



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

PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS DURANTE A PANDEMIA
COVID19

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

Autor: Hugo Manuel Francisco de Jesus

Orientador: Professor Doutor José Manuel Guimarães Magalhães

Número do candidato: 20090095

Setembro de 2023

Lisboa

À memória dos meus pais

Agradecimentos

A todos os professores do Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, sem exceção, gostaria de expressar o meu profundo agradecimento. Um agradecimento especial ao Prof. Doutor José Magalhães, pelo seu acompanhamento, orientação e paciência durante a elaboração do relatório.

A todos os colegas de turma, pelo espírito de camaradagem demonstrado. A toda a minha família, em particular à minha esposa, pelas palavras de incentivo, e aos meus filhos, pelas ausências e desencontros que inevitavelmente ocorreram. Aos amigos, pelos mesmos motivos. Aos coordenadores da iniciativa solidária, por me terem recebido, aceite e apoiado. E às pessoas que acompanhei, pela oportunidade de demonstrar as minhas capacidades, por me terem permitido crescer e desenvolver, e por terem confiado em mim.

Resumo

Este relatório foi o culminar de um estudo académico no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa. Durante o período compreendido entre outubro de 2021 e julho de 2022, concretizou-se um estágio na "Iniciativa Solidária Covid-19", totalizando 430 horas. O tema sobre os primeiros socorros em psicologia no contexto da pandemia COVID 19 teve como objetivo procurar identificar a melhor resposta para um conjunto de vicissitudes desconhecidas pela maioria dos profissionais de saúde. O foco do trabalho, plasmado neste relatório, depois da contextualização do local onde o estágio foi realizado e do enquadramento teórico centrou-se na apresentação minuciosa de dois casos estudados, acompanhados e analisados, um em processo de acompanhamento psicológico e outro submetido a avaliação psicológica. As principais ilações destes casos para o objetivo estabelecido e enunciado em título foram poder verificar que o isolamento social decorrente da pandemia, as restrições à capacidade das pessoas de trabalhar, originaram ou agravaram a prevalência de ansiedade, solidão e depressão na população. São, por isso, necessários a elaboração de planos de intervenção, quer sejam assegurados de forma solidária, tal como a iniciativa referida, ou pelo próprio Serviço Nacional de Saúde, com vista a minimizar as consequências da pandemia e aumentar a qualidade de vida e bem-estar da população em geral que necessite deste primeiro apoio.

Palavras-chave: Acompanhamento psicológico, Intervenção em crise, Relação de ajuda, Depressão, Ansiedade

Abstract

This report represents the culmination of an academic study within the scope of the Master's program in Clinical Psychology and Counselling at the Universidade Autónoma de Lisboa. During the period from October 2021 to July 2022, a practicum was completed as part of the "Solidarity Initiative Covid-19," totalling 430 hours. The theme of first aid in psychology in the context of the COVID-19 pandemic aimed to identify the best response to a set of challenges unknown to most healthcare professionals. The focus of this work, outlined in this report, after contextualizing the location where the practicum was conducted and providing theoretical background, centred on a detailed presentation of two studied cases, which were accompanied and analysed: one undergoing psychological counselling and another undergoing psychological assessment. The main conclusions drawn from these cases, in relation to the established and stated objective, indicated that the social isolation resulting from the pandemic and the restrictions on people's ability to work have led to or exacerbated the prevalence of anxiety, loneliness, and depression in the population. Therefore, it is necessary to develop intervention plans, whether provided through solidarity initiatives like the one mentioned, or by the National Health Service itself, in order to minimize the pandemic's consequences and enhance the quality of life and well-being of the general population in need of this initial support.

Keywords: Psychological counseling, Crisis intervention, Helping relationship, Depression, Anxiety

Índice

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Índice	V
Lista de Quadros e de Gráficos (se for o caso, com indicação da página)	VIII
Lista de Siglas e Acrónimos	IX
Introdução	10
1 PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	12
1.1 Caracterização da Iniciativa Solidária Covid 19.....	12
1.2 População Alvo.....	12
1.3 Identificação das Necessidades	12
1.4 A Contribuição da Psicologia durante a Pandemia de Covid-19.....	13
1.5 A Consulta de Psicologia	14
1.6 Funções do Psicólogo.....	15
1.6.1 O Profissional de Psicologia na Iniciativa Solidária	15
1.7 Descrição do Projeto de Estágio	16
1.8 Objetivos	17
1.8.1 Objetivos Gerais	17
1.8.2 Objetivos Específicos	17
1.9 Atividades Desenvolvidas	17
2 PARTE II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
2.1 A Psicologia Clínica.....	21
2.2 Pandemia COVID-19.....	22
2.3 Saúde Mental dos Profissionais de Saúde Durante a Pandemia COVID-19.....	23
2.4 Fatores com Maior Influência na Saúde Mental dos Profissionais de Saúde na COVID-19.	24
2.5 Saúde Mental e Bem-estar	26
2.6 Explorando a Ansiedade	27
2.7 Depressão e Ansiedade durante a Pandemia Covid-19.....	27
2.8 Contextos de Intervenção Psicossocial.....	28
2.8.1 O Conceito de Intervenção Psicossocial em Situações de Catástrofe, Crise e	
Emergência	30
2.8.2 Diferenças Psicologia Convencional vs. Intervenção na Crise	31
2.8.3 Reações Inerentes a Situações de Crise Psicológica	32

2.8.4	<i>A Intervenção na Crise</i>	34
2.8.5	<i>Intervenções Educacionais, Psicoeducação</i>	34
2.8.6	<i>O Apoio de Pares</i>	35
2.9	Suporte Social Percebido	36
2.10	Flexibilidade Psicológica.....	37
3	PARTE III – ATIVIDADE DESENVOLVIDA DURANTE O ESTÁGIO	38
3.1	Modelo Terapêutico Utilizado	38
3.2	Abordagem Centrada na Pessoa.....	38
3.3	Teoria da Personalidade Segundo Rogers	40
3.4	A Abordagem Centrada na Pessoa: Uma Perspetiva para Relação de Ajuda	41
3.4.1	<i>Tendência Atualizante</i>	41
3.4.2	<i>Condições Facilitadoras</i>	42
3.4.3	<i>Compreensão Empática</i>	42
3.4.4	<i>Olhar Positivo Incondicional</i>	43
3.4.5	<i>Congruência</i>	43
3.4.6	<i>Não-diretividade</i>	43
3.4.7	<i>Mudança Terapêutica</i>	44
4	PARTE IV – APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS	45
4.1	Caso A – Acompanhamento Psicológico.....	45
4.1.1	<i>Dados Bibliográficos</i>	46
4.1.2	<i>Motivo do Pedido</i>	46
4.1.3	<i>Observação</i>	46
4.1.4	<i>Doenças e Antecedentes Familiares</i>	46
4.1.5	<i>História Pessoal</i>	46
4.1.6	<i>Discussão e Análise Clínica</i>	48
4.1.7	<i>Conclusão do Caso</i>	51
4.2	Caso B - Avaliação Psicológica.....	51
4.2.1	<i>Identificação</i>	52
4.2.2	<i>Observação</i>	52
4.2.3	<i>Motivo do Pedido</i>	52
4.2.4	<i>Descrição da História Clínica</i>	52
4.2.5	<i>Instrumento de Avaliação Utilizado</i>	54
4.2.6	<i>Inventário Depressão Beck-II</i>	54
4.2.7	<i>Durante o Exame Psicológico</i>	54

4.2.8	<i>Resultado do Instrumento de Avaliação Utilizado</i>	55
4.2.9	<i>Discussão e Análise Clínica</i>	55
5	Reflexão Pessoal do Estágio	57
6	Conclusão	58
7	Referências	59
Anexos		72
	Anexo I - Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)	73

Lista de Quadros e de Gráficos (se for o caso, com indicação da página)

Tabela 1 - Cronograma de atividades realizadas ao longo do estágio	18
Tabela 2- Cronograma das atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio	19
Tabela 3 - Designação dos diferentes tipos de acidentes	29
Tabela 4 - Psicologia Convencional VS Intervenção Psicológica em Crise	32

Lista de Siglas e Acrónimos

ACP - Abordagem Centrada na Pessoa (ACP),

OMS - Organização Mundial de Saúde

IDB-II - Inventário de Depressão de Beck - II

Introdução

Este relatório tem como objetivo refletir sobre as aprendizagens, a prática clínica e o trabalho realizado por Hugo Manuel Francisco de Jesus durante o estágio em Psicologia Clínica e Aconselhamento. O estágio ocorreu no âmbito de uma Iniciativa Solidária que visava prestar apoio emocional a profissionais diretamente afetados pela pandemia de Covid-19, com dificuldades em lidar com o stress decorrente dessa situação complicada. O estágio decorreu entre 22 de outubro de 2021 e 21 de julho de 2022, totalizando 430 horas.

As atividades e o progresso deste estágio foram supervisionados nas aulas da Unidade Curricular de Estágio e Seminário de Estágio I e II, ministradas pela Professora Doutora Odete Nunes e pela Professora Doutora Rute Brites, que desempenharam um papel fundamental no sucesso do estágio. O estágio foi uma iniciativa autoproposta e abrangeu uma componente teórica de pesquisa e leitura, bem como uma parte prática de intervenção. A mentora da Iniciativa atuou como orientadora durante o estágio.

A Iniciativa Solidária surgiu da necessidade e preocupação de um grupo de profissionais da área da psicologia em fornecer apoio emocional a profissionais envolvidos no combate à pandemia de Covid-19. O seu principal objetivo era oferecer os "primeiros socorros psicológicos" a profissionais do Serviço Nacional de Saúde, do setor social e de lares que necessitassem de apoio emocional para lidar com as dificuldades relacionadas ao stress provocado pela pandemia de Covid-19. Em março de 2021, o apoio foi alargado a todas as pessoas que pudessem estar a sofrer os efeitos colaterais da Covid-19, devido ao confinamento imposto pelas autoridades para conter a propagação do SARS-CoV-2.

Este relatório resulta do estágio realizado na Iniciativa Solidária, no contexto profissional da psicologia clínica, com o objetivo de acompanhar pessoas que estavam a passar por um processo de sofrimento psicológico. Nesse sentido, é importante fornecer um enquadramento teórico que permita analisar o tema e todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio.

A estrutura deste relatório foi organizada em quatro partes distintas. A primeira delas aborda a contextualização do local onde o estágio foi realizado. A segunda parte oferece um enquadramento teórico essencial para compreender as bases do trabalho desenvolvido. A terceira seção concentra-se na descrição das atividades clínicas realizadas ao longo do estágio. Por fim, a quarta e última parte centra-se na apresentação minuciosa de dois casos estudados e analisados: um em processo de acompanhamento psicológico e outro submetido a avaliação psicológica.

Destaca-se que o modelo teórico utilizado durante o estágio foi a Terapia Centrada na Pessoa, de Carl Rogers, o qual será explorado e refletido ao longo do relatório.

1 PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1.1 Caracterização da Iniciativa Solidária Covid 19

A "Iniciativa Solidária Covid-19" foi divulgada online por um grupo de cinco psicólogos, onde me integrei, que decidiu dar uma ajuda gratuita e personalizada aos profissionais mais afetados pelo trabalho de tentar salvar vidas em situações limite. Isso aconteceu em finais de janeiro de 2021. Com o objetivo de disponibilizar os "primeiros socorros psicológicos", associando psicólogos a profissionais do Serviço Nacional de Saúde, do setor social e de lares que precisassem deste apoio ou suporte emocional relacionado com a dificuldade em gerir o stress da situação complicada originada pela pandemia de Covid-19.

Em março do mesmo ano, foi alargado o apoio a todas as pessoas que pudessem estar a sofrer os efeitos colaterais da Covid-19, devido ao confinamento imposto pelas autoridades para travar os contágios de SARS-Cov-2. Este alargamento contemplou o sofrimento provocado pela solidão, isolamento e luto. A resposta era encaminhada para um psicólogo que ficou sempre com o acompanhamento do caso.

1.2 População Alvo

Inicialmente, com o objetivo de apoiar exclusivamente os profissionais ligados à área da saúde, seja para fornecer suporte emocional relacionado à dificuldade em lidar com o stress da situação complexa originada pela pandemia, as mentoras deste projeto, devido ao elevado número de pedidos de ajuda por parte de pessoas que, embora não estivessem ligadas a essa área, recorriam aos contatos disponibilizados, acabaram por alargar o apoio a todos os que precisassem de ajuda psicológica. Estas últimas apresentavam sinais de medo, pânico, desconfiança, incerteza, sentimentos de perda de controle nas suas vidas e dificuldades em superar o luto após a perda de familiares e amigos.

1.3 Identificação das Necessidades

Esta iniciativa, tendo em consideração o impacto que todos os fatores associados à pandemia Covid-19 tiveram, respondeu a um grande número de pedidos, não só de profissionais de saúde, mas também da população em geral, que recorreu ao apoio prestado por esta iniciativa desde que se alargou o seu âmbito.

As reuniões com as mentoras do projeto, assim como as observações diretas do seu funcionamento, a receção crescente de pedidos e o método de apoio prestado por esta iniciativa foram métodos importantes para avaliar as suas necessidades.

Desta forma, mesmo tendo originalmente 5 psicólogos a prestar apoio, esta iniciativa sentiu a necessidade de agregar mais profissionais de forma a dar resposta a todos os pedidos solicitados.

1.4 A Contribuição da Psicologia durante a Pandemia de Covid-19

As alterações decorrentes da pandemia de Covid-19 têm um impacto notável na saúde mental e no bem-estar da população (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020). Como resultado, durante epidemias, é comum que o número de pessoas afetadas em termos de saúde mental seja maior do que o número de pessoas afetadas diretamente pela doença em si (Kontoangelos et al., 2020).

Nesse sentido, “a psicologia desempenha um papel significativo na compreensão e influência do impacto da pandemia de Covid-19, ao considerar os fatores psicológicos relacionados aos indivíduos, famílias, comunidades, instituições e sociedade. Reconhece-se a importância dessa ciência na resposta coletiva à pandemia” (Kazak, 2020). Assim, a necessidade de psicólogos nunca foi tão urgente (Chenneville & Schwartz-Mette, 2020). Nesse “contexto, os profissionais de saúde mental podem e devem intervir, desempenhando um papel fundamental no apoio ao bem-estar das pessoas afetadas, suas famílias, equipes de saúde em risco e o público em geral. Dessa forma, esses profissionais possuem uma posição singular para fornecer uma perspectiva equilibrada com o intuito de melhorar o conhecimento, as atitudes e as práticas relacionadas à doença, bem como lidar com a ansiedade e o medo generalizados. Como tal, existem várias áreas de atuação” (Banerjee, 2020):

- Informar sobre as comuns consequências psicológicas adversas.
- Promover a adoção de comportamentos saudáveis.
- Integrar os cuidados de saúde existentes.
- Facilitar a resolução de problemas.
- Capacitar os pacientes, suas famílias e os profissionais de saúde.
- Estimular o autocuidado dos profissionais de saúde.

A detecção precoce do sofrimento e a intervenção psicológica oportuna têm o potencial não apenas de prevenir crises durante períodos de pandemia, mas também de ajudar a conter sua propagação (Duan & Zhu, 2020). Assim, os psicólogos encontram-se numa posição para responder à pandemia de Covid-19 através da investigação, prática clínica, educação e defesa de direitos (Chenneville & Schwartz-Mette, 2020).

Por outro lado, é igualmente importante dar atenção e prioridade ao autocuidado psicológico para lidar com os efeitos adversos da Covid-19 e do distanciamento social (Matias et al., 2020). Nesse sentido, a resiliência e a percepção de apoio social podem desempenhar um papel protetor contra o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (Serafini et al., 2020).

É importante salientar que especialistas destacam a necessidade de uma atenção mais específica aos grupos de risco que estão enfrentando sofrimento emocional, os quais podem requerer intervenções especializadas. Isso inclui pessoas com doenças psiquiátricas pré-existentes (Li & Zhang, 2020), mulheres grávidas (Fakari & Simbar, 2020), trabalhadores migrantes e estudantes internacionais (Duan & Zhu, 2020; Liem et al., 2020). Além disso, são urgentemente necessárias intervenções específicas, adaptadas às diferentes faixas etárias, levando em consideração fatores modificáveis que influenciam o sofrimento psicológico, a fim de lidar com a pandemia global de saúde mental (Varma et al., 2021).

Em resumo, o impacto na saúde mental é devastador, e também há um impacto financeiro significativo causado pelo vírus (Varma et al., 2021). Portanto, durante a pandemia da Covid-19, é essencial dar uma atenção especial aos cuidados de saúde psicológica de forma sistemática, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto pelos próprios pacientes (Zaka et al., 2020; Zandifar & Badrfam, 2020). Isso se deve ao fato de que os resultados relacionados à saúde mental durante uma pandemia representam um problema complexo e multifacetado (Talevi et al., 2020). A consulta de psicologia é uma opção a ser considerada nesse contexto.

1.5 A Consulta de Psicologia

De acordo com Teixeira (2007), os profissionais de psicologia desempenham um papel fundamental ao prestar serviços à população, com o objetivo de promover a saúde, o bem-estar, prevenir doenças e oferecer cuidados diretos. Os psicólogos devem possuir competências nas áreas da comunicação, educação, interação social e organização, todas relacionadas à saúde, além de serem capazes de compreender os aspectos psicológicos envolvidos na promoção da saúde, prevenção, consulta psicológica, reabilitação, formação e investigação, seguindo uma abordagem holística.

Pacheco (2005) realça que a saúde e a doença são estados em constante fluxo, sendo influenciados por fatores tanto internos como externos, destacando a importância da capacidade de adaptação do indivíduo. No sentido de promover a saúde, é crucial ter presente o conceito de bem-estar, que aponta para uma maior capacidade de funcionamento, variando em função das circunstâncias ambientais. Assim sendo, a avaliação do desenvolvimento das profissões de apoio não deve estar restrita apenas à forma como o profissional intervém, mas também ao seu crescimento pessoal. De acordo com o autor de "Tornar-se Pessoa" (Rogers, 1961/2009), é através deste processo que se estabelece uma relação de ajuda com características "rogerianas".

1.6 Funções do Psicólogo

A atividade profissional enquanto psicólogos nesta iniciativa abrangia desde o primeiro apoio prestado telefonicamente até às consultas de acompanhamento individuais, tanto online como presenciais. Cabia, enquanto profissionais de psicologia, realizar consultas de avaliação, acompanhamento, intervenção e também promoção de saúde.

