo de vida saudável; (3) Sessões de relaxamento e redução de stress; (4) Programa de massagem; (5) Sessões de ginástica laboral; (6) Sessões de Chi Kung; (7) Yoga.

- **Aulas de Ensino de Português e Inglês**

Ter acesso a aulas de português e inglês para trabalhadores estrangeiros numa empresa em Portugal é fundamental por várias razões. Primeiramente, porque promove a integração dos trabalhadores na cultura e na sociedade portuguesa, facilitando a comunicação com colegas de trabalho, clientes e outras partes interessadas.

Oferecer estas aulas demonstra o compromisso da empresa com a diversidade, inclusão e desenvolvimento profissional das equipas, fortalecendo o ambiente de trabalho, mas também contribuindo para a construção de uma imagem positiva da empresa como um empregador que valoriza e investe no crescimento dos seus trabalhadores.

II Parte - Revisão de Literatura

2. Enquadramento Teórico

Nas últimas décadas, houve mudanças profundas na organização do trabalho nos países ocidentais, impactando as condições laborais (Harvey, 2014).

A par com as transformações na produção, indústria, administração e setores de serviços, as obrigações impostas aos trabalhadores também passaram por alterações. A flexibilidade no

horário e no local de trabalho, bem como habilidades interpessoais sólidas, emergiram como competências cruciais. Como resultado desses desenvolvimentos, os níveis de stress aumentaram significativamente, levando a um aumento nas ausências por doença e nos custos associados aos tratamentos (Harvey, 2014).

Os fatores de stress laboral podem prejudicar a saúde das pessoas, afetando os seus aspectos emocionais, mentais, comportamentais e físicos. Estes impactos podem ser influenciados, tanto por aspectos do ambiente de trabalho quanto pelas características individuais de cada pessoa (Lundberg & Cooper, 2011).

A conexão causal entre os stressores psicossociais relacionados ao trabalho e a ocorrência de problemas de saúde e taxas de mortalidade no ambiente ocupacional ressaltam a importância de compreender de forma mais profunda o ambiente de trabalho, incluindo as interações entre stress e saúde, num cenário moderno de trabalho em constante evolução (Lundberg & Cooper, 2011).

Podemos ressaltar, no âmbito das organizações, o papel significativo que as variáveis em foco neste trabalho, como a ansiedade, o stress laboral, a depressão e o *burnout* têm. Deste modo, é essencial abordá-las de forma holística e enquadrá-las no contexto organizacional.

2.1. Saúde Mental nas Organizações

Rocha e Bussinguer (2016) defendem que o ambiente de trabalho está a passar por transformações significativas devido à influência da globalização, crises económicas, avanços tecnológicos e o aumento de desigualdades. Segundo os mesmos autores, as novas formas de organizar o trabalho e as interações estabelecidas no contexto laboral têm impactos psicossomáticos nos trabalhadores, afetando a sua saúde física e mental e expondo-os ao risco de doenças. Assim sendo, entender o significado do trabalho e a sua relevância na formação da sociedade e na identidade das pessoas, envolve também, compreender em que medida as atividades desempenhadas pelos trabalhadores impactam a sua saúde geral e mental, conforme destacado por Santos (2016).

Vários fatores laborais, como as especificidades da função exercida, a exigência cognitiva, o nível de autonomia, a interação social, o ambiente laboral e o grau de satisfação com o trabalho, têm impactos na saúde do profissional (Silva et al., 2019). Estes dados reforçam a perspectiva de que o trabalho está associado a determinados processos relacionados à alteração do estado de saúde, tais como o stress, ansiedade e depressão (Bernardo et al., 2015).

Neste contexto, e alinhado com o levantamento dos problemas identificados no local de estágio, torna-se crucial aprofundar aspectos relacionados com o stress ocupacional, ansiedade, depressão e *burnout* em contexto organizacional.

Para o efeito será analisando, detalhadamente, estas problemáticas, procurando compreender a sua natureza, manifestações e impactos, com o objectivo de desenvolver uma compreensão mais abrangente destes desafios no contexto organizacional.

2.1.2 Stress Ocupacional

Segundo recentes informações da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2021) cerca de metade dos trabalhadores na Europa encaram o stress como algo comum no ambiente de trabalho resultando em aproximadamente 50% dos dias de trabalho perdidos.

O stress associado ao trabalho, também conhecido como "stress profissional" ou "stress ocupacional", refere-se à reação que uma pessoa pode ter quando enfrenta exigências e pressões no ambiente de trabalho que não estão alinhadas com os seus conhecimentos e habilidades, desafiando a sua capacidade de lidar com a situação (World Health Organization, 2022). De acordo com Quick e Henderson (2016), o stress ocupacional é uma condição persistente que exige uma compreensão da epidemiologia subjacente, sendo dividido em três fases distintas: (1) causas ou fatores de risco; (2) resposta; e, por fim, (3) consequências.

Os elementos desencadeadores do stress ocupacional podem ser categorizados desde o nível mais específico, o microssistema, até o mais amplo, o macrossistema (Anbazhagan & Rajan, 2013). O microssistema, incluem-se fatores ligados às tarefas próprias do trabalho. Por outro lado, o mesossistema, abrange os outros setores dentro da organização, (como por exemplo o departamento de recursos humanos, ou departamento operacional), enquanto que o exossistema engloba fatores externos ao trabalho que também exercem influência sobre os trabalhadores (por exemplo, o suporte social ou as condições socio-económicas). Já o macrossistema, inclui as condições sociais, políticas e económicas dos indivíduos. Os fatores no microssistema têm sido mais amplamente estudados e estão relacionados com as características do ambiente de trabalho e os grupos ocupacionais (Anbazhagan & Rajan, 2013).

O stress ocupacional e os riscos psicossociais associados são identificados como um dos principais desafios para a saúde e segurança ocupacional na atualidade e com possíveis impactos para a saúde física e mental, abrangendo sintomas significativos como mudanças comportamentais, depressão, exaustão, ansiedade, *burnout*, pensamentos suicidas, complicações no sistema gastrointestinal, reações dermatológicas, fadiga, doenças cardiovasculares, distúrbios musculoesqueléticos e neurológicos (International Labor Organization, 2022).

O stress tem um impacto negativo na vida das pessoas contribuindo para uma pior qualidade de vida de milhões de trabalhadores em todo o mundo. No ambiente de trabalho, o stress manifesta-se diretamente no comportamento individual e, de maneira indireta, afeta o clima organizacional (Serra, 2011).

2.1.3 Ansiedade

Tem-se verificado um aumento significativo dos distúrbios de ansiedade na população adulta em geral (Vorkapic & Rangé, 2011). Dentro do espectro dos distúrbios psiquiátricos, as perturbações de ansiedade são notadamente prevalentes, afetando cerca de 12,5% das pessoas ao longo das suas vidas e aproximadamente 7,6% durante um ano. Os sintomas relacionados com a ansiedade são bastante comuns e podem ser experienciados por qualquer indivíduo em diferentes fases da vida (Vorkapic & Rangé, 2011).

O número de indivíduos que enfrentam perturbações de ansiedade aumentou em aproximadamente 15% desde 2005, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde

(OMS, 2022). Isso significa que atualmente cerca de 264 milhões de pessoas em todo o mundo padecem desde tipo de perturbações. Devido à sua alta prevalência, a ansiedade pode resultar em custos significativos, quando comparada a outros problemas psiquiátricos, como o absentismo laboral (Rose & Tadi, 2021).

Uma grande parte dos indivíduos experiênciam ao longo do seu ciclo vital uma determinada quantidade de ansiedade, medo ou preocupação (Mennin, 2004). Existem vários momentos ou eventos da vida que podem gerar ansiedade, como por exemplo, antes de um exame muito importante, ou de ser alvo de uma entrevista de emprego. É, na verdade, uma característica normativa da vida dos indivíduos e tem sido cada vez mais apontado e reconhecido como um valor positivo e adaptativo (Mennin, 2004).

A ansiedade é uma resposta natural do corpo ao stress, mas quando esta se torna crónica e excessiva, pode ter efeitos prejudiciais na saúde mental e física das pessoas (Castillo, 2000). Para muitos indivíduos, a ansiedade pode ser muito persistente e com um grau de intensidade muito elevado, representando um impacto negativo na sua vida quotidiana. De acordo com a última versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR) (American Psychological Association, 2022) a ansiedade pode ser definida como uma inquietação ou uma preocupação desproporcional à situação ou ameaça, originando-se com intensidade e duração consideráveis, acarretando sofrimento e prejuízos de ordem funcional, organizacional e social.

As Perturbações de Ansiedade, de acordo com o DSM-5 (APA, 2022), integram várias perturbações, como por exemplo, perturbação de ansiedade de separação, perturbação de stress pós-traumático e perturbação de ansiedade generalizada, que partilham entre si características de medo e ansiedade excessivos perante o perigo. O medo é a reação emocional face a uma ameaça iminente, seja ela real ou percebida, e a ansiedade é a antecipação de uma ameaça esperada (APA, 2022).

Uma das perturbações de ansiedade mais comuns é a perturbação de ansiedade generalizada (PAG) que se caracteriza, primordialmente, pela preocupação excessiva, isto é, uma apreensão expectante sobre um acontecimento ou atividade, (por exemplo um exame de avaliação ou uma prática desportiva nunca antes experienciada). A duração, frequência ou intensidade da preocupação é desproporcional em relação à real probabilidade do acontecimento pressentido (APA, 2022). A ansiedade e preocupação podem ser seguidas por pelo menos três dos seguintes sintomas: agitação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e

perturbações do sono, (APA, 2022). Na PAG, a ansiedade e preocupação podem ser também acompanhadas por uma sensação de mente vazia (APA, 2022).

Quanto ao desenvolvimento desta perturbação, alguns indivíduos relatam que se sentiram ansiosos e nervosos durante toda a sua vida, sendo que a média de idades de início da PAG é aos 30 anos, no entanto, a idade de início é muito variável (APA,2022).

A Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) tem um impacto direto na capacidade da pessoa conseguir levar a cabo uma vida produtiva e satisfatória. Os indivíduos que sofrem desta perturbação não lidam apenas com os sintomas físicos da ansiedade, mas também com o impacto negativo nas suas atividades diárias, pois vivenciam uma preocupação constante e exagerada, interpretando diversas situações como potencialmente perigosas e sempre antecipando eventos negativos iminentes. Isto pode levar a reações de hipervigilância e uma constante sensação de perigo. Como resultado, a PAG está fortemente associada a uma considerável diminuição na qualidade de vida (Barlow, 2016).

Como evidenciado na literatura, as pessoas que enfrentam perturbações de ansiedade enfrentam desafios em várias áreas das suas vidas, estando sujeitas a encontrar dificuldades no ambiente de trabalho, nas interações sociais, no desfrute de momentos de lazer, podendo desenvolver estratégias complexas como forma de lidar com situações que consideram ameaçadoras (Leahy, 2011). Estas estratégias podem incluir comportamentos como evitar certas pessoas, lugares e circunstâncias, recusar-se a utilizar elevadores ou viajar de avião. Além disso, podem sentir medo de ambientes lotados, em assistir a reuniões importantes ou em falar em público (Leahy, 2011).

As perturbações de ansiedade estão intimamente ligadas a dificuldades no trabalho, incluindo o stress relacionado ao ambiente de trabalho e a falta de apoio social (Belkic & Savic, 2013).

Estas perturbações são frequentes não só na sociedade em geral mas também no ambiente de trabalho. Muitas vezes, os sintomas são negligenciados pela equipa de gestão, colegas de trabalho e até mesmo pelo próprio indivíduo, o que pode levar a problemas mais severos. Portanto, é importante que todos os trabalhadores da organização estejam cientes de que existem opções de tratamento e apoio disponíveis (Vieira et al., 2010).

Além disso, é importante destacar que a perturbação de ansiedade generalizada resulta em despesas financeiras significativas, uma vez que os indivíduos afetados frequentemente necessitam de tratamentos médicos, psiquiátricos e psicológicos. Isso faz com que este grupo seja mais propenso a recorrer aos serviços de saúde e de emergência com maior frequência, e por consequência leve a uma maior taxa de absentismo (Clark & Beck, 2012).

2.1.4 Depressão

Tal como a ansiedade, também a depressão tem sido fortemente documentada como um problema de saúde mental comum no meio laboral, acreditando-se que, anualmente cerca de 12 bilhões de dias de produtividade sejam perdidos devido aos efeitos da depressão e ansiedade, resultando num impacto económico global de quase um trilhão de dólares (WHO, 2022).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2017), a depressão é um problema mental debilitante que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, inclusive no ambiente de trabalho. Quando não tratada adequadamente, a depressão pode levar ao suicídio, uma das principais causas de morte em muitos países.

Informações fornecidas pela Organização Mundial da Saúde (2020), indicam que a cada 40 segundos, uma pessoa tira a própria vida, sendo a depressão apontada como a principal responsável por tal desfecho. Lamentavelmente, as perturbações mentais são reconhecidas como a principal fonte de incapacidade em todo o mundo, podendo levar ao afastamento do trabalho, ao aumento de complicações nas interações sociais e a impactos negativos na saúde física (OMS, 2020).

A depressão é uma condição complexa que impacta diferentes aspetos da vida de uma pessoa, incluindo a sua saúde mental, o seu ambiente e até mesmo a sua saúde física (Alves, 2015). Atualmente, esta condição é reconhecida como uma perturbação de humor caracterizada pela presença prolongada de tristeza intensa e falta de prazer, que persiste ao longo de vários dias e causa significativo sofrimento para a pessoa afetada (Assumpção et al., 2018).

A depressão pode surgir em várias fases da vida de uma pessoa e pode ser caracterizada por uma série de sinais que incluem sentimentos de tristeza, vazio ou irritabilidade, juntamente com alterações físicas e mentais, que podem significativamente prejudicar a capacidade de funcionamento da pessoa (APA, 2022).

Entre os sintomas mais comuns da depressão estão o humor triste, a falta de interesse ou prazer em atividades, sentimentos de culpa, baixa autoestima, mudanças no padrão de sono e apetite, dificuldade de concentração, sensação de desesperança, falta de motivação e perda do interesse pela vida. Estes sintomas podem levar a uma diminuição na capacidade de sentir prazer, a uma perda de interesse em coisas que costumavam ser agradáveis e dificuldade de concentração (Assumpção et al., 2018).

A depressão tem um impacto significativo na vida social de uma pessoa e na sua qualidade de vida, e muitas vezes pode prejudicar a sua eficácia no trabalho (Pearlin, 1982).

Um estudo realizado por Santos, Caldas e Silva (2022) revelou que o substancial aumento da carga de trabalho está associado a problemas como depressão, ansiedade e stress, resultando em danos nos relacionamentos interpessoais, na saúde física e mental, e na eficácia das atividades realizadas no ambiente laboral, podendo até levar ao abandono da profissão.

Há um interesse crescente em entender a relação entre a depressão e outras variáveis, como ansiedade e stress relacionados com o trabalho, especialmente devido à influência desses problemas na saúde e na vida profissional das pessoas. Baixos níveis de segurança em levar a cabo as suas tarefas, e pouca autonomia no ambiente de trabalho têm sido associados a um aumento no risco de desenvolver depressão (Sparrenberger et al., 2004, Schnittker, 2010).

As mudanças na liderança, alterações de cargo, desafios financeiros, estratégias inadequadas de confronto, dificuldades na comunicação com superiores e exigência de horários de trabalho contínuos têm sido apontados como factores de risco para o desenvolvimento de depressão, stress laboral e ansiedade (Corrêa, 2008; Guic et al., 2002; Oswald, 2009).

2.1.5 Burnout

Além do stress, ansiedade e depressão, também o *burnout* é um problema cada vez mais comum nas empresas (Direção Geral de Saúde, 2021). O termo *burnout* significa “desgaste” ou “total combustão”, estando integrado no vocabulário coloquial em países de língua inglesa e comumente usado para denotar um estado de esgotamento completo da energia de um indivíduo associado a uma intensa frustração laboral (Maslach et al., 2001).

Caracterizado por um estado de exaustão física, mental e emocional devido ao stress crónico no trabalho (Maslach et al., 2001), o *burnout* pode levar a uma diminuição da produtividade, aumento do absentismo laboral e rotatividade de funcionários, além de impactar negativamente a saúde e o bem-estar geral dos indivíduos afetados (Bridgeman et al., 2018). Shirom (2003) refere que o síndrome de *burnout* manifesta-se, essencialmente, por sintomas de fadiga persistente, quebra significativa de níveis energéticos, adoção de comportamentos de distanciamento afetivo, desinteresse ou apatia, ou propensão para irritabilidade relacionados com a ocupação profissional de uma forma abrangente, além de sentimentos de improficuidade e fraca realização pessoal.

Esta condição psicológica, como descrita por Schaufeli e Buunk (2003), pode-se manifestar de forma progressiva, ou seja, desenvolver-se gradualmente ao longo do tempo. No entanto, também pode permanecer latente por um período prolongado, sem que o indivíduo a identifique, resultando numa discrepância entre as expectativas profissionais e a realidade vivenciada.

De acordo com Zamora et al., (2004), os efeitos adversos do *burnout* podem-se manifestar a vários níveis. Em primeiro lugar, podem afetar as relações interpessoais, causando problemas familiares e sociais. Em segundo lugar, o *burnout* pode ter repercussões pessoais, como distúrbios psicossomáticos e problemas psicológicos, incluindo hostilidade, ansiedade e depressão.

Leiter e Maslach (1988) consideram que o *burnout* comporta três dimensões: (1) a exaustão emocional, que se prende com um elevado esgotamento físico e emocional que advém dos contactos e situações diárias repetitivas; (2) a despersonalização, onde se cria uma dissociação e desconexão elevada face aos outros, como que numa atitude de responsabilização do outro pelo seu próprio estado emocional; e (3) a diminuição da realização profissional ou pessoal que conduz à depreciação do próprio sujeito com perda substancial de autoconfiança e autoestima.

A exaustão emocional abarca sentimentos de exasperação, solidão, tristeza, ansiedade, cólera, baixos níveis energéticos, inquietação e distúrbios do sono (Cherniss, 1980; WHO, 1994). O distanciamento afetivo provoca uma perceção de total desinteresse em relação aos outros, em que a presença destes pode ser sentida muitas vezes como desagradável e não desejada (Cherniss, 1980; WHO, 1994). Quanto à baixa realização profissional ou fraca satisfação com as tarefas laborais pode ser vista como uma noção de que muito pouco tem sido atingido e o que é exercido não representa qualquer valor (Cherniss, 1980; WHO, 1994).

A síndrome de *burnout*, sendo uma perturbação que surge como consequência do stress laboral no qual várias variáveis de carácter individual, social e organizacional são cruciais, é

considerado como um dos danos laborais de carácter psicossocial mais graves, com impacto significativo a nível , pessoal, social e laboral (WHO, 2021).

O que se tem verificado é que os trabalhadores muitas vezes se encontram inseridos num ambiente de trabalho onde, por vezes, o fator económico representa um valor soberano por comparação aos princípios morais e humanos. Deste modo, as motivações para trabalhar de uma forma satisfatória é maioritariamente ignorado ou desvalorizado (Maslach & Leiter, 1997).

Além disso, o *burnout* também se pode manifestar no comportamento dos indivíduos, levando à ocorrência de atitudes absentistas, atrasos e uma redução na qualidade do trabalho, o que, por sua vez, influencia negativamente o desempenho no trabalho. Portanto, as manifestações do *burnout* podem ser observadas em dois níveis: o nível individual e o nível organizacional (Zamora et al., 2004).

Tendo em conta os resultados obtidos em estudos efetuados por Maslach e Leiter (1997), o *burnout* não é necessariamente um problema intrínseco à pessoa, mas sim algo que diz respeito às características do ambiente organizacional no qual a pessoa se insere e ao exercício das suas funções. Desta forma, ditas características organizacionais são essenciais para promover um ambiente de trabalho saudável.

2.1.6 Ideação e tentativa Suicida

Neste contexto, será explorada, ainda, uma questão de extrema importância e sensibilidade - a ideação suicida no ambiente organizacional. A compreensão deste tema torna-se fundamental, uma vez que a saúde mental no local de trabalho desempenha um papel crucial no bem-estar dos trabalhadores. Ao abordar a ideação suicida, neste contexto específico, pretende-se realçar as complexidades associadas e destacar a importância de estratégias de apoio e prevenção dentro das organizações.

As estatísticas indicam que o suicídio ocupa a posição de décima quinta principal causa de morte em escala global, com destaque para a sua prevalência na Europa (Varnik, 2012). Vários estudos parecem confirmar que o *burnout*, a depressão e a ansiedade podem ser geradoras de comportamentos suicidários (Assumpção et al., 2018). Numa análise que abrangeu 87 estudos conduzidos por Baxter et al., (2013), em 44 países, foi calculada a taxa de ocorrência atual de perturbações de ansiedade em 7,3%, variando entre 4,8% e 10,9%. Desta forma, e segundo Baxter

et al., (2013) a ansiedade e a depressão foram identificadas como fatores associados ao risco de suicídio.

O suicídio representa um preocupante problema de saúde pública (Almeida et al., 2021). Em Portugal, segundo dados fornecidos pela Ordem dos Psicólogos Portugueses em 2021, suicidam-se cerca de 3 pessoas por dia e estima-se que as tentativas de suicídio sejam 25 vezes superiores ao número de suicídios (OPP, 2021).

A ideação suicida, ou pensamento suicida, pode definir-se como qualquer convicção, imagem ou conceção sobre terminar de forma intencional com a própria vida (Gliatto & Rai, 1999; Nasution et al., 2019). A tentativa suicida é considerada uma representação complexa e multifatorial, resultante de uma interação entre diversos fatores, biológicos, ambientais, fisiológicos, psicológicos e sociais, não sendo provável ter apenas um único fator responsável pelo suicídio (Almeida et al., 2021; O'Connor & Kirtley, 2018). No entanto, é importante considerar que o desfecho de um ato suicida é influenciado por diversas variáveis, e em alguns casos, podem surgir comportamentos de risco que servem como indicadores de um pedido de ajuda, tais como mudanças no comportamento, isolamento social, pensamentos de autopunição e expressões pessimistas (Turecki et al., 2019).

Quando as pessoas não conseguem vislumbrar alternativas viáveis para lidar com a sua dor emocional, podem recorrer à morte como uma forma de fuga à dor, como mencionado por Fontenelle (2008). Shea (1998) afirma que a ideação suicida é o primeiro sinal de alerta para um comportamento suicida, que é definido como um conjunto de pensamentos, ideias e cognições acerca da morte e a comportamentos autolesivos destrutivos e graves. Deste modo, a ideia de colocar termo à própria vida pode ser preditivo de comportamento voluntário suicida per se, motivo pelo qual a sua apreciação e valorização não deve deixar de ser levada em linha de conta numa lógica de providência do próprio fenómeno em si (Stanley et al., 2016).

A importância crucial de lidar com o problema do suicídio na sociedade contemporânea reside na prevenção. Isto implica reconhecer a necessidade de avaliar cuidadosamente os factores que podem aumentar o risco de suicídio, como impulsividade, depressão, ansiedade, agressividade e isolamento social, bem como identificar os fatores que oferecem proteção, como o apoio social e estratégias para lidar com o stress. Esta abordagem requer uma intervenção multidisciplinar permitindo desenhar uma estratégia complexa que oriente adequadamente os indivíduos em risco (Chehil & Kutcher, 2007).

Assim sendo, o suicídio é um dos principais desafios para os profissionais que trabalham na área da saúde mental, tornando-se emergente a inevitabilidade de prevenir estas ocorrências (Turecki et al., 2019).

