



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

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA E COMUNITÁRIA NUMA INSTITUIÇÃO
HUMANITÁRIA NÃO GOVERNAMENTAL

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

Autor: Carlos Balegas

Orientadora: Professora Doutora Edite Oliveira

Numero do candidato: 30000179

Julho de 2023
Lisboa

Agradecimentos

Ao completar esta etapa do meu percurso académico torna-se primordial expressar o meu mais sincero agradecimento a todas as pessoas com quem me cruzei e que contribuíram para o sucesso deste momento.

À minha família, pelo apoio prestado e profunda compreensão neste período marcado muitas vezes pela falta de tempo pessoal.

Ao corpo docente, responsável pelo mestrado, pelas orientações e partilhas enriquecedoras, fundamentais nesta etapa académica.

À organização onde se realizou o estágio, especialmente às pessoas com quem tive o privilégio de trabalhar, que contribuíram com o conhecimento prático e de elevada importância para a consolidação dos temas relacionados com o desenvolvimento do estágio.

À minha orientadora de relatório, a Dra. Edite Oliveira, pelo apoio e disponibilidade nas orientações.

À minha supervisora de estágio, a Dra. Inês Ribeiro, pela sua partilha de saberes que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço aos meus colegas de mestrado, pelo espírito de equipa e amizade que tornaram esta etapa mais agradável.

Em suma, a todos os que direta ou indiretamente contribuíram de forma tão enriquecedora e gratificante para a realização do meu estágio académico.

Resumo

O relatório que se apresenta foi efetuado com base no estágio do segundo ano de mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, sendo um dos requisitos para a obtenção do grau de mestre pela Universidade Autónoma de Lisboa, no ano letivo de 2021/2022. Este período de estágio contabilizou um total de 438 horas. Descreve-se e caracteriza-se igualmente a instituição humanitária não governamental, onde se realizou o estágio e as suas valências, bem como, a população alvo e as suas respetivas necessidades. Com base na observação e nos problemas identificados, procedeu-se ao enquadramento teórico e consequentemente a relevância do papel do psicólogo nesta especificidade de atuação. Procurou-se descrever todas as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio conforme se encontram elencadas no índice. Foram abordadas as temáticas: violência doméstica, acolhimento de imigrantes e acompanhamento psicológico a colaboradores da instituição. Nestes estudos foram seguidos cinco clientes que se identificam adiante como sendo os casos clínicos de acompanhamento e avaliação psicológica, sendo que a cada um foi atribuído uma letra, no sentido de manter o sigilo do nome próprio. Salienta-se que o acompanhamento psicológico e as avaliações psicológicas foram efetuados segundo a abordagem cognitiva-comportamental. Relativamente ao acompanhamento psicológico a posteriori fez-se uma análise segundo a teoria do desenvolvimento Psicoafetivo do Prof. Dr. João Hipólito desenvolvida a partir do modelo de Carl Rogers Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Por fim, pretende-se também expor a variedade de contextos nos quais o psicólogo pode intervir numa organização humanitária, a forma como a psicologia interage com as outras áreas do saber para melhorar a qualidade de vida destas pessoas em situação de vulnerabilidade, bem como, da disponibilidade dos serviços de psicologia que a organização possui para os seus colaboradores.

Palavras-Chave: Psicologia; Violência doméstica; Imigrantes.

Abstract

The presented report was carried out based on the internship of the second year of the master's degree in Clinical and Counseling Psychology, which is one of the requirements for obtaining the master's degree from the Universidade Autónoma de Lisboa, in the academic year 2021/2022. This internship period accounted for a total of 438 hours. The non-governmental humanitarian institution where the internship took place and its aspects are also described and characterized, as well as the target population and their respective needs. Based on the observation and the problems identified, the theoretical framework was drawn up and consequently the relevance of the role of the psychologist in this specific role. An attempt was made to describe all the activities carried out during the internship as listed in the index. The following themes were addressed: domestic violence, welcoming immigrants and psychological support for employees of the institution. In these studies, five clients were followed, who identified themselves as psychological and evaluation clinical cases, with each one being assigned a letter, in order to maintain the confidentiality of their first name. It should be noted that psychological monitoring and psychological assessments were carried out according to the cognitive-behavioral approach. Regarding the subsequent psychological monitoring, an analysis was carried out according to the theory of Psychoaffective development by Prof. Dr. João Hipólito based on Carl Rogers Person-Centered Approach (PCA) model. Finally, it is also intended to expose the variety of contexts in which the psychologist can intervene in a humanitarian organization, the way in which psychology interacts with other areas of knowledge to improve the quality of life of these people in vulnerable situations, as well as, the availability of psychology services that the organization has for its employees.

Keywords: Psychology; Domestic violence; Immigrants.