Todos os profissionais intervenientes participavam nas reuniões formalizadas para discussão de casos, uma vez que se reconhecia a sua importância para alcançar melhores resultados na intervenção.

A forma de atuar como psicólogos tinha em conta a realidade e as necessidades contextuais (Clemente et al., 2008), auxiliando as pessoas a tomarem consciência de si próprias, do mundo social em que viviam, com o objetivo de promover a melhoria do bem-estar e a sua manutenção (Wilber, 2007).

1.6.1 O Profissional de Psicologia na Iniciativa Solidária

“A psicologia clínica e da saúde engloba a prevenção, promoção e manutenção da saúde física e mental da pessoa, bem como a avaliação e tratamento das diferentes patologias mentais e físicas que o indivíduo que solicita ajuda possa manifestar, utilizando métodos e conhecimentos práticos de psicologia” (Leal & Ribeiro, 1996).

Na atuação clínica, como psicólogos, podemos fornecer apoio a pessoas com dificuldades de adaptação, como por exemplo, na redução da sintomatologia depressiva e ansiosa, enquanto estabelecemos estratégias psicoeducativas para dotá-las de mecanismos de *coping*, de forma a melhor gerirem os problemas de saúde e aprenderem a aliviar o seu sofrimento (Brito, 2008).

A relação com a pessoa é a principal ferramenta de atuação do psicólogo (Plante, 2005). Devemos ouvir os problemas que nos são apresentados e ajudar a pessoa a organizar os seus pensamentos e sentimentos, tornando-as mais conscientes das diferentes formas de encará-los (Wilkinson et al., 2005).

A capacidade de compreender verdadeiramente o que é dito facilita a compreensão do mundo da pessoa, através do seu quadro de referências (Simonetti, 2006). A eficácia da prática clínica está relacionada com as qualidades humanas de cordialidade, atenção, compreensão e aceitação por parte do terapeuta, assim como o facto de proporcionar à pessoa a oportunidade de falar livremente (Wilkinson et al., 2005).

”É importante que, na prática de psicologia, desenvolvamos um conjunto de competências, pois existem diversas variáveis na relação entre o psicólogo e a pessoa que

influenciam os resultados, tais como empatia, sensibilidade, cumplicidade, entre outros” (Freitas, 2008).

Esta iniciativa teve como objetivo primordial prestar os primeiros socorros psicológicos aos profissionais que estiveram e estão na linha da frente no combate à pandemia Covid-19. No entanto, após a sua expansão para todas as pessoas, passou-se também a disponibilizar acompanhamento psicológico de forma a promover um maior bem-estar para aqueles que procuram ajuda.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 241/94, de 22 de setembro, "Psicólogo Clínico é o profissional habilitado com grau de especialista que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde".

Esta iniciativa, globalmente, toma como ponto de partida o Decreto-Lei n.º 241/94, de 22 de setembro (2º artigo), onde são atribuídas as seguintes competências aos psicólogos clínicos:

- a) Realização de estudos psicológicos em indivíduos e elaboração de psicodiagnósticos;
- b) Investigação psicológica em grupos populacionais específicos, para fins de prevenção e tratamento;
- c) Participação em programas de educação para a saúde, numa vertente específica;
- d) Prestação de aconselhamento psicológico a nível individual, conjugal, familiar ou em grupo;
- e) Realização de intervenção psicológica e psicoterapia;
- f) Gestão e utilização de equipamento técnico específico da psicologia;
- g) Integração em equipas multidisciplinares de serviços de urgência, quando necessário;
- h) Participação em conferências científicas;
- i) Envolvimento em atividades formativas na área da especialidade e relacionadas;
- j) Participação em programas de investigação relacionados com a sua área profissional;
- k) Responsabilidade por setores ou unidades de serviços. (Decreto-Lei n.º 241/94 de 22 de setembro, Artigo 2.º)

A prática clínica pode variar de acordo com as conceções teóricas do psicólogo, as populações com as quais trabalha e também os contextos de trabalho (Brito, 2008).

1.7 Descrição do Projeto de Estágio

O estágio possibilita a aplicação prática das competências profissionais, com o objetivo de solidificar a formação recebida. Nesse sentido, é de suma importância demonstrar interesse e dedicação para adquirir de forma mais efetiva as habilidades disponíveis.

Tendo em conta que a teoria desacompanhada da prática pode dificultar a inserção imediata no mercado de trabalho, revelou-se essencial definir objetivos para estruturar as tarefas conforme o planeado e as exigências específicas da instituição.

1.8 Objetivos

O principal objetivo do estágio consistiu em permitir a aplicação prática dos conhecimentos previamente adquiridos no campo da psicologia. Com isso, procurou-se não só adquirir conhecimento e experiência nessa área em um contexto de trabalho real, mas também assimilar os conceitos e aplicá-los no contexto da psicologia clínica.

1.8.1 Objetivos Gerais

O projeto de estágio teve como população-alvo, pessoas que estavam a enfrentar sofrimento psicológico durante a pandemia de Covid-19, tendo sido desenvolvidas várias atividades ao longo do estágio.

No início do estágio, o foco foi a compreensão da dinâmica da iniciativa de forma a integrar-me nas diferentes áreas de atuação. O objetivo era adquirir conhecimentos sobre as problemáticas relacionadas com a pandemia e os seus impactos na saúde mental, de modo a realizar uma intervenção organizada. Para além disso, procurar desenvolver competências interpessoais e profissionais para uma integração harmoniosa na equipa. Também foi intenção aprimorar as competências necessárias para a prática profissional na área da Psicologia Clínica. Por fim, aplicar na prática os conhecimentos adquiridos durante a Licenciatura em Psicologia e no mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento.

1.8.2 Objetivos Específicos

Oferecer suporte psicológico a indivíduos que requeriam acompanhamento e realizar uma avaliação psicológica para diagnosticar e compreender os sintomas e/ou queixas apresentados pela pessoa. Essa avaliação leva em conta os diversos contextos nos quais a pessoa está inserida, a dinâmica familiar e relacional, assim como as características do seu desenvolvimento emocional e cognitivo.

1.9 Atividades Desenvolvidas

Com a integração nesta iniciativa, participei em reuniões de supervisão, realizei acompanhamentos psicológicos, pesquisei informação, tive formação e efetuei uma avaliação. Tanto a avaliação como os acompanhamentos foram realizados com pessoas que procuraram este apoio com um pedido de ajuda.

Tabela 1*Cronograma de Atividades Realizadas ao Longo do Estágio*

ATIVIDADES	TOTAL DE HORAS
Acolhimento e observação das atividades da "Iniciativa Solidária Covid 19"	51 horas
Pesquisa bibliográfica	252 horas
Formação interna	15 horas
Apoio a atividades (triagem no email, recolha de dados, etc.)	13 horas
Reuniões de Supervisão da equipa técnica	46 horas
Acompanhamento psicológico (observação)	5 horas
Avaliação psicológica (observação)	3 horas
Acompanhamento Psicológico	30 horas
Avaliação Psicológica	15 horas

Os acompanhamentos psicológicos referem-se às intervenções realizadas com as pessoas, proporcionando-lhes um maior conhecimento sobre si próprias, com o intuito de estimular a sua capacidade de lidar com situações difíceis e promover tomadas de decisão que influenciem o seu bem-estar psicológico (Cormac & Mace, 2008).

A avaliação psicológica dedica-se à exploração e análise do comportamento de uma ou mais pessoas (Ballesteros, 2006). Este conceito engloba um conjunto de procedimentos e técnicas de recolha e interpretação de informação de natureza psicológica, com o principal objetivo de descrever as características e comportamentos das pessoas ou grupos (Pais-Ribeiro & Leal, 1997). De acordo com Ballesteros (2006), a avaliação psicológica consiste num processo de resolução de problemas que tem início com o pedido de ajuda da pessoa a um psicólogo. “A avaliação psicológica é considerada uma atividade ampla e fundamental, podendo ser utilizada em diversos contextos de atuação do psicólogo” (Padilha et al., 2007).

A avaliação psicológica envolve a utilização de técnicas e instrumentos por parte de psicólogos especializados, e o desenvolvimento desta área contribuiu para a consolidação da psicologia enquanto ciência (Pais-Ribeiro & Leal, 1997).

Tabela 2*Cronograma das Atividades Desenvolvidas ao Longo do Período de Estágio*

Etapas	Meses 2021/2022									
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Acolhimento e observação das atividades da "Iniciativa Solidária Covid 19"										
Pesquisa bibliográfica										
Formação interna										
Apoio a atividades (triagem no email, recolha de dados, etc)										
Reuniões de Supervisão da equipa técnica										
Acompanhamento psicológico (observação)										
Avaliação psicológica (observação)										
Acompanhamento Psicológico										
Avaliação Psicológica										

2 PARTE II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Organização Mundial de Saúde ([OMS] 2022a, p.8) define a saúde mental como:

Um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o stress da vida, perceber as suas capacidades, aprender e trabalhar bem, e contribuir para as suas comunidades. A saúde mental é um componente essencial da saúde e do bem-estar, e vai além da ausência de transtornos mentais.

A saúde mental é vulnerável a três tipos de influências: fatores individuais, sociais e ambientais. Os fatores individuais englobam a autoestima, capacidade de comunicação e maturidade cognitiva e emocional. Já os fatores sociais abrangem a exposição à violência, condição socioeconómica, nível de escolaridade, situação profissional, apoio familiar, estilo parental, rede social e satisfação com a vida. Por fim, os fatores ambientais incluem questões de igualdade social e de género, integração comunitária, segurança física e material, sensação de justiça social e acesso a serviços essenciais (OMS, 2011).

As medidas de isolamento e distanciamento social adotadas em resposta à pandemia de COVID-19 causaram um impacto considerável nas pessoas, manifestando-se não só nas suas rotinas diárias, estilo de vida e interações sociais, mas também na sua saúde física e mental. Estas medidas têm contribuído para aumentar os níveis de stress, alterar os hábitos alimentares e reduzir os níveis de atividade física (Ismail et al., 2021; Zaninotto et al., 2022).

”Estudos anteriores demonstraram que a experiência de viver situações de isolamento ou quarentena durante surtos epidémicos, como aconteceu com a SARS, MERS ou Ébola, tem um impacto negativo na saúde mental e no bem-estar, causando sofrimento psicológico com efeitos prolongados” (Brooks et al., 2020; Rogers et al., 2020).

Estudos relacionados ao contexto atual da pandemia mostraram que os doentes em isolamento, internamento ou recuperados da doença, bem como os profissionais de saúde, especialmente os que estão na linha da frente no tratamento da COVID-19, estão mais vulneráveis a potenciais alterações emocionais (Lai et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Tullio et al. (2020) observam “que a população tem enfrentado níveis crescentes de ansiedade, mesmo aquelas não diretamente impactadas pelo coronavírus. Esses sentimentos estão ligados ao contágio: medo, incerteza, sensação de perda de controle sobre as suas vidas, desespero e luto após a perda de entes queridos e amigos. Os mesmos autores indicam que, com o início do confinamento e das medidas de *lockdown* implementadas pelos governos para conter o contágio, o sofrimento psicológico tem aumentado, causando medo, pânico, desconfiança e agressividade”.

As pessoas têm enfrentado a angústia provocada pelo confinamento, isolamento, distanciamento social e outros fatores estressantes (Segal-Engelchin et al., 2021).

2.1 A Psicologia Clínica

Conforme Braconnier (2000), a psicologia clínica abrange tanto a análise subjetiva dos sentimentos, emoções e estados interiores do indivíduo, como a observação objetiva dos fenômenos mentais e das estratégias e normas que os guiam. Cabe ao terapeuta discernir entre o que é considerado normal e o que é considerado patológico, uma distinção influenciada pela cultura tanto do indivíduo quanto do próprio profissional. Assim, é fundamental considerar toda a dinâmica da personalidade do sujeito, a qual apenas pode ser compreendida através da análise da sua história de vida, ou seja, o sujeito como uma unidade dinâmica e integral.

Segundo Diniz (2008), a psicologia investiga o funcionamento psíquico, a sua origem e desenvolvimento, bem como a sua interação com os processos psíquicos, a realidade objetiva e o comportamento humano. Explora questões que envolvem a personalidade e as dimensões físicas, psíquicas e sociais, abrangendo desde a criatividade até à ética.

Marques (2001) salienta que o propósito da psicologia clínica é alcançar os processos psicológicos do indivíduo por meio de modelos e métodos que abarcam compreensão, interpretação, significação e simbolização. Estes modelos e métodos envolvem elementos relacionais, de transformação e de crescimento pessoal. A psicologia clínica procura progredir do evento para o facto através de ações repetidas e experimentais, almejando obter um entendimento completo.

Diniz (2008) estabelece como propósito da psicologia clínica a recolha de dados para elaboração de diagnóstico, prognóstico, orientação clínica e apoio psicológico. Estes objetivos são alcançados através da colaboração multidisciplinar nos serviços de saúde, que inclui medidas de profilaxia, prevenção, tratamento e gestão de casos clínicos, bem como programas de intervenção, recuperação, reabilitação ou reintegração social. Em síntese, a psicologia clínica visa o bem-estar global do ser humano, considerando tanto o seu estado físico como o psíquico. O foco de estudo continua a ser a investigação dos processos psíquicos, deficiências e perturbações da personalidade e comportamento, levando em conta a etologia e a evolução do ser humano, além da sua personalidade e interação relacional.

Leal (2008) defende que o objeto de estudo da psicologia clínica é determinado pelo paradigma teórico adotado pelo terapeuta, o que acarreta variações nos objetos de estudo, técnicas e métodos de intervenção terapêutica, conforme a abordagem teórica escolhida.

2.2 Pandemia COVID-19

No final de dezembro de 2019, surgiram os primeiros casos da Doença do Coronavírus (COVID-19) na cidade de Wuhan, na China, conforme relatado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020a e 2020b. Posteriormente, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto como uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional, e em 11 de março do mesmo ano, foi elevado ao status de pandemia devido à rápida propagação em diversos países num curto período de tempo, como mencionado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centro de Controle e Prevenção de Doenças, 2020; OMS, 2020a, 2020b). Os sintomas mais comuns da COVID-19 incluem febre, fadiga e tosse seca, que geralmente surgem de 2 a 14 dias após a exposição ao vírus, como indicado pela OMS (2020b).

A partir de 2 de março de 2020, foram confirmados os primeiros dois casos positivos de COVID-19 em Portugal. Ao longo desse mês, houve um aumento significativo no número de casos, o que levou o Governo Português a implementar medidas, como o encerramento das instituições de ensino, para combater essa disseminação. Em seguida, em 18 de março, foi declarado o estado de emergência, resultando no encerramento de outros estabelecimentos (por exemplo, bares) e restrições à circulação nas vias públicas, além da obrigatoriedade de quarentena e isolamento social nas residências. Em 2 de maio de 2020, o estado de emergência chegou ao fim (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020; Decreto do Presidente da República n.º 20-A/2020). Essas medidas tiveram um impacto significativo na saúde pública, acarretando consequências para a saúde mental e social (Brooks et al., 2020; OMS, 2020a). Exemplos destas consequências podem ser observados em estudos anteriores sobre pandemias, como a Gripe Espanhola, o HIV, a SARS-CoV, a MERS-CoV, a Gripe A (H1N1), o Ebola ou Zika (Madhav et al., 2017). Estes eventos resultaram em efeitos psicológicos negativos, tais como ansiedade, depressão, irritabilidade, stress, angústia, medo, insegurança e transtorno de stress pós-traumático (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020), assim como consequências económicas, como dificuldades financeiras, desemprego e isolamento social (Arslan et al., 2020). Durante a pandemia, o impacto na saúde mental tende a ser maior do que o número de pessoas infectadas pelo vírus COVID-19 (Marko et al., 2020). Estes “problemas psicológicos podem persistir por meses ou anos após o surto, especialmente para aqueles que contraíram o vírus ou foram diretamente expostos a ele” (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020).

Assim, enfrentamos um desafio global na gestão desta doença infecciosa, exigindo que as pessoas se adaptem a uma nova realidade com medidas adicionais e diretrizes para reduzir a propagação do vírus, enquanto lidam com o impacto psicológico, não apenas devido ao impacto direto do vírus, mas também devido às restrições impostas pelos governos.

2.3 Saúde Mental dos Profissionais de Saúde Durante a Pandemia COVID-19

A pandemia COVID-19 trouxe consigo uma série de desafios para os profissionais de saúde, que se viram confrontados com uma realidade completamente diferente daquela a que estavam habituados. Agora enfrentam obstáculos como o receio de contraírem a doença devido à elevada exposição, o medo de infetarem outras pessoas, a escassez de profissionais qualificados para lidarem com as novas tarefas exigidas durante este período pandémico nos serviços de saúde, a falta de equipamento de proteção individual adequado, a falta de formação oferecida pelos empregadores, a sensação de insegurança no trabalho e a exposição a medidas de isolamento social, quarentena e separação dos entes queridos. Assim, vários investigadores alertam para o risco de uma possível "pandemia mental" (Giorgi et al., 2020).

Com o início da pandemia COVID-19, surgiram vários estudos observacionais que investigaram o impacto desta situação na saúde mental dos profissionais de saúde. Inicialmente, esses estudos concentraram-se nos profissionais de saúde na China. No entanto, à medida que a pandemia evoluiu, foram publicados estudos originários de outros países, o que nos permite obter uma perspetiva mais abrangente e global sobre este tema (Liu et al., 2020; Pappa et al., 2020).

No estudo realizado por Lai et al. (2020), examinou-se uma amostra de 1257 profissionais de saúde em 34 hospitais chineses. Os resultados indicaram que aproximadamente 50,4% dos profissionais relataram sintomas de depressão, enquanto 44,6% referiram sintomas de ansiedade. De acordo com os autores, os profissionais mais afetados em termos de saúde mental são do sexo feminino, enfermeiros, profissionais que trabalham em Wuhan, aqueles que estão na linha da frente e os envolvidos diretamente no diagnóstico, tratamento ou cuidados de enfermagem a pacientes com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2.

Conforme apontado por Xianjun e Fang Yu (2020), a prevalência de ansiedade e depressão entre enfermeiros foi relatada em 20,3% e 30,2%, respetivamente, enquanto entre os médicos foi de 12,6% e 20,2%, respetivamente. Estes resultados corroboram a tendência de maior impacto na saúde mental dos enfermeiros em comparação com os médicos durante a pandemia.

De acordo com os resultados obtidos por Zhang et al. (2020), que utilizaram um questionário online aplicado a 2182 profissionais de saúde chineses, observou-se uma prevalência mais elevada de ansiedade (13.0% vs. 8.5%) e depressão (12.2% vs. 9.5%) entre os médicos em comparação com os profissionais de saúde não médicos.