2.2 Psicologia Clínica, da Saúde e Organizacional

Para melhorar enquadrar este trabalho torna-se essencial destacar três áreas da Psicologia: a Psicologia Clínica, a Psicologia da Saúde e a Psicologia das Organizações.

A Psicologia clínica define-se como uma subdisciplina da Psicologia cujo propósito é investigar, avaliar, diagnosticar, oferecer auxílio e tratamento do sofrimento psicológico, independentemente da causa subjacente (Pedinielli, 1999). Atualmente, a prática de Psicologia clínica é levada a cabo tanto pelo sistema nacional de saúde, que engloba hospitais, centros de saúde, lares de idosos, entre outros, como em consultórios privados, nos quais são oferecidos serviços de acompanhamento psicológico aos clientes (Leal et al., 2012).

O papel do Psicólogo Clínico não se limita apenas a esclarecer uma situação, mas também a auxiliar na transformação da situação actual, (Teixeira & Leal, 1990) levando em linha de conta que o foco está na experiência psicológica e na relação que a pessoa estabelece com a sua saúde, doença ou com aspectos biológicos específicos. Em resumo, o psicólogo clínico lida com as experiências que a pessoa vivencia, expressa ou revive nesse contexto (Teixeira & Leal, 1990).

Os psicólogos clínicos realizam, ainda, intervenção psicológica junto de grupos, facilitando e dinamizando grupos de autoajuda ou grupos de intervenção psicológica. As técnicas de intervenção de grupo permitem ainda aos técnicos de saúde mental dinamizar as empresas e fomentar a participação para uma cidadania ativa e colaborativa (OPP, 2016).

Quanto à Psicologia da Saúde, esta define-se como a utilização dos conhecimentos e das técnicas psicológicas no contexto da saúde, das doenças e dos cuidados de saúde (Ogden, 2000). É uma área da Psicologia que desempenha um papel importante na compreensão de como os comportamentos, cognições e emoções têm um impacto na saúde física e mental das pessoas (Ogden, 2000).

A designação "Psicologia da Saúde" tem vindo a ser gradualmente substituída pelo conceito atual "Psicologia Clínica e da Saúde", na tentativa de conciliar ambas as áreas, que apesar de serem áreas diferentes, por vezes agrupam-se (Ferreira, 2009).

As funções e atividades desenvolvidas pelos psicólogos clínicos no contexto da saúde centram-se na avaliação, diagnóstico, análise e monitorização do estado de saúde, funcionamento psicológico, necessidades e indicadores psicossociais individuais, grupal, institucional e comunitário, visando melhorar o bem-estar e a qualidade de vida, tal como as capacidades cognitivas, emocionais e psicológicas do indivíduo (OPP, 2016).

Os Psicólogos da Saúde procuram ainda reforçar as competências e os recursos individuais de cada sujeito e das suas comunidades de forma a evitar o aparecimento de doenças e melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos. As estratégias de promoção da saúde podem incluir a implementação de políticas públicas de melhoria da saúde (por exemplo, grupos de apoio ou programas de apoio à parentalidade, recorrendo ao desenvolvimento de programas com o objetivo de minimizar comportamentos nefastos relacionados com a saúde (OPP, 2016).

Relativamente à Psicologia das Organizações, do ponto de vista histórico, a atuação da Psicologia dentro das empresas teve origem no começo do século XIX, sendo inicialmente chamada de Psicologia Industrial. Essa vertente foi definida como a investigação do comportamento humano relacionado à produção, distribuição e utilização dos produtos e serviços na nossa sociedade, concentrando-se na aplicação dos conhecimentos sobre o comportamento humano para resolver questões no contexto industrial (Tiffin & McCormick, 1975).

Segundo Schein (1982), a Psicologia organizacional é identificada como um campo de atuação interdisciplinar que procura compreender os fenómenos organizacionais relacionados com um conjunto de questões voltadas para o bem-estar individual. O autor destaca que as organizações são sistemas sociais complexos.

2.2.1 O papel do psicólogo clínico em Contexto Organizacional

Campos (2008) destaca as principais distinções de um psicólogo nas organizações. Segundo ele, o psicólogo a actuar nas organizações, concentrava-se principalmente em recrutamento e seleção, especialmente por meio de testes psicológicos, com uma preocupação voltada para a produção. Nesse cenário, as relações entre os trabalhadores e a empresa, assim como entre os grupos de trabalhadores, não eram consideradas. Por outro lado, a atuação do psicólogo organizacional, visava, ainda, aumentar a produtividade e eficiência, além de realizar avaliações das capacidades e recursos internos dos funcionários (Campos, 2008).

O objetivo central do psicólogo clínico no ambiente de trabalho é entender profundamente o indivíduo enquanto trabalhador, além de compreender as consequências e impactos do trabalho no seu dia a dia. Uma meta importante do trabalho do psicólogo clínico nas organizações, é restaurar e preservar a dignidade humana nas relações laborais (Campos, 2008).

Estes psicólogos criam, ainda, planos de ação e intervenção em saúde fazendo o levantamento das necessidades de serviços e recursos de saúde, fixando objetivos de saúde e operacionais, selecionando as estratégias de intervenção na atuação, e desenhando planos de ação e programas de intervenção em saúde, desde a sua implementação, execução até à avaliação (OPP, 2021).

2.2.2 Ética e Deontologia no exercício da Psicologia

As mudanças frequentes no ambiente de trabalho (por exemplo, as exigências do mercado, as alterações da cultura organizacional, ou alterações de processos e procedimentos) têm aumentado a importância da ética como uma preocupação cada vez mais relevante nesse cenário. Isso sugere que, devido às transformações em curso, a consideração para as questões éticas tornou-se indispensável no modo como as organizações operam, sendo necessário refletir sobre as suas práticas e comportamentos à luz de padrões éticos (Souza, 2013).

Desta forma, emerge a Ética Profissional que aborda as questões éticas específicas que surgem no ambiente de trabalho. Esta ética é delineada por princípios, regras e diretrizes que guiam a forma como as atividades e interações são conduzidas no local de trabalho (Levin & Buckett, 2011).

Em Portugal, a ética e deontologia no exercício da Psicologia são reguladas pelo Código Deontológico dos Psicólogos, publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2021).

A ética e deontologia no exercício da Psicologia são fundamentais para garantir a integridade, qualidade e responsabilidade da prática profissional dos psicólogos. A ética refere-se aos princípios e valores morais que orientam o comportamento e as decisões dos profissionais, enquanto que a deontologia envolve regras e códigos profissionais que direcionam a atuação dos psicólogos em diferentes situações (Boff, 1999).

Embora o Código Deontológico, que serve como um conjunto de princípios éticos, seja aplicável a várias formas de intervenção em campos como educação, saúde (clínico) e organizações, podem surgir dilemas éticos específicos em situações particulares dentro desses

campos. Estes dilemas não indicam necessariamente uma falha ou inadequação no Código em si, mas sim a necessidade de competências específicas para lidar com questões éticas que podem ser mais proeminentes em determinadas áreas de atuação. Mesmo com dilemas específicos, os princípios éticos fundamentais do Código permanecem os mesmos, ressaltando a importância da competência profissional ao lidar com questões éticas particulares (Ricou, 2014).

À medida que o mundo enfrenta desafios éticos crescentes, é incumbência dos psicólogos que operacionalizam dentro das Organizações, continuar a contribuir para melhorar eticamente o ambiente de trabalho. Assim, os Psicólogos aplicam os princípios da Psicologia a questões relacionadas ao ambiente profissional, visando aprimorar o bem-estar e a eficiência tanto individual quanto coletiva e organizacional (Dworkin et al., 2010).

As habilidades e competências do psicólogo são adquiridas através de uma base sólida de conhecimento teórico obtida em formação de nível superior, que deve ser continuamente atualizada e também complementada por prática supervisionada (OPP, 2021).

2.3 Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica é um processo sistemático e abrangente que visa compreender o funcionamento psicológico de um indivíduo, identificando os seus aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais (Hutz, 2009).

Um aspecto importante da função do psicólogo é a avaliação psicológica (AP). Esta utiliza vários métodos e instrumentos de recolha de dados, sendo que a principal finalidade é obter informações adicionais que podem não estar imediatamente disponíveis durante um processo de entrevista. A avaliação psicológica fornece resultados válidos e objetivos, e aprimora a compreensão clínica dos indivíduos (Hogan, 2006). A AP deve fazer uso de protocolos validados e atender às necessidades objetivas de informação, enquanto preserva o respeito pela privacidade da pessoa (Hunsley, 2002).

O processo de avaliação psicológica pode incluir diferentes procedimentos permitindo, assim, identificar dimensões específicas do indivíduo e do seu ambiente e da relação entre estes. A avaliação psicológica pode ser dividida em três etapas distintas: (1) recolha de informações, (2) análise das informações e, ainda, (3) desenvolvimento de conclusões e sugestões para atender às necessidades específicas do cliente. Isso implica a integração de dados provenientes de testes

psicológicos, histórico do caso, observação do comportamento verbal e não verbal, informações de terceiros e documentos históricos (Groth-Marnat, 2003).

De uma forma geral, a avaliação psicológica envolve a aplicação de uma série de testes e a análise cruzada de dados provenientes da história clínica e pessoal, com o objetivo de compreender a pessoa que está a ser avaliada. No entanto, não deve ser considerada como uma abordagem isolada; é necessário integrá-la dentro de uma visão mais abrangente (Braaten, 2007).

Essa visão abrangente, integra também a observação clínica, que é uma das técnicas fundamentais usadas no processo de avaliação psicológica. A observação clínica permite captar aspectos relevantes do comportamento e das relações presentes na história de vida do indivíduo (Hogan, 2006).

Os métodos de avaliação psicológica são variados podendo refletir diferentes abordagens ao descrever um fenómeno psicossocial. De facto, diferentes critérios podem ser considerados para escolher os testes considerados mais apropriados (Cassidy & Shaver, 2008).

No processo de avaliação psicológica, há uma ampla seleção de testes disponíveis para serem utilizados. Os instrumentos são incluídos no processo avaliativo para ajudar a confirmar ou refutar as hipóteses psicodiagnósticas iniciais (Hunsley, 2002).

Ao seleccionar os testes para avaliar um sujeito, é importante lembrar que os testes psicológicos são simplesmente uma ferramenta usada para auxiliar na elaboração de um diagnóstico e no desenvolvimento de um plano terapêutico. Os testes não são o único elemento decisivo, mas sim uma parte do processo que os profissionais utilizam para compreender e ajudar o indivíduo (Sobral, 2006).

Deste modo, a AP oferece uma base sólida para um possível diagnóstico, tratamento e monitoramento de condições como ansiedade, stress, depressão e *burnout*, contribuindo significativamente para o bem-estar e recuperação do indivíduo (Cassidy & Shaver, 2008).

Na atualidade, a Psicologia dispõe de instrumentos devidamente validados para a população portuguesa para avaliar, especificamente, as variáveis em estudo neste trabalho. Com base nesta premissa, a avaliação psicológica no local de estágio, foi elaborada com recurso a entrevista clínica e aplicações de testes psicológicos.

2.3.1 Método clínico e Anamnese

Segundo Leal (2011), o método clínico é fundamentado na interação entre o psicólogo e o cliente, onde o psicólogo constrói uma relação que, embora tenha uma base teórica sólida, também se adapta à individualidade do cliente. O método clínico envolve o estudo de casos, a observação de comportamentos e a análise dos discursos.

De forma análoga ao método clínico em Medicina, que incorpora situações experimentais na relação médico-paciente, o método clínico em Psicologia também considera a integração dessas dimensões. Essas dimensões demonstram a abordagem abrangente do método clínico em Psicologia, que vai além da teoria para incluir aspectos práticos e interativos na compreensão e tratamento dos clientes (Leal, 2011).

Geralmente, este método estuda um indivíduo ou vários indivíduos, mas de maneira abrangente e compreensiva. É um método global porque examina o indivíduo na sua interação com o ambiente, tendo em consideração todas as suas dimensões pessoais, tais como as dimensões emocionais, intelectuais e sociais, e as dimensões temporais, incluindo o presente, o passado e os planos para o futuro. O que significa que considera não apenas o momento presente, mas também o passado do indivíduo e os seus planos para o futuro. Em resumo, é uma abordagem holística que pretende entender o indivíduo na sua totalidade, considerando diferentes aspectos da sua vida e interações (Leal, 2011).

Ainda no contexto de avaliação psicológica, é importante destacar a anamnese. A anamnese envolve a recolha de informações relacionadas com detalhes pessoais, incluindo informações de vida, histórico pessoal e familiar, com o objetivo de aprofundar o entendimento sobre o funcionamento interno da pessoa ao longo da sua vida. O propósito é obter um conhecimento mais abrangente sobre o paciente e identificar formas de prestar assistência de uma forma eficaz (Silveira & Bandeira, 2016).

2.3.2 Entrevista Clínica

A entrevista clínica é uma outra ferramenta fundamental no campo da psicologia e da saúde mental, utilizada por profissionais, como psicólogos, psiquiatras e terapeutas, para recolher informações sobre a vida, a história, e as experiências de um indivíduo (Leal, 2011).

É um processo de comunicação estruturado e guiado que visa compreender a pessoa de forma holística, identificar sintomas ou problemas de saúde mental e estabelecer uma base sólida para diagnóstico e tratamento (Leal, 2011).

A entrevista clínica é uma técnica de avaliação psicológica que proporciona *insights* sobre o funcionamento psicológico de uma pessoa, as suas percepções subjetivas, pontos fortes, desafios, histórico de vida, experiências passadas e as suas interações com outras pessoas (Albornoz, 2016).

Na psicologia clínica, os propósitos da entrevista clínica podem ser resumidos da seguinte forma: (1) estabelecer uma conexão empática, (2) recolher informações relevantes, (3) avaliar a presença de psicopatologia, (4) fornecer um retorno de informações ao paciente, (5) desenvolver uma conceitualização dos problemas, (6) formular hipóteses, (7) identificar e definir metas terapêuticas, e (8) avaliar os processos e resultados do tratamento (Buela-Casal, 2004).

Durante a entrevista clínica, o psicólogo recolhe informações de várias áreas importantes da história do cliente, seguindo a narrativa do cliente com intervenções mínimas, enquanto também mantém o controlo do processo da entrevista. Além disso, o psicólogo deve possuir habilidades de observação clínica para avaliar tanto a comunicação verbal quanto a não-verbal do cliente ao longo da entrevista, com o objetivo de obter informações relacionadas ao exame do estado mental (Correia & Paulino, 2014).

Existem diferentes categorias de entrevistas, variando quanto ao nível de organização e direção por parte do entrevistador. No contexto da entrevista estruturada, ela é concebida como um método sistemático de recolha de informações, onde o entrevistador formula e obtém respostas de acordo com uma lista predefinida. Neste formato, a condução da entrevista é guiada pelo entrevistador, que segue uma lista padronizada de perguntas apresentadas de forma uniforme e sequencial a todos os entrevistados (Albarelo et al., 1997).

Por outro lado, existe a entrevista não estruturada, também conhecida como aberta, na qual o entrevistador encoraja o entrevistado a discorrer sobre um assunto específico e, em seguida, explora mais a fundo esse tema, retomando os pontos levantados pelo entrevistado. Neste tipo de entrevista, o entrevistador desempenha um papel significativo ao moldar tanto o conteúdo quanto

a direção do estudo, com base nos tópicos e temas introduzidos pelo entrevistado (Bogdan & Bilken, 1994).

Muitos investigadores optam por adotar uma abordagem de entrevista mais casual, na qual, ao longo da conversa, exploram temas e tópicos que formam as perguntas do estudo. Este tipo de entrevista é conhecido como semi-estruturada (Bogdan & Bilken, 1994).

Na entrevista clínica, também são levadas em conta habilidades relacionadas à construção e desenvolvimento de uma relação terapêutica sólida, que não se limita apenas e só ao processo de entrevista per se (Correia & Paulino, 2014).

Constata-se que o desenvolvimento de uma relação terapêutica positiva na primeira entrevista pode ser um indicador do êxito da terapia (Okamoto et al., 2019). Essa relação implica a presença de confiança mútua entre o psicólogo e o cliente (Weiner, 2003).

No contexto deste estágio acadêmico, as entrevistas mantiveram uma configuração não estruturada, na qual as questões foram formuladas de modo a dar aos entrevistados a oportunidade de expressar as suas próprias ideias e entendimentos sobre o assunto em análise, não enviesando a mesma nem conduzindo num sentido específico.

2.3.3 Os testes psicológicos

Os testes psicológicos desempenham um papel fundamental na prática dos psicólogos, tendo como objetivo reconhecer, descrever, avaliar e medir características psicológicas através de métodos sistemáticos de observação e descrição do comportamento humano nas suas variadas manifestações (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

Os testes psicológicos também permitem a aplicação prática de diversas teorias, o que contribui para a solidificação dos fundamentos teóricos da psicologia, conforme discutido por Borsa e Damásio (2017).

Através de métodos e instrumentos específicos, os profissionais de saúde mental podem recolher informações detalhadas para auxiliar no diagnóstico, plano de tratamento e acompanhamento do progresso do estado mental dos indivíduos (Anastasi & Urbina, 2000).

Os questionários, instrumentos de autorrelato, são um dos principais instrumentos usados na Psicologia. São amplamente usados no contexto da saúde mental (ex ansiedade, depressão, stress e *burnout*).

2.4 Intervenção Psicológica

A prática da Psicologia, incluindo tanto a intervenção quanto a avaliação, pode ser realizada de várias formas e por meio de diferentes abordagens. No entanto, apesar das diferentes abordagens e perspectivas o objetivo da intervenção psicológica é o bem estar emocional e psicológico dos indivíduos (Ricou, 2014). A intervenção psicológica não se limita apenas à interação individual, também pode ser aplicada em contextos de grupo, sejam estes, grupos formados por famílias ou por indivíduos sem conexões prévias entre si (Ricou, 2014).

No âmbito deste trabalho será destacado um tipo de intervenção psicológica, o *counselling*, ou acompanhamento Psicológico.

2.4.1 Counselling

O *counselling*, em português aconselhamento psicológico teve origem com Frank Parsons, em 1909, visando auxiliar jovens na escolha das suas carreiras profissionais, especialmente, diante das novas profissões e oportunidades que emergiram durante a Revolução Industrial. O objetivo principal do aconselhamento era entender as preferências e habilidades desses jovens, a fim de direcioná-los para ocupações consideradas mais adequadas às suas características pessoais (Patterson & Eisenberg, 1988).

Com o passar do tempo, o campo do aconselhamento expandiu-se, passando a abranger uma relação de suporte na qual o cliente ou indivíduo buscava alívio para as suas preocupações, respostas para suas perguntas ou assistência terapêutica diante de desafios enfrentados em várias áreas da vida, como educação, carreira e aspectos emocionais. Isso ia além da simples provisão de informações, administração de testes psicológicos e orientação direta, envolvia uma abordagem mais ampla e de apoio (Trindade & Teixeira, 2000).

O acompanhamento psicológico/*counselling*, como o conhecemos agora, tem como escopo ajudar o cliente a tornar-se mais consciente de si mesmo e do ambiente ao seu redor. O objetivo é estimular e melhorar a capacidade da pessoa para lidar com desafios e promover um maior entendimento de si mesma (Cormac & Mace, 2008). Refere-se a uma interação colaborativa entre o cliente e o psicólogo (Cordioli, 2008).

O propósito central deste tipo de intervenção psicológica é promover o bem-estar psicológico e a independência pessoal na confrontação com as complexidades e as contrariedades mundanas, bem como a modificação do comportamento da pessoa, e constituindo-se como parte integrante dos recursos de fortalecimento da qualidade da saúde mental e psicológica, bem como a instrução dos serviços e a prática de relações sociais salutaras (Eisenlohr, 1999; Woolf et al., 2010).

Segundo Andrade (2001), concebe-se o aconselhamento psicológico, ou *counselling* como um processo de escuta ativa, singularizado e centrado apenas e só no cliente. É um movimento que pressupõe a capacidade de constituir uma relação de confiança entre ambas as partes envolvidas, visando à redenção dos recursos internos do sujeito para que este tenha oportunidade de reconhecer-se como sujeito responsável e eficaz na sua própria transformação.

De acordo com os autores Pupo e Ayres (2013), o aconselhamento segue um conjunto de etapas com tarefas específicas que ajudam na intervenção para alcançar resultados positivos. Com base na pesquisa de vários teóricos, estes autores resumiram as várias fases do aconselhamento. Estas fases podem variar dependendo da abordagem adotada: (1) identificar e analisar os problemas específicos; (2) aprofundar a compreensão da pessoa sobre o problema; (3) avaliar os recursos pessoais disponíveis e os que podem ser desenvolvidos para resolver o problema; (4) determinar o potencial de mudança das condições e atitudes pessoais e (5) utilizar ações específicas que possam contribuir para a mudança ou transformação em relação ao problema mencionado.

Além disso, é crucial destacar a relevância da relação entre o terapeuta e o cliente, reconhecida como um dos elementos-chave para o sucesso de uma intervenção. Isso acontece quando o profissional consegue ser genuíno, adota uma postura positiva sem fazer avaliações ou julgamentos, e demonstra um alto nível de empatia nesse relacionamento, conforme apontado por Rogers (1942).

O processo terapêutico de *Counseling* pode ser estendido a contextos forenses, ou de orientação profissional em domínios organizacionais, assim como de orientação vocacional no setor escolar e ainda no âmbito familiar/conjugal (Rogers & Wallen, 1946).

O trabalho de Carl Rogers (1942) nomeado "*Counseling and Psychotherapy*" foi responsável por impulsionar a expansão do campo do aconselhamento e aproximá-lo, ainda mais, da Psicologia Clínica, destacando-se a abordagem Centrada na Pessoa.

2.4.2 A Abordagem Centrada na Pessoa

As sessões de *counseling* no contexto deste estágio seguiram linhas orientadoras com base na Abordagem Centrada na Pessoa.

Carl Rogers foi o fundador da Terapia Centrada no Cliente (Hipólito, 1999). Os princípios essenciais desta abordagem terapêutica foram posteriormente aplicados em contextos não terapêuticos, como educação e organizações. Com o tempo, essa abordagem passou a ser denominada Abordagem Centrada na Pessoa, o que reflete uma descrição mais apropriada. O seu principal objetivo é oferecer assistência e apoio psicológico às pessoas, permitindo que elas se desenvolvam e se capacitem para enfrentar não apenas os desafios do presente, mas também os que possam surgir no futuro, não se limitando a situações específicas e isoladas (Hipólito, 1999).

Carl Rogers fundamenta esta abordagem terapêutica em três princípios fulcrais, que ele considera a base de todo o processo de terapia: (1) não diretividade, (2) tendência atualizante e (3) as seis condições. Estas seis condições que são necessárias e suficientes para promover a mudança no processo terapêutico incluem: (1) estabelecimento de um vínculo psicológico; (2) reconhecimento da incongruência; (3) desenvolvimento da congruência; (4) olhar positivo incondicional; (5) prática de compreensão empática; (6) e a percepção pelo cliente das atitudes do terapeuta. Rogers argumenta que, segundo a sua abordagem, na ausência dessas condições, o processo terapêutico perde o seu significado (Rogers, 1957).

Esta abordagem de acompanhamento psicológico baseia-se na premissa de que, quando as condições terapêuticas apropriadas são estabelecidas, o cliente é capaz de se autodescobrir, crescer e encontrar soluções para os seus próprios problemas. A relação terapêutica, caracterizada pela

aceitação incondicional, empatia e congruência do terapeuta, é considerada fundamental para o sucesso deste tipo de terapia (Rogers, 1977).