Índice

Agradecimentos.....	II
Resumo	III
Abstract.....	IV
Índice.....	V
Anexos	VII
Lista de abreviaturas	VIII
Lista de Tabelas.....	IX
Lista de Figuras	X
Introdução	11
1.Contextualização da Instituição	12
1.1- A Instituição	12
1.2- Áreas de ação da Instituição.....	13
1.3- Apresentação do Centro de Psicologia e dos seus colaboradores.....	14
1.4- Principais problemáticas e levantamento de necessidades.....	15
1.5- Caracterização da população alvo	16
1.5.1- Vítimas de violência doméstica	16
1.5.2- Indivíduos migrantes e refugiados.....	17
1.6- Apoio psicossocial-teleassistência a vítimas de violência doméstica	18
1.7- Objetivos do estágio	18
1.7.1- Objetivos gerais do estágio	18
1.7.2- Plano do estágio	18
1.8- Atividades do estágio	20
2. Enquadramento teórico	20
2.1- O papel da Psicologia clínica	20
2.2- O papel da Psicologia comunitária	21
2.3- O fenómeno da violência doméstica.....	22
2.3.1- Fases do ciclo da “violência doméstica”	24
2.3.2- Consequências traumáticas da violência doméstica	26
2.4- O contexto do indivíduo migrante e refugiado	27
2.5- Apoio psicológico a colaboradores.....	28
3. Trabalho de Estágio	31
3.1- Cronograma das atividades	31

3.2- Atividades desenvolvidas.....	31
3.2.1- Integração e formação institucional	31
3.2.2- Observação	32
3.2.3- Atendimentos psicossociais a vítimas violência doméstica	32
3.2.4- Formação, pesquisa e consulta de material bibliográfico.....	33
3.2.5- Atendimentos psicossociais a migrantes e refugiados.....	34
3.3- Consultas de avaliação e acompanhamento psicológico	34
3.3.1- Abordagem Teórica	34
3.3.2- Instrumentos de avaliação psicológica utilizados durante o estágio	37
3.3.3- Perturbações identificadas.....	39
3.4- Casos Clínicos - descrição do caso de acompanhamento psicológico	45
3.4.1- Caso clínico 1	45
3.5 - Atividades de avaliação psicológica.....	58
3.5.1- Caso de avaliação nº1	59
3.5.2- Caso de avaliação nº 2	62
3.5.3- Caso de avaliação nº3	64
3.5.4- Caso de avaliação nº 4	67
3.6- Reflexão sobre as aprendizagens das avaliações psicológicas	71
4- Conclusão	71
Referências bibliográficas	73

Anexos

Anexo A- Pedido de autorização do uso Brief Symptom Inventory (BSI)

Anexo B- Caso de avaliação nº1 Sr. B, O Brief Symptom Inventory (BSI)

Anexo C- Caso de avaliação nº1 Sr. B, - (continuação)- O Brief Symptom Inventory (BSI)

Anexo D- Caso de avaliação nº1 Sr. B, - (cotação) - O Brief Symptom Inventory (BSI)

Anexo E- Caso de avaliação nº1 Sr. B, - questionário “Experiencias em Relações Próximas” (ERP)

Anexo F Caso de avaliação nº 3 Sra. D, - O Brief Symptom Inventory (BSI)

Anexo G Caso de avaliação nº 3 Sra. D, (continuação)- O Brief Symptom Inventory (BSI)

Anexo H Caso de avaliação nº 3 Sra. D, (cotação) - O Brief Symptom Inventory (BSI)

Anexo I Caso de avaliação nº 3 Sra. D, - questionário “Experiencias em Relações Próximas” (ERP)

Anexo J Caso de avaliação nº4 Sr. E, - O Brief Symptom Inventory (BSI)

Anexo l Caso de avaliação nº4 Sr. E, - (continuação)- O Brief Symptom Inventory (BSI)

Anexo M Caso de avaliação nº4 Sr. E, - (Cotação)- O Brief Symptom Inventory (BSI)

Anexo N Caso de avaliação nº4 Sr. E, - questionário “Experiencias em Relações Próximas” (ERP)

Lista de abreviaturas

APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ACP- Abordagem Centrada na Pessoa

BSI- Inventário de Sintomas Psicopatológicos)

CVP- Cruz Vermelha Portuguesa

VD - Violência Domestica

ONU- Organização das Nações Unidas

PSPT- Perturbação Stress pós-traumático

TCC- Terapia cognitiva comportamental

PAG- Perturbação de Ansiedade Generalizada

Lista de Tabelas

Tabela nº1- Atividades previstas no plano de estágio

Tabela nº2- Cronograma das atividades e respectiva carga horária.

Lista de Figuras

Figura 1 - Organograma da instituição (sede nacional)

Figura 2 - Infografia da organização (dados de maio,2021)

Figura 3 - Social/Vitimas violência Doméstica- Número de Beneficiários por serviço

Figura 4 - Social/Migrantes e refugiados- Número de beneficiários por serviço

Figura 5 - Ciclo de Violência Doméstica (APAV, 2012)

Figura 6 - Infografia do voluntariado na instituição

Introdução

Este relatório surge no âmbito do estágio curricular realizado numa organização não governamental na área da grande Lisboa. Teve início a 13/10/2021 e terminou a 30/06/2022 totalizando 438 horas e tendo permitido colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico, assim como, o contacto com equipas multidisciplinares que enriqueceram os conteúdos abordados nesta fase, contribuindo assim para a aquisição de novas competências.

O estágio iniciou-se com as apresentações e com a descrição das atividades a desenvolver na instituição. Posteriormente decorreu um período de formação e de observação que contribuiu para a integração numa equipa multidisciplinar, com a realização de diversas atividades promovendo o bem-estar das pessoas em situação de vulnerabilidade.