No contexto português, de acordo com os resultados do estudo conduzido por Sampaio et al. (2020), que contou com a participação de 767 enfermeiros, verificou-se que este grupo de

profissionais de saúde apresentava níveis mais elevados de depressão e ansiedade, tanto antes como durante a pandemia COVID-19, em comparação com a população em geral.

Adicionalmente, um estudo conduzido por Chen et al. (2020) com profissionais de saúde chineses, especificamente do departamento de pediatria, revelou uma alta prevalência de depressão e ansiedade entre os membros da equipa médica pediátrica durante o surto de COVID-19, em comparação com a população em geral. Os profissionais de saúde incluídos neste estudo, especialmente aqueles com maior exposição a pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por SARS-CoV-2, relataram níveis mais elevados de depressão e ansiedade. No entanto, não foi encontrada uma relação entre a gravidade dos sintomas psiquiátricos destes profissionais e o grau de exposição aos pacientes com COVID-19.

De acordo com um estudo recente que comparou a prevalência de ansiedade e depressão em profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19 com o período pré-pandémico, observou-se um aumento significativo no grau de ansiedade e depressão durante a pandemia (Xu et al., 2020).

Entretanto, uma meta-análise de 55 estudos conduzida por Cénat et al. (2021) apresentou resultados distintos em relação aos discutidos anteriormente. Ao comparar a prevalência de depressão e ansiedade entre profissionais de saúde e a população em geral durante a pandemia, estes autores não encontraram diferenças significativas. No entanto, em relação à prevalência de insónia, verificou-se que os profissionais de saúde apresentaram uma taxa duas vezes maior, o que é relevante, uma vez que a insónia é um indicador de depressão e ideação suicida (Lin et al., 2018).

2.4 Fatores com Maior Influência na Saúde Mental dos Profissionais de Saúde na COVID-19

Tendo em consideração os resultados dos estudos anteriormente mencionados, é essencial identificar os grupos de profissionais de saúde que são mais propensos a sofrer um impacto maior na sua saúde mental durante a pandemia. Além disso, é importante compreender os principais fatores que influenciam o desenvolvimento de sintomas de depressão, ansiedade e esgotamento, de forma a implementar estratégias eficazes para mitigar os efeitos da pandemia COVID-19 na saúde mental. Desta forma, será possível promover o bem-estar psicológico destes profissionais e garantir um melhor apoio emocional durante este período desafiante.

De acordo com as conclusões do estudo conduzido por Zhu et al. (2020), que envolveu uma amostra de 5062 profissionais de saúde do Hospital de Tongji, existem certos grupos mais propensos a desenvolver depressão e ansiedade durante a pandemia COVID-19. Estes grupos incluem profissionais do sexo feminino, com mais de dez anos de experiência profissional, com

doenças crônicas concomitantes ou histórico de doenças mentais, além de profissionais de saúde que têm familiares infectados.

No entanto, de acordo com as conclusões de diversos estudos, não foram encontradas diferenças significativas na prevalência de ansiedade e depressão entre o sexo masculino e feminino durante a pandemia COVID-19 (Cénat et al., 2021; Chen et al., 2020; Huang & Zhao, 2020).

Foi realizado um estudo por Liu et al. (2020) envolvendo 4679 médicos e enfermeiros de vários hospitais chineses, com o objetivo de identificar grupos de profissionais de saúde que poderiam ser mais afetados em termos de saúde mental durante a pandemia. Os resultados indicaram que profissionais que são divorciados ou viúvos, vivem sozinhos, trabalham como enfermeiros, estão em departamentos de alto risco, prestam cuidados diretos a pacientes com COVID-19 ou pertencem a hospitais designados exclusivamente para o tratamento de pacientes com COVID-19 apresentam um maior risco de desenvolver ansiedade ou depressão.

Wu et al. (2021) conduziram uma meta-análise abrangendo 66 estudos, com o objetivo de examinar a prevalência de depressão, ansiedade, angústia e insônia durante a pandemia COVID-19. A análise abrangeu diversas populações, incluindo profissionais de saúde. Os resultados indicaram que indivíduos com doenças crônicas, em quarentena, com suspeita ou confirmação de infecção por SARS-CoV-2, médicos e enfermeiros apresentaram uma maior prevalência de depressão, ansiedade e angústia.

Por outro lado, foi observado que indivíduos que não faziam parte do grupo dos profissionais de saúde apresentaram uma menor prevalência de depressão, ansiedade e angústia. No entanto, não foram encontradas diferenças significativas na prevalência de ansiedade e depressão entre os profissionais de saúde que atuavam na linha da frente do combate à COVID-19 e aqueles que não estavam nessa posição (Wu et al., 2021).

Relativamente à importância do nível de exposição a pacientes com COVID-19, um estudo conduzido por Kang et al. (2020) em profissionais de saúde chineses revelou que a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade variava de acordo com o grau de exposição a pacientes com COVID-19. Os resultados deste estudo indicaram que o grupo de profissionais de saúde com pontuações mais baixas nas escalas de avaliação de depressão e ansiedade teve um menor tempo de contacto com pacientes com infecção confirmada ou suspeita. Por outro lado, o grupo que apresentou o nível mais elevado de angústia foi aquele com maior tempo de exposição a estes pacientes.

Por último, é importante destacar que a implementação de medidas de distanciamento social e quarentena pode ter efeitos negativos na saúde mental, uma vez que limitam as

atividades de lazer em grupo e aumentam a solidão entre os profissionais de saúde, o que representa um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (Fiorillo & Gorwood, 2020). Além disso, Reger et al. (2020) alertam para a possibilidade de um aumento nas taxas de suicídio durante a pandemia COVID-19 devido a vários fatores, incluindo o aumento na prevalência de depressão e ansiedade, o isolamento social e a redução no acesso aos cuidados de saúde.

2.5 Saúde Mental e Bem-estar

A pandemia da COVID-19 coloca em risco o bem-estar global, apresentando desafios significativos para a saúde mental (Wąsowicz, 2021). Desde 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem desempenhado um papel fundamental ao destacar a importância da saúde mental (OMS, 2001). A definição de saúde mental abarca diversos aspectos, como bem-estar, autoeficácia percebida, autonomia, competência e autorrealização (OMS, 2001). Segundo a OMS, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se limitando à ausência de doença (OMS, 2020a). Sublinhar a importância do estado mental para o bem-estar geral de indivíduos, comunidades e nações é crucial (OMS, 2001). A saúde mental desempenha um papel essencial tanto a nível individual como comunitário (OMS, 2022b).

Na Antiguidade Clássica, a ideia de bem-estar era restrita, centrando-se na posse de bens materiais como comida, dinheiro e habitação (Smith, 2001). No entanto, ao longo do século XX, essa concepção evoluiu, dando mais importância a aspectos abstratos como segurança, dignidade pessoal e realização de interesses individuais (Smith, 2001).

Nos anos 60, Bradburn (1969) apresentou o conceito de Bem-estar Subjetivo, que assenta no equilíbrio entre afeto positivo e negativo para determinar o bem-estar psicológico. Este conceito abrange também a satisfação com a vida e a sensação de "felicidade" (Diener, 2009).

Nos finais dos anos 80 do século XX, Ryff (1989) destacou várias dimensões do Bem-estar Psicológico, abrangendo autonomia, mestria, relações interpessoais positivas, propósito na vida, crescimento pessoal e autoaceitação. Além disso, surgiu o conceito de Bem-estar Social, conforme apresentado por Keyes (1998), que considera o desenvolvimento humano como um ser social. Este conceito inclui dimensões como integração, contribuição, coerência, aceitação e atualização social (Keyes, 1998).

Keyes e Magyar-Moe (2003) destacam a possibilidade de integrar as três abordagens do bem-estar - Subjetivo, Psicológico e Social - num único modelo, o Modelo de Bem-estar Subjetivo, baseado na percepção do indivíduo sobre si próprio, os outros e o meio social. Keyes (2002) sublinha que a saúde mental vai além da mera ausência de doença mental, incluindo também a presença de sintomas de saúde mental. O bem-estar resulta da combinação desses

três aspetos. Keyes (2002) classifica a saúde mental em três grupos conceptuais num continuum.

”Tendo em conta a relação entre o sofrimento psicológico e o baixo nível de saúde mental, é relevante compreender como os indivíduos podem reduzir o sofrimento psicológico e quais os mecanismos psicológicos que podem ser adotados para lidar com elevados níveis de sofrimento psíquico” (Tindle & Moustafa, 2021).

2.6 Explorando a Ansiedade

A ansiedade, conforme explicado por Rogers e Kinget (1975), emerge quando há uma falha na comunicação interna da pessoa, ou seja, nos seus fenómenos internos. Em outras palavras, quando a pessoa não tem a liberdade para processar as suas experiências e sentimentos de acordo com a sua compreensão e perceção, e sente que as suas necessidades pessoais estão a ser violadas, sendo forçada a negar as suas próprias vivências para ser aceite ou amada pelas figuras de referência, como por exemplo, os pais.

Para evitar o estado de ansiedade, é necessário que a pessoa, desde a infância, tenha a liberdade de não se sentir obrigada a negar ou distorcer as suas experiências ameaçadoras, buscando preservar o amor e a estima dos outros. É importante permitir que essas experiências sejam conscientemente simbolizadas e assimiladas à estrutura do self, contribuindo para a preservação da autoestima (Rogers & Kinget, 1975).

Para que isso ocorra sem comprometer o bem-estar, a pessoa deve experimentar uma redução das condições de valor e do julgamento dos outros, ao mesmo tempo em que recebe um olhar incondicional em relação a si mesma. Quando esse olhar incondicional é reforçado pelos outros, as condições de valorização enfraquecem e há uma maior congruência entre o self e a experiência (Bozarth, 1998/2001).

Rogers e Kinget (1975) afirmam que, de acordo com uma perspetiva fenomenológica, a angústia constitui um estado de desconforto que ainda não foi plenamente compreendido pela pessoa. Por outro lado, a ansiedade surge como resposta do organismo à perceção parcial da consciência do self e da totalidade da experiência.

2.7 Depressão e Ansiedade durante a Pandemia Covid-19

Durante adversidades naturais, como pandemias, os sintomas de depressão e ansiedade são comumente observados como consequências para a saúde mental, o que torna o estudo desses sintomas especialmente relevante em períodos de epidemia, como a COVID-19 (Steel et al., 2009).

De modo geral, a ansiedade é considerada uma resposta adaptativa diante de uma ameaça percebida ou antecipada. No entanto, essa resposta pode tornar-se desadaptativa, resultando em

uma perturbação. A distinção entre ansiedade patológica e adaptativa é evidente quando esta última é desproporcional à ameaça percebida ou quando surgem sintomas inadequados para tal, como crises de pânico recorrentes, sintomas físicos graves e crenças desadaptativas, como o medo de morte súbita ou a perda de controle. A ansiedade é considerada patológica quando causa problemas inaceitáveis e disruptivos por si só, desproporcionais ou na ausência de ameaças. Além disso, alterações gastrointestinais, fadiga, dificuldades de memória, concentração, náuseas e distúrbios do sono também estão associados à ansiedade e à depressão (Gask et al., 2018; Saniah & Zainal, 2010). Segundo o estudo de Ivbijaro et al. (2020), a ansiedade foi identificada como o impacto negativo mais mencionado da pandemia (40% dos participantes), atribuída a preocupações com a saúde pessoal, de amigos e familiares próximos, bem como à interrupção completa das rotinas pessoais, profissionais e de cuidados de saúde mental.

Os níveis de ansiedade e depressão podem ser influenciados pelas estratégias de *coping* adotadas pelas pessoas. Embora as estratégias de *coping* mais adequadas e adaptativas geralmente sejam aquelas centradas na resolução do problema, estudos como os de Forsythe e Compas (1987) e Lazarus e Folkman (1984) indicam que a sintomatologia de ansiedade e depressão é reduzida quando são utilizadas estratégias de enfrentamento centradas nas emoções diante de eventos estressantes percebidos como incontroláveis.

Os resultados da pesquisa conduzida por Petzold et al. (2020) revelaram que as experiências pessoais com a Covid-19 não estavam significativamente associadas à ansiedade relacionada à infecção pelo vírus SARS-CoV-2. Em vez disso, determinantes psicológicos e sociais demonstraram ter uma influência mais significativa na ansiedade, especialmente numa fase inicial da pandemia. Além disso, fatores como a aceitação da ansiedade e das emoções negativas, o apoio social e o conhecimento de onde procurar tratamento, se necessário, mostraram-se negativamente associados a vários aspectos da ansiedade relacionada à pandemia.

2.8 Contextos de Intervenção Psicossocial

Vários acontecimentos, como acidentes, desastres naturais, conflitos armados ou ataques terroristas, assim como outras situações de catástrofe, têm evidenciado a importância e a necessidade de se prestar atenção à Saúde Mental no contexto de intervenção em situações de Catástrofe, Crise e Emergência (Wainrib & Bloch, 2000).

Antes de mais, é importante definir alguns conceitos fundamentais para compreender o âmbito e o contexto de atuação nesta área. É comum definir desastre como qualquer evento, geralmente ocorrendo de forma repentina, que cause danos, perturbação ecológica, perda de

vidas humanas, deterioração da saúde e dos serviços de saúde, e que ultrapasse a capacidade da comunidade afetada, necessitando de assistência externa (Landesman, 2001).

”Um elemento comum a todas as definições de desastre mencionadas anteriormente é o desequilíbrio entre as novas exigências resultantes do desastre e as capacidades resilientes da comunidade afetada para responder. Isso levou os especialistas em desastres a proporem uma hierarquia para descrever os incidentes críticos: emergência, desastre e catástrofe” (Quarantelli, 2006).

Tabela 3

Designação dos Diferentes Tipos de Acidentes

Crise:	Capacidade de resposta excede as exigências do evento, sendo possível a resposta
Emergência:	Capacidade de resposta é posta em causa, sendo os recursos locais capazes de lidar com as exigências
Desastre:	Exigências excedem a capacidade, sendo necessário apoio externo
Catástrofe:	Exigências excedem largamente e destrói a capacidade local de resposta, criando uma quase dependência de apoio externo

Adaptado Quarantelli (2006)

Após eventos potencialmente traumáticos, a maioria das pessoas afetadas consegue recuperar-se por si própria. No entanto, um número significativo de indivíduos desenvolve problemas de saúde mental e/ou transtornos mentais a longo prazo após o desastre ou evento crítico (Norris et al., 2002).

A importância da Intervenção Psicossocial na Crise não é um conceito novo quando se trata de fornecer cuidados psicológicos imediatos às vítimas de trauma. As estratégias de intervenção estão bem documentadas no contexto do apoio psicossocial em situações de crise, como exemplificado pelas tentativas de oferecer ajuda psicológica aos combatentes da Primeira Guerra Mundial que apresentavam sintomas de *shell-shock*, através dos princípios da "PIE": proximidade (apoio próximo ao indivíduo, próximo à linha de frente), imediatismo (apoio imediato ao indivíduo) e expectativa (esperar que o indivíduo seja capaz de retomar suas funções de combate) (Kardiner & Spiegel, 1947).

Posteriormente, num contexto não relacionado à guerra, Lindemann (1944) introduziu um conceito diferente ao conduzir um estudo de acompanhamento com os sobreviventes e familiares de um incêndio ocorrido em Boston, conhecido como *Coconut Grove*, em 1942, no

qual cerca de 500 pessoas perderam a vida. Os resultados sugeriram que o suporte psicológico precoce/imediato após o evento crítico tem efeitos significativos e duradouros no bem-estar psicológico do indivíduo e na prevenção de possíveis problemas psicopatológicos.

”Ao explorar o conceito de intervenção na crise, é importante mencionar o trabalho de Caplan (1964), cujos princípios terapêuticos e preventivos têm servido de referência para o desenvolvimento de outras abordagens de intervenção” (Everly & Mitchell, 1997).

É evidente que alguns autores têm expressado críticas em relação à eficácia de certos modelos existentes (Mitchell & Everly, 2001; Raphael & Wilson, 2000), o que tem gerado alguma controvérsia em relação a certas formas de intervenção. No entanto, essas críticas têm levado a um renovado foco e interesse na chamada "Primeiros Socorros Psicológicos" (*Psychological First Aid*) (Raphael, 1986), especialmente no que diz respeito à sua utilização com a população civil.

2.8.1 O Conceito de Intervenção Psicossocial em Situações de Catástrofe, Crise e Emergência

A intervenção psicossocial baseia-se no pressuposto de que o bem-estar global de uma pessoa requer a combinação de vários fatores psicossociais. O foco não está apenas nos fatores físicos e psicológicos isolados, mas sim em todas as características interpessoais das pessoas, incluindo o contexto em que se encontram, as redes comunitárias e sociais às quais pertencem (IASC, 2007).

O apoio ou intervenção psicossocial é frequentemente descrito como um processo de facilitação da resiliência em indivíduos, famílias e comunidades, permitindo que as famílias superem o impacto das crises e ajudando-as a lidar com tais eventos no futuro. Ao respeitar a independência, dignidade e mecanismos de enfrentamento de indivíduos e comunidades, o apoio psicossocial promove a restauração da coesão social e da infraestrutura (IFRC, 2009).

De acordo com o modelo de *Time Course of Traumatic Stress* (Fischer & Riedesser, 2003), o Apoio Psicossocial às pessoas afetadas por eventos críticos reconhece a importância de analisar separadamente as fases do trauma, que são: (1) reação traumática, (2) fase de choque e (3) *coping* e reações pós-evento. Um processo traumático ocorre quando a transição para a fase de pós-evento não ocorre de forma adequada e a recuperação falha permanentemente.

Todas as pessoas necessitam de Apoio Psicossocial para garantir o seu bem-estar psicológico, emocional e o seu desenvolvimento físico e mental. Após a exposição a um evento potencialmente traumático, pode surgir a necessidade de um Apoio Psicossocial específico adicional (Thurman, 2012).

Existe um amplo consenso de que intervenções psicossociais devem ser realizadas imediatamente após o evento, a fim de garantir o bem-estar psicológico das pessoas afetadas e prevenir a psicopatologia. De forma mais específica, há um consenso de que as primeiras intervenções psicossociais devem ter como objetivos promover a recuperação natural e o uso de recursos naturais de apoio, identificar as pessoas afetadas que necessitam de apoio psicológico e quando necessário, encaminhar e tratar as pessoas afetadas que precisam de ajuda psicológica aguda (Te Brake et al., 2009).