Desta forma, a Abordagem Centrada na Pessoa é descrita como uma abordagem não diretiva, baseada na ideia de que o terapeuta não pretende guiar ou influenciar o cliente segundo o que considera ser melhor para ele. Em vez disso, o objetivo é auxiliar o cliente a encontrar dentro de si mesmo a resposta ou solução que, naquele momento, parece ser a mais adequada e coerente com a sua própria experiência no mundo. Isso, por sua vez, pode criar uma base positiva para o crescimento e desenvolvimento da personalidade do indivíduo (Bowles, 2012; Hipólito, 2011).

Na visão da Abordagem Centrada na Pessoa, a teoria do desenvolvimento humano enfatiza a importância da compreensão das perturbações psicológicas. Segundo Carl Rogers, o cerne está na "Tendência Atualizante," um conceito central antes mencionado e que se evidencia desde o início da vida concretizando-se ao longo desta promovendo a transformação do indivíduo. Essa noção fundamenta-se na teoria organísmica, que defende que os organismos possuem uma inclinação inerente para se autorrealizar (Hipólito, 2011).

Do ponto de vista teórico, adota-se uma visão positiva da natureza humana, pressupondo que todos os seres humanos possuem capacidades e potenciais intrínsecos para o desenvolvimento e crescimento pessoal. Com base nesta perspectiva, acredita-se que o indivíduo tem consciência das origens do seu sofrimento psicológico e é capaz de alcançar as condições necessárias para se auto-organizar e recuperar o seu equilíbrio (Bowles, 2012; Hipólito, 2011; Joseph & Murphy, 2013).

2.4.3 A Teoria do desenvolvimento Psicoafectivo

Uma teoria relevante no âmbito do presente trabalho é a Teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo de Hipólito (2011), sob a perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa. De acordo com esta teoria o nosso processo de desenvolvimento segue uma trajetória de complexificação progressiva. Esta teoria baseia-se nas capacidades inatas de cada indivíduo e nas condições que possibilitam a realização dessas capacidades. Cada organismo possui um conjunto específico de habilidades que se podem manifestar ao longo do seu desenvolvimento, mas isso depende tanto das características individuais quanto das condições do ambiente.

As condições ideais para o pleno desenvolvimento do organismo podem ser de natureza biológica, psicológica e social, e continuam a influenciar o indivíduo ao longo de toda a vida, até o momento da morte. Para alcançar esse pleno desenvolvimento, é necessário que as potencialidades sejam maximizadas, que a pessoa esteja a funcionar no seu melhor estado e que haja congruência entre a sua identidade real, ideal e idealizada (Hipólito, 2011).

Segundo Hipólito, (2001) durante o processo de desenvolvimento humano, há uma suscetibilidade a experiências traumáticas de diversas origens, seja orgânica ou psíquica, que podem afetar tanto as potencialidades quanto as atualizações do organismo, resultando eventualmente na diminuição dessas potencialidades. No entanto, apesar destes desafios, o desenvolvimento prossegue.

Assim, é possível resumir a ideia de Rogers da seguinte forma: desde o início, todo o organismo na sua singularidade possui uma propensão para se desenvolver em direção à complexidade e ao longo do seu desenvolvimento, vai adquirindo habilidades em conformidade com a tendência à atualização e contínua busca da auto-realização (Hipólito, 2011).

III Parte – Casos Clínicos

3.1. Caso Clínico (A) - Avaliação Psicológica

No dia 13 de março de 2023, realizou-se uma recolha de informações e elaboração do histórico da paciente de nome (A.L.), recorrendo a uma entrevista clínica no gabinete de psicologia da empresa para o qual esta trabalhadora presta serviços. Nesta fase o objetivo era examinar a possibilidade de realizar uma intervenção psicológica e também determinar se seria necessário utilizar outros métodos de avaliação psicológica para complementar, esclarecer ou elucidar

aspectos relacionados com a personalidade e o estado mental de A.L. Todas as sessões foram conduzidas na língua inglesa.

3.1.1. Apresentação da paciente

A.L., de 26 anos de idade, é do sexo feminino, solteira. Tem formação superior, tendo obtido o grau de mestre em Direito e prática Jurídica. Possui as nacionalidades Portuguesa e Ucraniana. Nasceu na Ucrânia sendo filha de pai Português e mãe Ucraniana.

A.L. vive no distrito de Lisboa em apartamento partilhado, disponibilizado pela entidade empregadora. Trabalha como operadora de assistente ao cliente desde março de 2022.

3.1.2. História Clínica e Familiar

Relativamente aos seus antecedentes pessoais, os pais de A.L. planearam e desejaram esta filha. O parto foi distócico (cesariana) e foi amamentada exclusivamente a peito até aos dois anos de idade, tendo depois passado para os alimentos sólidos sem qualquer constrangimento. Sempre dormiu bem enquanto bebé. Os estágios iniciais da vida de A.L. enquanto bebé são vivenciados de forma muito positiva. No entanto, com cerca de 5 anos, A.L. relata alguns problemas de saúde (ex. dificuldades respiratórias e bronquite) durante o seu crescimento, o que levou a algumas hospitalizações. Por essa altura, a qualidade do sono sofre uma deterioração.

Não frequentou o jardim-de infância, tendo ficado sob os cuidados da mãe, até ingressar na escola primária (6 anos). Apesar disso, desenvolveu contactos sociais com outras crianças da mesma idade, uma vez que o círculo de amigos dos progenitores era bastante vasto e lhe permitia momentos de interação adequados ao seu desenvolvimento. Na escola não são registados problemas de comportamento. A.L. é descrita como uma criança calma, bem-disposta, muito curiosa e comunicativa.

Teve a menarca aos 13 anos de idade e a sua primeira relação sexual foi aos 17 anos.

A.L. Fez a escolaridade até ao ensino secundário na Ucrânia, tendo depois ingressado na faculdade em Inglaterra em 2016 , onde permaneceu até ao final do seu curso de Direito em 2021.

A.L. não chegou a exercer advocacia, pois não gostou do curso, referindo que apenas seguiu esta área por insistência do pai. Quando terminou o curso, voltou novamente para a Ucrânia para trabalhar como assistente de vendas numa loja de vestuário. Tal situação não agradou ao pai, e a partir daí, a relação de ambos começou a deteriorar-se.

A.L. é filha única. Manteve um bom relacionamento com a sua mãe durante a sua infância e adolescência relatando incompatibilidades relacionais com a figura paterna, em particular devido às suas escolhas profissionais. Enquanto criança, A.L. diz ter tido um pai bastante austero e com falta de afecto. Especialmente durante o período de adolescência tiveram vários desacordos que levavam a discussões e troca de ofensas verbais.

A mãe de A.L., de 53 anos de idade, ex-professora de artes visuais, cessou a sua actividade laboral aos 32 anos de idade para se dedicar em exclusivo ao acompanhamento e tratamento dos constantes constrangimentos de saúde da sua única filha. A mãe de A.L. também é filha única, e os seus pais ainda estão vivos. No entanto, vivem nos Estados Unidos desde a década de 80. A avó materna de A.L., atualmente reformada, era bailarina profissional, e o seu avô coreógrafo. Embora reformados, mantêm atividades relacionadas com a arte plástica e não tencionam regressar para o seu país de origem. A.L. mantém um óptimo relacionamento com os seus avós maternos, e visita-os pelo menos uma vez por ano nos Estados Unidos. Diz ter uma enorme admiração por eles, e lamenta não ter seguido uma carreira mais direccionada para as artes como toda a sua família materna.

O pai de A.L., de 57 anos de idade, nacionalidade portuguesa é um empresário bem-sucedido na área de exportação e importação de vinhos, tendo, ainda, uma empresa dedicada ao sector de transportes e logística. Viveu em Portugal até aos 19 anos de idade, tendo-se mudado para a Ucrânia para trabalhar com um tio. Conheceu a mãe de A.L. quando tinha 21 anos, e um ano depois casaram. Desenvolveu a sua carreira profissional sempre ligada à gestão de negócios, tendo formado a sua primeira empresa com 25 anos. Aos 30 anos de idade já tinha duas sólidas e lucrativas empresas. Não tem ligações afetivas com os seus familiares em Portugal. A.L. conta que nunca conheceu os seus avós paternos apesar de saber que apenas a avó paterna é viva.

O pai de A.L. tem mais 2 irmãos, com os quais também não tem qualquer contacto. A.L. relata que nunca se fala da família paterna, pois isso parece incomodar muito o seu pai.

Como sempre tiveram um estatuto social elevado, A.L. teve acesso a atividades privilegiadas, como viagens, práticas desportivas e musicais. Aprendeu a tocar piano aos 7 anos de idade e manteve aulas regulares até ir para a faculdade. Não tem pretensões de seguir uma carreira como pianista, mas gostava de ter enveredado por uma carreira de produção musical ou produção de audiovisual.

Iniciou o seu primeiro relacionamento amoroso durante o seu primeiro ano de faculdade em Inglaterra. Manteve este relacionamento durante um ano, até voltar para a Ucrânia e desde então teve qualquer outro relacionamento.

A.L. foi uma adolescente com um vasto leque de amizades construídas durante os períodos em que viveu em Inglaterra e na Ucrânia, mantendo contacto com os mesmos até à data.

Atualmente, vive em um dos apartamentos disponibilizados pela organização que a emprega, e divide esse mesmo apartamento com mais uma colega do sexo feminino de 22 anos de idade e de nacionalidade francesa. Relata que apesar da sua colega de casa ser uma pessoa pacífica, não consegue encontrar pontos de interesse com ela, e por esse motivo mantém uma relação distante com a mesma.

A.L. não possui histórico de transtornos psiquiátricos prévios, nem de tratamentos psicológicos ou psiquiátricos anteriores.

3.1.3. Motivo de consulta

A.L. foi encaminhada para avaliação psicológica devido a sintomas de depressão e ideação suicida. Relatou que, há aproximadamente nove meses, tem vindo a experienciar um persistente e intenso sentimento de tristeza, desânimo e apatia, com uma grande dificuldade em encontrar prazer nas atividades que antes lhe traziam satisfação. Ultimamente, tem enfrentado dificuldades para dormir e manter o apetite, resultando em perda de peso. A.L. também, relatou sentir-se cansada, com baixa energia e dificuldade de concentração, o que tem afetado negativamente a sua vida social. A.L. relatou que a depressão tem afetado significativamente a sua vida social dado que evita sair com colegas de trabalho, preferindo isolar-se em casa, sentido que muitas vezes, é um fardo para os outros.

Também expressou sentimentos de culpa e auto-crítica em relação a aspectos da sua vida, como por exemplo o facto de ter deixado a Ucrânia e ter deixado para trás os seus pais.

Culpabilizou-se ainda e responsabilizou-se por não ter dado continuidade ao seu curso universitário, tendo optado por outras vertentes profissionais, acreditando que isso tenha desiludido o seu pai.

Recentemente, começou a ter pensamentos recorrentes sobre morrer e pensou em formas de acabar com a própria vida. No entanto, negou ter feito qualquer tentativa de suicídio até o momento.

A.L. demonstrou alguma dificuldade em expressar emoções positivas e manteve sempre o foco nos seus pensamentos negativos. O seu pensamento é organizado, mas frequentemente voltado para temas relacionados com a desvalorização de si mesma e à falta de esperança. A sua auto-estima parece estar bastante prejudicada, uma vez que se apresentou com uma imagem pouco cuidada ao nível do vestuário e higiene.

3.1.4. Avaliação Psicológica

3.1.4.1. Descrição do instrumentos aplicados

Com base nas informações fornecidas durante a entrevista clínica, observa-se a possível presença de um quadro clínico consistente com Síndrome de *Burnout*, depressão, ansiedade, stress e de pensamentos de ideação suicida.

Tendo como objetivo explorar estes fenómenos foram aplicados os questionários de Depressão, Ansiedade e Stress - Formulário Curto (EADS-21) (Ver Anexo A) para avaliar ansiedade, stress e depressão e o Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II) (Ver Anexo B) para avaliar riscos psicossociais, como por exemplo, o *burnout*. A escolha destes instrumentos de medida recaíram sobre a necessidade de confirmar o diagnóstico de perturbação generalizada de ansiedade, *burnout*, stress, e depressão associados ao trabalho.

3.1.4.2 Questionário de Depressão, Ansiedade, e Stress-Formulário Curto Escala de avaliação (EADS-21)

O Questionário de Depressão, Ansiedade e Stress - Formulário Curto (EADS-21), foi criado por (Lovibond e Lovibond em 1995) e adaptada à população portuguesa por Ribeiro et al., (2004) com o propósito de avaliar e distinguir de forma abrangente os sintomas associados à depressão, ansiedade e stress .

A eleição deste instrumento é apropriada na medida em que este utiliza um modelo teórico que consegue identificar de forma eficaz os sintomas de ansiedade e depressão, os quais nem sempre são claramente distinguíveis por meio de outras escalas ou instrumentos (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, et al., 2004)

Esta escala baseia-se no modelo tripartido, no qual os sintomas de ansiedade e depressão e stress são categorizados em três estruturas fundamentais. A primeira estrutura (a) é caracterizada pela presença de afeto negativo, tais como humor deprimido, insónia, desconforto e irritabilidade, que são sintomas genéricos e presentes tanto na depressão quanto na ansiedade. A segunda estrutura (b) inclui fatores que representam sintomas específicos da depressão, como anedonia e falta de afeto positivo. Por fim, a terceira estrutura (c) refere-se aos sintomas específicos da ansiedade, como tensão somática e hiperatividade (Watson et al., 1995).

Inicialmente, a EADS foi desenvolvida e testada em adultos e consistia em 42 perguntas que avaliavam sintomas emocionais negativos. Vários estudos realizados por diferentes pesquisadores demonstraram que tanto a versão original da EADS com 42 perguntas quanto a versão mais concisa com 21 perguntas são medidas confiáveis e válidas para avaliar os níveis de depressão, ansiedade e stress em uma variedade de populações, incluindo adultos de diferentes culturas e origens étnicas, tanto em configurações clínicas quanto não clínicas (Lovibond & Lovibond, 1995).

Na EADS-21, os participantes são solicitados a avaliar o quanto experimentaram cada um dos sintomas mencionados nos itens durante a última semana, utilizando uma escala de tipo Likert de quatro pontos que varia de 0 (“não se aplica a mim”) a 3 (“aplica-se muito a mim ou a maior parte do tempo”). As pontuações relativas à depressão, ansiedade e stress são calculadas somando-se os valores atribuídos às respostas das 21 perguntas. A estrutura de fatores da EADS-21 é consistente ao longo do tempo e demonstra um nível aceitável de validade convergente e

discriminante. Os valores de alfa de Cronbach foram, respectivamente, de 0,90 para a depressão, 0,86 para a ansiedade, 0,88 para o stress e 0,95 para o total das três sub-escalas (Lovibond & Lovibond, 1995).

Depressão. Os sintomas que são avaliados na subescala de depressão (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21) abordam sentimentos de inércia, anedonia, disforia, falta de interesse/envolvimento, autodepreciação, desvalorização da vida e desânimo (dar pelo menos 1 exemplo de um item).

Ansiedade. São avaliados (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20) os sintomas relacionados à excitação do sistema nervoso autônomo, efeitos musculoesqueléticos, ansiedade em situações específicas e experiências subjetivas de ansiedade (dar pelo menos 1 exemplo de um item).

Stress. avaliam (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18) sintomas como dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilidade de perturbação/agitação, irritabilidade/reação exagerada e impaciência (dar pelo menos 1 exemplo de um item).

A soma dos itens determina os níveis de depressão, ansiedade e stress, sendo que quanto maior a pontuação maior a sintomatologia apresentada. No caso dos sintomas de depressão, as pontuações são interpretadas da seguinte forma: normais de 0 a 9 pontos, leve de 10 a 13 pontos, moderados de 14 a 20 pontos, severos de 21 a 27 pontos e extremamente severos com mais de 28 pontos. Relativamente aos sintomas de ansiedade, podem-se interpretar da seguinte forma: normais de 0 a 7 pontos, leve de 8 a 9 pontos, moderados de 10 a 14 pontos, severos de 15 a 19 pontos e extremamente severos com mais de 20 pontos. Quanto aos níveis de stress, são considerados normais de 0 a 14 pontos, leve de 15 a 18 pontos, moderados de 19 a 25 pontos, severo de 26 a 33 pontos e extremamente severos com mais de 34 pontos (Vignola & Tucci, 2014).

Os resultados do EADS-21 devem ser multiplicados por 2 para calcular a pontuação final.

3.1.4.3. Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)

A "Escala de Avaliação Copenhagen", ou Copenhagen Psychosocial Questionnaire é um instrumento de medida utilizado na área da psicologia e psiquiatria para avaliar a gravidade e intensidade dos sintomas de depressão. Esta escala é também conhecida como "Escala de Avaliação de Depressão de Copenhague" ou "Escala de Avaliação de Depressão de Hamburgo" e

foi desenvolvida com o objetivo de auxiliar profissionais de saúde mental a avaliar a presença e a severidade dos sintomas depressivos em pacientes (Silva et al., 2006).

O COPSOQ II foi inicialmente concebido em 1997 pelo *Danish National Institute for Occupational Health* em Copenhague, e a sua validação foi realizada no ano de 2000 por Kirstensen e Borg. O instrumento original foi projetado para englobar as várias dimensões inerentes ao conceito de “stress no trabalho”, tendo como base o modelo de exigência que almeja explicar o stress como resultado da combinação de altas exigências laborais e baixo apoio social (Cox et al., 2000; Daniels et al., 2002).

Este questionário tem então, o propósito de examinar o esgotamento profissional, ou *burnout*, investigar com que frequência este ocorre, quais as suas origens e impactos, bem como considerar que medidas podem ser tomadas para diminuir esse desgaste, caso seja necessário (Borritz e Kristensen, 2004).

As propriedades psicométricas parecem indicar uma consistência interna satisfatória, com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 para o esgotamento pessoal, e 0,87 para o esgotamento relacionado com o trabalho (Kristensen et al., 2005).

A sua versão na língua portuguesa é composta por três variantes distintas: uma versão resumida (com 26 dimensões e 41 questões), adequada para a auto-avaliação de trabalhadores ou para contextos de trabalho com menos de 30 funcionários; uma versão intermediária (abrangendo 28 dimensões e 76 perguntas), destinada ao uso por profissionais especializados em saúde ocupacional, incluindo a avaliação de riscos psicossociais, planeamento e inspeção; e, por fim, uma versão abrangente (com 35 dimensões e 119 perguntas) voltada para fins de pesquisa e investigação (Silva et al., 2006). Cada item é avaliado numa escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “Nunca/Quase nunca”, 2 a “Raramente”, 3 a “Às vezes”, 4 a “Frequentemente” e 5 a “Sempre”. As respostas são pontuadas de acordo com esses valores, permitindo que cada item receba uma pontuação de 1 a 5. Quanto maior a pontuação obtida maior a prevalência de sintomas depressivos. É importante destacar que, ao contrário das outras duas versões, a versão curta não inclui itens invertidos (Silva et al., 2006).

A utilização do COPSOQ II permite a possibilidade de identificar áreas de potencial risco que podem ser aprimoradas, permitindo a implementação de medidas preventivas eficazes e apropriadas. Trata-se de um questionário preenchido individualmente, cujo objetivo é avaliar a

exposição a fatores de risco de natureza psicossocial para a saúde (Kristensen et al, 2005; Silva et al, 2006).

Para efeitos de avaliação neste trabalho académico foi utilizada a versão resumida COPSOQ II-Versão curta com 41 questões.

3.1.5. Resultados dos instrumentos aplicados

Durante uma avaliação psicológica, as pontuações obtidas nos testes aplicados desempenham um papel fundamental para a compreensão do caso em estudo. Estas pontuações são resultado de uma cuidadosa análise das respostas do avaliado.

Foram obtidos os seguintes resultados na cotação do Questionário de Depressão, Ansiedade, e Stress-Formulário Curto Escala de avaliação (EADS-21):

Depressão. Na subescala de sintomas de depressão da EADS-21 foi obtida uma pontuação total de 38 valores, indicando um nível extremamente alto de sintomas depressivos. A pontuação nesta escala varia entre 0 e 28 (valores mínimo e máximo). Foram registados valores particularmente elevados, com uma cotação de 3 valores, às questões número 3, 5, 13, 16 e 21, indicando níveis elevados para anedonia, desânimo, disforia, falta de interesse e desvalorização da própria vida, correspondentemente.

Ansiedade. Na subescala de ansiedade da EADS-21 foi obtida uma pontuação de 30 valores, o que é indicador de um nível extremamente severo para sintomas de ansiedade. Foram registados valores particularmente elevados, com uma cotação de 3 valores, às questões número 9 e 20, indicando níveis elevados para ansiedade situacional e experiências subjectivas de ansiedade, correspondentemente.

Stress. Nesta subescala foi obtida uma pontuação de 32 valores, o que pode ser considerada uma pontuação bastante elevada e indicadora de níveis severos de stress. Foram registados valores particularmente elevados, com uma cotação de 3 valores, às questões número 1,11 e 12, indicando níveis elevados para a incapacidade em relaxar e para a irritabilidade, correspondentemente.

No questionário Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) foram obtidos os seguintes resultados:

Burnout. Quanto à cotação da escala de avaliação Copenhagen-COPSOQ II, os valores mais elevados correspondem a uma maior exposição de riscos psicossociais.

Para sub-escala “Exigências quantitativas”, que mede a quantidade de trabalho exigida aos funcionários, as pontuações elevadas obtidas podem indicar que A.L., enfrenta uma carga de trabalho maior do que a média dos trabalhadores em Portugal, o que pode levar a um aumento do nível de stress.

A sub-escala “Ritmo de trabalho” refere-se à velocidade com que o trabalho precisa ser realizado. Pontuações mais altas sugerem que A.L. possa estar a lidar com um ritmo de trabalho mais intenso do que a média, o que pode resultar em pressão adicional e dificuldade em manter o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal.

“Exigências Emocionais” é a sub-escala que avalia o grau de exigência emocional do trabalho, como lidar com situações stressantes ou lidar com clientes exigentes. Pontuações elevadas indicam que A.L. possa estar a enfrentar um alto nível de exigência emocional, o que pode contribuir para problemas de saúde mental.

A sub-escala “Saúde Geral” avalia a percepção geral de saúde dos participantes. Pontuações mais altas podem indicar que A.L. possa ter uma saúde geral mais precária do que a média dos trabalhadores em Portugal, possivelmente devido ao impacto do stress e da sobrecarga de trabalho.

Quanto à sub-escala “Conflito Trabalho/Família”, esta refere-se ao grau em que as exigências do trabalho interferem nas responsabilidades familiares e vice-versa. Pontuações elevadas podem indicar um alto nível de conflito entre trabalho e família, o que pode levar a tensões adicionais e insatisfação tanto no trabalho quanto em casa.

Para a sub-escala “Problemas em dormir”, a mesma avalia a qualidade do sono dos participantes. Pontuações mais altas parecem indicar, que no caso em concreto de A.L., possa haver

dificuldades para dormir, possivelmente devido ao stress e preocupações relacionadas com o trabalho.