Esta fase foi constituída por uma componente de psicologia clínica e de psicologia comunitária sendo o público alvo pessoas que se encontravam em vulnerabilidade social, vítimas de violência doméstica e imigrantes.

Como a instituição presta apoio psicológico a colaboradores, durante este período foi realizado um acompanhamento psicológico e quatro avaliações psicológicas.

A abordagem clínica dos casos seguiu os princípios da psicologia cognitiva ou comportamental, sendo que um deles é também acompanhado de uma descrição segundo a teoria do desenvolvimento Psicoafectiva do Prof Dr. João Hipólito, desenvolvida a partir da teoria da personalidade de Carl Rogers.

A elaboração deste relatório estruturou-se em quatro capítulos de forma a contextualizar a instituição e as atividades realizadas nesse período.

É explanada a importância dos psicólogos nesta estrutura e a população alvo da mesma, assim como, a análise de cinco casos de acompanhamento e avaliação psicológica. Descrevem-se as atividades em que participei sendo apresentado um cronograma das mesmas e, para concluir, é apresentada uma reflexão final expondo as dificuldades e o aprendizado obtido com este estágio.

1.Contextualização da Instituição

1.1- A Instituição

A instituição é uma organização internacional, com a sua sede na Suíça, tendo surgido no ano de 1863 para responder às necessidades da população dando apoio aos feridos militares e prisioneiros de guerra, bem como, para restabelecer o contacto entre estes e os seus familiares e também localizar pessoas dadas como desaparecidas.

Existem a nível mundial, 192 sedes nacionais. Esta instituição foi criada em Portugal em 1865 e é composta por uma sede localizada em Lisboa e por delegações locais que abrangem todo o território nacional.

É uma instituição humanitária, não governamental, de carácter voluntário e de interesse público, sem fins lucrativos sendo a sua atividade apoiada pelo Estado. Tem capacidade jurídica, regulamentada pelo Dec-Lei nº281/2007 de 7 agosto e pelo seu código de conduta de forma a atingir os seus objetivos e desenvolver as atividades com os seus colaboradores, segundo sete princípios fundamentais:

- Princípio da Humanidade – compreende a capacidade de prestar apoio humanitário em qualquer parte do mundo de forma a ajudar, prevenir e aliviar o sofrimento humano onde quer que ele se encontre;

- Princípio da Imparcialidade - consiste em prestar ajuda a quem necessita independentemente da sua raça, crenças religiosas, classes sociais ou formação política;

- Princípio da Neutralidade - tem como objetivo a prestação de assistência de uma forma neutra, não tomando partido por nenhuma parte em conflito;

- Princípio da Independência - esta organização atua de acordo com os seus valores;

- Princípio de Voluntariado - traduz-se no facto do voluntário ajudar quem necessita de uma forma desinteressada;

- Princípio de Unidade - só pode existir uma sede em cada país e tem de respeitar os princípios fundamentais da organização;

- Princípio de Universalidade - baseia-se no facto de todas as sociedades terem o mesmo estatuto e partilham os mesmos valores a nível internacional.

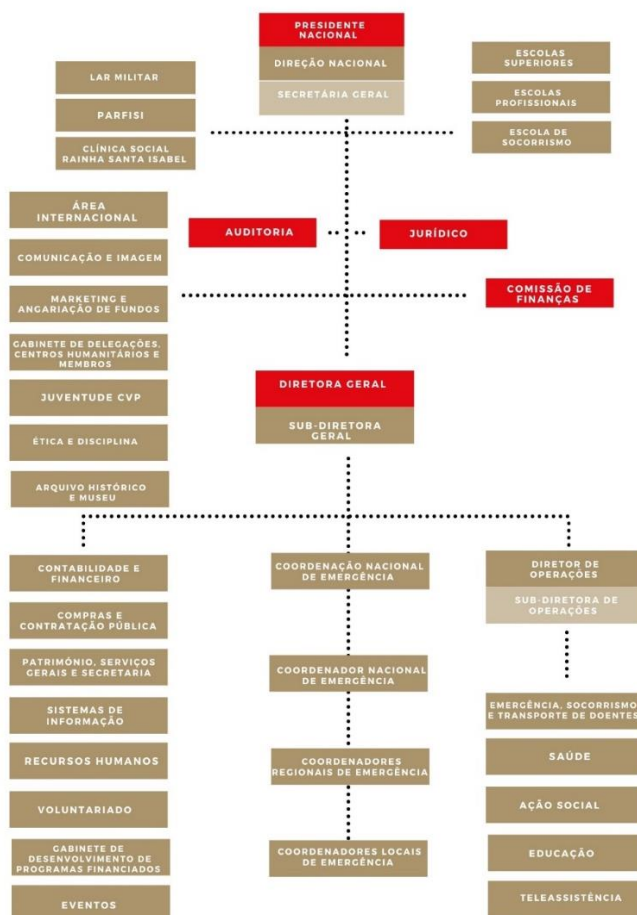


Figura 1- Organograma funcional

Fonte: Site oficial

1.2- Áreas de ação da Instituição

Esta instituição está capacitada para dar resposta às necessidades das pessoas nas mais diversas valências, tais como: emergências, respostas psicossociais, serviços de teleassistência, relações de ajuda às pessoas que estão em situações de vulnerabilidade, formação, promoção de igualdade de género e prevenção, combate à violência, cuidados e desenvolvimento humano, ensino, formação e criação de projetos inovadores para grupos vulneráveis.