2.8.2 *Diferenças Psicologia Convencional vs. Intervenção na Crise*

A intervenção em situações de crise difere da psicologia convencional em vários aspetos, incluindo o facto de ser muito mais sensível a questões de tempo e exigir uma abordagem mais direta por parte do profissional. Nas situações de crise, as pessoas frequentemente experienciam uma sobrecarga emocional e sentem-se incapazes de lidar com a situação recorrendo às suas estratégias habituais. Os sinais e sintomas comuns nestes momentos incluem confusão, choque, instabilidade emocional, agitação, agressividade ou profunda tristeza (Roberts, 2000).

É importante ter em consideração uma preocupação comum relacionada com o "potencial de letalidade" das pessoas acompanhadas, não apenas em relação a questões como o suicídio, mas também a qualquer outra situação que possa colocar outras pessoas ou propriedades em risco. Por conseguinte, é compreensível que, ao intervir numa crise, seja muitas vezes necessário adotar uma postura firme e direta, com o objetivo de proporcionar à pessoa acompanhada uma sensação de apoio efetivo. A intervenção na crise visa, então, permitir que o profissional modele um processo deliberativo de enfrentamento para estabelecer metas, planear e construir (Abueget et al., 2000).

A intervenção em situações de crise difere da psicologia convencional em várias dimensões. A psicologia convencional lida com problemas já existentes, geralmente adota uma perspetiva terapêutica, atende clientes ou pacientes num consultório e tem como objetivo fornecer tratamento. Por outro lado, a intervenção em situações de crise não é uma forma de psicoterapia nem a substitui. O seu objetivo é oferecer apoio, prevenção, resolução ou encaminhamento, com o intuito de restaurar o equilíbrio emocional e retomar o nível de funcionamento anterior à crise (Roberts, 2000).

Tabela 4*Psicologia Convencional vs. Intervenção Psicológica em Crise*

	Psicologia Convencional	Intervenção em Crise
Contexto	Reparação, reconstrução e desenvolvimento	Prevenir, dissipar, restaurar
Timing	Posterior, longe do agente desencadeador da crise ou da descompensação psicológica	Imediato, próximo do agente desencadeador da crise ou da descompensação psicológica
Local	Ambiente seguro e calmo	Em qualquer local seguro próximo do incidente
Duração	O tempo necessário	4 contatos
Papel do Terapeuta	Orientador, consulta	Ativo, diretivo
Focus	Presente, passado	Aqui e agora
Expectativas	Redução de sintomas, desenvolvimento pessoal, aconselhamento e colaboração	Apoio direcionado, redução de sintomas
Objetivos	Tratar psicopatologia, redução de dificuldade, desenvolvimento e reconstrução da vivência pessoal	Estabilizar, reduzir sintomas, retorno ao funcionamento anterior, referir ao nível seguinte de cuidados

Adaptado Everly & Mitchell (1997)

2.8.3 Reações Inerentes a Situações de Crise Psicológica

O enfrentamento de uma situação de crise muitas vezes impede que os mecanismos normais de adaptação e resolução de problemas sejam bem-sucedidos, resultando num desequilíbrio psicológico que gera sentimentos como ansiedade ou medo, além de uma diminuição no funcionamento adaptativo, conhecido como "crise psicológica" (Lazarus, 1999). Também é descrito como uma interrupção aguda no processo de homeostase psicológica, em que os mecanismos de enfrentamento falham e levam a situações de angústia significativa (Roberts, 2000).

Assim, compreende-se facilmente que as estratégias de enfrentamento habituais, geralmente utilizadas, são frequentemente insuficientes para uma resposta eficaz, resultando

em reações comportamentais, fisiológicas, cognitivas e emocionais que são "estranhas" ao indivíduo. Seguem-se algumas das respostas mais comuns a um evento traumático.

Uma revisão da literatura empírica no campo da "psicologia de desastres" (Norris, Friedman, Watson, Byrne et al., 2002) classificou os resultados psicossociais dos desastres em várias categorias:

- Problemas psicológicos específicos, como perturbações diagnosticáveis de acordo com o DSM;
- Angústia não específica, caracterizada pelo aumento de sintomas associados à exposição a um stress extremo;
- Problemas de saúde, incluindo queixas somáticas e abuso de substâncias;
- Perda de recursos psicossociais, como a deterioração da resiliência e do apoio social;
- Problemas específicos em crianças e jovens, como ansiedade de separação, regressão no desenvolvimento e problemas de comportamento.

Os mesmos autores também relataram que uma ligeira maioria (51%) dos 160 estudos analisados relatou danos psicológicos moderados entre os sobreviventes de desastres, enquanto 39% desses estudos relataram danos psicológicos graves nas populações ou amostras estudadas. Isso sugere que o apoio psicossocial em situações de crise pode beneficiar significativamente as pessoas afetadas pelo evento crítico.

É importante salientar que as pessoas afetadas por um incidente traumático frequentemente respondem de forma positiva, não apenas em relação aos seus próprios recursos pessoais, como a resiliência, mas também no apoio prestado a outras pessoas envolvidas no evento.

Tendo em consideração as diferentes reações a eventos ou situações traumáticas, que requerem a nossa total atenção, e sabendo que uma significativa percentagem de pessoas pode desenvolver perturbações, como a Perturbação Aguda de Stress ou Perturbação de Pós Stress Traumático, com uma prevalência estimada entre 8% e 9% da população (Kessler et al., 1995), a intervenção psicológica na crise assume uma importância primordial. Essa intervenção abrange todas as suas valências e técnicas de natureza psicossocial.

É válido mencionar que, na prevenção de distúrbios psicológicos, quanto mais cedo a vítima for abordada, diagnosticada e tratada, melhores serão as perspetivas a longo prazo (Campfield & Hills, 2001). Portanto, é fundamental que os profissionais com formação para atuar na linha de frente em situações de Crise, Catástrofe ou Emergência dediquem especial

atenção ao Apoio Psicossocial, com um enfoque específico nos Primeiros Socorros Psicológicos.

2.8.4 A Intervenção na Crise

”Uma das intervenções mais reconhecidas e realizadas desde o início do reconhecimento desta área é a Intervenção em Crise. Lindemann (1944), após o Incêndio de Boston na *Coconut Grove* em 1942, desenvolveu o que muitas vezes é considerado o marco inicial na compreensão do impacto na saúde mental após um evento crítico, destacando assim a importância da intervenção psicológica nesta fase.”

”Após uma situação de crise, as pessoas tendem a perder o equilíbrio e podem apresentar uma variedade de sinais e sintomas físicos, emocionais e cognitivos associados ao evento” (Roberts, 2000).

”O primeiro objetivo da intervenção em crise é garantir a segurança física da pessoa e, em seguida, promover a recuperação para um nível adequado de autonomia funcional.” Para alcançar esses objetivos, é necessário estabelecer uma relação empática, identificar a queixa principal, avaliar os recursos pessoais e sociais da pessoa, estabelecer metas e tarefas viáveis para a pessoa e obter um acordo para seguir o plano acordado. Além disso, é importante considerar o acompanhamento contínuo. Os planos de intervenção em crise devem permitir a avaliação e modificação de objetivos e do *rapport* terapêutico, com base na análise realizada e ao longo do tempo em que a pessoa está a ser acompanhada (Roberts, 2000).

É prática comum concluir a Intervenção em Crise encaminhando as pessoas acompanhadas para serviços de apoio contínuo que possam fornecer acesso a cuidados e estar atentos às possíveis mudanças nas necessidades ao longo do tempo. A intervenção em crise tem como foco principal minimizar o impacto do sofrimento emocional e conectar o sobrevivente à sua rede de apoio, o que pode facilitar uma recuperação a curto prazo, garantindo também a satisfação das necessidades básicas. É importante evitar transmitir expectativas irreais ou falsas esperanças e concentrar a intervenção numa abordagem pragmática, com objetivos e orientações facilmente alcançáveis, como a manutenção das atividades diárias (Reyes & Elhai, 2004).

2.8.5 Intervenções Educacionais, Psicoeducação

O conceito de Intervenções Educacionais, nomeadamente a Psicoeducação, foi desenvolvido por Anderson et al. (1980) no contexto psiquiátrico no início dos anos 80, com o objetivo de descrever a intervenção familiar no tratamento da esquizofrenia. “Além disso, a Psicoeducação tem adquirido cada vez mais importância na prevenção e tratamento de perturbações de stress emocional. Neste sentido, pode-se afirmar que a Psicoeducação

estabelece uma ligação entre a educação e o aconselhamento, onde o foco incide nas diferentes reações psicológicas após um evento potencialmente traumático, em vez de as considerar como fatores de progressão da doença.”

As intervenções sistemáticas de Psicoeducação podem ser consideradas como abordagens didático-psicoterapêuticas utilizadas para informar os pacientes e os seus familiares sobre a doença, o tratamento e os avanços no entendimento e tratamento da doença, para além de fornecer apoio na superação da doença (Bäumel et al., 2006).

As “avaliações disfuncionais do trauma e as suas consequências podem levar a um elevado nível de stress emocional (Steil & Ehlers, 2000). Assim, é de extrema importância a forma como a pessoa avalia os sintomas de stress pós-traumático, se os percebe como parte de um processo normal de recuperação ou interpreta esses sintomas como um desastre em si mesmo.”

Hobfoll et al. (2007) identificaram “cinco princípios de intervenção que, empiricamente, podem ser classificados como diretrizes para o desenvolvimento de práticas de intervenção e programas no pós-desastres. Os princípios orientadores a ter em consideração são promover a sensação de segurança, promover a estabilização emocional, promover um sentido de autoeficácia individual e coletiva, promover a conexão com redes de apoio e promover a esperança. Com base nos dados anteriores, os autores recomendam a integração da Psicoeducação no apoio pós-desastre.”

2.8.6 O Apoio de Pares

A base do apoio entre pares assenta na premissa de que pessoas com experiências semelhantes podem estabelecer uma relação facilitada, promovendo empatia e validação autêntica da situação vivida (Mead, 2003). Esse apoio é construído com base em princípios fundamentais de respeito, responsabilidade partilhada e acordo mútuo sobre o que é útil (Mead, 2003).

O apoio entre pares é geralmente descrito como um modelo de bem-estar que se concentra nos pontos fortes e na recuperação das pessoas, enfatizando os aspetos positivos da sua capacidade de funcionar efetiva e adaptadamente, em vez de patologizar e concentrar-se nos sintomas e problemas das pessoas após um evento crítico (Carter, 2000; Mead, 2003; Repper & Perkins, 2003).

É importante definir e esclarecer os principais papéis do apoio entre pares. Davidson et al. (2006), numa revisão da literatura, identificaram algumas funções orientadoras desse tipo de apoio, tais como: compreensão, empatia e aceitação; fornecer informações práticas, suporte para aceder a recursos da comunidade e estratégias de enfrentamento.

A reciprocidade e as relações entre pares são valorizadas no apoio mútuo, oferecendo uma oportunidade para partilhar experiências, dar e receber apoio e construir um entendimento mútuo e sinérgico que beneficia ambas as partes (Mead et al., 2001).

Em algumas situações, os pares que prestam apoio podem ser profissionais treinados, que utilizam não apenas a sua formação, mas também as suas próprias experiências no enfrentamento de eventos críticos para apoiar outros que estão atualmente em crise segundo os mesmos autores.

O grau de reciprocidade esperado no apoio entre pares varia dependendo da abordagem adotada (Davidson et al., 1999). Podemos compreender essa situação ao considerar a abordagem do apoio de um par que está presente e reconhecido, em contraste com um par "especializado" que surge apenas para fornecer apoio após um evento crítico.

Essa situação pode ser observada em estruturas como as Equipas de Apoio Psicossocial da Autoridade Nacional de Proteção Civil, onde bombeiros especializados em Intervenção na Crise oferecem apoio aos colegas (pares) após eventos críticos. Independentemente disso, a reciprocidade e a compreensão direta da situação vivida são fundamentais no apoio entre pares.

O apoio entre pares pode ser entendido como “social emotional support, frequently coupled with instrumental support, that is mutually offered or provided by persons having a mental health condition to others sharing a similar mental health condition to bring about a desired social or personal change” (Solomon, 2004, p. 393).

Importa mencionar que muitos estudos baseados em evidências relatam que pessoas apoiadas por programas de apoio entre pares tendem a apresentar melhores resultados de adaptação após uma crise (Chinman et al., 2001; Min et al., 2007; Resnick & Rosenheck, 2008).

2.9 Suporte Social Percebido

A distinção entre apoio social recebido e apoio social percebido é crucial na definição do suporte social. Enquanto o primeiro se refere às ações tangíveis de assistência fornecidas por pessoas próximas, o segundo é mais subjetivo, relacionando-se à crença de que essas formas de apoio estarão disponíveis quando necessário, contribuindo para um maior bem-estar psicológico. Ambos os tipos de apoio têm efeitos distintos na relação entre o stress e a saúde mental, sendo que o apoio social percebido é reconhecido como um fator promotor da saúde mental e um mecanismo de proteção contra situações stressantes (Norris & Kaniasty, 1996).

Há várias investigações que sublinham a importância do apoio social na promoção do bem-estar físico e psicológico, na sua relação com a saúde e o bem-estar, na prevenção de doenças mentais e em condições relacionadas com eventos potencialmente traumáticos, além de servir como um escudo contra os impactos de situações stressantes. O apoio social pode

atenuar os efeitos negativos do stress ou diminuir o seu impacto, fortalecendo o indivíduo e preparando-o melhor para enfrentar os desafios e acontecimentos da vida. Por outro lado, a falta desse apoio está diretamente relacionada com a gravidade dos sintomas físicos e psicológicos (Cohen & Wills, 1985; Ribeiro, 1999).

2.10 Flexibilidade Psicológica

A flexibilidade psicológica é descrita como a capacidade de um indivíduo para reconhecer e adaptar-se a diferentes situações, procurando alcançar resultados a longo prazo que sejam significativos para si próprio (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020). Esta habilidade envolve competências de liderança, gestão, disciplina e flexibilidade, facilitando ajustes na estrutura, papéis e normas nas relações em contextos de stress (Maynard & Olson, 1987). Além disso, implica permanecer no momento presente, mesmo quando confrontado com experiências internas desagradáveis, e tomar decisões com base no contexto e nos valores pessoais (Hayes et al., 2011). Segundo Kashdan e Rottenberg (2010), a flexibilidade psicológica refere-se à forma como uma pessoa se adapta a situações instáveis e ambíguas, reconfigurando recursos mentais, mudando perspectivas e equilibrando conflitos entre desejos, necessidades e diferentes áreas da vida. “As intervenções que promovem a flexibilidade psicológica ajudam o indivíduo a desenvolver novos repertórios de comportamento alinhados com os seus valores pessoais, auxiliando-o a decidir quando e como aplicá-los” (Gloster et al., 2017).

A flexibilidade psicológica não apenas contribui para o bem-estar (Wąsowicz, 2021) e para a saúde mental (Landi et al., 2020), mas também auxilia o indivíduo a lidar de forma mais eficaz com o stress (Gloster et al., 2017). Estudos têm consistentemente demonstrado que uma maior flexibilidade psicológica está correlacionada com a redução do stress, da ansiedade e da depressão, bem como com o aumento do bem-estar (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020).

Durante momentos de crise, como a atual pandemia de COVID-19, a flexibilidade psicológica, juntamente com os recursos mentais, emerge como um dos elementos cruciais que podem influenciar a saúde mental das pessoas. Nestes períodos, os indivíduos percebem uma ameaça iminente às suas vidas e uma sensação de risco para o seu bem-estar e segurança (Afshari et al., 2021).

3 PARTE III – ATIVIDADE DESENVOLVIDA DURANTE O ESTÁGIO

3.1 Modelo Terapêutico Utilizado

Entre os vários modelos seguidos pelos profissionais que integraram a Iniciativa Solidária, tomei como referência a Abordagem Centrada na Pessoa para a intervenção e acompanhamento psicológico dos casos, por ser o que considero mais adaptado à situação em observação. Segundo Rogers (1975), esta abordagem tem como base a psicologia fenomenológica e existencial. Utiliza-se a expressão "abordagem centrada na pessoa" para descrever a forma específica de estar na relação com o outro (Gobbi et al., 1998). O objetivo desta abordagem é ajudar e apoiar a pessoa a desenvolver-se, de modo a encarar não só a situação atual, mas também outros problemas que possam surgir de forma mais adaptada, não se limitando a resolver apenas uma situação específica (Hipólito, 1999).

3.2 Abordagem Centrada na Pessoa

Rogers (1983), ao longo do tempo, identificou e consolidou duas tendências fundamentais que são a base da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Essas tendências são a tendência de autorrealização, presente em todos os seres vivos, e a tendência formativa, que é uma característica do próprio universo. O autor acredita na existência de um movimento em direção à realização construtiva e no impulso natural em busca de um desenvolvimento mais completo e complexo, o que significa procurar um funcionamento pleno em todos os seres vivos e organismos (Rogers, 1983).

Wood (2008, p. 14) destaca que a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), é considerada por Carl Rogers como uma "forma original de abordagem, estruturadora da prática bem-sucedida em diversas atividades".

De forma sucinta, Rogers (1983, p. 38) resumiu uma das premissas fundamentais da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) da seguinte maneira:

”Os indivíduos possuem dentro de si mesmos vastos recursos para a autocompreensão e para modificação de seus autoconceitos, de suas atitudes e de seu comportamento autônomo. Esses recursos podem ser ativados se houver um clima, passível de definição, de atitudes psicológicas facilitadoras.”

A capacidade inata dos seres vivos e organismos de se desenvolverem constantemente, visando à preservação e ao crescimento integral, é denominada na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) como tendência atualizante. Essa tendência implica o contínuo desenvolvimento das potencialidades individuais para assegurar a plenitude do ser humano em sua jornada de crescimento (Rogers & Kinget, 1975).

Neste ponto, é importante esclarecer que a tendência atualizante se reflete tanto na dimensão do desenvolvimento individual (ontogénese) como no desenvolvimento da espécie (filogénese). Embora o cerne da hipótese não se fundamente” no desenvolvimento físico do organismo, é imperativo estabelecer uma relação dialética entre esse desenvolvimento e o crescimento do self, que abarca todos os factos e vivências do campo fenomenológico reconhecidos como relacionados ao self ou autoconceito” (Rogers & Kinget, 1975).