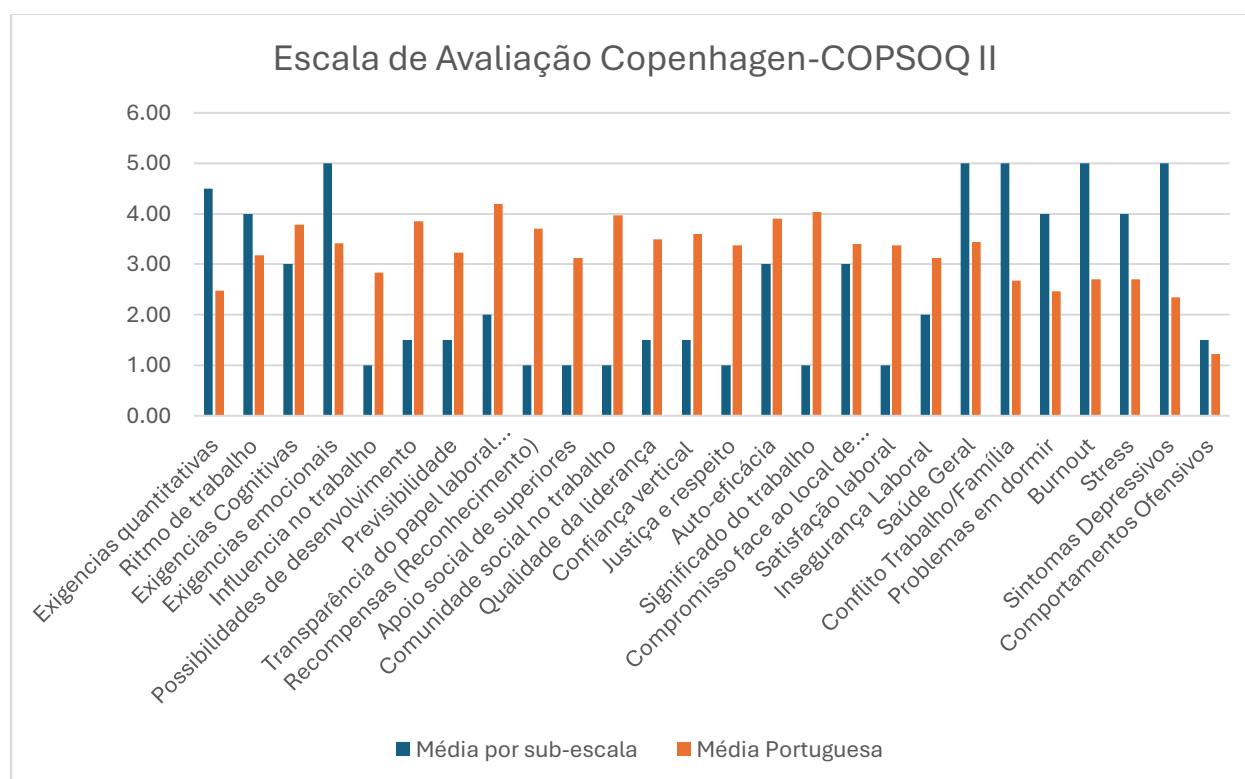
Os resultados obtidos para as sub-escalas "Exigências quantitativas", "Ritmo de trabalho", "Exigências Emocionais", "Saúde Geral", "Conflito Trabalho/Família" e "Problemas em dormir" indicam que A.L., apresentam pontuações significativamente mais altas nestas áreas em comparação com as médias normativas dos trabalhadores em Portugal, conforme documentado por Silva et al., (2006).

Tabela 2-Resultados obtidos em cada Sub-escala por comparação com a média portuguesa

	Média por subescala	Média Portuguesa
Exigencias quantitativas	4.50	2.48
Ritmo de trabalho	4.00	3.18
Exigencias Cognitivas	3.00	3.79
Exigencias emocionais	5.00	3.42
Influencia no trabalho	1.00	2.83
Possibilidades de desenvolvimento	1.50	3.85
Previsibilidade	1.50	3.23
Transparência do papel laboral desempenhado	2.00	4.19
Recompensas (Reconhecimento)	1.00	3.71
Apoio social de superiores	1.00	3.13
Comunidade social no trabalho	1.00	3.97
Qualidade da liderança	1.50	3.49
Confiança vertical	1.50	3.6
Justiça e respeito	1.00	3.37
Auto-eficácia	3.00	3.9
Significado do trabalho	1.00	4.03
Compromisso face ao local de trabalho	3.00	3.4
Satisfação laboral	1.00	3.37

Insegurança Laboral	2.00	3.13
Saúde Geral	5.00	3.44
Conflito Trabalho/Família	5.00	2.67
Problemas em dormir	4.00	2.46
Burnout	5.00	2.7
Stress	4.00	2.7
Sintomas Depressivos	5.00	2.35
Comportamentos Ofensivos	1.50	1.23

Gráfico 1-Comparação dos resultados de A.L com a Média Portuguesa



3.1.6. Sessões

Primeira sessão: A.L. apresentou-se tensa e introvertida, com sinais evidentes de exaustão. A sessão focou-se na criação de um ambiente de confiança, (relação terapêutica/rapport), para que a paciente se sentisse à vontade para partilhar os seus sentimentos e preocupações. Durante a

primeira entrevista, A.L. apresentou uma expressão facial triste, olhar cansado e postura corporal encurvada. O seu discurso foi lento e monótono, com respostas curtas às perguntas.

Esta primeira sessão, foi iniciada em português, mas A.L. no final da sessão perguntou se nas sessões seguintes poderíamos comunicar em Inglês, pois apesar de entender perfeitamente o Português, e de até se expressar relativamente bem, sentia-se mais confortável a comunicar em Inglês. Este pedido foi acedido.

A.L. explicou todo o processo da sua vinda para Portugal, falando dos efeitos da guerra na sua vida e das consequências as alterações na sua dinâmica familiar e social.

Durante a sessão houve alguns momentos de silêncio, acompanhados de choro. À medida que a sessão se aproximava do final, foi feito um resumo do que foi discutido, validando as emoções expressas por A.L. ressaltando a importância de continuar a construir uma relação de confiança ao longo do processo terapêutico.

A.L., por sua vez, mostrou-se grata pela oportunidade de poder falar e expressar as suas emoções, revelando um leve sorriso de alívio no final da sessão.

Antes de nos despedirmos, foi deixado claro que me encontraria disponível para abordar qualquer preocupação adicional que A.L. pudesse ter e foi reforçada a confidencialidade do processo terapêutico. Ambas concordámos em continuar as sessões em inglês, proporcionando a A.L. um ambiente mais confortável para se expressar.

Segunda sessão: Na segunda sessão, A.L. mostrou-se visivelmente perturbada, entrando no gabinete já a chorar. Reportou que se encontrava atualmente a prestar serviços de atendimento ao cliente na sua língua materna (Ucraniano), mas devido ao elevado número de chamadas, foi forçada a atender chamadas provenientes da Rússia, pois ambas as línguas são semelhantes. A.L. recusou ajudar clientes russos ao telefone, uma vez que para ela ainda é muito difícil digerir o que lhe aconteceu a ela e à sua família devido à guerra. Esse pedido de recusa foi-lhe negado por parte dos superiores hierárquicos. A.L. chorou referindo: “É que eu não posso e não quero ajudar os Russos. Eles não entendem isso. Eu não consigo. Não consigo. Se calhar estou a ser má pessoa. Mas é uma coisa que eu sinto. Eu não sei explicar. Eu não consigo. A sério que não.” (sic)

Ao longo desta sessão foram, ainda, realizadas algumas perguntas abertas, para encorajar A.L. a partilhar um pouco mais da sua história e das suas experiências pessoais, de forma a que também fosse possível ir construindo a história clínica de A.L. Partilhou, ainda no final da sessão,

que se sentia motivada para falar com os recursos humanos da empresa acerca das suas preocupações e solicitar ajustes na carga de trabalho para preservar a sua saúde mental.

Terceira sessão: A sessão começou com uma breve revisão das duas sessões anteriores aproveitando para serem colocadas algumas questões adicionais de forma a clarificar e a compreender melhor a história de A.L.

Nesta sessão A.L. remontou, então, às vivências da sua vida enquanto criança e adolescente, contando como foi a sua vida na Ucrânia, antes de ter ido estudar para Inglaterra.

Nesta sessão já se começou a formar uma ideia mais clara de quem é A.L., de onde vem, e quais são e como são as relações que foi construindo ao longo do tempo.

A.L. referiu: “Agora que estou a falar destas coisas do passado, é que começo a perceber como era boa a minha vida antes desta guerra. Agora tudo é diferente e para pior”. (sic). Ao relembrar a sua infância e adolescência na Ucrânia percebe como a guerra alterou profundamente a sua realidade atual e ao partilhar as suas memórias, ela experiêcia uma mistura de emoções, desde a nostalgia dos tempos mais felizes até à tristeza pelo contraste com sua situação atual.

A.L. sai do gabinete com um misto de emoções, mas também, pareceu-me, com um certo alívio por ter partilhado aspectos significativos da sua vida num ambiente empático reforçando a relação terapêutica.

Quarta sessão: Na quarta sessão, A.L. entrou na sala mais cabisbaixa do que nas sessões anteriores e disse que estava a ficar tudo insuportável para ela. Quando questionada sobre o que está a sentir, diz: “Não me apetece mais isto”. “Esta vida, este trabalho, esta casa. Não quero mais isto. Só não sei, ou melhor sei, até sei. Eu sei como acabar com isto. Só me pergunto quando é que isso vai acontecer.” (sic). A.L. chorou toda a restante sessão, e permaneceu em silêncio praticamente todo o tempo. O tempo de silêncio foi respeitado e aproximadamente 15 minutos antes de terminarmos referiu, que, o que sentia era ” horrível. Naquilo que faço, nas coisas em que toco, na relação com o meu pai. Não faço nada de jeito”. (sic) Observou-se uma certa fragilidade emocional em A.L. ao abordar a relação com o seu pai. Esta situação foi abordada com empatia e cuidado durante a sessão, validando os sentimentos de A.L. e reconhecendo a gravidade da sua situação. Foi expressada preocupação com a sua saúde mental e física, destacando a importância de priorizar o auto-cuidado. A.L, embora enfrentando incertezas, pareceu-me ter saído da sessão com uma sensação de que existe suporte disponível para enfrentar as suas dificuldades.

Quinta sessão: Embora nesta sessão A.L. pareça estar com um humor ligeiramente melhorado, notei que A.L. tinha uma aparência mais descuidada, com a higiene comprometida e com movimentos corporais mais lentificados.

A.L. relatou que pensou em estratégias para melhorar a sua condição laboral. Partilhou algumas dessas estratégias/ideias com os seus superiores, mas as mesmas foram rejeitadas. Quanto a isso A.L. disse: “Não é que eu esteja a pedir condições especiais por ser refugiada de guerra, ou que as pessoas devam ter pena de mim. Não é isso. O que eu peço, pediria exatamente na mesma se eu não fosse refugiada. (sic) A.L. expressou a sua perspectiva em relação à sua situação, enfatizando que não está a pedir tratamento especial devido à sua condição de refugiada de guerra. Ela ressaltou a sua necessidade de ser tratada com dignidade, independentemente da sua nacionalidade.

Ao ser questionada sobre os seus pensamentos recentes, A.L. revelou um estado emocional delicado, destacando que não está num bom lugar, tanto mental quanto fisicamente. A.L. expressou insatisfação com o seu ambiente de trabalho devido à falta de respeito e consideração. No entanto, confrontada com a realidade das suas circunstâncias e sobre suas opções, reconheceu a incerteza sobre o seu futuro. Embora reconheça os benefícios práticos que recebe, como alojamento, A.L. lamenta a falta de apoio emocional e a conexão familiar, tanto na Ucrânia quanto em Portugal. Essa reflexão destaca os desafios enfrentados por refugiados que procuram equilibrar as necessidades práticas com o bem-estar emocional.

Após ouvir atentamente as palavras de A.L. e observar seu estado físico e emocional, foi evidente que ela estaria a passar por um momento extremamente difícil. O que lhe foi oferecido no final desta sessão foi um reconhecimento e validação dos seus sentimentos perante a dificuldade da situação em que se encontrava. A.L., suspirou, manteve-se em silêncio por breves segundos e agradeceu.

Sexta sessão: Conforme alinhado na sessão anterior, começamos esta sessão por aplicar o teste Copenhagen-COPSOQ II versão portuguesa de forma a aferir os níveis de burnout de A.L.

O questionário foi aplicado no gabinete de psicologia e começamos pelas instruções de aplicação mas durante o teste A.L. parou algumas vezes para clarificação das perguntas devido a incompreensão linguística.

No final da aplicação do instrumento de medida, que durou cerca de 35 minutos, A.L. questionou se em caso de aplicação de testes complementares, se os mesmos poderiam ser em Inglês. O qual lhe foi respondido que sim.

Após completar o questionário, A.L. relatou que tentou, por sugestão de um superior hierárquico, participar em algumas dinâmicas promovidas pela organização, como encontros sociais de equipas, mas sentiu que isso seria mais uma imposição da empresa, acabando por interferir na capacidade de relaxar ou de se envolver plenamente nas actividades recreativas.

Fez ainda uma comparação da sua situação atual em Portugal com a sua situação social quando vivia em Inglaterra, em que as suas relações e contactos sociais eram muito diversos e ricos.

Sétima sessão: A.L. entrou no gabinete, sentou-se, sem dizer nada, suspirou e ficou em silêncio durante aproximadamente 10 minutos. O silêncio foi respeitado até que A.L. se sentisse confortável para iniciar a sessão. Depois de 10 minutos, A.L. acabou por referir que sente muitas vezes que quer vir às sessões, mas que depois se sente mal por apenas vir para se queixar, dizendo: “Também tu já deves estar farta de mim, não é? Se eu estou tão farta de mim, imagino os outros. É por isso que eu não saio com ninguém. As pessoas já não estão para me aturar.” (sic)

A.L. diz que prefere voltar para a Ucrânia a ter de trabalhar mais aqui. Disse que “prefiro ir para a guerra do que ter de travar esta guerra empresarial”. “Não tenho horários para a semana. Já enviei vários emails, a pedir os horários e dizem que ainda estão a ser feitos. Como é que posso se quer combinar alguma coisa com amigos ou colegas, se não sei quando é que vou estar de folga para a semana? E sabes o que me responderam? Que sou muito problemática”. (sic)

Oitava sessão: A.L. esta semana relatou que se sentia mais cansada, pois não tem conseguido dormir. Faltou 3 dias ao trabalho, pois não se conseguia levantar de manhã. Estes 3 dias de falta valeram-lhe uma repreensão por escrito por parte do seu supervisor. A.L. achando injusto retaliou e foi então informada que perderia o seu bónus mensal de produtividade, cerca de 250 euros.

A.L. relatou ainda que não tem tido muito apetite, e que por esse motivo deixou de cozinhar. Apenas se tem alimentado à base de pão torrado e leite, dizendo: “tenho saudades da comida da minha mãe. Tenho saudades dela. O meu pai até passo bem sem ele, mas não ver a minha mãe, não falar com ela, sabendo tudo o que está a acontecer no meu país, não me dá vontade de comer. Não durmo bem. Não quero trabalhar. Não tenho energia suficiente”. (sic)

Nona sessão: Começamos esta sessão a aplicar o teste EADS-21 na sua versão inglesa tal como anteriormente pedido por A.L. A aplicação do teste foi feita no gabinete de psicologia criado pela organização e onde habitualmente ocorrem as sessões. Foram dadas as devidas instruções para aplicação do teste e o mesmo teve uma duração de aproximadamente 10 minutos.

Após a aplicação do teste, A.L. aproveitou esta sessão para dizer que iria apresentar uma reclamação oficial por escrito dos seus superiores hierárquicos, dizendo que achava lamentável ter perdido o direito ao seu bónus de produtividade, aproveitando, também, para referenciar alguns pontos negativos que tem encontrado ao longo do seu tempo de empregabilidade. Apesar de estar ciente das consequências de tal ato, referiu: “Sei que vou sofrer depois disto, mas não quero saber. Eu vou falar” (sic)

Nesta sessão, comentou, ainda, que irá ao médico para pedir uma baixa médica, uma vez que está com dificuldades para se levantar de manhã e não consegue trabalhar. Segundo A.L., a qualidade do sono tem piorado nas últimas semanas. “ Saber que tenho de me levantar de manhã para ir trabalhar, dá-me um sufoco. Já não consigo dormir só a pensar nisso”. (sic) Relevou uma evidente e crescente desmotivação laboral com significativas consequências na sua qualidade de sono.

Décima sessão: A.L. teve 3 semanas sem comparecer às sessões, reportando que teve de baixa médica. Apesar disso, pediu para manter as consultas de Psicologia, mas este pedido foi negado pela empresa. Segundo o seu supervisor: “Só tens direito a esse privilégio se trabalhares” (sic)

A.L. comentou que, recentemente, tinha contactado o seu pai, e que ambos tiveram uma discussão, pois o seu pai culpa-a por esta se encontrar na atual situação laboral . O seu progenitor alegou que se A.L. tivesse seguido as suas “diretrizes” (sic), jamais se encontraria nesta posição desfavorável. A.L. chorou ao relatar esta situação expressando falta de apoio por parte do pai, referindo: “Ele não entende, ele não me apoia. Ok, se calhar ele está mal porque os seus negócios estão obviamente parados por causa da guerra, a minha mãe está muito fragilizada psicologicamente. Mas e eu? Ele não quer saber como me sinto. Nunca quis saber”. (sic)

É nesta sessão, então, que A.L. explorou os meandros do relacionamento com o seu pai. Evocou aspetos que moldaram a sua visão sobre o pai, referindo as várias discussões relativas ao

percurso profissional escolhido por A.L. e como essas alterações influenciaram o relacionamento com o progenitor.

A.L. abordou ainda as principais fontes de conflito, uma vez que o pai tinha expectativas muito específicas em relação às escolhas profissionais de A.L., o que por sua vez gerava desentendimentos, tendo em conta que havia divergências entre as ambições de A.L. e as expectativas parentais.

Décima primeira sessão: A.L. disse que chegou a acordo com a empresa onde trabalha, podendo, assim, manter a baixa médica por recomendação da sua médica de família. Neste momento, iniciou medicação para a depressão e ansiedade, para auxiliar a controlar os elevados níveis de ansiedade e a presença de distúrbios de sono.

Demonstrou-se disposta a continuar a comparecer às nossas sessões, mesmo estando de baixa médica, visto agora ter a aprovação da empresa.

Mostrou-se visivelmente mais bem-disposta, com um humor significativamente melhorado e um aspeto mais cuidado comparativamente com as últimas semanas antes de obter a baixa médica. Mostrou-se mais confiante: “Tenho de ser eu a dar o primeiro passo para a mudança. Eu vou conseguir fazer isto. Só precisava de uma ajuda extra. E agora estou confiante”. (sic)

Décima segunda sessão: Nesta sessão, a paciente referiu encontrar-se mais ativa fisicamente. A.L. continua de baixa médica e desde que se encontra afastada, provisoriamente, do contexto laboral aparenta estar com um aspeto mais cuidado e menos angustiada. “Comecei a fazer caminhadas. Acho que é por isso que estou a começar a ficar um pouco mais energética” (sic).

Relatou, também, uma melhoria na sua qualidade do sono. No entanto, diz que ainda não se sente preparada nem com vontade para investir em contactos sociais. Entende a relevância dos momentos de contacto e de convívio entre os pares, mas sente não conseguir dar esse passo ainda. A.L. confidenciou que nunca tinha tido qualquer dificuldade em estabelecer novos contatos sociais, mas que se sente ainda “anestesiada”, ou seja, com pouca iniciativa ou vontade de novas interações, depois da reviravolta que a guerra no seu país trouxe para a sua vida. Está confiante que irá precisar de mais tempo para se adaptar a esta nova realidade, mas que no futuro consegue visualizar uma vida mais plena, estável, e acima de tudo num ambiente seguro.

Nesta sessão, A.L. aparenta estar mais motivada e com um estado de ânimo melhorado, por comparação com as anteriores sessões.

Décima terceira sessão: A.L., que ainda se encontra de baixa médica, disse ter planos para deixar a atual empresa. No entanto, tendo em conta que se encontra num apartamento partilhado e pago pela empresa, acha que isso pode representar dificuldades acrescidas, tendo em conta o custo de vida em Lisboa. Pensou em pedir auxílio aos pais, mas acha muito difícil o pai ceder-lhe essa ajuda, pelo menos enquanto se mantiver a exercer uma posição de assistente de Call Center.

Finalizou esta sessão, com a ideia de formalizar um plano de ação quanto ao seu percurso profissional. Antes de terminarmos a sessão manifestou, ainda, vontade de reabilitar algumas relações familiares do lado paterno.

Décima quarta sessão: Nesta sessão começou por fazer referências à família paterna e sobre a possibilidade de contactar a mesma: “Consegui o contato da minha avó paterna através de uma prima minha que encontrei no *Facebook*. A minha prima pareceu-me ok. Até pensei em encontrar-me com ela porque ela vive aqui na cidade. Mas não sei. Sinto que estou a trair o meu pai por me ir encontrar com a família dele”. (sic) Desta forma, nesta sessão A.L. manifestou uma grande vontade em contactar os familiares paternos e fomentar laços com os mesmos. Apesar deste aumento no seu interesse em alargar laços familiares, A.L. demonstrou uma maior agitação motora, mental e emocional. A.L. falou mais rápido do que o habitual, estalando várias vezes os dedos, e enrolando os dedos nas pontas do cabelo. Comentou que tem pensado muito a sério nesta possibilidade de se encontrar com os familiares paternos e que tem tido, novamente, mais dificuldade em dormir. Relatou, ainda, a perda de apetite durante essa semana.

Finalizou a sessão com várias interrogações que refletiam dúvidas, medos e preocupações: “Será que quero mesmo conhecer estas pessoas, ou será que quero apenas bater de frente com o meu pai? Será que estou a fazer isto de propósito para o chatear?” (sic). Mas eu vou na mesma. Eu vou fazer isto. Seja qual for o resultado e seja qual for a real intenção”. (sic)

Décima quinta sessão: Nesta sessão A.L. anuncia que já ingressara no trabalho, após o período de baixa médica. Com este regresso notou-se uma maior agitação a nível psicológico. A.L. começou por referir: “Já faz umas semanas que não pensava naquilo” (sic). Ontem pensei outra vez. Foi por breves momentos, mas pensei (sic). Quando questionada sobre o que era “aquilo”, diz simplesmente “deixar de existir”. (sic)

Aparentemente, os problemas relacionados com o seu trabalho não mudaram desde a sua ausência. Houve uma alteração apenas na sua chefia directa, que segundo A.L. é “um monstro ainda pior” (sic)

A.L. disse que durante o dia de hoje, quando avisou que iria à sua habitual sessão de psicologia, lhe retiraram a hora de almoço, alegando: “Não podes ter as duas coisas, não és mais do que os outros. Tens direito a uma hora de pausa, escolhes comer ou escolhes o psicólogo. As duas coisas não podes ter.” (sic).

O relato de A.L. revela uma situação preocupante no ambiente de trabalho, pois evidencia uma falta de compreensão por parte da gerência ou colegas de trabalho sobre a importância do cuidado com a saúde mental. A.L. estava à procura de apoio psicológico, o que é uma medida positiva para lidar com as questões emocionais e psicológicas, mas foi confrontada com uma escolha difícil: receber suporte emocional ou ter uma pausa para o almoço.

A sessão terminou 30 minutos mais cedo para que A.L. pudesse almoçar antes de retornar para o seu posto de trabalho para terminar o seu turno.

Décima sexta sessão: A.L. informou-me que esta seria a sua penúltima sessão, uma vez que foi informada pelas suas chefias de que os trabalhadores só terão direito a 6 sessões com um psicólogo. As restantes sessões tem um custo imputado ao trabalhador. Uma vez que a condição financeira de A.L., bem como a de muitos outros colegas é precária, a mesma não poderá dar continuidade às sessões semanais.