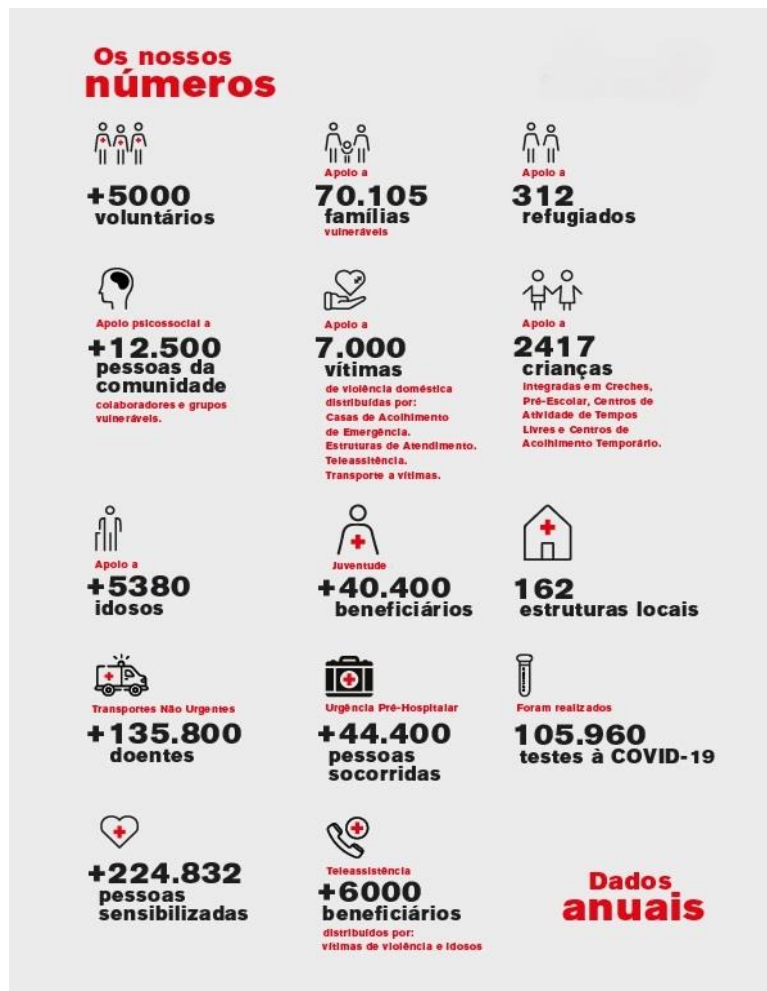


Figura 2- Infografia da organização (dados,2021)

1.3- Apresentação do Centro de Psicologia e dos seus colaboradores

A instituição tem à disposição da comunidade o Gabinete de saúde mental e apoio psicossocial. Este serviço dispõe de uma equipa especializada de psicólogos cuja área de intervenção é a seguinte:

- Ações de sensibilização em saúde mental;
- Apoio psicológico disponível para os seus colaboradores e voluntários;
- Apoio psicológico a vítimas de violência doméstica;
- Monitorização da atividade de saúde mental das suas delegações regionais;
- Formação e capacitação na área da saúde mental;

- Apoio psicológico a refugiados;
- Intervenções em cenários de crise;
- Apoio psicológico a colaboradores de outras empresas.

Esta organização tem como missão prestar ajuda humanitária e social a pessoas em situação de vulnerabilidade, tendo práticas de prevenção, mas também atua de forma a reparar ou minimizar o sofrimento, contribuindo assim, para uma melhoria da qualidade de vida e dignidade humana. São várias as equipas que compõem a estrutura desta entidade, entre elas estão as equipas de socorro e transporte que integram os socorristas. No nosso país, é composta por 86 estruturas locais, constituídas por 245 equipas de socorro, onde integram mais de 2500 socorristas. Estes profissionais e os voluntários, nomeadamente os que operam em situações de emergência pré-hospitalar, estão expostos a ocorrências complexas de grande imprevisibilidade potencialmente geradoras de grandes níveis de stress e desgaste físico, o que torna esta atividade de risco elevado para a saúde física e mental, comprometendo assim, a qualidade de vida e o bem-estar destas pessoas (Oliveira e al.,2021). Neste sentido segundo Fernandes & Mourão (2012), entre os colaboradores encontram-se também os voluntários que demonstram uma dinâmica social exemplar no campo da cidadania ativa, promovendo o bem-estar social e colocando-se ao serviço das pessoas com maior vulnerabilidade social.

1.4- Principais problemáticas e levantamento de necessidades

Este estágio foi realizado segundo uma abordagem da psicologia clínica e também da psicologia comunitária, procurando responder de uma forma mais holística, às necessidades das populações alvo. A articulação entre estas áreas da psicologia demonstrou ser muito positiva, visto que as necessidades destas populações são muito vastas, exigindo respostas mais abrangentes e multidisciplinares.