Nesse sentido, a tendência atualizante não apenas valida o self, mas também assegura a integridade do organismo, promovendo a harmonia entre a experiência vivida e a sua simbolização. Por outras palavras, quando a experiência simbolizada reflete fielmente as vivências do organismo, isso sugere que a pessoa apresenta um comportamento ajustado, com maturidade e um funcionamento pleno. Por outro lado, “quando surge uma dissonância (ou comumente designada por incongruência) entre o campo fenomenal (*self real*) e o *self ideal*, verifica-se um desajuste que resulta em estados de ansiedade, depressão e angústia, afetando assim a personalidade e o seu desenvolvimento” (Capelo, 2000).

Salienta-se que, de acordo com Rogers (1951/2004), a conceção do Self é igualmente crucial na sua abordagem. Ele descreve o Self como a forma como a pessoa se percebe a si mesma, as suas relações com os outros, com o ambiente e com a vida em geral, bem como os seus valores, juntamente com um autoconceito realista ou idealizado (Nye, 2000).

Conforme indicado por Góis e Brites (2003/2004), “é possível descrever uma estrutura e organização funcional do self, que compreende vários componentes, possibilitando uma unidade funcional e eficaz. Isso permite um crescimento saudável e harmonioso da pessoa.”

Os componentes abarcam: a autoconsciência, que permite à pessoa adquirir a consciência de si mesma como um ser existente, único, capaz de perceber estímulos tanto internos como externos, facilitando uma perceção mental de si e uma consciencialização da própria consciência; o autoconceito, que possibilita ao self reconhecer uma representação e uma avaliação de si mesmo, presentes ao longo da vida como um processo dinâmico de crescimento e adaptação às experiências vividas, sem, contudo, alterar a sua identidade; e o autocontrolo ou autodomínio, associado aos dois componentes anteriores, que permite, de maneira saudável, que a pessoa tenha autonomia e consciência dessa autonomia, sem desconsiderar os fatores externos, mas assumindo o poder e a capacidade de identificar e decidir sobre as suas próprias necessidades (Góis & Brites, 2003/2004).

”No entanto, é desafiante encontrar nas obras de Rogers uma definição concreta do conceito de self, pois, como se percebe numa análise mais aprofundada sobre o autor, ele nunca teve muita preocupação em descrever conceitos de forma rígida. O mesmo autor sempre

manteve uma abertura para um processo contínuo de evolução, baseado na experiência e no estudo de casos práticos” (Góis & Brites, 2003/2004).

3.3 Teoria da Personalidade Segundo Rogers

Hall et al. (1998/2000) referem que, apesar de Rogers aparentemente não atribuir grande importância aos construtos estruturais da personalidade, a sua abordagem enfatiza claramente a mudança e o desenvolvimento da mesma através dos conceitos de organismo e self. O organismo, concebido psicologicamente, é considerado o núcleo de toda a experiência, abrangendo tudo o que ocorre dentro do indivíduo a cada momento e que está potencialmente disponível à consciência, formando assim o campo fenomenal da pessoa. Este campo fenomenal, enquanto estrutura de referência do indivíduo, é subjetivo e conhecido e sentido apenas por ele próprio, sendo acessível ao outro apenas através da compreensão empática, mas nunca totalmente compreendido pelo outro.

Importa destacar que consciência e campo fenomenal não possuem o mesmo significado. Para Hall et al. (1998/2000), Rogers refere-se à consciência como a simbolização das experiências. Por outro lado, o campo fenomenal engloba tanto as experiências simbolizadas como as não simbolizadas. É possível que o campo fenomenal reaja também a experiências não simbolizadas, resultando em comportamentos desajustados ou em incongruência por parte da pessoa. Essas consequências podem afetar negativamente o desenvolvimento saudável da pessoa e levar a um estado de estagnação que causa "sérios desconfortos psicológicos" (Nye, 2000).

De acordo com o modelo de Rogers (1951/2004), as avaliações realizadas pelos outros desempenham um papel fundamental no funcionamento pleno e congruente da pessoa. O mesmo autor observou que, se a pessoa vivenciasse constantemente uma aceitação positiva incondicional por parte dos outros, não seria necessário desenvolver condições de valor e a sua autoestima seria incondicional. Nesse sentido, não haveria espaço para uma dissociação entre a avaliação organísmica e a avaliação externa (Hall et al., 1998/2000).

Essa avaliação organísmica pode manifestar-se quando a pessoa se sente livre para organizar e aceitar as suas experiências da forma que ela própria entende, sem se preocupar com o que é considerado conveniente pelos outros. Ela pode ser autêntica e não precisa abdicar das suas convicções para ser aceite pelos outros. Rogers (1951/2004), investigou todo este funcionamento, especialmente durante a infância, e examinou o seu efeito ao longo da vida da pessoa, incluindo a qualidade dos relacionamentos com os outros (Hall et al., 1998/2000).

Segundo Rogers (1961/2009), uma pessoa considerada plenamente funcional ou psicologicamente saudável demonstra estar aberta mentalmente para aceitar o novo e qualquer

tipo de experiência, ter uma tendência a viver plenamente cada momento, possuir um locus de controlo interno, sem depender de orientações externas, sentir-se livre para expressar as suas ações e pensamentos, ser criativa e persistir em maximizar o seu potencial.

3.4 A Abordagem Centrada na Pessoa: Uma Perspetiva para Relação de Ajuda

Na perspetiva de Rogers e Kinget (1975), construir uma prática psicoterapêutica eficaz implica estabelecer uma relação de ajuda centrada no outro, inserida num contexto de desenvolvimento pessoal e social. Segundo Rogers (1977/2011), uma relação de ajuda ocorre quando pelo menos uma das partes procura promover o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um funcionamento melhor e uma maior capacidade de lidar com os desafios da vida. Nunes (1999) destaca que oferecer ajuda ou estabelecer uma relação de ajuda não consiste em fornecer soluções ou indicar estratégias, mas sim criar um ambiente relacional que permita ao outro (aquele que solicita ajuda) descobrir o seu próprio caminho, alinhado com a sua subjetividade, e encontrar soluções criativas e coerentes para superar as dificuldades ou os problemas.

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) viabiliza diferentes formas de relação de ajuda, tanto no contexto do aconselhamento, com suas diversas abordagens, quanto na psicoterapia. No âmbito da psicoterapia, a relação de ajuda "insere-se num quadro muito próprio e bem delimitado e caracteriza-se essencialmente por ser uma forma de tratamento nos casos que apresentam uma sintomatologia do foro psicopatológico" (Nunes, 1999, p. 64).

O objetivo da psicoterapia é facilitar a atualização da tendência do organismo para ajustar gradualmente o seu self à experiência, dissolvendo as condições de valor e restaurando, assim, o processo organísmico unificado (Rogers, 1951/2004). Cabe ao terapeuta criar apenas as condições para que o indivíduo possa reorganizar-se e encontrar a sua própria direção (Santos, 2004).

3.4.1 Tendência Atualizante

"Este conceito fundamenta-se numa confiança fundamental no ser humano, pois acredita-se que ele é intrinsecamente motivado pelo processo construtivo" (Rogers, 1983). Esta crença no desenvolvimento humano está relacionada com o que Rogers (1977/2011) designou por tendência atualizante, que, de acordo com Bozarth (1998/2001), é uma teoria organísmica que engloba as qualidades básicas da natureza humana, tais como o crescimento, o progresso e a mudança. Isto permite que o indivíduo progrida de estados de desorganização para níveis cada vez mais elevados de organização (Hipólito, 2011). A tendência atualizante constitui uma força motivadora e inata do organismo que o impulsiona em direção à autorregulação, conduzindo-o

à plenitude (Brodley, 1998) e à concretização construtiva das suas potencialidades inerentes (Rogers, 1983; Rogers, 1977/2011).

A prática desta capacidade requer um contexto de relações humanas positivas, que promovam a preservação e valorização do "eu" (Rogers & Kinget, 1975), permitindo ao indivíduo fazer escolhas conscientes que contribuam para o seu desenvolvimento pessoal (Brodley, 1998; Rogers, 1977/2011), mesmo em circunstâncias desafiantes (Rogers, 1977/2011; Rogers & Kinget, 1975). Independentemente das condições que possam facilitar ou dificultar a sua manifestação, a tendência atualizante atua de forma contínua (Santos, 2004) na preservação e no crescimento do organismo (Rogers, 1983).

3.4.2 Condições Facilitadoras

A psicoterapia estabelece condições psicológicas que facilitam o desenvolvimento do indivíduo, permitindo-lhe empreender um processo construtivo de mudança, utilizando as suas capacidades intrínsecas de recuperação e crescimento (Bozarth, 1998/2001), tornando-se assim mais livre para ser uma pessoa verdadeira e integral (Rogers, 1983). “Estas posturas garantem a qualidade do encontro pessoal e determinam o sucesso do processo terapêutico, assim como de todas as relações humanas, incluindo outras formas de terapia (Gusmão, 1998), onde o desenvolvimento pessoal é o objetivo principal (Rogers, 1977/2011). Embora estejam profundamente interligadas, a sua dimensão e complexidade permitem considerá-las separadamente” (Bozarth, 1998/2001).

3.4.3 Compreensão Empática

”A compreensão empática envolve um "processo dinâmico" (Santos, 2004), no qual o terapeuta procura entender e compreender o mundo subjetivo que o cliente está a vivenciar, "ver o mundo como ele o vê" (Rogers & Kinget, 1975), em sintonia e harmonia com as suas emoções, captando o significado das suas experiências (Gusmão, 1998; Santos, 2004). Assim, o terapeuta adota uma atitude "receptiva e interessada", sem julgamentos ou "qualquer influência pessoal" (Rogers, 1942, citado por Bozarth, 1998/2001), para que o cliente entre em contacto com a "fonte experiencial" subjacente às suas vivências e representações” (Brodley, 2000).

Isso inclui o reconhecimento da comunicação do cliente como uma expressão autêntica de si mesmo, contendo significados, reações, intenções, perspectivas e sentimentos, tanto em relação a si próprio como ao mundo externo e objetivo (Brodley, 2000). Essa “aceitação e consideração permitem ao indivíduo desenvolver uma maior consideração por si mesmo, tornando-se mais receptivo ao processo de mudança (Rogers, 1983) e garantindo o sucesso do processo terapêutico” (Bozarth, 1998/2001).

3.4.4 Olhar Positivo Incondicional

”O olhar positivo incondicional representa uma atitude interior que deve ser natural e trazida para a relação terapêutica” (Prouty, 2001). “O aspecto positivo refere-se à forma como uma experiência específica é percebida pela pessoa, envolvendo respeito e aceitação. Já o aspecto incondicional decorre da consideração positiva de todas as experiências vivenciadas pelo indivíduo”. Trata-se do respeito incondicional do terapeuta pela individualidade do cliente”, expressando uma genuína aceitação do que ele comunica, sem julgamentos, diagnósticos, avaliações ou imposições de padrões, sem assumir a responsabilidade pelo indivíduo (Rogers, 1977/2011). Através de um clima de confiança e liberdade mútua, esse olhar positivo incondicional enfraquece e dissolve as condições de valor, permitindo que experiências antes ameaçadoras sejam agora percebidas, exploradas e integradas ao conceito de si mesmo (Holanda, 1998).

Bozarth (1998/2001) afirma que o olhar positivo incondicional é o primeiro agente de mudança, resultando na congruência entre a experiência organísmica e o autoconceito, e atuando como promotor da tendência atualizante. Segundo o autor, a percepção desse olhar pelo cliente desempenha um papel curativo e promocional.

3.4.5 Congruência

A congruência é definida como o grau de correspondência entre a experiência do terapeuta e a comunicação ao cliente, sendo o terapeuta autêntico, genuíno e congruente na relação terapeuta-cliente (Bozarth, 1998/2001; Wood, 2008). “A atitude de congruência do terapeuta visa promover a congruência do cliente, encorajando-o a expressar abertamente seus sentimentos e atitudes no momento, sem máscaras. Quanto maior for a congruência do terapeuta, maior será a satisfação na relação terapêutica e, conseqüentemente, a experiência, consciência e comportamento congruentes do cliente” (Rogers, 1959, citado por Bozarth, 1998/2001). “Isso significa que o cliente, ao enfrentar um conflito interno, é capaz de alcançar um estado de "concordância interna", ou seja, confrontar-se e aceitar-se” (Roriz, 2010).

3.4.6 Não-diretividade

A abordagem não-diretiva refere-se a uma atitude do terapeuta em relação ao cliente, na qual o terapeuta abstém-se de estabelecer direção ou orientar o seu progresso, pois acredita na capacidade autônoma do cliente para avançar (Van Belle, 1980). Esta abordagem procura uma integração perfeita (Rogers, 1983). Assim, o terapeuta pode envolver-se numa compreensão mais profunda do que o cliente apresenta, sem se preocupar com a aplicação de técnicas específicas (Raskin, 1998; Rogers & Rosenberg, 2005), numa abordagem mais autêntica (Rogers & Rosenberg, 2005). O terapeuta deve, portanto, promover na sua prática a maturidade

emocional e a compreensão de si mesmo, de modo a que a sua "escuta ativa" e observação permitam uma compreensão realista do material trazido pelo cliente (Rogers & Kinget, 1975).

3.4.7 Mudança Terapêutica

O postulado de Rogers (2004, 1977/2011) baseia-se no princípio de que, se forem estabelecidas certas condições, ocorrerá um processo específico que resultará numa mudança de personalidade "significativa e positiva". Segundo o autor, para que esse processo ocorra e promova a mudança, é necessário que determinadas condições necessárias e suficientes estejam presentes durante um período de tempo. Estas são as condições que se apresentam: há um vínculo psicológico entre o terapeuta e o cliente, o cliente manifesta incongruência, manifestada através de sentimentos de desconforto e angústia, o terapeuta está em harmonia e plenamente envolvido na relação, o terapeuta exibe compreensão empática em relação ao cliente, o terapeuta demonstra um afeto positivo incondicional pela pessoa do cliente, e o cliente pelo menos percebe em um grau mínimo as atitudes do terapeuta.

A psicoterapia é um processo que, de acordo com Rogers (2004, 1977/2011), ocorre em várias etapas distintas e contínuas. As percepções do indivíduo tendem a evoluir gradualmente, passando de um funcionamento rígido e inflexível em relação às atitudes para uma maior flexibilidade e fluidez nos sentimentos e pensamentos relacionados a si mesmo e às suas questões significativas. Estas mudanças indicam em que estágio o indivíduo se encontra. Através das qualidades da experiência e expressão do indivíduo, é possível determinar em que estágio ele se encontra no processo de mudança. Durante este processo, o terapeuta acompanha e respeita o ritmo do cliente nas suas transições.

O objetivo da psicoterapia é promover o pleno funcionamento do indivíduo, explorando todo o seu potencial e capacidades, visando o autoconhecimento e a compreensão das suas experiências (Rogers, 1977/2011; Rogers & Kinget, 1975). O pleno funcionamento implica estar aberto para a experiência e ser capaz de se ouvir sem sentir ameaças; expandir a vivência existencial, vivendo cada momento de forma singular e única; expressar confiança no seu organismo, utilizando as experiências como fontes de informação válidas para tomar decisões; adquirir liberdade e criatividade experiencial, ou seja, alcançar maturidade psicológica. Em resumo, o indivíduo desenvolve um novo modo de percepção mais adequado e eficaz, permitindo-lhe ser verdadeiramente ele mesmo: uma pessoa (Rogers, 1977/2011).

4 PARTE IV – APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Neste capítulo, são apresentados os dois casos clínicos estudados e analisados, preservando o anonimato de toda a informação que possa identificar as pessoas envolvidas. Foi informado que o acompanhamento seria realizado por um estagiário de mestrado em psicologia, durante o período de novembro de 2021 a junho de 2022. As sessões foram realizadas num gabinete de psicologia situado no concelho de Sintra, com uma frequência semanal e de acordo com a disponibilidade da pessoa.

No total, foram realizadas 22 sessões, cada uma com a duração de 50 minutos.

A Abordagem Centrada na Pessoa foi o modelo teórico utilizado como referência em todas as intervenções durante o estágio.

Segundo Nunes (1999), a conceção de uma relação de ajuda ou a disponibilidade para ajudar difere da simples aplicação de procedimentos ou da oferta de soluções predefinidas. Assim, uma relação de ajuda implica em criar condições que permitam à outra pessoa encontrar um caminho harmonioso, respeitando a sua individualidade, criatividade e congruência para superar obstáculos ou contratempos.

A prestação de apoio psicológico eficaz é fundamental para garantir uma orientação adequada, o que resulta em melhores resultados quando está alinhada com um processo de crescimento social ou individual. Esta abordagem implica uma relação na qual uma das partes oferece apoio à outra para enfrentar os desafios da vida, fomentando o amadurecimento e o desenvolvimento (Rogers, 1977/2011).

Com base no exposto acima, este caso é apresentado com a inicial fictícia do nome "I".

4.1 Caso A – Acompanhamento Psicológico

Vamos tratar este caso utilizando a inicial "I" como nome fictício.

Considerando a nossa interpretação do caso de I., optamos por adotar uma postura não diretiva, procurando alcançar a compreensão dos padrões de funcionamento e dos modelos de carência e autonomia em discordância.

Desta forma, o principal propósito desta intervenção é estabelecer uma relação de ajuda que promova uma adaptação mais eficaz e apropriada às necessidades de I. É também crucial auxiliar na criação de condições para que I. desenvolva a capacidade de avaliar o seu próprio comportamento e transite de um locus de controlo externo para um interno, visto que atribui considerável importância ao julgamento que os outros possam fazer sobre a sua forma de estar e viver.

O objetivo é facilitar e fortalecer os recursos pessoais, promovendo o bem-estar psicológico tanto em relação a si próprio mesma e ao contexto familiar, alcançando assim uma maior harmonia face às circunstâncias da vida.

4.1.1 Dados Bibliográficos

I, nasceu em Portugal, tem 52 anos, viúva há 12 anos. É a filha mais nova de uma fratria de 2 irmãs.

4.1.2 Motivo do Pedido

O pedido surge pela própria quando teve conhecimento da iniciativa. Relata que já tinha pensado em ir a um psicólogo, mas como é dispendioso, tinha vindo a adiar. Afirmo que tem muitas coisas por resolver internamente desde que ficou viúva. Gostava de conseguir viver melhor.

4.1.3 Observação

I. apresentou-se com uma aparência cuidada e limpa. O discurso foi fluído, embora apresentasse algum nervosismo. Demonstrou disponibilidade para discutir detalhes da sua história familiar. O nível de consciência estava adequado, sem dificuldades de orientação espacial ou temporal. Não foram observadas falhas de memória. Não se verificaram alterações no nível de consciência, na motricidade, na memória e na atenção.