A.L. mostrou-se interessada em levar a cabo o seu plano de conhecer a sua avó paterna, embora manifestasse muita apreensão em fazê-lo por contrariar o seu pai. Está a considerar voltar ao seu médico, para lhe ser concedida mais um período de baixa médica. Disse estar com uma elevada carga laboral, e sente-se apreensiva por não conseguir alcançar o objectivo mensal estipulado pela organização para a obtenção do bónus financeiro, e dessa forma não receber os 250 euros, dizendo: “Acho que agora o mais importante é a minha saúde. Não vou pedir ajuda ao meu pai, não lhe vou pedir dinheiro. Mas vou salvar o que resta de mim. Vou ficar em casa. Não posso trabalhar mais aqui” (sic). Esta semana, disseram que eu tinha de trabalhar até à meia-noite porque não tinham pessoas suficientes, e eu disse que não podia, porque no dia seguinte estava no turno da manhã, a começar às 06h00 da manhã. Mas logo me disseram que não havia alternativa. A decisão era aquela e ponto”. (sic)

A.L. tomou a decisão de se deslocar ao norte do país para conhecer a sua avó e já agendou um encontro com a sua prima, dizendo serem passos importantes para ela, independentemente da opinião do pai. Parece ser algo que de momento lhe está a dar alguma motivação, apesar dos problemas no contexto laboral.

Décima sétima sessão: Esta sessão foi a última sessão de A.L. A sessão iniciou-se com A.L. a chorar. Chorou durante aproximadamente 10 minutos dizendo que eram lágrimas que resultavam de um misto de emoções. Por um lado, não queria que as sessões terminassem, mas não tinha alternativa dada a sua situação financeira. A.L reconheceu que as sessões foram valiosas dando-lhe importantes *inputs*. Tem planos para deixar a empresa onde trabalha, atualmente, a médio prazo e os planos a curto prazo passam pela continuidade da medicação para a depressão, ansiedade, renovação da baixa médica, e alguns movimentos no sentido da interação social (ex. contactar família paterna residente em Portugal). Tem pretensão de continuar as suas caminhadas diárias, e diz sentir-se mais otimista.

3.1.7. Análise Clínica e Reflexão do Caso (A)

O caso de A.L. é um caso interessante que permite explorar o papel de vários fatores organizacionais, sociais, culturais e pessoais (traumáticos), que podem desempenhar um papel significativo na saúde mental de um indivíduo.

Neste caso, a paciente, em vários momentos durante as sessões, manifestou angústia e desânimo associado à guerra no seu país natal, uma vez que a sua situação familiar, vida pessoal e profissional foram profundamente afetadas.

Ser um refugiado de guerra é uma experiência profundamente traumática e desafiadora que tem um impacto significativo na saúde mental das pessoas. Os refugiados de guerra são forçados a deixar as suas casas devido a conflitos armados, violência e perseguições, e muitas vezes enfrentam uma série de dificuldades ao longo da sua jornada de refúgio. O impacto na saúde mental desses indivíduos é complexo, afetando todos os aspetos das suas vidas (Bogic & Priebe, 2015).

Em muitos países, os refugiados enfrentam discriminação e estigmatização, o que pode fazer aumentar os níveis de stress e ansiedade. A sensação de não pertença e a hostilidade por parte da comunidade de acolhimento podem ser especialmente prejudiciais. Os refugiados muitas vezes

enfrentam barreiras linguísticas e culturais que dificultam a construção de relacionamentos e o envolvimento na comunidade e isso pode levar ao isolamento social e à solidão, afetando negativamente a saúde mental (Bogic & Priebe, 2015).

É importante reconhecer que os refugiados de guerra são pessoas resilientes que enfrentaram desafios extraordinários e superaram adversidades significativas. No entanto, o impacto na saúde mental é real e substancial, e é crucial que sejam oferecidos recursos e apoio para ajudá-los a lidar com estes desafios.

Por outro lado, a frustração na carreira profissional também pode desencadear ou contribuir significativamente para o desenvolvimento de síndrome de *burnout*. Quando alguém se encontra numa actividade profissional que não oferece satisfação pessoal ou que vai contra as suas expectativas e valores, é comum sentir-se desmotivado, desvalorizado e incapaz de encontrar significado no que faz. Isso pode levar a um ciclo de stress contínuo, onde a pessoa se sente presa numa situação que lhe causa desconforto e infelicidade (Montero-Marin et al., 2020).

Não seguir uma carreira alinhada com os desejos e interesses pessoais pode ter um impacto significativo em várias áreas da vida (Hirschi & Freund, 2014). A escolha de uma carreira que não corresponde aos anseios individuais pode limitar o desenvolvimento pessoal e profissional, resultando em consequências negativas. Isso reflete-se na falta de oportunidades para expandir habilidades, conhecimentos e paixões, o que pode levar à estagnação tanto na vida pessoal quanto na profissional (Kidd & Richter, 2019).

No caso de A.L., a interação destes fatores também pode contribuir para o desenvolvimento de condições como a depressão. O ciclo de stress contínuo causado pela insatisfação no trabalho e pelo sentimento de estar preso numa situação desconfortável pode ser um catalisador para o aparecimento de sintomas depressivos. A falta de motivação e a sensação de vazio podem contribuir para a deterioração do bem-estar emocional de A.L.

Os dados obtidos na anamnese e na avaliação psicológica, parecem sustentar toda a sintomatologia apresentada, uma vez que A.L. apresenta sintomas significativos de depressão, ansiedade e stress, conforme evidenciado pelos resultados dos testes aplicados. Estes sintomas têm um impacto profundo na sua vida diária, incluindo o desempenho no trabalho, relacionamentos interpessoais e o bem-estar físico e emocional.

As pontuações obtidas no teste EADS-21 para a sub-escala Depressão, sugerem que A.L. possa estar a enfrentar uma quantidade significativa de sintomas depressivos acompanhado por uma sensação avassaladora de tristeza, desesperança, desamparo e falta de interesse nas atividades diárias. Estes sintomas podem estar a interferir nas suas atividades diárias, no desempenho laboral e nas suas relações interpessoais.

Para a sub-escala Ansiedade, pontuações tão elevadas podem ser indicadores da presença de uma série de sintomas graves de ansiedade que podem estar a afetar significativamente o seu funcionamento diário. Estes sintomas podem incluir preocupação constante, medo excessivo, tensão muscular, insónia, sudorese excessiva, palpitações, e dificuldade de concentração.

Na sub-escala Stress, a pontuação obtida sugere que A.L. possa estar a enfrentar uma quantidade substancial de tensão emocional e mental. Os sintomas associados a um nível severo de stress podem incluir dificuldade de relaxamento, irritabilidade, insónia, dores de cabeça frequentes, dificuldade de concentração, tensão muscular, problemas digestivos e até mesmo uma sensação de desespero ou exaustão constante. Esta pontuação é indicativa de uma carga excessiva de stress e pode afetar drasticamente o bem-estar geral e a capacidade funcional de A.L.

Quanto à interpretação dos resultados da escala de avaliação Copenhagen-COPSOQ II, que avalia a presença de um quadro clínico de *burnout* revelam uma forte exposição a riscos psicossociais. No caso em análise, pode-se verificar que A.L. se encontra particularmente exposta a riscos psicossociais como depressão, e *burnout*, uma vez que os valores obtidos nos instrumentos aplicados foram consideravelmente elevados. Estes resultados são indicadores de níveis consideráveis de pressão e desgaste emocional no ambiente de trabalho.

De facto, os resultados obtidos nos instrumentos aplicados demonstram que níveis de stress tão elevados podem impactar negativamente o desempenho no trabalho, nos relacionamentos pessoais e na saúde física, podendo resultar numa sensação de esgotamento emocional e físico, tornando as atividades do dia a dia desafiadoras e exaustivas.

Estes dados destacam a importância de implementar estratégias de gestão de stress e promoção do bem-estar no ambiente de trabalho para mitigar os efeitos negativos destes fatores sobre a saúde e o desempenho dos trabalhadores.

Ressalta-se ainda a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e colaborativa para o cuidado da saúde mental de A.L.

Além disso, é fundamental reconhecer a importância de uma intervenção precoce e contínua, que aborde não apenas os sintomas imediatos, mas também os fatores subjacentes que contribuem para a sua condição atual.

É crucial que haja uma colaboração estreita entre profissionais de saúde mental, assistentes sociais e outros especialistas para fornecer a A.L. o suporte necessário em diversas áreas da sua vida. Isto inclui assistência psicológica para lidar com os sintomas depressivos, ansiosos e de stress, suporte social para ajudar a reconstruir a sua rede de apoio e intervenção no ambiente de trabalho para promover um ambiente mais saudável e propício ao bem-estar dos trabalhadores.

Além disso, é fundamental considerar as necessidades individuais e contextuais de A.L. ao desenvolver um plano de tratamento personalizado. Isso pode envolver o acesso a recursos comunitários, programas de reabilitação vocacional e suporte contínuo para lidar com questões relacionadas ao seu estatuto de refugiada de guerra.

Em última análise, uma abordagem integrada que leve em consideração os múltiplos aspetos da vida de A.L. é essencial para promover a sua recuperação e resiliência a longo prazo. Isto requer um compromisso contínuo com o cuidado holístico e uma abordagem centrada no paciente, que reconheça e respeite sua história, experiências e necessidades individuais.

3.2. Caso Clínico (B) – Acompanhamento Psicológico

3.2.1. Apresentação do paciente

O paciente de nome V.M. tem 33 anos de idade, e é do sexo feminino. Está no entanto em processo de alteração de identidade de género para o sexo masculino.

V.M. nasceu no Brasil, na cidade São Paulo em 1990, tendo no momento atual 33 anos de idade. Está a viver em Portugal desde 2021 e ocupa funções de técnico especializado de atendimento ao cliente numa empresa de *Contact Center*.

V.M. vive no distrito de Lisboa em apartamento partilhado, disponibilizado pela entidade empregadora.

Tem formação superior, concluindo o seu grau de mestrado em Engenharia no Brasil no ano de 2014.

3.2.2. História Clínica e Familiar

V.M. não reportou constrangimentos significativos a nível de saúde. Nunca foi submetido a cirurgias nem necessitou de internamentos durante o período de infância e adolescência.

V.M. sempre teve bons relacionamentos sociais e foi sempre teve bom aproveitamento escolar. Desde cedo, V.M. demonstrou grande interesse pelos estudos, obtendo sempre bons resultados académicos. Era uma criança curiosa e ansiosa por aprender, sempre em busca de novos desafios. A sua educação básica foi realizada em escolas públicas locais, onde se destacou tanto academicamente quanto no desporto, participando ativamente de competições de polo aquático.

V.M. tem uma paixão por engenharia desde muito jovem, quando desmontava brinquedos e pequenos aparelhos para entender o seu funcionamento. Este interesse pela mecânica e tecnologia levou-o a ingressar no curso de engenharia na universidade de São Paulo, onde se destacou pelo seu raciocínio lógico e habilidade em resolver problemas complexos. Para V.M., engenharia é mais do que uma carreira; é um modo de pensar que desafia a criatividade e estimula a inovação. Ele adora projetos de engenharia DIY (faça você mesmo) nos seus tempos livres, construindo dispositivos eletrónicos e estruturas mecânicas. Estes projetos pessoais servem como uma forma de expressão e um meio para explorar novas ideias.

Além disso, V.M. também tem um interesse profundo por moda. Ele acredita que a moda é uma forma de arte e uma forma de se expressar. Adora acompanhar as últimas tendências e

experimental combinações de roupas que refletem a sua personalidade e o estilo único. Para ele, a moda não é apenas sobre roupas, mas sobre como uma pessoa se apresenta ao mundo. V.M. frequenta eventos de moda locais e segue estilistas famosos para se inspirar e aprimorar o seu senso de estilo.

O interesse por engenharia e moda pode parecer contraditório para alguns, mas para V.M., eles são duas faces da sua personalidade criativa e inovadora. Enquanto a engenharia permite que ele exerça o seu lado racional e analítico, a moda oferece uma saída para a sua criatividade e senso estético. Esta combinação de interesses contribui para o seu bem-estar ao proporcionar um equilíbrio entre trabalho e lazer.

Após se formar em engenharia na universidade de São Paulo em 2018, V.M. iniciou a sua carreira profissional trabalhando numa empresa do sector tecnológico. O seu primeiro emprego, nesse mesmo ano foi como engenheiro de produção numa fábrica de componentes eletrónicos. Nessa função, ele era responsável por supervisionar a linha de montagem e garantir que todos os processos ocorressem sem problemas. Durante esse período, V.M. aprendeu a importância da precisão e da eficiência, além de desenvolver habilidades de liderança ao gerenciar uma equipa de técnicos e operadores.

Em 2019 V.M. decidiu procurar novos desafios profissionais e aceitou um novo projecto numa empresa de consultoria em engenharia, onde atuou como engenheiro de projetos. Essa mudança foi significativa para a sua carreira, pois deu-lhe a oportunidade de trabalhar numa variedade de projetos, desde a construção de instalações industriais até a implementação de sistemas automatizados. Como engenheiro de projetos, V.M. adquiriu experiência em gestão de clientes e em trabalhar com equipas multidisciplinares, aprimorando a sua capacidade de comunicação e coordenação.

V.M. tem um irmão mais velho, com 36 anos de idade, do sexo masculino com o qual mantém uma relação atribulada. O irmão mais velho de V.M. vive desde 2017 na Austrália, solteiro, sem formação académica e sem registo de doenças, internamentos ou cirurgias. É instrutor da prática de surf, e mantém pouco contacto com o irmão. V.M sempre manteve boas relações afectivas com os seus progenitores. A mãe de V.M. encontra-se reformada desde 2021 e o pai faleceu, subitamente em 2020, de ataque cardíaco fulminante.

Ambos os progenitores têm pouca escolaridade e um nível financeiro médio. Gerem um pequeno negócio familiar no sector alimentar. Não são conhecidas nenhuma doença, internamentos, cirurgias ou necessidade de apoio psicológico do seu pai. Por outro lado, a mãe de V.M. foi diagnosticada com um tumor cerebral em 2021, o que a levou a reformar-se mais cedo do que o programado, nesse mesmo ano. Este evento fez com que o irmão de V.M. viajasse para o Brasil em 2021 para auxiliar a mãe com o processo de recuperação do tumor cerebral, acabando por retornar para a Austrália no início de 2023.

V.M. desde cedo que soube que o seu género não correspondia ao sexo atribuído à nascença. Ao chegar à adolescência, V.M. começou a identificar-se como homem e aos 25 anos, V.M. tomou a decisão de iniciar a sua transição de género, incluindo terapia hormonal e cirurgias de redesignação sexual para alinhar o seu corpo com a sua verdadeira identidade de género. A jornada de transição foi desafiadora, mas V.M. contou com o apoio de amigos e familiares que o apoiaram na busca pela sua própria autenticidade neste processo de transformação.

Ao longo da busca pela identidade de género, V.M. passou por relacionamentos que refletiam o processo de auto-descoberta. Durante esse período, ele experimentou um misto de desafios uma vez que os parceiros não entendiam ou não estavam abertos a discutir as questões relacionadas com a identidade de género, surgindo tensões e conflitos. A falta de compreensão gerava frustração para ambos os lados. V.M. tentava expressar os seus sentimentos e explorar a sua identidade, mas encontrava resistência ou falta de empatia, resultando numa desconexão emocional.

Em outros casos, V.M. encontrou pessoas que mostravam mais interesse em compreender a sua jornada de auto-descoberta e esses relacionamentos eram mais abertos à conversa e ao apoio, permitindo a V.M. explorar e partilhar as suas experiências sem julgamento. No entanto, mesmo com essa abertura, nem todos esses relacionamentos duraram muito tempo. A complexidade emocional e as mudanças na identidade de V.M. criaram desafios que, às vezes, eram difíceis de superar para ambos os lados.

A mudança para Portugal ocorreu em 2018. V.M. decidiu mudar-se para Portugal em busca de uma vida mais inclusiva e acolhedora, na esperança de encontrar um ambiente mais recetivo, pois Portugal seria conhecido pela sua postura progressista em relação aos direitos LGBTQ+, comparativamente com o Brasil, na ótica de V.M. Encontrou em Portugal uma comunidade mais

aberta e acolhedora para pessoas transgénero, o que permitiu que ele vivesse a sua identidade de género com maior liberdade e segurança.

Esta mudança permitiu a V.M. conhecer pessoas mais diversas e ter relacionamentos mais inclusivos. Agora, aos 33 anos, V.M. está num relacionamento amoroso sólido com alguém que aceita a sua identidade como homem trans.

V.M. Conseguiu um emprego numa empresa conceituada, no entanto, desde cedo enfrentou discriminação no local de trabalho. V.M. viu-se sujeito a comentários e comportamentos preconceituosos por parte de colegas e superiores, o que o levou a enfrentar dificuldades emocionais, incluindo depressão, ansiedade e ideação suicida. As pressões no trabalho e o preconceito constante tornaram o ambiente insustentável.

Em 2022 regressou ao Brasil para o funeral do seu pai e para auxiliar a mãe com o negócio de família, ficando apenas dois meses, retornando novamente para Portugal. Após a morte do seu pai e reconhecendo a gravidade dos seus problemas de saúde mental, V.M. procurou ajuda profissional e foi diagnosticado com depressão, começando a receber tratamento terapêutico e apoio médico em fevereiro de 2021. Parou com a terapia em setembro de 2021 por achar que a mesma não estava a surtir o efeito desejado.

3.2.3. Motivo de consulta

V.M. vem reencaminhado para as consultas de psicologia por recomendação dos seus superiores hiéraqicos sinalizado com potencial risco de suicídio.

No dia 21 de março de 2023, foi realizada uma recolha de informações acerca da vida de V.M. para se proceder à elaboração do histórico do colaborador. Para tal recorreu-se a uma entrevista clínica não estruturada, no gabinete de psicologia da empresa para o qual este colaborador presta serviços.

3.2.4. Sessões de acompanhamento psicológico

As sessões de acompanhamento psicológico, (um total de 9) tiveram como base a abordagem centrada na pessoa, enfatizando a importância da empatia e aceitação incondicional. Estas sessões ocorreram num ambiente propício ao acolhimento, numa sala confortável disponibilizada pela empresa, onde V.M. se pôde sentir à vontade para partilhar as suas experiências e sentimentos. Cada sessão teve uma duração média de 50 minutos, permitindo tempo suficiente para explorar questões profundas e promover um processo terapêutico significativo.

Primeira sessão: V.M. chegou à primeira sessão começando por referir que já tinha feito psicoterapia anteriormente ressaltando alguma relutância sobre a sua potencial eficácia e, ainda, sobre a “falsa” preocupação da sua empresa face ao seu estado emocional atual: “Eu já fiz terapia antes. Eu sei como isto funciona, mas eu não tenho assim tanta certeza que desta vez você vá conseguir me ajudar. E eu sei que o meu supervisor indicou que eu falei em suicídio. Isso é que os amedronta. Que eu realmente faça isso e manche ainda mais a reputação dessa empresa. Eles não estão verdadeiramente preocupados comigo. Estão preocupados com eles.” (sic).

Durante toda a sessão, V.M. demonstrou uma comunicação contínua e desorganizada, caracterizada por um fluxo ininterrupto de palavras, sem pausas significativas para reflexão ou para permitir a interação. Esta narrativa frenética refletia a sua angústia e preocupação com os problemas laborais que estaria a enfrentar.

V.M. expressou uma série de preocupações relacionadas com ambiente de trabalho, incluindo desafios interpessoais, falta de reconhecimento, sobrecarga de tarefas e dificuldades de comunicação com colegas e superiores. O discurso desordenado sugeriu uma carga emocional significativa, indicando um nível elevado de stress e ansiedade associados às questões laborais

No final da sessão, ficou evidente que a situação de V.M. era desafiadora e complexa, com problemas que exigiam uma análise mais aprofundada e um apoio contínuo, pois surgiram questões emocionais e psicológicas profundas que precisavam ser cuidadosamente exploradas e tratadas nas sessões subsequentes, já que o tema delicado do suicídio foi mencionado, por V.M.

Esta revelação pode indicar que V.M. estaria a passar por um nível significativo de sofrimento emocional e talvez estivesse a considerar essa opção como uma forma de aliviar a sua dor. Isto destacou a urgência de fornecer apoio psicológico adicional e de abordar este assunto com sensibilidade e empatia.

Segunda sessão: V.M. nesta sessão aparentou estar com menor necessidade de ventilação emocional, especialmente acerca dos problemas enfrentados no seu contexto laboral. Desta forma, começou por contar como foi a sua vida durante o tempo que viveu no Brasil. Ao relembrar estas memórias manifestou uma vontade de contactar a sua mãe: “Devia ligar para a minha mãe, já faz uns bons dias que não falamos. Mas até para isso preciso buscar a energia que não tenho. E eu não quero que ela fique ainda mais preocupada.” (sic).

Pareceu estar visivelmente mais abatido que na sessão anterior, falando mais pausadamente, com algumas momentos de silêncio durante o seu discurso. O seu aspecto era pouco cuidado demonstrando possíveis dificuldades no seu autocuidado. Tal foi reforçado quando comentou: “Hoje não tomei banho. Ontem também não. Me desculpe. Não consegui. Não me apeteceu.” (sic)

Ao longo da sessão, foram feitas diversas perguntas para explorar e compreender a história de vida de V.M. com maior detalhe. Essas perguntas tiveram como objetivo reunir informações que ajudariam a traçar um perfil mais completo da sua trajetória pessoal e profissional. Foram feitas perguntas para entender o ambiente em que V.M. cresceu, como a sua família e experiências escolares. Isso ajudou a identificar fatores que influenciaram seu desenvolvimento. Também foi explorado o percurso de V.M. no mercado de trabalho, desde as suas escolhas de carreira até às suas experiências em diferentes empregos. As perguntas visaram identificar marcos importantes e desafios enfrentados.

Ao observar a sua comunicação não verbal, uma expressão facial apagada e sem emoção, com pouca variação ou intensidade nas reações, a presença de um semblante triste, com contatos visuais muito breves, uma postura inclinada para baixo, com os ombros caídos e movimentos lentos, e tendo em conta o aspecto físico pouco cuidado nesta sessão, são sinais que podem indicar sintomas depressivos e que seriam explorados nas sessões seguintes.

Terceira sessão: Na terceira sessão verificou-se uma notória piora do estado de ânimo de V.M. que entrou no gabinete com maior lentidão motora, mais cabisbaixo e taciturno do que o

habitual, perguntando-me se eu sabia o que era o projecto Charlie. Respondi que não e perguntei se tinha vontade de me explicar o que era.

V.M. acedeu em explicar o projeto Charlie que é, como o nome indica, inspirado em Charlie, uma pessoa não binária que, todos os dias, quando abria os sistemas para trabalhar era confrontada com o seu *dead name*, com o qual já não se identificava. A organização para a qual V.M. presta serviços está a mudar parte dos sistemas para que, desde que a pessoa é recrutada, possa determinar qual o seu nome preferencial e isso possa estar refletido nas *tools* para que seja conhecida pelo que a faz sentir melhor. Para tal, os colaboradores devem aceder à plataforma interna, e fazer a requisição da mudança de nome nas *tools* que utiliza para trabalhar e para se comunicar dentro da organização, como por exemplo assinatura de email, nome de email, ou conta *Teams*.

No entanto, no caso do paciente, que já tinha feito o pedido duas vezes, tal pedido não foi aceite. Esta situação levou a um confronto entre V.M. e o seu supervisor, que lhe disse: “Isso é uma parvoíce. Deixa estar isso como está. Eu por mim vou continuar a chamar-te pelo teu nome original, porque agora já não consigo chamar-te de outra forma.” (sic). A forma como esta situação foi gerida pela empresa levou V.M. a sentir-se muito indignado tratando-se de uma hipocrisia promover um programa que não tem qualquer intenção de ajudar ou beneficiar os funcionários, segundo o mesmo. O desfecho da sessão destacou a frustração e a injustiça que V.M. sente em relação à falta de apoio da organização em relação ao seu pedido de alteração de identificação. Este episódio também abriu espaço para explorar questões mais profundas relacionadas à identidade, inclusão e suporte emocional durante as sessões seguintes.