1.5- Caracterização da população alvo

1.5.1- Vítimas de violência doméstica

A instituição disponibiliza casas de acolhimento e apoio para vítimas de violência doméstica, acompanhadas ou não dos seus filhos menores, que por motivos de segurança não podem permanecer nas suas habitações. O facto de estas pessoas terem estado sujeitas a toda uma situação potencialmente traumática, faz com que a maioria apresente perturbações de stress pós-traumático, fobias, ansiedades, depressões, distúrbios alimentares e problemas relacionados com a sexualidade. Estes podem ter acompanhamento e aconselhamento psicológicos disponibilizados por esta instituição (CVP, 2022).

Social/ vítimas violência domestica- Número de beneficiários por serviço

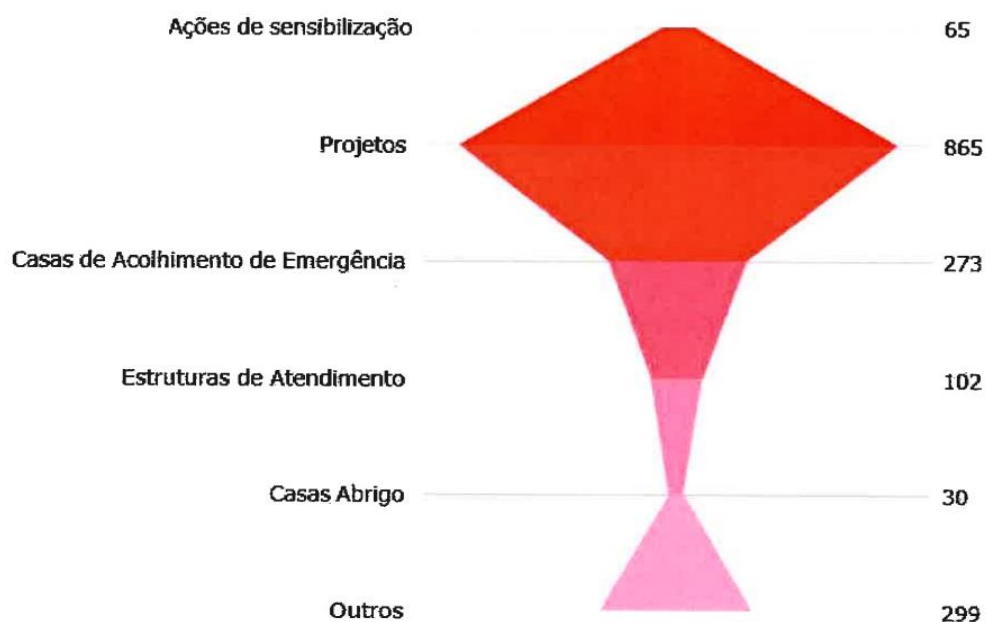


Figura 3. Infografia- Relatório de contas da instituição (dados referentes ao ano 2021)

1.5.2- Indivíduos migrantes e refugiados

A organização tem uma vasta experiência no acolhimento e integração de pessoas refugiadas. Desde o ano de 2015 até ao presente momento, já acolheu mais de 300 pessoas das mais diversas nacionalidades que necessitavam de proteção internacional. Muitas destas pessoas são menores não acompanhados e grupos de pessoas vulneráveis no que diz respeito a sua saúde mental. Estiveram sujeitos a eventos traumáticos, nomeadamente a ameaças de vida, violência física e perda de familiares próximos sendo comum desenvolverem patologias associadas ao stress pós-traumático (CVP, 2022).

Social/migrantes e refugiados- Número de beneficiários por serviço

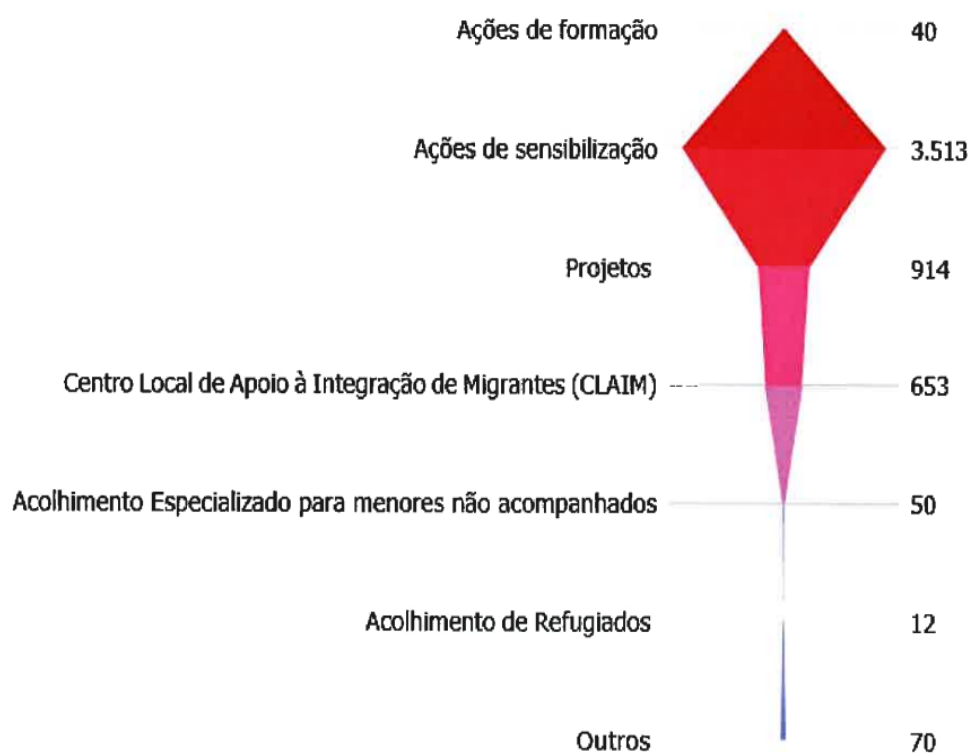


Figura 4. Infografia- Relatório de contas da instituição (dados referentes ao ano 2021)