Sempre com um discurso adequado e educado, sempre que começava a chorar, parava e fazia um esforço para se recompor, não querendo demonstrar fragilidade.

4.1.4 Doenças e Antecedentes Familiares

I. nasceu após uma gestação completa e por parto normal. Desconhece a existência de doenças graves na família. Não há histórico de ideação suicida entre os familiares. Na infância não se recorda ter nenhuma doença. Fez um exame recentemente por ter dores no punho e nas mãos e revelou que tem artroses e o médico sugeriu uma cirurgia para minimizar as dores.

4.1.5 História Pessoal

Quando questionada sobre acontecimentos significativos durante a primeira infância, I. mencionou ter crescido num ambiente de violência doméstica. Ela relatou que seu pai consumia álcool e que a violência ocorria em associação com esse comportamento. Embora não seja tão frequente agora, ainda ocorrem discussões onde são proferidas ameaças como "vou buscar a faca e mato-te" (sic), mas I. diz que já se habituou a isso. I. já sugeriu aos pais que se separassem.

Quando vai a eventos, onde pessoas começam a beber, começa logo a ficar nervosa e se não puder ir logo embora porque deu boleia a alguém coloca a cara de “trombas” (sic).

Foi violada aos 7 anos pelo avô materno e pelo primo. Afirma que no casamento sente que não se entregou totalmente devido às violações. O avô materno já faleceu. Nunca conheceu o avô paterno. As avós ainda são vivas.

Tem o 6º ano de escolaridade. Frequentou o 7º mas “andava a passear os livros” (sic) e acabou por falar com o diretor de turma e desistiu. Na sua opinião, se tivesse em casa podia proteger a mãe do pai em relação à violência doméstica.

Tem uma irmã 8 anos mais velha que acabou por sair de casa aos 17 anos para ir viver com o namorado. O pai “deu-lhe com uma fivela nas costas quando descobriu que namorava” (sic).

Começou a namorar aos 19 anos e casou aos 21. Fez um aborto aos 18 anos com medo da reação do pai, que quando descobriu disse-lhe que tudo se criava e perguntou porque é que ela o tinha feito.

Tem dois filhos, um casal. A filha tem 26 anos e o rapaz 28. Refere que os filhos estão bem e namoram.

O marido tinha uma boa relação com o pai. O marido faleceu há 12 anos. Sente que no casamento não se entregou totalmente devido à violação. Fez luto durante um ano “toda de preto” (sic) mas foi apenas um ano. “Gostava de seguir com a vida, mas fico com a sensação de que estou a trair o meu marido” (sic). O marido faleceu com uma pneumonia/infeção derivado de uma operação feita ao coração para colocar um *peacemaker*. O marido fez a operação em fevereiro e faleceu em agosto. Contou da violação de que foi alvo ao marido 2 dias antes do falecimento, mas não sabia que ia acontecer.

Foi ao hospital de Sta. Cruz onde lhe disseram que tinha uma infeção muito grande e foi imediatamente transportado para o Amadora-Sintra. Teve 9 horas de espera. Chegou às 17h e foi atendido às 2h da manhã apesar de ter levado uma carta do hospital de Sta. Cruz. O marido pede-lhe para ela ficar com ele, mas apareceu um segurança que lhe disse que ela tinha de sair e saiu. Acabou por falecer nessa madrugada. Afirma ter um sentimento de culpa porque acha que deveria ter feito mais nas 9 horas de espera. Acabou por apresentar queixa no hospital acerca do tempo de espera, mas pelo fato de não ter autópsia não avançou.

Várias vezes o marido já tinha dito em frente aos filhos e a ela que não chegava ao Verão. “Será que já sabia de algo?” (sic). Ela pedia-lhe para não dizer isso em frente aos filhos e ele “desvalorizava”.

I. trabalha numa empresa há 20 anos e tem como função empregada de limpeza. Sofreu assédio sexual por parte do pai do patrão, 2 anos após a morte do marido.

Após a morte do marido resolveu tirar a carta de condução, mas em Lisboa para ninguém saber.

Os filhos apoiam-na e sugerem que siga em frente com a sua vida.

Tem um suporte de amigos e colegas de trabalho que sugerem que confraternize.

Não deixa que os outros se preocupem com ela. Sempre que tem momentos em que está mais frágil/saudosa afasta as pessoas que se mostram preocupadas.

Dá muita importância à opinião dos outros.

Refere que a mãe desabafa mais com a irmã porque agora que os pais estão mais velhos, a mãe por vezes chateia o pai “a minha mãe é pica-miolo” (sic) e eu respondo-lhe para ela não chatear o pai. A irmã está mais do lado da mãe.

Admite que há possibilidade de ser ela que não “larga” o passado para seguir em frente.

Gosta de passear à beira-mar.

Refere que tem muitos medos. “Um dia fui ao Fórum Sintra e senti as pernas a tremer ao estar rodeada de todas aquelas pessoas, mas como estava com uma amiga não fui logo para casa” (sic).

Coloca em causa o que sente, porque os colegas estão sempre a dizer que já passou muito tempo e que já não devia pensar no marido e então isola-se. Não se sente compreendida pelos colegas. Por vezes fica a pensar que os colegas têm razão, mas afirma que os pensamentos não são uma escolha.

Sempre que surge a oportunidade de sair ou combinar algo, diz sempre primeiro que não, mas depois acaba por ir. “É um não! Um não e depois um sim!” (sic). Não sabe porque o faz.

Nas últimas sessões surge mais motivada e contente e tomou a decisão de fazer obras em casa e está a preparar o empréstimo para avançar com as obras.

Sente-se com mais energia e acabou por ir um fim de semana ao Alentejo com os amigos da empresa onde trabalha para saltar de paraquedas.

Foi convidada para ir a uma festa de anos de uma colega, mas como ia estar um colega cuja mulher tem “ciúmes” dela, escreveu na mensagem que não ia. Depois pensou melhor e escreveu que afinal ia. Sente que tem mais controlo das decisões na sua vida.

4.1.6 Discussão e Análise Clínica

Acreditamos que o suporte proporcionado contribuiu positivamente para a estabilidade emocional da cliente. Ao longo do acompanhamento, ela sentiu-se compreendida e teve a oportunidade de expressar livremente as suas tristezas, preocupações e frustrações. Identificamos questões como ansiedade, depressão e falta de motivação no caso da cliente I.,

no entanto, notamos a sua determinação em desenvolver habilidades para alcançar a estabilidade desejada.

Neste processo de acompanhamento psicológico, optamos por utilizar as técnicas de entrevista baseadas na Abordagem Centrada na Pessoa, que, mesmo considerando a nossa relativa inexperiência, pareceu-nos a abordagem mais adequada. Procuramos aplicar as seis condições consideradas essenciais e suficientes, com destaque para a compreensão positiva e incondicional. A compreensão por parte da cliente em relação a essa condição possibilitou que ela se expressasse livremente, contribuindo para estimular sua tendência natural de crescimento e desenvolvimento pessoal.

Neste processo de se tornar quem é, está envolvida uma profunda experiência de escolha pessoal. O paciente percebe que tem a opção de continuar a esconder-se por trás de uma máscara ou de assumir os riscos envolvidos em ser autêntico, reconhecendo igualmente o poder de influenciar positivamente os outros e a si mesmo. Quando confrontado com essa decisão, escolhe seguir o caminho de ser genuíno (Rogers, 1961/2009, pp. 238-239).

A abordagem não-diretiva proporcionou a I. a oportunidade de se expressar sem restrições, utilizando o tempo de acordo com a sua conveniência e compartilhando as suas fragilidades de maneira aberta. Levando em consideração a situação da cliente e o seu estado emocional atual, adotamos uma postura que lhe concedeu a liberdade de iniciar um processo de desenvolvimento e adaptação à sua realidade. Nesse sentido, procuramos manter uma autenticidade e aceitação que respeitassem a sua forma de compartilhar a sua vivência.

O objetivo das sessões de acompanhamento psicológico foram reduzir os níveis de ansiedade, incrementar a motivação e promover a aceitação da história de vida da cliente. A intenção era avançar em direção à estabilidade emocional e ao alcance da realização pessoal.

I. apresenta inicialmente um locus de controle externo, dando muita importância ao que os outros pensam, tomando decisões em função do que os outros podem pensar, fazendo-se notar uma estima de si baixa. No final conseguimos ver uma melhoria da sua estima verificando uma aproximação do seu self percebido e o desejado. Quando há uma desconexão entre a percepção atual do self e o self desejado, surge uma tensão, e caso o indivíduo não consiga mitigar essa tensão, sua autoestima tende a diminuir (Hipólito, 2011).

À medida que as sessões prosseguiram e a relação de ajuda se desenvolveu, percebemos que I. estava a passar por um processo de alteração do seu self. Mesmo enfrentando dificuldades, notava-se uma reorganização do seu sentido de identidade, acompanhada pela sua vontade de mudar e pela importância da sua própria melhoria. À medida que o processo avançava, I. começou a tomar decisões e, apesar do sofrimento que algumas acarretavam,

sentia-se congruente com as suas escolhas. Aos poucos, começou a ganhar mais confiança, chegando ao ponto de encontrar motivação para aceitar convites para eventos sociais.

O processo terapêutico desenrolou-se de maneira tranquila e serena, alicerçado no respeito pela pessoa que tínhamos à nossa frente, na relação presente e no compasso do aqui e agora. Sem pressões, seguimos o seu ritmo, acolhendo com apreço e aceitação aquilo que optava por partilhar em cada sessão. A nossa intenção era permitir que a sua inclinação natural em direção ao crescimento a orientasse e, gradualmente, que fosse abraçando as suas vivências e experiências, conferindo um novo sentido à sua vida. Em todo esse processo, asseguramos que não interferíamos na sua liberdade e responsabilidade pelo seu próprio caminho.

Apesar de termos observado uma evolução na consciencialização dos seus recursos internos, permitindo o acesso aos processos de simbolização e, por conseguinte, ao seu desenvolvimento, consideramos que um maior entendimento por parte da sua rede social seria também vantajoso. Isso poderia auxiliá-la no processo de autodescoberta, influenciando de forma significativa o seu comportamento e, por conseguinte, favorecendo o seu estado de consciência.

Avaliámos que as experiências vivenciadas na infância e ao longo da idade adulta possam ter impedido um desenvolvimento mais saudável, contribuindo para o surgimento de uma personalidade ansiosa.

Durante as sessões, procurámos adotar uma postura empática de compreensão, visando realçar os recursos presentes em I. e promovendo a sua autonomia, autoconfiança e insights cruciais para o seu crescimento pessoal e a definição do seu plano de vida. Apesar de alguns retrocessos ao longo do processo, concluímos com a convicção do seu progresso e da sua capacidade de auto-organização.

Reflexão Sobre o Caso.

No início do acompanhamento psicológico, foi observada uma certa preocupação em relação à forma como o processo iria decorrer. Com o passar do tempo, I. demonstrou uma maior receptividade e profundidade na comunicação. Destaco o discurso organizado e coerente, embora por vezes apresentasse um humor deprimido.

I. provém de um contexto familiar marcado pela violência doméstica, onde os recursos financeiros eram escassos. Tanto I. como a irmã acabaram por sair de casa relativamente cedo, procurando um ambiente melhor.

Após ficar viúva, apesar da mudança na dinâmica familiar, I. tenta seguir em frente cuidando dos filhos adolescentes, sem contar com a ajuda de ninguém. Algumas pessoas que deveriam ser de referência e ajudar já a tinham magoado.

Assim como na situação de abuso sexual por parte do avô, no assédio sexual por parte do pai do padrão, I. sempre tentou ultrapassar essas questões de forma muito solitária, por não se sentir compreendida por ninguém e por não ter confiança nas pessoas.

Considerou-se importante apresentar este caso, pois além de nos permitir praticar o acompanhamento psicológico, foi uma preparação relevante para o exercício desta atividade, permitindo aprofundar conhecimentos sobre as consequências psicológicas da violência doméstica, do luto e do abuso sexual.

As dificuldades sentidas ao longo deste processo foram assegurar uma aliança terapêutica firme e confiante, baseada numa aceitação incondicional positiva. A colaboração do orientador de estágio facilitou este processo, confiando no trabalho e contribuindo com o seu apoio.

4.1.7 Conclusão do Caso

Observámos que, no final, I. melhorou o seu comportamento em relação à importância que atribuía à opinião dos outros. Passou a ter uma maior estima por si mesma e a investir mais em si.

Verificámos que I. sentiu-se compreendida e acolhida no sofrimento que carregava, uma vez que expressou os seus sentimentos de forma espontânea.

Ao longo das sessões, I. falou voluntariamente sobre os aspetos pessoais que a inquietavam. Foi simultaneamente um grande desafio e um momento de aprendizagem.

4.2 Caso B - Avaliação Psicológica

Para além do caso mencionado anteriormente, o estágio também abrangeu a apresentação de um caso de avaliação psicológica.

Neste caso, iremos utilizar a inicial "A" como nome fictício. O objetivo é facilitar e potenciar os recursos pessoais de A, promovendo o seu bem-estar psicológico tanto em relação a si mesmo como ao seu contexto familiar.

A avaliação psicológica é uma parte obrigatória e essencial no processo de obtenção do grau de mestre em psicologia. Na iniciativa solidária, a avaliação psicológica é realizada apenas mediante pedidos específicos e em casos de desiste de ideação suicida. Nesse contexto, foi proposta à cliente a realização de uma avaliação psicológica, juntamente com todas as explicações necessárias, e a proposta foi aceite.

A observação desempenhou um papel importante no entendimento do comportamento da cliente em diferentes circunstâncias, fornecendo reforços para o diagnóstico de um determinado problema e facilitando a escolha das técnicas a serem utilizadas (Danna & Matos, 2006).

No caso de A., foi aplicado o Inventário de Beck-II (Anexo I), uma autoavaliação da depressão, com o objetivo de avaliar a severidade dos sintomas de depressão (Beck et al., 1961).

4.2.1 Identificação

A., de 51 anos de idade, é divorciada do seu primeiro casamento e atualmente vive com o segundo marido. No que diz respeito às suas habilitações acadêmicas, possui o nono ano de escolaridade. A., exerce a profissão de costureira há 36 anos. O seu segundo marido trabalha como assistente operacional numa empresa municipal.

4.2.2 Observação

A., é uma mulher adulta, apresentou-se de forma asseada e com roupa adequada. Manifestou-se muito à vontade desde o primeiro momento. Exibiu sempre uma grande necessidade de falar. Estava triste e cabisbaixa. Estabeleceu sempre contato visual. Esteve sempre com uma atitude de revolta face à sua situação.

4.2.3 Motivo do Pedido

A., apresentou-se como estando a passar por uma fase muito difícil da sua vida. Afirmou que "já não me sinto capaz de avançar" (sic) e começa a ter pensamentos de que "já não está aqui a fazer nada" (sic). Embora já tenha sentido a necessidade de consultar um psicólogo e tenha solicitado uma consulta no centro de saúde há mais de um ano, nunca foi chamada para tal. Encontra-se a aguardar uma consulta no Egas Moniz para ser operada à cervical. Sente-se com muitas tonturas e sem força nos braços. Não tendo capacidade para trabalhar, tem estado de baixa e tem passado muito tempo sozinha em casa sem conseguir fazer nada. Assim que tomou conhecimento desta iniciativa através de uma amiga, entrou em contato.

4.2.4 Descrição da História Clínica

A., é a segunda filha de uma fratria de dois irmãos. Nasceu de uma gravidez de termo. Estou até finalizar o terceiro ciclo. Começou desde muito cedo a ajudar o pai na “taberna” (sic).

Teve uma desilusão amorosa aos 16 anos. Trabalha como costureira desde os 15 anos. “Sempre fui muito trabalhadora, desde muito nova que sempre trabalhei” (sic). Casou aos 21 anos e manteve-se casada por 16 anos neste primeiro casamento. Teve dois filhos, um rapaz e uma rapariga. Refere que a filha é mais reservada. Separou-se em 2005. Refere que o primeiro marido bebia muito álcool.

Apesar de o marido a confrontar e por vezes a ameaçar fisicamente, refere que sempre lhe fez frente e devolvia as ameaças. Sugere que “talvez por nunca me ter deixado ficar” (sic) o marido deixava de aparecer em casa durante dias e ficava sem saber dele.

O motivo principal do divórcio deve-se ao fato de ter encontrado o marido na casa de banho a cheirar a roupa interior da filha que estava no cesto para lavar o que lhe despertou um

medo de que algo pudesse vir a acontecer à filha. Indica que a filha estava nessa época a entrar na adolescência. Assume que nunca o confrontou com esta situação e esteve muitos anos sem contar a ninguém, nem mesmo à família mais chegada, o que levou a que nunca tivessem percebido a razão de se querer divorciar.

Refere que sempre trabalhou muito como costureira e chegou até a ter duas pessoas a trabalhar com ela. Utilizava um anexo na moradia como fábrica onde efetuava os produtos e arranjos inerentes à atividade. Desde esse episódio que começou a aceitar mais trabalho e a colocar dinheiro de parte, para fazer face às despesas que sabia que iria ter em tribunal e futuramente com as “estornas” (sic) que teria de dar ao marido pela moradia.

Apesar de se ter separado em 2005 só em 2008 vai a tribunal resolver judicialmente o divórcio.

Refere que nunca contou à filha o sucedido. “Tenciono contar um dia que a minha filha seja mãe” (sic).

Do ex-marido refere apenas que veio a saber que esteve internado no hospital Amadora-Sintra devido a um AVC.

Em 2009 conhece o atual companheiro S. Começaram a namorar em 2010. S., nunca casou nem tinha filhos, e demonstrou a A., que gostava muito de ainda vir a ser pai. Refere que nunca ponderou em ter mais filhos, mas em 2012 desta união nasce o filho D. do sexo masculino. D., está no quarto ano e ainda não sabe ler. Tem feito várias terapias, mas não têm tido grande sucesso. Esta situação também “me consome porque não sei se tem a ver com a pandemia e com os confinamentos, mas também não sei o que fazer para o ajudar” (sic).

Sempre referiu que não lida muito bem com injustiças, que sempre tentou ser uma pessoa honesta e sensata e que não tem duas caras.

A filha informou-a que se ia casar em Moura e que tencionava convidar o pai (ex-marido) para o casamento. Esta situação “levou-me muito abaixo” (sic). “Sei que nunca lhes contei o que se passou, mas dado o que os meus filhos por vezes presenciavam, sempre achei que nunca iriam ter em consideração esta hipótese” (sic). Levanta a hipótese que foi a sogra da filha que lhe fez a cabeça para o pai ir ao casamento. A filha acabou por lhe dizer que “o pai não tinha aceitado para não haver confusões” (sic).