Ao longo desta sessão permaneci receptiva às emoções de V.M., oferecendo um espaço seguro para que ele expressasse as suas frustrações e indignações. demonstrando empatia, compreensão e disposição para abordar questões importantes para V.M.

Quarta sessão: V.M. chegou a esta sessão a chorar. Disse sentir-se muito cansado com tanto trabalho, referindo que gostava de conseguir ajudar a mãe e enviar dinheiro para o Brasil, mas que não tem conseguido dado não tem conseguido receber o prémio mensal de produtividade. Segundo V.M., as avaliações mensais que lhe dão o direito às retribuições extraordinárias são erradamente avaliadas, segundo parametros avaliativos que são impossíveis de alcançar.

Este relato indicou a presença de stress significativo relacionado com o trabalho e questões financeiras, além de possíveis sentimentos de injustiça e impotência pela sua situação atual. Esta situação colocou V.M. numa posição de desamparo e desespero, onde os seus esforços pareciam não ser reconhecidos ou recompensados de acordo com as suas expectativas e necessidades financeiras. O seu choro evidenciou a intensidade das suas emoções e o peso que esta situação estaria a exercer sobre V.M.

Foi adotada uma postura de escuta ativa, demonstrando interesse genuíno pelo que V.M. tinha a dizer e usando palavras de validação, como: "Entendo como isto deve estar a ser difícil para o V. Tem passado por muita pressão ultimamente" (sic)

Quinta sessão: V.M. iniciou a sessão visivelmente abatido, e com um aspecto descuidado, apresentado-se com a mesma indumentária das últimas duas sessões. Afirmou ter pedido férias, e apesar de ter direito às mesmas, pois já fez 6 meses de contrato, foram negadas por alegada falta de disponibilidade da empresa. "Estou demasiado cansado. Só precisava de uns dias. Na verdade eu até já tenho direito a 14 dias de férias segundo a lei portuguesa, e eu até só pedi 5 dias, e mesmo assim foi negado. Eu assim não consigo" (sic)

V.M. passou a grande maior parte do tempo desta sessão a conjecturar a hipótese de ter uns dias livres, mas pareceu descontente com todas as possibilidades, restando apenas a opção de pedir baixa médica junto do médico de família. No entanto, como V.M. não tem médico de família atribuído pelo Serviço Nacional de Saúde, acaba por complicar este processo e na óptica de V.M. isso deixava-o sem saída para o seu problema. A sensação de impotência era notória em V.M.

No final da sessão, foi destacada a importância de continuar o diálogo entre terapeuta e cliente e as sessões de acompanhamento psicológico de forma a encontrar formas construtivas de enfrentar os desafios de V.M., ressaltando a possibilidade de explorar opções e apoio profissional para aliviar o peso emocional de V.M. Foi ainda reforçada a importância de V.M. cuidar da sua saúde e bem-estar, sugerindo a procura de apoio médico mesmo diante das dificuldades relacionadas à falta de médico atribuído pelo Serviço Nacional de Saúde.

Sexta sessão: Nesta sessão, V.M. refere-se à relação conturbada com o seu irmão, começando por dizer que: "O meu irmão sempre achou que eu fui um privilegiado. Não sei de onde tirou isso. Até porque, vá lá, veja só, com as questões da minha sexualidade e identidade de género, se há coisa que nunca fui, foi privilegiado. Até porque, apesar de meus pais me darem apoio, não

foi assim no início. Foi tudo um processo. E foi longo, e foi preciso muita paciência, muitas conversas.” (sic). A esta observação foi respondido o seguinte: “Entendo que esta jornada de aceitação da sua identidade tenha sido muito desafiadora. Exigiu paciência para enfrentar algumas conversas com os seus pais. Acredito que possam ter sido partilhas muito impactantes para ambos.” (sic). V.M. acedeu com a cabeça dizendo: “Sim, foi. E é isso que o meu irmão nunca entendeu. Ele não vê as coisas do meu lado. Ele não sabe o que eu senti na altura e continuo a sentir. Ele não entende a minha história.” (sic). Ao qual foi respondido: “É complicado quando as pessoas têm diferentes perspectivas. Essa divergência pode gerar mal-entendidos, especialmente em relações familiares. E não deixo de sentir que isto ainda lhe provoca muita mágoa.” (sic)

V.M. está convicto que o seu irmão sofre, eventualmente de alguma perturbação mental, tendo em conta todo o seu comportamento. Afirmou que em criança, a sua mãe o levou a técnicos especializados para descartar essa hipótese, mas que os resultados foram inconclusivos. Os pais de V.M. acreditavam que o seu filho mais velho apenas precisaria de mais tempo para elaborar as suas tarefas, e que o seu ritmo apesar de ser diferente dos demais, por ser mais lentificado, não queria dizer necessariamente que apresentasse problemas de origem cognitiva ou outra. V.M. disse, ainda, que lamenta profundamente que não consiga estabelecer uma relação saudável com o seu irmão, mas que ainda não perdeu a esperança de um dia conseguir ganhar um vínculo emocional mais forte com o mesmo.

Sétima sessão: V.M. esteve duas semanas sem conseguir vir às sessões de acompanhamento psicológico. Nesta sessão referiu estar com dificuldades em dormir, descrevendo que adormece facilmente, mas passado duas horas desperta e já não consegue voltar a dormir. Também relatou alguma perda de apetite e falta de motivação para eventos sociais dizendo: “Não consigo aceitar nenhum convite. Não tenho essa energia para sair de casa. Já tenho de sair de casa para trabalhar. Depois só quero vir para casa novamente.” (sic)

Diante destes sintomas, V.M. compartilhou que irá procurar ajuda psiquiátrica no setor privado e que tem uma consulta agendada para a semana seguinte. Ele acredita que pode precisar de medicação para ajudar a acalmar-se, de modo a conseguir performar as suas tarefas laborais e a manter alguma estabilidade na sua rotina.

Oitava sessão: V.M. chegou à sessão com um atraso de 20 minutos, alegando que o seu supervisor não o deixou sair para a consulta. Ele chegou bastante irritado, suado e agitado em termos de movimentos, falando alto e sem permitir qualquer intervenção.

Durante a sessão, o V.M. expressou a sua frustração e indignação em relação à situação que estaria a enfrentar na empresa, por lhe negarem um serviço que dizem promover, que são as consultas de psicologia, dizendo: “Que é isso? Me negam um serviço que eles dizem oferecer? Me mandam para cá porque estão com medo do meu comportamento. O meu supervisor, sabe o que ele me disse? Que isso é só para malucos. Estas consultas é para quem é maluco.” (sic)

As emoções foram descritas com intensidade, expressando raiva, desapontamento e descrença na conduta da empresa e dos seus superiores. V.M. diz sentir-se estigmatizado e menosprezado devido à percepção de que as sessões terapêuticas são destinadas apenas a indivíduos com problemas mentais graves. V.M. utilizou termos fortes para expressar a sua indignação, descrevendo a empresa e seus colegas de trabalho de forma pejorativa.

Nona sessão: V.M. entrou na sala com uma expressão séria e um olhar preocupado. Após alguns minutos iniciais de silêncio, V.M. começou a falar sobre a sua consulta recente com o psiquiatra. “Então, Ana, a consulta foi... interessante”, (sic) começou V.M., esboçando um sorriso irónico e hesitando por uns momentos antes de mergulhar em detalhes. “O psiquiatra fez muitas perguntas sobre o meu histórico, a minha vida, e tentou entender melhor o que tenho sentido ultimamente.” (sic)

Ouvi atentamente, encorajando V.M. a partilhar mais. V.M. continuou, descrevendo as perguntas específicas feitas pelo psiquiatra sobre os seus sentimentos, padrões de sono, apetite e outros aspectos relacionados à sua saúde mental.

“Houve um momento em que me senti um pouco desconfortável”, (sic) confessou V.M., franzindo a testa. “Ele trouxe à tona algumas lembranças do passado que eu preferiria não reviver, mas acho que faz parte do processo, não é?” (sic)

Ana: “Sim, revisitar o passado pode ser desafiador, mas muitas vezes também necessário. Como dizes, faz parte do processo”. (sic)

V.M expressou as suas preocupações sobre a possibilidade de ser diagnosticado com algum transtorno mental, revelando alguns medos associados a esta perspetiva.

A sessão continuou com uma discussão mais aprofundada sobre as recomendações do psiquiatra e a possibilidade de integrar abordagens terapêuticas e medicamentos, se necessário.

No final da sessão, V.M. saiu da sala parecendo bastante mais reflexivo do que o habitual.

V.M. não retornou mais às sessões.

3.2.5. Discussão do caso com base na teoria psicoafetiva

Nas primeiras sessões, focámo-nos em estabelecer uma relação terapêutica sólida, de forma a ajudar V.M. a explorar os seus sentimentos e experiências emocionais em relação à sua identidade de gênero, reconhecendo a importância de validar as suas emoções e oferecer um espaço seguro para partilhar as suas preocupações. V.M. pôde expressar de forma aberta as suas lutas internas, as suas experiências de discriminação no trabalho e os desafios enfrentados durante a sua transição de gênero.

Nas sessões subsequentes, foi explorado mais a fundo questões relacionadas com a identidade de gênero, utilizando alguns conceitos da teoria psicoafetiva para ajudar V.M. a compreender melhor as suas próprias emoções e experiências.

Nesta abordagem humanista, a atenção não é voltada apenas para os problemas do indivíduo, mas sim para ele como um todo, com o objetivo de ajudá-lo a desenvolver uma visão mais realista das suas percepções e promover autonomia e confiança. Para alcançar isso, a realidade do cliente é entendida através dos princípios fundamentais, como a autenticidade do terapeuta, empatia e aceitação positiva incondicional (Eremi & Ubulom, 2016).

Ao longo das nove sessões, a teoria psicoafetiva serviu como uma estrutura teórica abrangente para compreender e abordar as necessidades emocionais de V.M., ajudando-o a navegar na jornada de autodescoberta, aceitação e crescimento pessoal.

A teoria psicoafetiva procura auxiliar e fortalecer o crescimento pessoal do indivíduo, capacitando-o a enfrentar não apenas os desafios atuais, mas também possíveis dificuldades futuras, de uma forma mais eficaz. O objetivo não é resolver um problema específico de imediato, mas sim fornecer suporte para que a pessoa desenvolva habilidades e recursos emocionais que possam ser aplicados em diversas situações ao longo da vida (Hipólito, 2011).

Desta forma, a abordagem terapêutica predominante foi baseada em respostas empáticas, que envolvem expressar compreensão pelo indivíduo, mostrando interesse e sensibilidade ao conteúdo que ele compartilha (Murphy & Joseph, 2019).

Foi adotada uma abordagem não diretiva, na qual não foram feitos julgamentos, sejam eles positivos ou negativos. V.M. teve total liberdade para conduzir as sessões conforme a sua vontade, assumindo o controle sobre o curso das conversas, já que um ambiente sem julgamentos é crucial para que o cliente desenvolva *insights*, permitindo que ele aplique posteriormente essas aprendizagens à sua vida cotidiana (Moon & Rice, 2012).

3.2.6. Conclusão e Reflexão do Caso (B)

A história de V.M. destaca as lutas que muitas pessoas transgênero enfrentam, especialmente no local de trabalho, devido à discriminação e ao preconceito. É importante que a sociedade e as empresas trabalhem ativamente para criar ambientes inclusivos e seguros para todos, independentemente da sua identidade de gênero.

O quadro apresentado por V.M. sugere uma situação preocupante, com indícios de *burnout* e sintomas de ansiedade associados a um ambiente de trabalho hostil. A relação entre identidade de gênero e preconceito no local de trabalho é fundamental para entender o impacto dessas condições na saúde mental e bem-estar de V.M.

A relação entre a identidade de gênero e o preconceito no local de trabalho é um assunto de extrema importância que merece reflexão e atenção, pois pessoas transgênero enfrentam desafios únicos e significativos quando se trata de discriminação e preconceito no ambiente profissional, e isso pode ter sérias consequências para a sua saúde mental, bem-estar e desenvolvimento de carreira (White et al., 2015).

Em primeiro lugar, é crucial reconhecer que as pessoas transgênero merecem igualdade de oportunidades e tratamento justo no local de trabalho, assim como qualquer outra pessoa.

O preconceito e a discriminação podem-se manifestar de diversas formas, desde comentários insensíveis e piadas ofensivas até à recusa em usar o nome e pronome corretos de uma pessoa ou negar-lhes promoções e oportunidades de carreira com base na sua identidade de género. Estes comportamentos prejudicam não apenas as pessoas transgénero, mas também as organizações como um todo (Badgett et al., 2013).

A diversidade é um aspecto valioso para qualquer empresa, trazendo diferentes perspectivas, criatividade e inovação. Quando as pessoas são constrangidas ou impedidas de serem autênticas no trabalho, isso prejudica a cultura da empresa e a moral dos funcionários.

Além disso, o impacto emocional do preconceito no local de trabalho não pode ser subestimado. Muitas pessoas transgénero enfrentam níveis significativos de stress, ansiedade e depressão devido à discriminação e ao estigma, o que pode afetar negativamente a sua saúde e bem-estar geral (Bockting et al., 2013)

Para superar este problema, é essencial que as empresas adotem políticas e práticas inclusivas que garantam que todas as pessoas se sintam respeitadas e valorizadas no seu local de trabalho. Isso envolve sensibilização, formação e educação sobre questões de identidade de género, bem como a criação de um ambiente em que todos os funcionários se possam expressar de acordo com a sua verdadeira identidade de género sem medo de retaliação.

Em resumo, a reflexão sobre casos de pessoas transgénero e o preconceito no local de trabalho remete-nos para a importância de respeitar e celebrar a diversidade de identidades de género. É um apelo para a criação de ambientes de trabalho inclusivos e acolhedores, onde todos os funcionários possam prosperar, independentemente da sua identidade de género. Isso não apenas melhora a vida das pessoas transgénero mas também fortalece as empresas e a sociedade como um todo.

IV Parte - Considerações finais

4.1 Conclusão

O bem-estar mental, emocional e físico dos trabalhadores é um tema de crescente importância dentro do ambiente de trabalho. Nas últimas décadas, têm-se observado um aumento alarmante nos casos de ideação suicida, depressão e *burnout* entre os profissionais, fenômenos que representam sérios desafios não só para as organizações, como para os psicólogos (Talavera et al., 2021).

A promoção da saúde mental no local de trabalho envolve uma abordagem abrangente que inclui a prevenção de problemas de saúde mental, a intervenção precoce e o apoio contínuo. As empresas devem adotar estratégias eficazes e respeitar as implicações éticas e legais para criar um ambiente de trabalho saudável e inclusivo, onde a saúde mental seja valorizada e apoiada. Isto não só beneficia os funcionários individualmente, mas também contribui para o sucesso e a sustentabilidade da organização como um todo (Castelôa et al., 2019).

Desta forma, a avaliação do estado mental dos funcionários é um processo fundamental para identificar e abordar possíveis problemas de saúde mental que possam afetar o bem-estar e o

desempenho do trabalhador no ambiente de trabalho. É uma prática cada vez mais relevante, considerando a crescente consciencialização sobre a importância da saúde mental no local de trabalho (Scheid & Brown, 2017).

Por sua vez, os acompanhamentos psicológicos em contexto laboral permitem reduzir o estigma associado aos problemas de saúde mental e garantir que os funcionários tenham acesso ao suporte necessário para lidar com as suas preocupações (Scheid & Brown, 2017).

A depressão, o stress ocupacional, a ansiedade, o *burnout* e a ideação suicida são problemas sérios que podem afetar qualquer pessoa, independentemente do ambiente em que trabalham. Estes problemas são complexos e muitas vezes requerem intervenções multifacetadas e de longo prazo (Furtado & Filho, 2021).

No entanto, a pressão e as exigências das organizações atuais podem aumentar significativamente o risco destas questões emergirem e os psicólogos podem encontrar desafios ao tentar fornecer ajuda adequada num ambiente de trabalho que valoriza a rapidez e a eficiência, em detrimento da saúde mental (Vasconcelos et al., 2019).

Assim sendo, introduzir programas de saúde mental no local de trabalho e promover uma cultura de apoio à saúde mental pode encontrar resistência por parte dos gestores ou funcionários que não reconhecem a importância dessas iniciativas, e embora essas dificuldades e limitações possam ser desafiantes, elas não invalidam a importância do trabalho do psicólogo dentro das organizações (Emerson et al., 2017).

Em vez disso, destacam a necessidade de uma abordagem holística e colaborativa para promover a saúde mental no local de trabalho, envolvendo não apenas os psicólogos, mas também as equipas de liderança, os recursos humanos e todos os membros da equipa, uma vez que, eles podem superar esses obstáculos e criar um ambiente de trabalho mais saudável e seguro para todos.

O estigma associado à saúde mental no local de trabalho muitas vezes impede que os trabalhadores procurem ajuda, tornando o papel do psicólogo ainda mais crucial (Angermeyer & Mastschinger 2003). A prevenção envolve a promoção da saúde mental no local de trabalho por meio de programas de bem-estar e consciencialização. Isto pode incluir workshops de gestão de stress, resiliência e equilíbrio entre trabalho e vida pessoal. Estas iniciativas não ajudam apenas a evitar que problemas se desenvolvam mas também criam uma cultura organizacional mais solidária e compassiva (Emerson et al., 2017).

A intervenção adequada é crucial quando um trabalhador está em sofrimento com estas questões. É importante reconhecer que o trabalho do psicólogo não é uma solução única para todas as questões de saúde mental no local de trabalho mas sim uma componente valiosa. O apoio organizacional e a criação de uma cultura que valorize a saúde mental são igualmente essenciais.

4.2 Reflexão Pessoal

Como reflexão pessoal, vejo o trabalho do psicólogo nas organizações como uma luz de esperança num mundo muitas vezes impessoal e orientado para os resultados.

Quando os trabalhadores sabem que têm apoio emocional e profissional, é mais provável que se sintam valorizados e motivados, o que, por sua vez, pode aumentar a produtividade e a satisfação no trabalho (Guimaraes & Iizuka, 2016). Portanto, investir na saúde mental dos trabalhadores não é apenas uma escolha ética, mas também uma decisão inteligente para o sucesso a longo prazo de qualquer organização.

Embora o trabalho do psicólogo dentro das organizações seja fundamental para promover a saúde mental dos funcionários e melhorar o ambiente de trabalho, existem várias dificuldades e limitações que podem afetar a eficácia desse papel. É importante reconhecer essas limitações para compreender melhor os desafios enfrentados pelos profissionais que actuam nos meios corporativos, uma vez essas limitações, são muitas vezes, restrições ou impedimentos de alteração da cultura corporativa.

Muitos funcionários têm receio de procurar ajuda psicológica no local de trabalho devido ao estigma associado à saúde mental. Mesmo com a garantia de confidencialidade, alguns podem temer que as suas questões se tornem conhecidas pelos colegas ou pela administração e isso pode dificultar a identificação e a intervenção precoce em casos de depressão, *burnout* e ideação suicida.

Os psicólogos clínicos que trabalham em organizações muitas vezes enfrentam pressões para priorizar o bem-estar da empresa em detrimento do bem-estar dos funcionários e isso pode

levar a conflitos de interesse e dificultar a implementação de políticas e programas que beneficiem verdadeiramente a saúde mental dos colaboradores.

As organizações nem sempre alocam recursos adequados para programas de saúde mental no local de trabalho, o que pode resultar numa carga excessiva de trabalho para os psicólogos e falta de acesso suficiente a serviços de aconselhamento e apoio para os funcionários.

Em algumas culturas e ambientes de trabalho, a abordagem da saúde mental pode ser vista como estranha ou inaceitável. Os psicólogos podem enfrentar resistência para implementar mudanças significativas na cultura organizacional.

Como limitações e dificuldades deste estágio, o facto destas sessões de acompanhamento psicológico para falantes de dupla nacionalidade, que falam inglês e português, mas não dominam totalmente a língua portuguesa, pode apresentar desafios significativos. Esta situação envolve considerações culturais, linguísticas e psicológicas que requerem uma abordagem sensível e cuidadosa por parte do psicólogo. O idioma é uma parte fundamental da comunicação em sessões de aconselhamento psicológico. Se o cliente não domina bem a língua em que as sessões são conduzidas (por exemplo, o português), pode ser difícil ao nível da expressão dos pensamentos, sentimentos e experiências e isso pode limitar a qualidade da comunicação e a compreensão entre o psicólogo e o cliente. A falta de fluência num idioma pode dificultar a capacidade do cliente articular as suas emoções de forma adequada e precisa. Os clientes podem encontrar dificuldades acrescidas ter para encontrar as palavras certas para descrever o que estão a sentir, o que pode levar a mal-entendidos e à falta de profundidade no processo terapêutico.

Clientes com dupla nacionalidade podem trazer consigo diferentes contextos culturais, crenças e valores associados às duas culturas, afetando a compreensão mútua e a empatia entre o psicólogo e o cliente, especialmente se o psicólogo não estiver familiarizado com essas culturas. Os clientes que não dominam completamente o idioma da sessão podem-se sentir alienados ou excluídos, o que faz com que se crie uma barreira emocional entre o cliente e o terapeuta, dificultando o estabelecimento de um relacionamento terapêutico sólido.

Para superar essas dificuldades, os psicólogos que trabalham com clientes de dupla nacionalidade devem adotar abordagens sensíveis e adaptadas, como fornecer espaço e tempo para o cliente se expressar em ambas as línguas, se possível, para facilitar a compreensão mútua, e realizar uma avaliação cultural abrangente para entender as influências culturais e identitárias do cliente.

A administração de sessões de aconselhamento psicológico para falantes de dupla nacionalidade que não dominam completamente um dos idiomas envolvidos pode ser desafiadora, mas com uma abordagem sensível e adaptada, é possível superar essas dificuldades e fornecer apoio eficaz aos clientes. O foco deve estar na criação de um ambiente terapêutico inclusivo e na promoção da comunicação eficaz.

É fundamental destacar as expectativas dos estagiários neste momento da trajetória acadêmica e profissional. Neste estágio, espera-se que os estudantes consolidem os conhecimentos já existentes e adquiram novas aprendizagens. Ao ingressar num ambiente de estágio, os estudantes de mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento têm a oportunidade de se conectar diretamente com a realidade prática, onde podem testemunhar em primeira mão a importância e o rigor que um psicólogo clínico desempenha em várias dimensões da vida das pessoas.

Como estagiários, temos a oportunidade de partilhar todas as dúvidas e inseguranças naturais associadas à falta de experiência, bem como absorver todo o conhecimento disponível. Como tal, nesta fase de aprendizagem e aquisição de conhecimentos e habilidades, foi fundamental contar com uma orientação próxima, fornecida por profissionais experientes e rigorosos, pois isso orienta o trabalho dos estagiários, auxiliando no processo de aprendizagem, desenvolvimento de competências e aprimoramento de suas intervenções clínicas.

Em resumo, este estágio representou uma oportunidade valiosa para a solidificar habilidades e construir uma base sólida para as futuras carreiras como psicólogos clínicos, que em última análise resultará num crescimento profissional significativo e com um impacto duradouro na nossa identidade profissional no futuro.