1.6- Apoio psicossocial-teleassistência a vítimas de violência doméstica

O serviço de teleassistência a vítimas de violência doméstica funciona 24 horas por dia, durante 365 dias por ano. Através de um equipamento móvel ligado ao centro de atendimento permite à vítima solicitar ajuda sempre que necessite. Neste espaço encontram-se técnicos com formação especializada para dar resposta a cada uma das situações. Tem como objetivo responder de uma forma rápida e adequada às necessidades destas pessoas em situação de vulnerabilidade, no caso de estarem em risco ou perigo, bem como, de prestar apoio emocional sempre que necessitem (CIG, 2014).

1.7- Objetivos do estágio

1.7.1- Objetivos gerais do estágio

O objetivo do estágio académico em psicologia clínica e de aconselhamento, é criar a oportunidade aos alunos de durante o ano letivo entrarem em contacto com as práticas desenvolvidas pelos psicólogos na realização das suas atividades profissionais. Isto, permite aos estagiários desenvolverem novos conhecimentos e competências, bem como, consolidar os conhecimentos adquiridos nos quatro anos anteriores. O estagiário terá que realizar no mínimo uma avaliação e um acompanhamento psicológico segundo um modelo teórico, sob a orientação e supervisão de um psicólogo clínico, bem como, zelar pelas normas de ética e deontologia referidas no código dos psicólogos portugueses.

O facto do estágio incluir os acompanhamentos e avaliações psicológicas, permite-lhe fazer uma ponte e reflexão sobre os modelos teóricos e a prática da psicologia clínica num contexto real. Estas experiências são enriquecedoras para o início da sua atividade profissional.

1.7.2- Plano do estágio

O estágio foi realizado de acordo com um plano, que se apresenta seguidamente, e que contempla a calendarização e respetivas atividades previstas e listadas na tabela I.

Atividades Estágio 2021/2022	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Início do estágio	X								
Integração e formação institucional	X								
Atendimentos psicossociais	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formação e consulta de artigos científicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrevistas clínicas anamnese			X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamentos psicológicos			X	X	X	X	X	X	X
Supervisão e discussão dos acompanhamentos			X	X	X	X	X	X	X
Escolha de instrumentos de avaliação psicológica			X	X	X	X	X	X	X
Aplicação e cotação dos instrumentos			X	X	X	X	X	X	X
Conceptualização do caso clínico			X	X	X	X	X	X	X
Plano de intervenção			X	X	X	X	X	X	X
Avaliação dos resultados					X	X	X	X	X
Realização do relatório do estágio					X	X	X	X	X

Tabela I- Atividades previstas no plano de estágio.

1.8- Atividades do estágio

Esta etapa constituiu-se por um conjunto de atividades que se elencam:

- Atendimentos psicossociais;
- Abordagem dos casos clínicos a decorrer no gabinete de saúde mental;
- Observação da realização de consultas de casos clínicos;
- Realização de consultas com observação e anamnese;
- Aplicação de testes de avaliação psicológica e sua cotação;
- Acompanhamentos psicológicos e conceptualização dos casos clínicos;
- Avaliação das intervenções.

2. Enquadramento teórico

2.1- O papel da Psicologia clínica

O termo psicologia clínica surge no final do séc. XIX através de Lightner Witmer que criou a primeira clínica de psicologia, na universidade da Pensilvânia nos EUA, onde eram tratadas crianças com dificuldades escolares. O conceito de clínica estava muito ligado a cuidados de diagnóstico seguindo um modelo médico. A sua prática estava formatada de uma forma organicista devido ao que herdou da psiquiatria,(Alves & Alves, 2022).

A psicologia clínica teve um grande desenvolvimento após a segunda guerra mundial, procurando apoiar e resolver os problemas e o sofrimento das vítimas deste conflito, tendo no início como foco as perturbações mentais. Anteriormente, na primeira grande guerra mundial, já se utilizava com frequência métodos psicológicos no domínio clínico. Nesta fase a psicologia clínica tinha como alicerces os resultados obtidos através de medições (Ribeiro & Leal, 1996).

Neste seguimento referido em Alves & Alves (2022), com a evolução do tempo e das aprendizagens foi-se dando prioridade à subjetividade de cada cliente que procurava ajuda. Neste sentido, a clínica em psicologia é um local criado para receber o outro como ser único, escutá-lo, orientá-lo e apontar direções, com a finalidade de o cliente lidar melhor com as suas emoções, proporcionando-lhe um maior autoconhecimento e um ajustamento mais

favorável. O psicólogo surge como um facilitador neste processo, permitindo ao sujeito que entre em contato consigo mesmo, através do diálogo nesta relação que se estabelece entre ambos.