Desde 2020 que tem andado em médicos porque tem tido problemas físicos. Custa-lhe muito andar, tem muitas tonturas. Perde facilmente a força nos braços e mãos. Tem tido dificuldades em dormir. Desde 2021 que tem estado de baixa e tem tido algumas dificuldades financeiras. Refere que se não fosse o atual companheiro, não sabe como conseguiria sobreviver.

Relatou também alguns problemas familiares com a nova família do atual companheiro.

Desde que teve um contato real com as juntas médicas, manifesta uma grande tristeza e refere que nunca pensou que os médicos que lá trabalham tratassem assim as pessoas. Refere que no final de 2021, apesar de estar a aguardar uma consulta no Egas Moniz com um neurocirurgião para avaliar uma operação à cervical, lhe cortaram a baixa.

Encontra-se neste momento muito triste, sem acreditar no sistema nacional de saúde e sem grande esperança quanto ao seu futuro dado que para a sua profissão precisa de ter a parte motora a funcionar em pleno.

4.2.5 *Instrumento de Avaliação Utilizado*

Perante a sintomatologia apresentada e com o objetivo de compreender melhor este caso, além da entrevista psicológica e da observação, optámos por aplicar o Inventário de Depressão de Beck-II (Anexo I), uma escala de autoavaliação da depressão. Neste caso clínico, a utilização da escala foi justificada pelas suas capacidades interpretativas, que permitem uma análise detalhada das complexidades humanas, incluindo sensações de culpa, fracasso, tristeza, entre outros (Beck et al., 1961). No entanto, salienta-se que esta ferramenta não é, por si só, suficiente para compreender completamente o comportamento do indivíduo ou diagnosticar a sua condição. Uma abordagem holística, que inclua a recolha e análise da história clínica, é essencial para uma compreensão abrangente da pessoa e das suas dificuldades.

4.2.6 *Inventário Depressão Beck-II*

O Inventário de Depressão de Beck-II (Anexo I) é um dos instrumentos mais amplamente utilizados para a autoavaliação da depressão, tanto em populações clínicas quanto não clínicas (Arnau et al., 2001), o que o torna relevante para pesquisas nessa área. Ele foi adaptado e validado em diferentes países, sendo disponibilizado em vários idiomas (Arigmon et al., 2010).

As propriedades psicométricas da versão portuguesa desse instrumento (adaptada por Martins et al., 2000) têm sido aprimoradas desde a sua validação, por meio de estudos consecutivos realizados em contextos hospitalares e comunitários. A confiabilidade interna do BDI-II é considerada adequada e, segundo alguns autores, excelente (Tenenhaus & Young, 1985, citado por Coelho et al., 2002). Além disso, demonstra alta confiabilidade teste-reteste ($r = 0,93$; $p < 0,001$) (Arigmon et al., 2010; Beck et al., 1996; Martins et al., 2000).

O objetivo deste instrumento é diferenciar indivíduos com depressão daqueles sem depressão, além de medir a gravidade dos sintomas depressivos (Arigmon et al., 2010).

4.2.7 *Durante o Exame Psicológico*

A., em termos físicos, apresenta um peso acima da média e estatura baixa. Mostra-se cuidada e com um humor deprimido. Mostrou-se disponível para realizar o exame, embora tenha demonstrado algum nervosismo e ansiedade, tocando repetidamente com a tampa da caneta na mesa.

A sua capacidade de expressão verbal é adequada e apresenta uma boa orientação no espaço e no tempo. Durante a realização do teste, manteve uma postura colaborativa. Realizou o teste de forma rápida, sem colocar questões, demonstrando alguma ansiedade em relação à revelação dos resultados.

Ao longo das sessões subsequentes, foi estabelecida uma boa relação terapêutica, embora tenha persistido o estado de ansiedade e humor deprimido.

4.2.8 Resultado do Instrumento de Avaliação Utilizado

A pontuação final no Inventário de Depressão de Beck-II é obtida somando-se todos os itens, variando de 0 a 63, e está diretamente relacionada com a intensidade dos sintomas depressivos (Arigmon et al., 2010). Conforme os critérios estabelecidos, pontuações de 13 ou menos refletem uma sintomatologia mínima; de 14 a 19 indicam depressão ligeira; de 20 a 28 indicam depressão moderada; e de 29 a 63 indicam depressão severa (Beck et al., 1996).

No caso específico, o resultado do Inventário de Depressão de Beck-II revelou uma pontuação total de 45 pontos, o que sugere a presença de sintomas de depressão severa. Os itens avaliados no inventário apontaram para a ocorrência de sintomas como tristeza persistente, perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas, alterações no sono e apetite, sentimentos de culpa, dificuldade de concentração e ideação suicida.

É importante ressaltar que a interpretação completa do resultado deve levar em consideração o contexto clínico e as informações adicionais fornecidas pela pessoa avaliada.

4.2.9 Discussão e Análise Clínica

A. que, desde cedo, sempre foi uma pessoa muito ativa, está a passar uma fase difícil na sua vida devido à incapacidade física que a impede de trabalhar e de ter a qualidade de vida que teve até então. Está a enfrentar um processo difícil, caracterizado por dor, raiva, revolta, sentimentos de culpa, isolamento e falta de interesse tanto em atividades interpessoais como sociais.

Para A. o seu trabalho como costureira é um fator que influencia o seu bem-estar, é como se a sua identidade dependesse do trabalho. Ao não ter a capacidade para trabalhar, sente-se a perder a sua própria identidade, o seu valor.

O facto de já ter tido uma vida estável e estar a viver um momento muito turbulento com incapacidade física, gera um sentimento de grande impotência.

Foi realizada uma avaliação psicológica, não apenas como parte obrigatória para a conclusão do mestrado, mas também para confirmar ou refutar as suspeitas identificadas durante a observação e entrevista clínica.

Denota-se que o tempo de espera pela consulta no Egas Moniz para avaliar a operação à cervical, prolonga um sentimento de impotência e agudiza a sua desesperança.

Embora tenhamos registado que a A. já pensou que "já não está aqui a fazer nada" (sic), foi um comentário pontual, até porque durante todo o discurso, apesar de ter pensamentos pessimistas a A. mostrou vontade de viver.

Foi recomendado o acompanhamento psicológico semanalmente, visando superar os diversos problemas identificados: desesperança, tristeza persistente, perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas, alterações no sono e apetite e sentimentos de culpa.

5 Reflexão Pessoal do Estágio

Após a conclusão do estágio curricular, é relevante analisar de forma abrangente as experiências vivenciadas ao longo dessa jornada, destacando tanto os pontos positivos quanto algumas limitações identificadas.

Ao refletir sobre o estágio de forma global, considero que o facto de ter sido realizado no âmbito de uma iniciativa e por um grupo multidisciplinar de psicólogos constituiu uma mais-valia. Esta abordagem proporcionou-me não apenas acesso a diversas perspetivas, mas também a oportunidade de compreender as possibilidades profissionais e os seus públicos-alvo.

No contexto prático e real do trabalho em psicologia, é fundamental compreender o verdadeiro papel do psicólogo na organização, sobretudo no que diz respeito à colaboração com equipas multidisciplinares e às interações com outros serviços ou instituições.

Destaco o empenho da equipa de psicólogos em integrar-me e envolver-me em todas as atividades desenvolvidas, bem como a qualidade da supervisão proporcionada pela psicóloga responsável. A sua orientação foi crucial para tornar esta experiência enriquecedora, repleta de aprendizagem e reflexão.

Durante o estágio, pude participar em diversas atividades, tanto sob supervisão como de forma autónoma, o que contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais para enfrentar os desafios da profissão.

As reuniões de supervisão foram momentos enriquecedores, nos quais pude consolidar conhecimentos e receber apoio. Mantiveram a motivação para melhorar continuamente o desempenho das tarefas sob a nossa responsabilidade.

Apesar dos desafios pessoais e profissionais enfrentados durante o estágio, considero que foi uma fase de grande crescimento. A necessidade de formação contínua ficou evidente, sendo as aulas de Seminário fornecidas pela universidade de extrema importância para aplicar os conhecimentos teóricos na prática profissional.

O estágio também teve os seus desafios e limitações, como a dificuldade em conciliar os horários de trabalho. O sentimento de insegurança esteve presente em alguns momentos, mas foi superado graças à boa comunicação no ambiente de trabalho.

Apesar das restrições impostas pela pandemia e pelos horários, faço um balanço positivo do estágio, pois consegui alcançar os objetivos propostos.

Em suma, esta fase foi fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, abrindo novas perspetivas para o meu futuro como psicólogo. Sinto-me entusiasmado com as oportunidades que surgirão nesta carreira em constante evolução.

6 Conclusão

O estágio que concluí revelou-se de extrema importância, permitindo-me entrar em contacto direto com pessoas que atravessavam desafios psicológicos. Fazer parte de uma iniciativa solidária, que surgiu espontaneamente com o intuito de ajudar, foi incrivelmente gratificante e enriquecedor tanto a nível pessoal como profissional.

A experiência adquirida ao longo deste estágio desempenhou um papel primordial na minha formação e preparação para a prática profissional, resultando num notável aprimoramento das minhas competências tanto técnicas quanto interpessoais.

Durante o estágio, tive a oportunidade de realizar uma avaliação psicológica e efetuar acompanhamentos psicológicos.

As reuniões de supervisão desempenharam um papel crucial, proporcionando um apoio encorajador, ensinamentos valiosos e partilha de conhecimento. Esses momentos de supervisão mantiveram-me motivado e comprometido em melhorar continuamente a minha intervenção enquanto estagiário.

A importância da formação contínua foi reconhecida ao longo deste estágio, e continuará a ser um pilar fundamental da minha carreira profissional, permitindo manter-me atualizado e progredir constantemente.

A abordagem centrada na pessoa foi uma referência constante ao longo do estágio, facilitando a minha atuação e promovendo uma melhor compreensão das pessoas com quem trabalhei. A empatia desempenhou um papel fundamental nas minhas interações, criando um ambiente acolhedor e de proximidade.

O papel do psicólogo enquanto facilitador pauta-se pela não adoção de atitudes de julgamento, mas sim pela disponibilidade e consideração da singularidade de cada pessoa presente. A partir dessa base relacional, surge a aprendizagem e a aquisição de novos conhecimentos e experiências (Hipólito, 2011).

A relação de ajuda foi construída através dos momentos de partilha, promovendo assim o desenvolvimento e crescimento, refletindo-se num melhor funcionamento tanto na vida presente como em situações futuras (Rogers & Wood, 1994).

Por fim, gostaria de expressar a minha profunda gratidão por ter tido a oportunidade de escolher e percorrer este caminho, que me proporcionou uma sensibilidade mais apurada para lidar com a diversidade de situações que surgem ao longo da vida, tanto no contexto profissional do quotidiano como nas situações de primeiros socorros psicológicos.

7 Referências

- Abueg, F. R., Woods, G. W., & Watson, D. S. (2000). Disaster trauma. In F. M. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention* (pp. 243-272). The Guilford Press.
- Afshari, A., Hashemikamangar, S., & Hashemikamangar, S. S. (2021). The correlation of perceived stress and professional concerns during COVID-19 pandemic among Iranian dentists: The mediating role of cognitive flexibility. *Dentistry 3000*, 9(1).
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490–505. <https://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490>
- Arigmon, I. I. L., Paranhos, M. E., & Werlang, B. S. G. (2010). Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 383-392.
- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P., & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology*, 20(2), 112-119.
- Arslan, G., Yıldırım, M., Tanhan, A., Buluş, M., & Allen, K. A. (2020). Coronavirus stress, optimism-pessimism, psychological inflexibility, and psychological health: Psychometric properties of the Coronavirus Stress Measure. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(6), 2423-2439. doi:10.1007/s11469-020-00337-6
- Ballesteros, R. (2006). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Ediciones Pirámide.
- Banerjee, D. (2020). The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian Journal of Psychiatry*, 50, 102014. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102014>
- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia bulletin*, 32(Supplement 1), S1–S9. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II Manual*. The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/487993>

- Bozarth, J. (2001). *Terapia centrada na pessoa: Um paradigma revolucionário*. (Euridice Gouveia trad.). EDIUAL-Universidade Autónoma Editora. (obra original publicada em 1998).
- Braconnier, A. (2000). *Psicologia dinâmica e psicanálise*. Climepsi Editores.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Aldine.
- Brito, S. (2008). A psicologia clínica: Procura de uma identidade. *Psilogos*, 5, 1, 63-68
- Brodley, B. (1998). O conceito de tendência actualizante na teoria centrada no cliente. *A Pessoa Como Centro*, 2, 37-49.
- Brodley, B. (2000). Compreensão empática e sentimentos na terapia centrada no cliente. *A Pessoa Como Centro*, 5, 71-83.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Campfield, K. M., & Hills, A. M. (2001). Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 327–340. <https://doi.org/10.1023/A:1011117018705>
- Capelo, F. M. (2000, Primavera-Verão). Aprendizagem centrada na pessoa: Contributo para a compreensão do modelo educativo proposto por Carl Rogers. *A Pessoa como Centro*, 5, 17-23.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, Inc.
- Carter, M. L. (2000). Social support systems as factors of academic persistence for African American, lower-income, first-year college students and high school graduates not attending college. *Dissertation Abstracts International*, 61(5), 2061.
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P.-G., Mukunzi, J. N., McIntee, S.-E., Dalexis, R. D., Goulet, M.-A., & Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295(113599). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (2020). *How COVID-19 spreads*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>

- Chen, Y., Zhou, H., Zhou, Y., & Zhou, F. (2020). Prevalence of self-reported depression and anxiety among pediatric medical staff members during the COVID-19 outbreak in Guiyang, China. *Psychiatry Research*, 288(113005). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113005>
- Chenneville, T., & Schwartz-Mette, R. (2020). Ethical considerations for psychologists in the time of COVID-19. *American Psychologist*, 75(5), 644–654. <https://doi.org/10.1037/amp0000661>
- Chinman, M., Weingarten, R., Stayner, D., & Davidson, L. (2001). Chronicity reconsidered: Improving person-environment fit through a consumer-run service. *Community Mental Health Journal*, 37(3), 215-229.
- Clemente, A., Matos, D., Grejanin, D., Santos, H., Quevedo, M., & Massa, P. (2008). Residência multiprofissional em saúde da família e a formação do psicólogo para a atuação na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 176-184.
- Coelho, R., Martins, A. & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depressive Inventory II. *European Psychiatry*, 17(4), 222-226.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Cormac, I., & Mace, C. (2008). *Psychological therapies in psychiatry and primary care*. Royal College of Psychiatrists.
- Danna, M. F., & Matos, M. A. (2006). Aprendendo a observar. *Edicon*. https://www.academia.edu/23846808/Danna_M_and_Matos_M_Aprendendo_a_Observar
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J.K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical Psychology Science and Practice*, 6, 165–187.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006) Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*. 32(3), 443-445.
- Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2020). COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 126–134. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
- Decreto-Lei n.º 241/94 de 22 de Setembro do Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I-A*, Nº 220/1994 (1994). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/241-1994-604441>

- Decreto do Presidente da República n.º 20-A/2020, de 17 de abril (2020). Procede à segunda renovação da declaração de estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública. *Diário da República*, 1.ª Série, 76, 7-(2) – 7-(5). Lisboa: Presidência da República.
- Diener, E. (2009). Subjective well-being. In E. Diener (Ed.), *The science of well-being* (pp. 11-58). Springer.
- Diniz, M. (2008). *No princípio não foi o verbo e outros textos de psicologia*. Edições Colibri.
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Everly, G., & Mitchell, J. (1997). *Innovations in disaster and trauma psychology: Critical incident stress management, a new era and standard of care in crisis intervention*. Chevron.
- Fakari, F. R., & Simbar, M. (2020). Coronavirus pandemic and worries during pregnancy: A letter to editor. *Archives of Academic Emergency Medicine*, 8(1), 1-2. <https://doi.org/10.22037/aaem.v8i1.598>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), e32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Reinhardt.
- Forsythe, C. J., & Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 11(4), 473-485.
- Freitas, F. A. (2008). Diferentes perspectivas diante da conduta do estagiário em Psicologia no contexto clínico. *Psicologia, Teoria e Prática*, 10(2), 31-43.
- Gask, L., Kendrick, T., Peveler, R., & Chew-Graham, C. A. (2018). *Primary care mental health*. Cambridge University Press.
- Giorgi, G., Lecca, L. I., Alessio, F., Finstad, G. L., Bondanini, G., Lulli, L. G., Arcangeli, G., & Mucci, N. (2020). COVID-19-related mental health effects in the workplace: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7857. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217857>
- Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 166-171.