Referências Bibliográficas

- Albarelo, L., Digneffe, F., Hiernaux, J., Maroy, C., Ruquoy, D., & Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Albornoz, A. C. G. (2016). *Devolução das informações do psicodiagnóstico. A entrevista de anamnese. O processo psicodiagnóstico*. Psicodiagnóstico. Porto Alegre: Artmed.
- Almeida, A., de Almeida, A., Sousa, M. P. L., Liberato, L. C., Brasil, M. Y. O., & da Silva, C. R. L. (2021). O suicídio como um problema de saúde pública. *Saúde Coletiva*, 11(61), 5018-5027. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i61p5018-5027>.
- Alves, T.C.T.F. (2015). Depressão e ansiedade entre estudantes da área de saúde. *Revista de Medicina*, 93(3), 101-105. doi: [10.11606/issn.1679-9836.v93i3p101-105](https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v93i3p101-105).
- Alvim, A. L., Reis, L. C., Gonçalves, M. C. B. R., Ferreira, S. C. E., & Vaz, R. (2019). Avaliação das práticas de higienização das mãos em três unidades de terapia intensiva. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 9(1). <https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.11605>.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. (7ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, A. N. (2001). *Formação em psicologia: Hierarquia versus antropofagia*. Psicologia e Sociedade.
- Angermeyer, M. C., & Mastschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental health. *Acta Psychiatrica Scand.*, 108(4), 304-9.
- APA, American Psychiatric Association. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Artmed Editora. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- APA, American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.

- Assumpção, G. L. S., Oliveira, L. A., & de Souza, M. F. S. (2018). Depressão e suicídio: uma correlação. *Pretextos Revista da Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica Minas*, 3(5), 312-333. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15973>.
- Anbazzhagan, A., & Rajan, L.J. (2013). A conceptual framework of occupational stress and coping strategies. *Zenith International Journal of Business Economics & Management Research*, 3(5):154-172.
- Badgett, M. V. L., Durso, L. E., & Kastanis, A. (2013). The Business Impact of LGBT-Supportive Workplace Policies. *The Williams Institute*
- Barlow, D. H. (2016). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (Ed. 5). Porto Alegre: Artmed.
- Belkic, K., & Savic, C. (2013). *Job Stressors and Mental Health*. <https://books.google.pt/books>.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bernardo, M., Souza, H. A., Garrido Pinzón, J., & Kawamura, E. A. (2015). Salud mental relacionada con el trabajo: desafíos para las políticas públicas. *Universitas Psychologica*, 14(5), 1613-1623.
- Boff, L. (1999). *Ética da Vida*. Buenos Aires: Letraviva.
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the U.S. transgender population. *American Journal of Public Health*, 103, 943–951. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC international health and human rights*, 15(1), 29.
- Borsa, J. C., & Damásio, B. F. (2017). *Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos* (pp. 9-11). Vetor Editora.
- Borritz, M. & Kristensen, T. S. (2004). Copenhagen Burnout Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout (PUMA: Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction). *National Institute of Occupational Health, Denmark, Copenhagen*.

- Buela-Casal, G. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Braaten, E. (2007). *The Child Clinician's Report: Writing Handbook*. New York: Guilford Press.
- Bridgeman, P.J., Bridgeman, M.B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(3), 147-152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>.
- Brodley, T. B. (1998). O Conceito de Tendência Atualizante na Teoria Centrada no Cliente. A Pessoa como Centro - *Revista de Estudos Rogerianos*, 2.
- Brunório, W., Pasotti, J. R., Cardoso, C.A.A.S., & Felix, J. J.C. (2017). Liderança e Motivação no Trabalho. Racre - *Revista de Administração*, Brasília. 17 (21). <http://ferramentas.unipinhal.edu.br/racre/viewarticle.php?id=308>
- Callahan, J. L., & Watkins, C. E. (2018). Evidence-based training: the time has come. *Training and Education in Professional Psychology*, 12(4), 211-218.
- Campos, D. (2008). *Atuando em Psicologia do trabalho. Psicologia organizacional e recursos humanos*. São Paulo: LTC Editora.
- Cardoso, C., & Seminotti, N. (2006). O grupo psicoterapêutico no Caps. *Ciência e Saúde Coletiva*.
- Castelôa, L., Luís, S., Romeiro, T., & Oliveira, I. (2019). Prevalência das lesões músculoesqueléticas relacionadas com o trabalho dos enfermeiros: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 63-74.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. (2.^a Ed.). New York: The Guilford Press.
- Chehil, S., & Kutcher, S. (2007). *Gestão de risco de suicídio - Um manual para profissionais de saúde*. Lisboa. Lundbeck Institute Portugal.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*. Porto Alegre: Artmed.
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução nº 009, de 25 de abril de 2018*. CFP
- Corrêa, R. Z. A. (2008). *Estresse laboral e qualidade de vida em enfermeiras: evidências de validade*. (Dissertação de mestrado não-publicada, Curso de Mestrado em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba).

- Correia, D. T. & Paulino, M. (2014). *Entrevista e história psiquiátricas. Manual de psicopatologia*. (2ª ed.). Lisboa:Lidel – EdiçõesTécnicas, Lda.
- Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias. Abordagens Actuais* (3.ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cormac, I. & Mace, C. (2008). *Psychological therapies in psychiatry and primary care*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Cherniss, C. (1980) *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- Cox, T., Griffiths, A., Barlowe, C., Randall, R., Thomson, L. & Rial-Gonzalez, E. (2000). Organisational interventions for work stress: A risk management approach. Contract Research Report 286/2000. *Health and Safety Executive*.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-Resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499 –512.
<http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Portugal – Saúde mental em números – 2015*. Direção Geral da Saúde. Lisboa. <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Depressão e outras Perturbações Mentais Comum: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. Solidão e Sintomas Depressivos no Idoso Institucionalizado*.<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2021). *Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho- Guia Técnico nº3/ Programa Nacional de Saúde Ocupacional*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/guias-tecnicos/guia-tecnico-n-3-pdf.aspx>
- Dworkin, R., Van Vuuren, L. J., & Eiselen, R. J. (2010). A quantitative ethics risk analysis for the profession of industrial psychology in South Africa. *Annual SIOPSA conference: Industrial and organisational psychology stepping up*.
- Ehring, T., Razik, S., & Emmelkamp, P. M. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. *Psychiatry Research*, 185(1-2), 161-166. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.10.018>.
- Emerson, N., Merrill, D., Shedd, K., Bilder, R., & Siddarth, P. (2017) .Effects of an employee exercise programme on mental health. *Occupational Medicine*. 67(2): 128-134. doi.org/10.1093/occmed/kqw120.

- Eisenlohr, M. G. V. (1999). Serviço de aconselhamento psicológico do IPUSP: Breve histórico de sua criação e mudanças ocorridas na década de 90. *Aconselhamento Psicológico*
- EU-OSHA. (2021). Portal da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. *Riscos psicossociais e stresse no trabalho - Segurança e saúde no trabalho - EU-OSHA* (europa.eu)
- Eremie, M. D., & Ubulom, W. J. (2016). Review of Person-Centered Counselling 92 Theory. *International Journal od Innovative Education Research*, 4(2), 46-50. ISSN: 2354-2942
- Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.). Testes e provas psicológicas em Portugal, II (pp.123-130). *Sociedade Portuguesa de Segurança e Higiene Ocupacionais*
- Ferreira, F. A. P. (2009). *Percepção da Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários*. (Dissertação de Mestrado em Saúde Ocupacional da Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra).
- Fontenelle, P. (2008). *Suicídio - O Futuro Interrompido: Guia para Sobreviventes*. Lisboa: Geração.
- Furtado, M.I., & Filho, M.B.O. (2021). Depressão como fator de risco para suicídio: Uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 6. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16046>
- Freitas, L. (2011). *Segurança e Saúde do Trabalho*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Guic, E., Bilbao, M. A., & Bertin, C. (2002). Estrés laboral y salud en una muestra de ejecutivos chilenos. *Revista Médica de Chile*, 130 (10), 1101-1112.
- Guimaraes, L. A. M., & Iizuka, E. S. (2016). Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.27902017>
- Gliatto, M. F., & Rai, A. K. (1999). Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation. *American family physician*, 59(6), 1500-6. <https://europepmc.org/article/nbk/nbk565877>.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment*. (4ª Ed.). New Jersey: Wiley & Sons Inc.
- Harvey, D. (1989). *A Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Edição Loyola.

- Hogan, P. (2006). *Introdução à prática de Testes Psicológicos*. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos.
- Hunsley, J. (2002). Psychological testing and psychological assessment: A closer examination. *American Psychologist*, 57, 139-140.
- Hutz, C. S. (2009). Ética na avaliação psicológica. Avanços e polêmicas em avaliação psicológica. *Casa do Psicólogo*.
- Hipólito, J. (1999). Biografia de Carl Rogers. *Revista de Estudos Rogerianos - A Pessoa como Centro*. 3,1-13.
- Hipólito, J. (2011). *Desenvolvimento Psico-Afetivo - Implicações Psicopatológicas*. In J. Hipólito (Ed). Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano (pp. 147–162). EDIUAL.
- Hirschi, A., & Freund, P. A. (2014). Career adaptivity, adaptability, and adapting: A conceptual and empirical investigation. *Journal of Vocational Behavior*, 84(1), 1-10.
- Hogan, P. (2006). *Introdução à prática de Testes Psicológicos*. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos.
- International Labour Organization. (2022). *Psychosocial Risk Analysis in Delivery Sector Employees*. Ankara.
- Kidd, J. M., & Richter, A. W. (2019). Personality and career satisfaction: examining affective, cognitive, and behavioural mediators. *Journal of Vocational Behavior*, 113, 45-59.
- Kristensen, T., Hannerz, H., Hogh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal for Environment Health*, 6, 438-449.
- Lafer, B., Almeida, P., Fráguas, R. J. R. & Miguel, E. C. (2000). *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Leahy, R. L. (2011). *Livre de ansiedade*. Porto Alegre. Artmed.
- Leal, I., Pimenta, F., Marques, M. (2012). *Intervenção em psicologia clínica e da saúde: modelos e práticas*. Lisboa: Placebo Editora.
- Leal, I., (2011). *A Entrevista Psicológica: Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século.

- Levin, M. M., Buckett, A. (2011). Discourses regarding ethical challenges in assessments. Insights through a novel approach. *SA Journal of Industrial Psychology*, 37(1), 01-13.
- Lovibond, P. F., Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states
Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.003 » <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.05.003>.
- Lundberg, U., Cooper, C. L. (2011). *The Science of Occupational Health: Stress, Psychobiology and the New World of Work*. New York: John Wiley & Sons.
- Leiter, M. P., Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of organizational behavior*, 9(4), 297-308.
- Maslach, C., Leiter, M. P. (1997). *The truth about Burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. New Jersey: Jossey-Bass Publishers.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, v. 52, p. 397-422.
- Mennin, D. (2004). Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29.
- Montero-Marin, J., Araya, R., Blasco, M. J., Vallejo, M. A., & Barceló-Soler, A. (2020). Burnout subtypes and absence of self-compassion in primary healthcare professionals: A cross-sectional study. *PloS one*, 15(4), e0231783.
- Moon, K. A., & Rice, B. (2012). The nondirective attitude in client-centered practice: A few questions. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(4), 289- 303. <http://doi.org/10.1080/14779757.2012.740322>
- Murphy, D., & Joseph, S. (2019). Contributions from the person-centred experiential approach to the field of social pedagogy. *Cambridge Journal of Education*, 49(2), 181-196. <https://doi.org/10.1080/0305764X.2018.1488946>
- Nasution, R. A., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2019). Effect of cognitive behavioral therapy and peer leadership on suicidal ideation of adolescents in Bengkulu. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 42(1), 90-96. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578300>.

- O'Connor, E., Gaynes, B., Burda, B. U., Williams, C., & Whitlock, E. P. (2013). Screening for suicide risk in primary care: A systematic evidence review for the US Preventive Services. *National Institute of health*. <https://europepmc.org/article/nbk/nbk137737>.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society. Biological Sciences*. 373(1754), 1-10. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>.
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. (2008). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Organização Mundial da Saúde.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. (2022). *Relatórios anuais de Estatísticas Mundiais de Saúde da OMS*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistic>.
- EU-OSHA, (2021). Riscos Psicossociais e Stress no Trabalho. *European Agency for Safety and Health at Work*. <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Oswaldo, Y. C. (2009). Vulnerabilidade ao estresse no trabalho, coping, depressão e qualidade de vida: evidências de validade. *Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia*, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2013). *Prevenção e Intervenção Psicológica no Suicídio*. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/prev_e_interv_psic_suic.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). *O Perfil dos Psicólogos da Saúde*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/perfilpsis_saude.pdf.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). *Código Deontológico*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). *Código Deontológico*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_nao_637_2021.pdf.

- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). *Vamos falar sobre suicídio?* https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_diamundialprevencaosuicidio_documento.pdf.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). *Contributo Científico OPP – O Bem-Estar Organizacional*. Lisboa.
- Okamoto, A., Dattilio, F. M., Dobson, K. S., & Kazantis, N. (2019). The therapeutic relationship in cognitive-behavioural therapy: Essential features and common challenges. *Practice Innovations*, 4(2), 112-123. <https://doi.org/10.1037/pri0000088>.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behavior Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>.
- Patterson, L.E., & Eisenberg, S. (1988). *O processo de aconselhamento*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pearlin, L. I. (1982). *The social contexts of stress: Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. London: Collier MacMillan Publishers.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Pupo, L. R., & Ayres, J. R. C. M. (2013). Contribuições e limites do uso da abordagem centrada na pessoa para a fundamentação teórica do aconselhamento. *Temas em Psicologia*, 21(3):1089-1106.
- Quick, J., & Henderson, D. (2016). Occupational stress: preventing suffering, enhancing wellbeing. *International journal of environmental research and public health*, 13(5), 459. 04/2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4881084/>.
- Ricou, M. (2014). *A ética e a deontologia no exercício da psicologia*. Lisboa. Ordem dos Psicólogos Portugueses.

- Rocha, S., & Bussinguer, E. (2016). A invisibilidade das doenças mentais ocupacionais no mundo contemporâneo do trabalho. *Revista de Ciências Jurídicas*. v. 21, n. 3, p. 1104-1122. <http://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/4470>.
- Rogers, C.R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. New York: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95.
- Rogers, C. R. (1997). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. R., & Wallen, M. A. (1946). *Manual de Counselling*. Encontro – coleção psicologia e existência.
- Rose, G. M., & Tadi, P. (2021). Social anxiety disorder. *National Institute of health*. StatPearls; 1(2):1-7.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Santos, A. G. (2016). Satisfação e Desempenho: um estudo com empregados de contato pp. 63,64. *Tese de Mestrado em Marketing, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra*.
- Santos, K. D. A., Caldas, C. M. P., & Silva, J. P. (2022). Pandemia covid-19, saúde mental, apoio social e sentido de vida em professores. *SciELO Preprints*, In DOI: 10.1590/SciELOPreprints.3575.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). *Burnout: An Overview of 25 years of Research and Theorizing. The Handbook of Work and Health Psychology*. New York: John Wiley e Sons, Ltd.
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & de Witte, H. (2020). Burnout assessment tool, development, validity, and reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>.

- Scheid, T. L., & Brown, T. N. (2017). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (3rd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schein, E. H. (1982). *Psicologia organizacional*. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil.
- Shea, S. C. (1998). The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 58-72. <http://nebula.wsimg.com/fa0c39dd9e77f1ab6f530c6b399f8ba5?AccessKeyId=110A682CAE49E5C1ABD8&disposition=0&alloworigin=1>.
- Shirom, A. (2003). *Job-related burnout. Handbook of occupational health psychology*. (pp. 245-265). American Psychological Association.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. London: Oxford University Press.
- Serra, A. V. (2011). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J., & Nossa, P. (2006). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSOQ – Versão Portuguesa*. Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Silveira, M. A. & Bandeira, D. R. (2016). *A entrevista de anamnese. O processo psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed.
- Sobral, M. (2006). *A atribuição da psicologia na avaliação do idoso*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Sousa, D. (2020). O Mindfulness na redução do Burnout para uma melhor performance dos colaboradores. *Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Leiria, Leiria*. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4990>.
- Souza, B. (2013). *Recrutamento e Seleção: Um Desafio ao Psicólogo Organizacional*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Psicologia. Porto Alegre).
- Souza, H. A., & Bernardo, M. H. (2019). Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*.

- Sparrenberger, F., Santos, I., & Lima, R. C. (2004). Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (1), 249-258.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review*, 44, 25–44. doi: 10.1016/j.cpr.2015.12.002.
- Stein, D. J., Scott, K. M., De Jonge, P., Kessler, R. C. (2022). Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2) 127-136. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein>.
- Talavera Velasco, B., Luceño Moreno, L., García Albuérne, Y., & Martín García, J. (2021). Perception of health, resilience, and engagement in Spanish police officers during the COVID-19 pandemic. *Psicothema*, 33 (4), 556-563.
- Trasesa (s.d.). *Segurança e Saúde no Trabalho*. <https://www.trasesa.pt/en/about-us/>.
- 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.
- Teixeira, J., Leal, I. (1990). Psicologia da Saúde: Contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), p. 453-458.
- Tiffin, J., McCormick, E. J. (1975). *Psicologia industrial*. São Paulo: EPU.
- Trigo, T. R., Teng, C. T., Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-22. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>.
- Untarini, N., Sayyida, & Singh, S. K. (2020). Occupational stress management in managerial employees: an analysis of level and source of work stress. *BISMA (Bisnis dan Manajemen)*, 13(1), 47-68. <https://doi.org/10.26740/bisma.v13n1.p47-68>.
- Värnik, P. (2012). Suicide in the world. *International journal of environmental research and public health*, 9(3), 760-771.

- Vasconcelos, E. F., Palmiere, J. A. da F., & Araujo, K. A. de. (2019). Fatores de risco, proteção psicossocial e trabalho: organizações que emancipam ou que matam. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(1), 236-241.
- Vieira, A. T. S., Schmidt, A. C., Cruz, A. M. M., Castro, A. P. W. de, Mendonça, A. C., Santos, A. I. B., & Lima, A. M. C. (2010). *Protocolo de Atenção em Saúde Mental*.
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 55, 104-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>.
- Vorkapic, C., & Rangé, B. (2011). Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v.7, n.1, p.50-54.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J., Clark, L., Strauss, M., & McCormick, R. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of Anxiety and Depression Symptom Scales, *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 3-14. doi: 10.1037/0021-843X.104.1.3.
- Weiner, I. B. (2003). *Assessment Psychology*. Nova Jersey: John Wiley & Sons.
- Woolfe, R., Strawbridge, S., Douglas, B., & Dryden, W. (2010). *Handbook of Counselling Psychology* (3rd ed.). London. Sage
- World Health Organization. (1994). *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. 5. Staff burnout. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60992>.
- World Health Organization. (2000). International Labor Organization. *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva.
- World Health Organization. (2022). *Guidelines on mental health at work*. Geneva.
- World Health Organization. (2013). *Investing in mental health: evidence for action*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf.
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science and Medicine*, 147, 222–231. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- Zamora, G. L. H., Castejón, E. O., & Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout)

y su relación el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 4, No. 2, 323-336.

Anexos

Anexo A- COPSOQ II- Versão Curta

COPSOQ II – Versão Curta

(Kristensen, T., 2001)
(Tradução e adaptação de Silva, C. et al., 2011)

Das seguintes afirmações indique (X) a que mais se adequa à sua resposta de acordo com as

1- Nunca/ quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

	1	2	3	4	5
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?					
2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?					
3. Precisa trabalhar muito rapidamente?					
4. O seu trabalho exige a sua atenção constante?					
5. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?					
6. O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
7. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?					
8. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
9. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
10. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?					
11. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
12. Sabe exactamente quais as suas responsabilidades?					
13. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?					
14. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					
15. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?					
16. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					

1- Nunca/ quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

Em relação à sua chefia directa até que ponto considera que...

	1	2	3	4	5
17. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
18. É bom no planeamento do trabalho?					
19. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?					
20. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?					
21. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
22. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
23. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.					

1- Nada/ quase nada 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Muito 5- Extremamente

	1	2	3	4	5
24. O seu trabalho tem algum significado para si?					
25. Sente que o seu trabalho é importante?					
26. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					
27. Quão satisfeito está com o seu trabalho de uma forma global?					
28. Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

	Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Deficitária
29. Em geral, sente que a sua saúde é:					

As próximas três questões referem-se ao modo como o seu trabalho afecta a sua vida privada:

1- Nada/ quase nada 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Muito 5- Extremamente

	1	2	3	4	5
30. Sente que o seu trabalho lhe exige muita <u>energia</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					
31. Sente que o seu trabalho lhe exige muito <u>tempo</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					

Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu...

1- Nunca/ quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

	1	2	3	4	5
32. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?					
33. Fisicamente exausto?					
34. Emocionalmente exausto?					
35. Irritado?					
36. Ansioso?					
37. Triste?					

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

1- Nunca/ quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

	1	2	3	4	5
38. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?					
39. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?					
40. Tem sido exposto a ameaças de violência?					
41. Tem sido exposto a violência física?					

Obrigado pela sua colaboração.

Anexo B- Escala de avaliação EADS-21

DASS21		Name:		Date:	
Please read each statement and circle a number 0, 1, 2 or 3 which indicates how much the statement applied to you over the past week . There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any statement.					
The rating scale is as follows:					
0	Did not apply to me at all				
1	Applied to me to some degree, or some of the time				
2	Applied to me to a considerable degree or a good part of time				
3	Applied to me very much or most of the time				
1 (s)	I found it hard to wind down	0	1	2	3
2 (a)	I was aware of dryness of my mouth	0	1	2	3
3 (d)	I couldn't seem to experience any positive feeling at all	0	1	2	3
4 (a)	I experienced breathing difficulty (e.g. excessively rapid breathing, breathlessness in the absence of physical exertion)	0	1	2	3
5 (d)	I found it difficult to work up the initiative to do things	0	1	2	3
6 (s)	I tended to over-react to situations	0	1	2	3
7 (a)	I experienced trembling (e.g. in the hands)	0	1	2	3
8 (s)	I felt that I was using a lot of nervous energy	0	1	2	3
9 (a)	I was worried about situations in which I might panic and make a fool of myself	0	1	2	3
10 (d)	I felt that I had nothing to look forward to	0	1	2	3
11 (s)	I found myself getting agitated	0	1	2	3
12 (s)	I found it difficult to relax	0	1	2	3
13 (d)	I felt down-hearted and blue	0	1	2	3
14 (s)	I was intolerant of anything that kept me from getting on with what I was doing	0	1	2	3
15 (a)	I felt I was close to panic	0	1	2	3
16 (d)	I was unable to become enthusiastic about anything	0	1	2	3
17 (d)	I felt I wasn't worth much as a person	0	1	2	3
18 (s)	I felt that I was rather touchy	0	1	2	3
19 (a)	I was aware of the action of my heart in the absence of physical exertion (e.g. sense of heart rate increase, heart missing a beat)	0	1	2	3
20 (a)	I felt scared without any good reason	0	1	2	3
21 (d)	I felt that life was meaningless	0	1	2	3

DASS-21 Scoring Instructions

The DASS-21 should not be used to replace a face to face clinical interview. If you are experiencing significant emotional difficulties you should contact your GP for a referral to a qualified professional.

Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items (DASS-21)

The Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items (DASS-21) is a set of three self-report scales designed to measure the emotional states of depression, anxiety and stress.

Each of the three DASS-21 scales contains 7 items, divided into subscales with similar content. The depression scale assesses dysphoria, hopelessness, devaluation of life, self-deprecation, lack of interest / involvement, anhedonia and inertia. The anxiety scale assesses autonomic arousal, skeletal muscle effects, situational anxiety, and subjective experience of anxious affect. The stress scale is sensitive to levels of chronic non-specific arousal. It assesses difficulty relaxing, nervous arousal, and being easily upset / agitated, irritable / over-reactive and impatient. Scores for depression, anxiety and stress are calculated by summing the scores for the relevant items.