A psicologia clínica vai muito para além das condições nosológicas, descrevendo métodos de intervenção nos quais a qualidade da relação entre o psicólogo e o seu cliente, têm uma importância privilegiada. Desta forma, seja qual for a abordagem teórica que o psicólogo clínico siga, esta permite-lhe identificar e compreender a causa do sofrimento, das dificuldades de adaptação ou de outras situações relacionadas com as queixas. Neste sentido, o profissional vai estabelecer um plano de intervenção de forma a diminuir ou acabar com os fatores que estão a causar mal-estar ou dificuldades de adaptação ao cliente (Ribeiro & Leal, 1996).

2.2- O papel da Psicologia comunitária

A designação da psicologia comunitária, surge em 1965, em Boston, no contexto de uma conferência, que coloca em evidência o papel desempenhado pelos psicólogos nas intervenções em saúde mental na comunidade. Foram delineadas 3 linhas orientadoras:

- 1- Fazer intervenções de carácter preventivo;
- 2- Intervir a nível comunitário;
- 3- Intervenções com o objetivo de promover mudanças.

Atualmente o paradigma evoluiu e o foco tem sido a oferta de serviços de apoio às populações desfavorecidas socialmente, promovendo o “empowerment” dessas populações, contribuindo assim, para uma melhoria global da saúde mental desses indivíduos (Ornelas, 1997).

Ultimamente os psicólogos têm sido incluídos em várias áreas de atuação nas sociedades, tendo um papel relevante na comunidade e estando desta forma também ao serviço das comunidades empobrecidas, excluídas e vulneráveis, permitindo a estas populações terem uma melhor qualidade de vida. A psicologia clínica tem como foco a pessoa que pede ajuda, mas para termos uma melhor compreensão, do funcionamento dessa pessoa, devemos ter em consideração o contexto cultural e comunitário (Pereira et al., 2020).

Segundo Ornelas (1997) as intervenções são ecológicas, com foco nos sistemas onde essas populações estão inseridas, nomeadamente grupos populacionais, comunidade,

ecossistemas e até a própria biosfera, tendo em consideração o impacto que o meio envolvente pode ter no comportamento humano. A teoria da crise pode ajudar a compreender estas situações na comunidade. Geralmente ocorrem em grupos com dificuldades de integração e socialização, devido á falta de ferramentas que têm para responder a essas necessidades.

A teoria da crise é eficaz na abordagem dos problemas da comunidade, porque possibilita a identificação dos fatores que poderão estar a causar as dificuldades, logo permite delinear um plano de intervenção para abordar a situação-problema nas suas diferentes fases. (Ornelas, 1997).

Na psicologia comunitária o suporte social é considerado de extrema importância. Podemos encontrar pessoas numa situação de vulnerabilidade, como nos casos de isolamento e solidão, que são caracterizados por terem poucos ou nenhuns contatos sociais. As pessoas nestas condições, por norma, têm apoio de profissionais que trabalham na área social ou de indivíduos próximos que têm essas mesmas carências. Habitualmente têm como suporte social a família, os amigos e os colegas de atividade laboral ou recorrem a ajuda profissional quer pública ou privada. Estas pessoas, nestas circunstâncias, tem uma probabilidade menor de desenvolverem perturbações emocionais em comparação com as pessoas que têm características idênticas, mas que não têm qualquer tipo de suporte social (Ornelas, 1997).

De acordo com alguns autores, o sentimento de comunidade corresponde aos vínculos sociais que são criados entre indivíduos, locais, cultura, símbolos e as políticas dessas comunidades. É uma experiência individual que tem impacto na comunidade e o sentimento de pertença influencia o bem-estar psicológico e torna os indivíduos mais participativos e comprometidos na ajuda quer seja a vizinhos ou a instituições da comunidade, criando melhores condições de vida a essas populações e também reforçando o sentimento de pertença a um lugar, onde tendem a permanecer, sentindo-se confortáveis e em segurança. (Berroeta & Carvalho, 2020).

2.3- O fenómeno da violência doméstica

A violência doméstica (VD) é um problema universal que vitimiza milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que muitas destas sofrem em silêncio ou são silenciadas direta ou indiretamente. Este fenómeno é transversal ás várias culturas e estratos sociais,

sendo habitualmente as mulheres as principais vítimas. Este problema é considerado um grave atentado aos direitos humanos consagrados pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1995 (Castanho et al., 2013). Esta problemática pode ter causas multifatoriais, onde se incluem os fatores sociológicos, culturais, psicológicos, ideológicos, financeiros, entre outros (Costa, 2003).

O conceito de violência doméstica, sendo esta um problema social grave, tem sofrido alterações muito acentuadas nas duas últimas décadas, bem como as respostas dadas pela sociedade a esta problemática. Esta definição vai sofrendo alterações de acordo com as evoluções sociais num determinado espaço físico e temporal. Consideram-se violência doméstica os comportamentos violentos ou formas de controlar a vítima de forma regular e coerciva, efetuada de forma direta ou indireta, sobre qualquer elemento do agregado familiar que mesmo que não habitando conjuntamente, seja companheiro, ex companheiro ou familiar. Segundo, o estado da arte, esta forma de violência é a mais frequentemente sofrida pelas mulheres. De acordo com alguns autores, é um fenómeno complexo que acontece num contexto de relações íntimas com dimensão afetiva onde o agressor, utiliza uma variedade de conhecimentos e técnicas para controlar e manipular a vítima (Manita et al., 2009).