- Gobbi, S. L., Missel, S. T., & Holanda, A. F. (1998). *Abordagem centrada na pessoa: Vocabulário e noções básicas*. Universitária.
- Góis, J. P., & Brites, R. (2003/2004). O Self: A propósito de uma análise crítica do conceito. A pessoa como centro. *Revista de Estudos Rogerianos*, 11/12(13-35).
- Gusmão, S. (1998). Empatia: Facto ou magia? *A Pessoa Como Centro*, 2, 50-56.
- Hall, C. S., Lindzey, C., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. (4ª ed.). (M.A.V. Veronese, Trad.). Artmed Editora. (Obra original publicada em 1998)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2ª ed.). The Guilford Press.
- Hipólito, J. (1999). Biografia de Carl Rogers. *A Pessoa como Centro*, 3,1-13.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. Edual.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P., de Jong, J. T., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–369. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- Holanda, A. (1998). *Diálogo e psicoterapia: Correlações entre Carl Rogers e Martin Buber*. Lemos.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- IASC (2007). *IASC Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_mhpss_guidelines_portuguese.pdf
- IFRC (2009). *Psychosocial interventions*. https://pscentre.org/wp-content/uploads/2018/02/PSI-Handbook_EN_July10.pdf
- Ismail, L. C., Osaili, T. M., Mohamad, M. N., Marzouqi, A. A., Jarrar, A. H., Zampelas, A., Habib-Mourad, C., Jamous, D. O. A., Ali, H. I., Al Sabbah, H., Hasan, H., Al Marzooqi, L. M. R., Stojanovska, L., Hashim, M., Obaid, R. R. S., El Feky, S., Saleh, S. T., Shawar, Z. A. M., Al Dhaheri, A. S. (2021). Assessment of eating habits and lifestyle during the coronavirus 2019 pandemic in the Middle East and North Africa region: A cross-

- sectional study. *British Journal of Nutrition*, 126(5), 757-766. doi:10.1017/S0007114520004547
- Ivbijaro, G., Brooks, C., Kolkiewicz, L., Sunkel, C., & Long, A. (2020). Psychological impact and psychosocial consequences of the COVID 19 pandemic resilience, mental well-being, and the coronavirus pandemic [Supplement]. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(3), S395-S403.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Kardiner, A., & Spiegel, H. (1947). *War stress and neurotic illness*. P. B. Hoeber.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878.
- Kazak, A. E. (2020). Psychology is an essential science: American psychologist highlights the role of psychology in understanding and addressing COVID-19. *American Psychologist*, 75(5), 605-606. <https://doi.org/10.1037/amp0000682>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 411-425). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10612-026>
- Kontoangelos, K., Economou, M., & Papageorgiou, C. (2020). Mental health effects of COVID-19 pandemia: A review of clinical and psychological traits. *Psychiatry Investigation*, 17(6), 491-505. <https://doi.org/10.30773/PI.2020.0161>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors

- associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Landesman, L.Y. (2001). *Public health management of disasters: The practice guide*. American Public Health Association.
- Landi, G., Pakenham, K. I., Boccolini, G., Grandi, S., & Tossani, E. (2020). Health anxiety and mental health outcome during COVID-19 lockdown in Italy: The mediating and moderating roles of psychological flexibility. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-14.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer Publishing Co.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. *Springer Publishing Company*.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica: Técnica, teoria e clínica*. Fim de Século.
- Leal, I., & Ribeiro, J. P. (1996). Psicologia clínica e da saúde. *Análise Psicológica*, 4(14), 589-599
- Li, S., & Zhang, Y. (2020). Mental healthcare for psychiatric inpatients during the COVID-19 epidemic. *General Psychiatry*, 33(2), 1-2. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100216>
- Liem, A., Wang, C., Wariyanti, Y., Latkin, C. A., & Hall, B. J. (2020). The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e20. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30076-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30076-6)
- Lin, H.-T., Lai, C.-H., Perng, H.-J., Chung, C.-H., Wang, C.-C., Chen, W.-L., & Chien, W.-C. (2018). Insomnia as an independent predictor of suicide attempts: A nationwide population-based retrospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1702-2>
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Liu, Z., Han, B., Jiang, R., Huang, Y., Ma, C., Wen, J., Zhang, T., Wang, Y., Chen, H., & Ma, Y. (2020). Mental health status of doctors and nurses during COVID-19 epidemic in China. *Social Science Research Network*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3551329>
- Madhav, N., Oppenheim, B., Gallivan, M., Mulembakani, P., Rubin, E., & Wolfe, N. (2017). Pandemics: Risks, impacts, and mitigation. In D. T. Jamison, H. Gelband, S. Hurton, J. P. R. Laxminarayan, C. H. Mock, & R. Nugent (Eds.), *Disease control priorities: Improving health and reducing poverty* (3rd ed., pp. 315-345). World Bank Group. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0527-1_ch17

- Marko, C., Košec, A., & Brecic, P. (2020). Stay home while going out—Possible impacts of earthquake co-occurring with COVID-19 pandemic on mental health and vice versa. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 82-83.
- Marques, M. (2001). *A psicologia clínica e o Rorschach*. Climepsi Editores
- Martins, A., Coelho, R., Ramos, E., & Barros, H. (2000). Administração do BDI-II a adolescentes portugueses: Resultados preliminares. *Revista Portuguesa Psicossomática*, 2(1), 123-132.
- Matias, T., Dominski, F. H., & Marks, D. F. (2020). Human needs in COVID-19 isolation. *Journal of Health Psychology*, 25(7), 871–882. <https://doi.org/10.1177/1359105320925149>
- Maynard, P., & Olson, D. (1987). Circumplex Model of Family Systems: A treatment tool in family counseling. *Journal of Counseling & Development*, 65(9), 502-504. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1987.tb00766.x>
- Mead, S. (2003). Defining peer support. *Intentional Peer Support*. <https://docs.google.com/document/d/1WG3ulnF6vthAwFZpJxE9rkx6lJzYSX7VX4Hp rV5EkfY/edit>
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141.
- Min, S., Whitecraft, J., Rothband, A. B., & Salzer, M. S. (2007). Peer support for persons with co-occurring disorders and community tenure: A survival analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 207–213.
- Mitchell, J. T., & Everly Jr., G. S. (2001). *Critical incident stress debriefing: An operations manual for CISD, defusing and other group crisis intervention services* (3rd ed.). Chevron Publishing Corporation.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., & Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65(3), 240-260. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.240.20169>
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239.
- Norris, F., & Kaniasty, K. Z. (1996). Received and perceived social support in time of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 498-511.
- Nunes, O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. *A Pessoa como Centro*, 3, 59-64.

- Nye, R. D., (2000). *Três psicologias: Ideias de Freud, Skinner e Rogers*. Thomson Learning.
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Direcção-Geral da Saúde. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf;
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Impact of economic crises on mental health*. WHO. https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2020a). *Basic documents*. World Health Organization. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2020b). *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- Organização Mundial de Saúde (2022a). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356119>
- Organização Mundial de Saúde (2022b). *Mental health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pacheco, J. E. (2005). A pessoa humana e a doença. *Educação*, 1(55) 31-44.
- Padilla, S., Noronha, A. P., & Fagan, C. Z. (2007). Instrumentos de avaliação psicológica: uso e parecer de psicólogos. *Avaliação Psicológica*, 6(1), 69-76.
- Pais-Ribeiro, J. & Leal, A. (1997). Avaliação e psicodiagnóstico em psicologia da saúde. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2(2), 357-370.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., 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, and Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Maricic, L. M., Betzler, F., Rogoll, J., Große, J., & Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and Behavior*, 10(9), e01745.
- Plante, T. G. (2005). *Contemporary clinical psychology*. John Wiley & Sons, Inc..
- Prouty, G. (2001). *Evolução teórica na terapia experiencial centrada-na-pessoa*. Encontro Editora.

- Quarantelli, E. L. (2006). *Emergencies, disasters, and catastrophes are different phenomena*.
<https://udspace.udel.edu/server/api/core/bitstreams/7f8df691-a569-4374-bf43-a0c6b36c392c/content>
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes*. Basic Books.
- Raphael, B., & Wilson, J. P. (2000). *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511570148>
- Raskin, N. J. (1998). O desenvolvimento da terapia não-diretiva. *A Pessoa como Centro*, 1, 64-80.
- Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019: A perfect storm? *JAMA Psychiatry*. 77(11), 1093-1094. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060
- Repper, J & Perkins. R. (2003) *Social inclusion and recovery: A model for mental health*. Bailière Tindall.
- Resnick, S, G., & Rosenheck, R. A. (2008). Integrating peer-provided services: A quasiexperimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatric Services*, 59(11), 1307-1317.
- Reyes, G., & Elhai, J. D. (2004). Psychosocial interventions in the early phases of disasters. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 399-411.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17). 547-558.
- Roberts, A. R. (2000). An overview of crisis theory and crisis intervention. In A. R. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (2nd ed., pp. 3-30). Oxford University Press.
- Rogers, C. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, 91(1), 93-114.
- Rogers, C. (1983). *Um jeito de ser*. EPU.
- Rogers, C. (2004). *Terapia centrada no cliente* (S. V. Longa, Trad.). Edual – Editora da Universidade Autónoma de Lisboa (obra original publicada em 1951)
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa* (Entre letras, Trad.). Padrões Culturais Editora. (Obra original publicada em 1961)
- Rogers, C. (2011). *O poder pessoal* (A. Cardoso, Trad.). Padrões Culturais Editora. (Obra original publicada em 1977)
- Rogers, C., & Kinget, G. (1975). *Psicoterapia e relações humanas: Teoria e prática da terapia não-diretiva*. Interlivros.

- Rogers, C., & Rosenberg, R. L. (2005). *A pessoa como centro*. EPU.
- Rogers, C., & Wood, J. (1994). *Abordagem centrada na pessoa*. Vitória.
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: A systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611-627. doi:10.1016/S2215-0366(20)30203-0
- Roriz, P. (2010). Congruência e autenticidade. *Psique*, 6, 165-179.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everthing, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2020). Nurses' mental health during the Covid-19 outbreak: A cross-sectional study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 62(10), 783–787. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001987>
- Saniah, A. R., & Zainal, N. Z. (2010). Anxiety, depression and coping strategies in breast cancer patients on chemotherapy. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 19(2), 2-6.
- Santos, C. B. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa: Relação terapêutica e processo de mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(2), 18-23.
- Segal-Engelchin, D., Huss, E., & Sarid, O. (2021). The use of online CB-ART interventions in the context of COVID-19: Enhancing salutogenic coping. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2057. <https://doi.10.3390/ijerph18042057>
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM*, 113(8), 229-235. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
- Simonetti, A. (2006). *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença*. Casa do Psicólogo.
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the Berlin Aging Study. *European Review*, 9(4), 461-477.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537-549.

- Steil, R., & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 38(6), 537-558. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00069-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00069-8)
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., Bernardo, A. D. I., Capelli, F., & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55(3), 137-144. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>
- Te Brake, H., Dückers, M., De Vries, M., Van Duin, D., Rooze, M., & Spreeuwenberg, C. (2009). Early psychosocial interventions after disasters, terrorism, and other shocking events: guideline development. *Nursing & Health Sciences*, 11(4), 336-343. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00491.x>
- Teixeira, J. A. C. (2007). *Psicologia da saúde: Contextos e áreas de intervenção*. Climepsi Editores.
- Thurman, T. R., Jarabi, B., Rice, J. (2012). *Caring for the caregiver: Evaluation of support groups for guardians of orphans and vulnerable children in Kenya*. AIDS Care.
- Tindle, R., & Moustafa, A. A. (2021). Psychological distress, social support, and psychological flexibility during COVID-19. In A. A. Moustafa (Ed.). *Mental health effects of COVID-19* (pp. 89-101). Academic Press.
- Tullio, V., Perrone, G., Bilotta, C., Lanzarone, A., & Argo, A. (2020). Psychological support and psychotherapy via digital devices in Covid-19 emergency time: Some critical issues. *Medico-Legal Journal*, 88(2), 73-76. <https://doi.org/10.1177/0025817220926942>
- Van Belle, H. A. (1980). *Perspectiva de Rogers da personalidade*. Wedge Publishing Foundation.
- Varma, P., Junge, M., Meaklim, H., & Jackson, M. L. (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109(110236). doi:10.1016/j.pnpbp.2020.110236.
- Wainrib, B. R., & Bloch, E. L. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: Teoría y práctica*. Desclée de Brouwer.
- Wąsowicz, G., Mizak, S., Krawiec, J., & Białaszek, W. (2021). Mental health, well-being, and psychological flexibility in the stressful times of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 647975. doi:10.3389/fpsyg.2021.647975
- Wilber, K. (2007). *Integral psychology: Consciousness, spirit, psychology, therapy*. Shambhala
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2005). *Guia práctico do tratamento da depressão*. Climepsi Editores.

- Wood, J. K. (2008). *Abordagem centrada na pessoa* (4^a Ed.). Edufes
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Xianjun, N., & Fang Yu. (2020). The mental health of neurological doctors and nurses in Hunan Province, China, during the COVID-19 outbreak. *Research Square*, 2-12 <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-22061/v1>
- Xu, J., Xu, Q., Wang, C., & Wang, J. (2020). Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research*, 288, 112955. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112955>
- Zaka, A., Shamloo, S. E., Fiorente, P., & Tafuri, A. (2020). COVID-19 pandemic as a watershed moment: A call for systematic psychological health care for frontline medical staff. *Journal of Health Psychology*, 25(7), 883–887. <https://doi.org/10.1177/1359105320925148>
- Zandifar, A., & Badrfam, R. (2020). Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 101990. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990>
- Zaninotto, P., Iob, E., Demakakos, P., & Steptoe, A. (2022). Immediate and longer-term changes in the mental health and well-being of older adults in England during the COVID19 pandemic. *JAMA Psychiatry*. 79(2), 151–159. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.3749
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>
- Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., Miao, J., Zhang, C., Yang, Y., Sun, W., Zhu, S., Fan, Y., Hu, J., Liu, J., & Wang, W. (2020). COVID-19 in Wuhan: Immediate Ppsychological impact on 5062 health Workers. *EclinicalMedicine*, 24, 100443. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100443

Anexos

Anexo I - Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

BDI-II (A.T. Beck, 1996;
Adapt. A.Q. Martins & R. Coelho, 2000)

POR FAVOR LEIA CUIDADOSAMENTE CADA GRUPO DE AFIRMAÇÕES ABAIXO E ESCOLHA EM CADA UM A FRASE QUE MELHOR DESCREVE COMO SE TEM SENTIDO DURANTE AS PASSADAS DUAS SEMANAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE. PODERÃO HAVER VÁRIAS FRASES NO MESMO GRUPO QUE LHE PAREÇAM ADEQUADAS - NO ENTANTO, ESCOLHA APENAS UMA EM CADA GRUPO. (assinale uma cruz em cada grupo)

1. Tristeza

- ☐ Não me sinto triste.
- ☐ Sinto-me triste muitas vezes.
- ☐ Sinto-me sempre triste.
- ☐ Estou tão triste ou infeliz que já não aguento.

3. Fracassos Passados

- ☐ Não me considero uma falhada.
- ☐ Fracassei mais vezes do que deveria.
- ☐ Revendo o passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.
- ☐ Sinto-me completamente falhada como pessoa.

5. Sentimentos de Culpa

- ☐ Não me sinto particularmente culpada.
- ☐ Sinto-me culpada por muitas coisas que fiz ou devia ter feito.
- ☐ Sinto-me bastante culpada a maioria das vezes.
- ☐ Sinto-me culpada durante o tempo todo.

7. Auto-Depreciação

- ☐ Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.
- ☐ Perdi confiança em mim própria.
- ☐ Estou desapontada comigo mesmo.
- ☐ Eu não gosto de mim.

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- ☐ Não tenho qualquer ideia de me matar.
- ☐ Tenho ideias de me matar, mas não as levarei a cabo.
- ☐ Gostaria de me matar.
- ☐ Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

2. Pessimismo

- ☐ Não me sinto desencorajada em relação ao futuro.
- ☐ Sinto-me mais desencorajada em relação ao futuro do que antes.
- ☐ Já não espero que os meus problemas se resolvam.
- ☐ Não tenho qualquer esperança no futuro; tudo só pode piorar.

4. Perda de Prazer

- ☐ Tenho tanto prazer como antes com as coisas que gosto.
- ☐ Eu não gosto tanto das coisas como costumava.
- ☐ Tenho pouco prazer com as coisas que costumava gostar.
- ☐ Não tenho qualquer prazer nas coisas que costumava gostar.

6. Sentimentos de Punição

- ☐ Não sinto que esteja a ser castigada.
- ☐ Sinto que posso vir a ser castigada.
- ☐ Acho que vou ser castigada.
- ☐ Sinto que estou a ser castigada.

8. Auto-Criticismo

- ☐ Não me critico mais do que o habitual.
- ☐ Critico-me mais do que costumava.
- ☐ Critico-me por todas as minhas falhas.
- ☐ Culpo-me de tudo o que de mal me acontece.

10. Choro

- ☐ Não choro mais do que costumava.
- ☐ Choro mais do que costumava.
- ☐ Choro por tudo e por nada.
- ☐ Apetece-me chorar, mas já não consigo.

11. Agitação

- ☐ Não me sinto mais inquieta do que o habitual.
- ☐ Sinto-me mais inquieta do que o habitual.
- ☐ Estou tão agitada que é difícil parar quieta.
- ☐ Estou tão agitada que tenho de me manter a fazer algo.

13. Indecisão

- ☐ Tomo decisões como sempre o fiz.
- ☐ Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual.
- ☐ É muito mais difícil tomar decisões do que antigamente.
- ☐ Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.

15. Perda de Energia

- ☐ Tenho a mesma energia de sempre.
- ☐ Sinto-me com menos energia do que o habitual.
- ☐ Não me sinto com energia para muitas coisas.
- ☐ Não me sinto com energia para nada.

17. Irritabilidade

- ☐ Não estou mais irritável do que o normal.
- ☐ Estou mais irritável do que o habitual.
- ☐ Estou muito mais irritável do que o habitual.
- ☐ Estou irritável o tempo todo.

19. Dificuldades de concentração

- ☐ Concentro-me tão bem como antes.
- ☐ Não me consigo concentrar tão bem como antes.
- ☐ É difícil pensar em qualquer coisa por muito tempo.
- ☐ Acho que não me consigo concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- ☐ Não me sinto mais cansada que o habitual.
- ☐ Canso-me mais facilmente que o costume.
- ☐ Estou demasiado cansada para fazer as coisas do costume.
- ☐ Estou demasiado cansada para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

12. Perda de Interesse

- ☐ Não perdi o interesse nos outros ou nas minhas actividades.
- ☐ Estou menos interessado nas coisas ou nos outros.
- ☐ Perdi a maioria do interesse nas coisas ou nos outros.
- ☐ É difícil interessar-me pelo que quer que seja.

14. Sentimentos de Inutilidade

- ☐ Não me considero incapaz / inútil.
- ☐ Não me considero tão válida e útil como costumava.
- ☐ Sinto-me mais inútil do que as outras pessoas.
- ☐ Sinto-me completamente inútil.

16. Alterações no Padrão de Sono

- ☐ Não notei qualquer mudança no meu sono.
- ☐ Durmo um pouco mais que o habitual.
- ☐ Durmo um pouco menos que o habitual.
- ☐ Durmo muito mais que o habitual.
- ☐ Durmo muito menos que o habitual.
- ☐ Durmo a maior parte do tempo durante o dia.
- ☐ Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

18. Alterações no Apetite

- ☐ Não notei qualquer alteração no meu apetite.
- ☐ Tenho um pouco menos de apetite do que o habitual.
- ☐ Tenho um pouco mais de apetite do que o habitual.
- ☐ O meu apetite é muito menor do que o normal.
- ☐ O meu apetite é muito maior do que o normal.
- ☐ Perdi por completo o apetite.
- ☐ Anseio por comida o tempo todo.

21. Perda de Interesse Sexual

- ☐ Não notei qualquer alteração no meu interesse sexual.
- ☐ Sinto-me menos interessada sexualmente do que o costume.
- ☐ Sinto-me muito menos interessada pela vida sexual.
- ☐ Perdi por completo o interesse que tinha pela vida sexual.