The DASS-21 is based on a dimensional rather than a categorical conception of psychological disorder. The assumption on which the DASS-21 development was based (and which was confirmed by the research data) is that the differences between the depression, anxiety and the stress experienced by normal subjects and clinical populations are essentially differences of degree. The DASS-21 therefore has no direct implications for the allocation of patients to discrete diagnostic categories postulated in classificatory systems such as the DSM and ICD.

Recommended cut-off scores for conventional severity labels (normal, moderate, severe) are as follows:

NB Scores on the DASS-21 will need to be multiplied by 2 to calculate the final score.

	Depression	Anxiety	Stress
Normal	0-9	0-7	0-14
Mild	10-13	8-9	15-18
Moderate	14-20	10-14	19-25
Severe	21-27	15-19	26-33
Extremely Severe	28+	20+	34+

Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. (2nd Ed.) Sydney: Psychology Foundation.

Anexo C- Plano de intervenção em Crise (Protocolo de resposta)

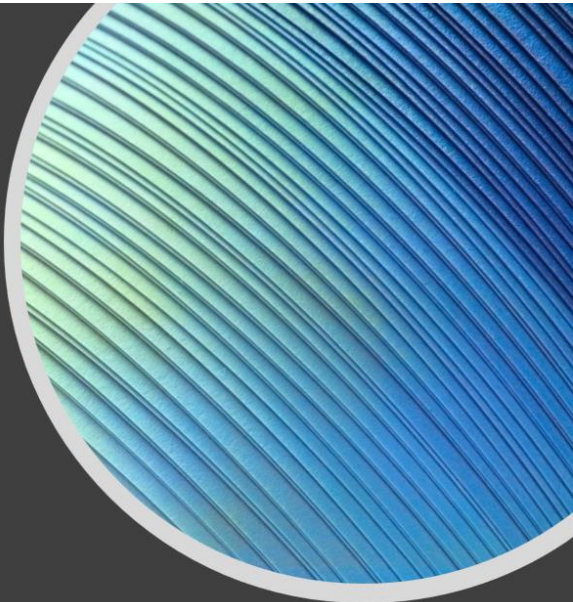
Incident Response Protocol		
Code Yellow 	(High Emotional Intensity and low perception of control) ➤ Nervous Breakdown ➤ High Pitch Voice and/or shouting ➤ Unusual behavior ➤ Panic Attacks ➤ Episode of non-violent behavior	POC: Team leaders/Team Manager
Code Blue 	(Requires support, not urgent care) ➤ Psychosomatic disorders ➤ Depression ➤ Respiratory disease ➤ Hypertension ➤ Chronic Stress ➤ Clinical disorders	POC: Team leader/Team Manager
Code Red 	(Life Risk) ➤ Indicators of harm to self and others ➤ Suicidal Ideation ➤ Violent Behavior towards others ➤ Threatening behavior	Request IMMEDIATE support Contact: Inem: 112

Anexo D- Diapositivo do Workshop “Stress Management”

Occupational Wellbeing Workshops

Designed and developed specifically based on different categories of highly egregious lines of business.

- Emotional Intelligence
- Anxiety & Panic
- Depression
- Self-Development
- Self-Care





RECOGNIZING STRESS SYMPTOMS

Physical symptoms

Cognitive symptoms

Emotional symptoms

Behavioral symptoms



CONTENT MODERATION



72%
manageable



87%
are stressed



15%
not manageable

What does stress look like for YOU?

CONTENT MODERATION

How can I manage my stress?



think resilience



Become more self-aware



Build your own strategies



Be kind to yourself!



Practice Mindfulness



Start journaling

Think about your day...
How was it for you?

Write down your key
plans and priorities.



Allow feelings in

Allow your self to
feel all kind of
emotions without
judgement.



Meditate

Take time for
yourself. Have a
break!



Mindful approach

Be present: here
and now!



Body-scan

- ☐ Get comfortable.
- ☐ Take a few deep breaths.
- ☐ Breathe into the tension.
- ☐ Scan your entire body.

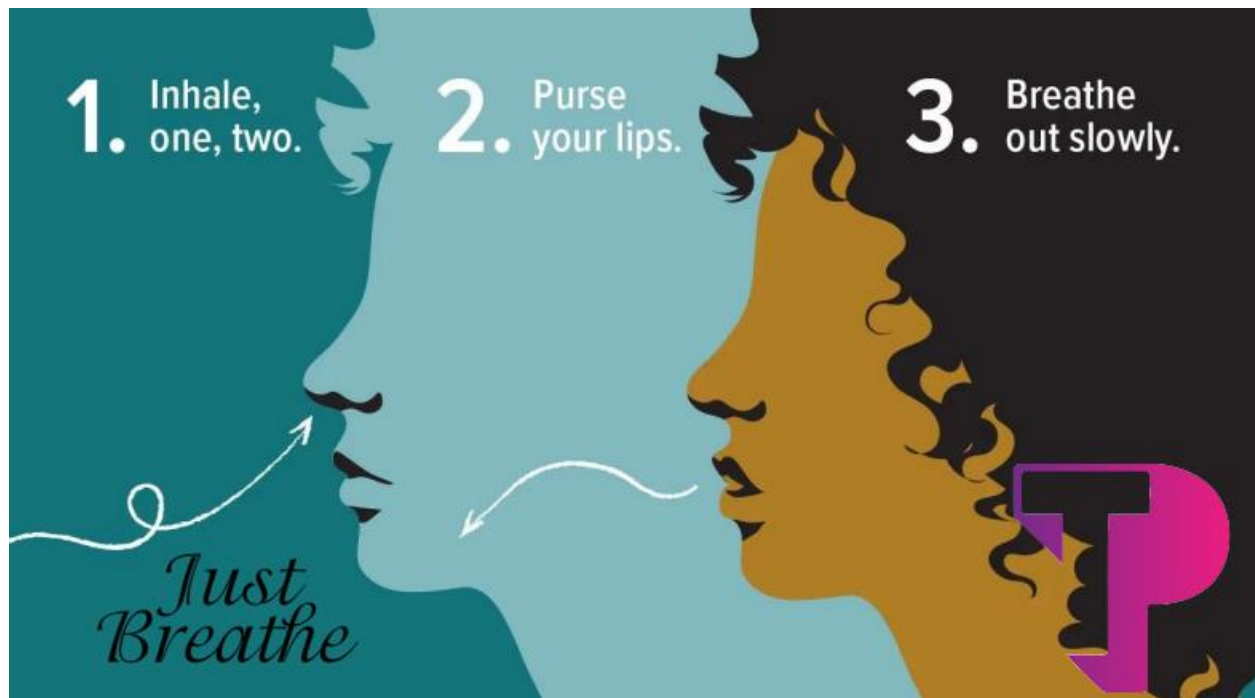
Be kind to yourself

Implement healthy stress management strategies and make self-care a priority



CONTENT MODERATION

- ☐ Eat right, stay hydrated
- ☐ Practice good sleep hygiene
- ☐ Exercise and stay active!
- ☐ Spend some time in nature whenever possible
- ☐ Relax and respect your breaks
- ☐ Be creative!
- ☐ Breathe!
- ☐ Ask for help when needed





STEP 1
Inhale through the nose for a count of four; lungs should be completely full of air.

STEP 2
Hold the air in your lungs for a count of four.

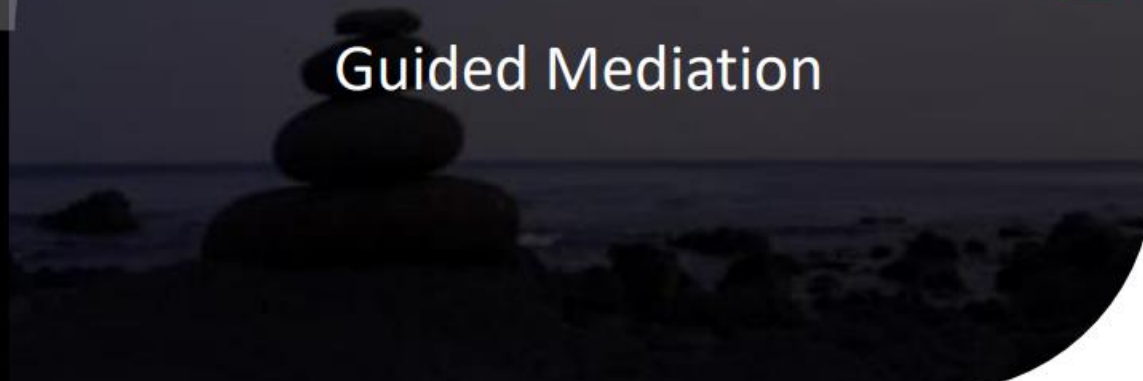
STEP 3
Exhale through the mouth to a count of four; all of the air should be out of the lungs.

STEP 4
Hold the lungs empty, very still, for a count of four.

STEP 5
Repeat steps one through four for a total of at least 10 minutes. If needed, you can increase to a count of 8.



CONSCIOUSWORKS



Guided Meditation



The 5-4-3-2-1 Grounding Technique

Ease your state of mind in stressful moments.



Acknowledge **5** things
that you can see
around you.



Acknowledge **4** things
that you can touch
around you.



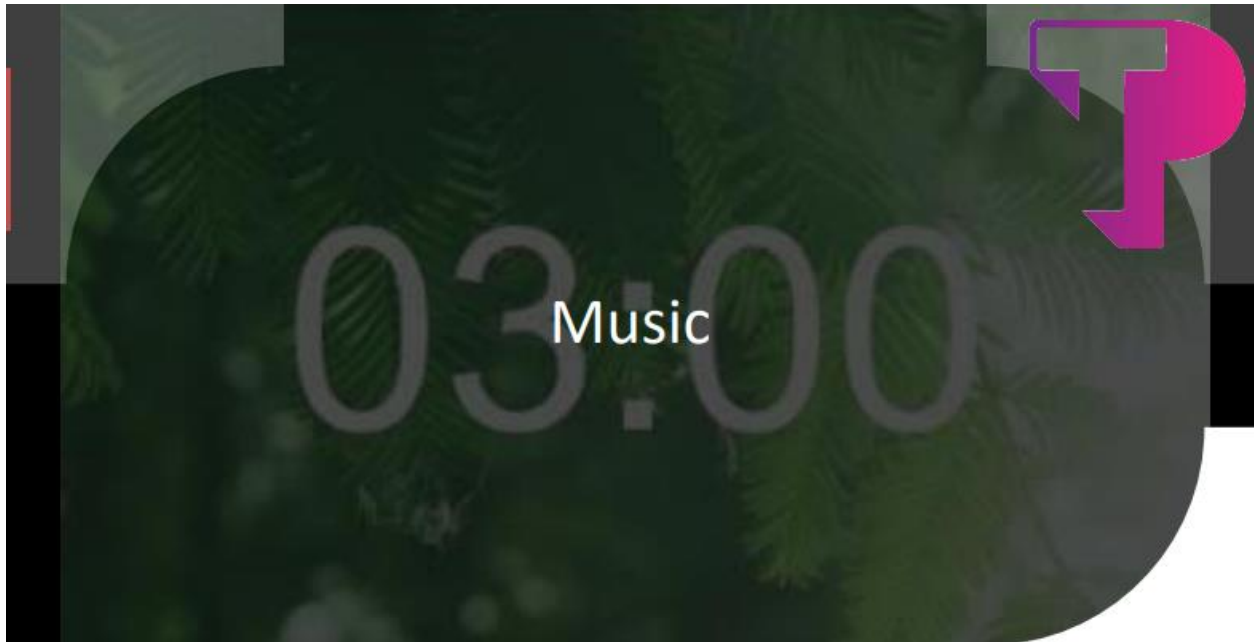
Acknowledge **3** things
that you can hear
around you.



Acknowledge **2** things
that you can smell
around you.



Acknowledge **1** thing
that you can taste
around you.





SELF CARE BOX

- ☐ Fill it with strategies that work for you
- ☐ Keep items that help you manage stress accessible and close by



Anexo E- Diapositivo do Workshop “Anxiety and Panic Attack”



ANXIETY: WHAT IS IT?

Is considered to some extent a normal reaction of the organism to situations of fear or expectation. Is your body's natural response to stress. It's a feeling of fear or apprehension about what's to come

Generalized anxiety usually focuses on more than one situation and includes several fears, in most cases disproportionate to or out of step with reality





HOW IT MANIFESTS?

MIND:

- disproportionate and permanent fears
- negative and uncontrollable thoughts
- continuous mental overactivation
- trouble concentrating
- difficulty falling asleep

BODY:

- palpitations
 - difficulty to breathe/ rapid breathing
 - increased heart rate
 - nausea
 - constipation
 - diarrhea
 - headaches
 - muscle aches/ pain
- 

PANIC ATTACK

WHAT IS IT?

A panic attack is a sudden episode of intense fear that triggers severe physical reactions when there is no real danger or apparent cause. Panic attacks can be very frightening. When panic attacks occur, you might think you're losing control, having a heart attack or even dying.



SYMPTOMS

Panic attacks typically begin suddenly, without warning. They can strike at any time — when you're driving a car, at the mall, sound asleep or in the middle of a business meeting. You may have occasional panic attacks, or they may occur frequently.

Panic attacks typically include some of these **signs or symptoms**:

- Sense of impending doom or danger
 - Fear of loss of control or death
 - Feeling of unreality or detachment
 - Trembling or shaking
 - Shortness of breath or tightness in your throat
 - Numbness or tingling sensation
- Chest pain
- Nausea
- Dizziness or faintness
- Chills
- Sweating

CAUSES

It's not known what causes panic attacks or panic disorder, but these factors may play a role:

- Genetics
- Major stress
- Temperament that is more sensitive to stress or prone to negative emotions
- Certain changes in the way parts of your brain function

TREATMENTS



Lifestyle changes



Therapy



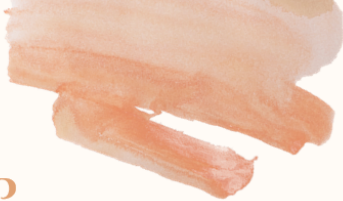
medical treatment

NATURAL REMEDIES

getting enough sleep
meditating
staying active and exercising
eating a healthy diet
staying active and working out
avoiding alcohol
avoiding caffeine
quitting smoking cigarettes

TO DEAL
WITH IT

**COPING
SKILLS**



DEEP BREATHING

Sit comfortably and place one hand on your abdomen. Breathe in through your nose, deeply enough that the hand on your abdomen rises. Hold the air in your lungs, and then exhale slowly through your mouth, with your lips puckered as if you are blowing through a straw.

The secret is to go slow:

Time the inhalation (4s), pause (4s), and exhalation (4s or 6s). Practice for 3 to 5 minutes.

PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION

Sit back or lie down in a comfortable position. For each area of the body listed below, you will tense your muscles tightly, but not to the point of strain. Hold the tension for 10 seconds, and pay close attention to how it feels. Then, release the tension, and notice how the feeling of relaxation differs from the feeling of tension.



FEET - Curl your toes tightly into your feet, then release them.

CALVES - Point or flex your feet, then let them relax.

THIGHS - Squeeze your thighs together tightly, then let them relax

TORSO - Suck in your abdomen, then release the tension and let it fall.

BACK - Squeeze your shoulder blades together, then release them

SHOULDERS - Lift and squeeze your shoulders toward your ears, then let them drop

ARMS - Make fists and squeeze them toward your shoulders, then let them drop.

HANDS - Make a fist by curling your fingers into your palm, then relax your fingers.

FACE - Scrunch your facial features to the center of your face, then relax.

FULL BODY - Squeeze all muscles together, then release all tension.

CHALLENGING IRRATIONAL THOUGHTS

QUESTION THE THOUGHTS THAT CONTRIBUTE TO YOUR ANXIETY. ASK YOURSELF:

"IS MY THOUGHT BASED ON FACTS OR FEELINGS?"

"HOW WOULD MY BEST FRIEND SEE THIS SITUATION?"

"HOW LIKELY IS IT THAT MY FEAR WILL COME TRUE?"

"WHAT'S MOST LIKELY TO HAPPEN?"

"IF MY FEAR COMES TRUE, WILL IT STILL MATTER IN A WEEK? A MONTH? A YEAR?"



GROUNDING TECHNIQUES (OR 5-4-3-2-1 TECHNIQUE)



What are 5 things you can see?

Look for small details such as a pattern on the ceiling, the way light reflects off a surface, or an object you never noticed.



What are 4 things you can feel? Notice the sensation of clothing on your body, the sun on your skin, or the feeling of the chair you are sitting in. Pick up an object and examine its weight, texture, and other physical qualities.



What are 3 things you can hear? Pay special attention to the sounds your mind has tuned out, such as a ticking clock, distant traffic, or trees blowing in the wind.



What are 2 things you can smell? Try to notice smells in the air around you, like an air freshener or freshly mowed grass. You may also look around for something that has a scent, such as a flower or an unlit candle.



What is 1 thing you can taste? Carry gum, candy, or small snacks for this step. Pop one in your mouth and focus your attention closely on the flavors.

MENTAL EXERCISES

- NAME ALL THE OBJECTS YOU SEE.
- DESCRIBE THE STEPS IN PERFORMING AN ACTIVITY YOU KNOW HOW TO DO WELL. FOR EXAMPLE, HOW TO SHOOT A BASKETBALL, PREPARE YOUR FAVORITE MEAL, OR TIE A KNOT.
- COUNT BACKWARDS FROM 100 BY 7.
- PICK UP AN OBJECT AND DESCRIBE IT IN DETAIL. DESCRIBE ITS COLOR, TEXTURE, SIZE, WEIGHT, SCENT, AND ANY OTHER QUALITIES YOU NOTICE.
- SPELL YOUR FULL NAME, AND THE NAMES OF THREE OTHER PEOPLE, BACKWARDS.
- NAME ALL YOUR FAMILY MEMBERS, THEIR AGES, AND ONE OF THEIR FAVORITE ACTIVITIES.
- READ SOMETHING BACKWARDS, LETTER-BY-LETTER. PRACTICE FOR AT LEAST A FEW MINUTES.
- THINK OF AN OBJECT AND "DRAW" IT IN YOUR MIND, OR IN THE AIR WITH YOUR FINGER. TRY DRAWING YOUR HOME, A VEHICLE, OR AN ANIMAL.



CATEGORIES

CHOOSE AT LEAST THREE OF THE CATEGORIES BELOW AND NAME AS MANY ITEMS AS YOU CAN IN EACH ONE. SPEND A FEW MINUTES ON EACH CATEGORY TO COME UP WITH AS MANY ITEMS AS POSSIBLE.

Movies
Countries
Book
Sport teams
Animals

Cities
Vegetables & Fruits
Famous people
Colors
Cars...

RELAXING PHRASES

✕ I feel nice and quiet....
My breathing is deep, slow, and relaxed....
My ankles, my knees, and my hips feel heavy, relaxed, and comfortable....
My chest, my stomach, and my whole body, feel relaxed and quiet....
I am beginning to feel very relaxed....

✕ My hands, my arms, and my shoulders feel heavy, relaxed, and comfortable....
I can feel my neck and shoulders unwind, loosen up, smooth out, and relax more and more....
My neck, my jaws, and my forehead feel relaxed....
They feel comfortable and smooth....
My eyes feel heavy and relaxed....

✕ My whole body feels loose, comfortable, and relaxed....
My arms and hands are heavy and warm....
I feel very relaxed....
My whole body is relaxed and my hands are warm, relaxed and warm....
My mind is quiet....

✕ My mind is calm, relaxed, and quiet....
Warmth is flowing into my hands, they feel nice and warm....
I feel a quietness inside....
I feel calm and peaceful....
My mind is quiet and my whole body is relaxed and comfortable....

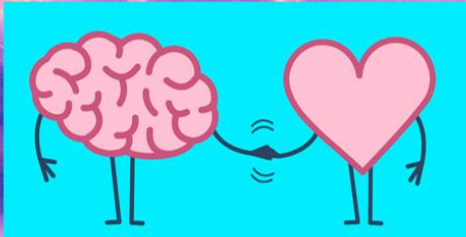
THANK YOU :)



Definition:

Emotional intelligence is the ability to understand, use, and manage your own emotions in positive ways to relieve stress, communicate effectively, empathize with others, overcome challenges and defuse conflict.





Emotional intelligence is the ability to use emotions to your advantage and not against you

The four attributes of emotional intelligence

Self-awareness

You recognize

Self-management

You control

Social-awareness

You have empathy

Relationship management

You relate

Self-awareness



It's your ability to identify and understand your own emotions and the way they affect you.

HOW TO IMPROVE SELF-AWARENESS

ASK YOURSELF

Asking the right questions will allow you to know yourself and the way you think better

START JOURNALING

At the end of the day write your good moments, your not so good moments and your bad moments.

Is it too much? Try to start with a mood tracker!

GET TO KNOW YOUR BODY SIGNS

You can do a body scan as a way to identify the sensations in your body:

- Get comfortable
- Take a few deep breaths
- Bring awareness to your feet
- Breathe into the tension
- Scan your entire body



Self - Management

Is your ability to manage your emotions in a way that allows to complete a task, accomplish a goal or provide a benefit.

- IMPLEMENT HEALTHY STRESS MANAGEMENT STRATEGIES
- MAKE SELF-CARE A PRIORITY
- ASK FOR SUPPORT WHEN NEEDED

SELF-MANAGEMENT

TIPS TO IMPROVE SELF - MANAGEMENT

TAKE CARE OF YOURSELF!

- Make sure you're eating well
- Try to have good sleep hygiene
- Exercise
- Spend some time in nature whenever possible
- Establish your priorities
- Be creative!
- Once a week, try to set aside some time to do a hobby or other activity that you enjoy



BELLY BREATHING: IT'S GOOD FOR YOUR BRAIN.

This Monday, try belly breathing to calm your mind and body.

- Place one hand on your chest and the other on your belly.
- Inhale deeply through your nose for a count of four, making sure your belly is expanding and not your chest. Exhale through your mouth for a count of four.
- Continue this breathing cycle for a few minutes.
- Feel the stress leave your body while your mind becomes calm.



BREATHE!

Social Awareness

It is the competence to accurately distinguish the feelings of others and understand how those feelings influence behavior. In other words, **empathy!!**



TIPS TO IMPROVE SOCIAL AWARENESS

Put yourself in someone else's position

Pay attention to body language

Respond to feelings





Relationship management/ social skills

It is the competence to make the most of your connections with others

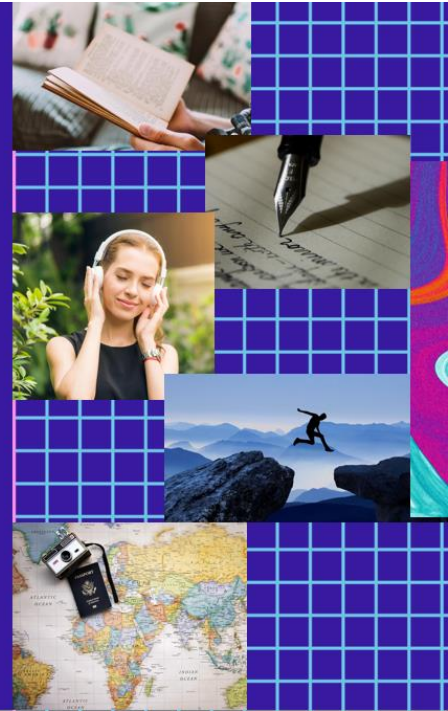


TIPS TO IMPROVE SOCIAL SKILLS

- Learn conflict resolution
- Improve your communication skills
- Learn how to praise others

6 SURPRISING AND SIMPLE WAYS TO DEVELOP EMOTIONAL INTELLIGENCE

- Watch movies
- Listen to music
- Read
- Practice sports & exercise
- Write
- Travel



THANK YOU