Segundo a resolução do conselho de Ministros nº61/2018, Portugal prioriza a igualdade e a não discriminação em função do género, como um fator determinante na construção de uma sociedade justa e próspera. Seguindo esta linha o governo tem-se focado em intervenções para prevenir e combater a violência doméstica e de género, respeitando os princípios constitucionais contemplados nomeadamente no artigo 13^a e 9^a, alínea h), da constituição da República Portuguesa. Portugal integra um conjunto de países que respeitam e aplicam os princípios consagrados na convenção das nações unidas e respeita a convenção do conselho da Europa para a prevenção e combate á violência doméstica (convenção de Istanbul). Para tal, desenvolveu uma agenda estratégica para o iate temporal de 2018 a 2030 sob a coordenação da comissão para a igualdade de género que estabelece planos de ação revistos em cada 4 anos. Estes planos são compostos por objetivos gerais e outros específicos que têm como finalidade a eliminação de obstáculos estruturais que impeçam ou dificultem a igualdade de género e o combate á violência doméstica.

Segundo o Código Penal (CP, 2021) a violência doméstica constitui um crime de natureza pública e está tipificado no artigo 152 do mesmo código. Isto significa que devido

à sua natureza pública, as entidades competentes ao terem conhecimento destes crimes têm a obrigatoriedade de determinar o início de um inquérito para apurar a realidade dos factos ou para mandar arquivar, independentemente da vontade da vítima de desejar ou não procedimento criminal contra o agressor.

A violência emocional e psicológica pode ser efetuada por ação ou por omissão e pode ser praticada das mais diversas formas, tais como, o desprezo, menosprezo, fazer críticas, insultos, ofensas, humilhações quer sejam em locais públicos ou privados e pode ser de forma verbal ou comportamental, que passam por ameaças, intimidações e perseguições. Visam muitas vezes a manipulação e controle da vítima, incapacitando-a de reagir a todos estes abusos, deixando-a assim, numa condição de fragilidade e vulnerabilidade (Manita et al., 2009).

2.3.1- Fases do ciclo da “violência doméstica”



Figura 5- Ciclo de Violência Doméstica (APAV, 2012)

1- Fase de aumento da tensão

Nas relações íntimas surgem, por vezes, momentos de conflito e divergência. Nas relações saudáveis esse ciclo é interrompido com estratégias de negociação entre as partes ou outras formas de resolução não violentas. Nas relações abusivas o agressor não sabe ou não quer recorrer a este tipo de funcionamento, pelo contrário utiliza todas as formas que possam levar ao controle e domínio da vítima, utilizando situações diárias com vista a criar um clima de medo e de ameaça permanente na vítima. Este aumento de tensão propositado leva a discussões conduzindo ao início de atos violentos, em muitos dos casos, potenciada pelo consumo de álcool ou drogas (Manita et al., 2009).

Segundo Callou, nesta fase os episódios de violência doméstica são mais leves, mas a sua intensidade vai aumentando com o tempo. Este aumento é subjetivo e pode ocorrer no espaço compreendido entre dias a anos. A vítima toma atitudes mais submissas e entra num processo de negação (Callou et al., 2021).

2- Fase de ataque ou episódio de violência

Por norma a violência doméstica inicia-se de uma forma verbal, alternando com outro tipo de comportamentos mais violentos. As vítimas na maior parte das vezes não reagem com receio que isso possa levar a um aumento da escalada da violência tendo uma reação passiva e acreditando que uma não resposta, diminui a ira do agressor, interrompendo assim o episódio de agressão. As agressões físicas muitas vezes acabam em mortes nas situações mais extremas, ou então, a vítima tem que se deslocar às urgências para receber tratamento médico. Muitas vezes os agressores acompanham-na e aproveitam para manipular a vítima com promessas de mudança, ou então através de ameaças, de forma a que esta esconda os verdadeiros factos da agressão. Outros recusam-se a levar a vítima a receber tratamento e só o fazem quando a vítima corre risco de vida (Manita et al., 2009). Segundo alguns autores, esta é a fase do ciclo de violência doméstica que tem menor duração e que pode variar entre as 8 e as 48 horas. Neste período, tanto o agressor como a vítima, percecionam a situação como descontrolada (Callou et al., 2021).

De acordo com alguns autores é também nesta fase do ciclo de violência que o agressor pede desculpa, ou coloca a culpa na vítima, pelas agressões ocorridas manipulando a vítima de tal forma que esta acaba por aceitar estes comportamentos (Manita et al., 2009).

3- Fase de apaziguamento, reconciliação ou “lua de mel”

Seguidamente ao agressor ter praticado atos violentos, procura mostrar que está arrependido e que não vai voltar a fazer o mesmo. Para demonstrar esse arrependimento, vai ter afetos mais positivos com a vítima, dando-lhe mais atenção e procurando mostrar que a situação não se volta a repetir, levando-a a acreditar que a normalidade será restabelecida o mais rápido possível. É nesta altura, que a relação passa por uma fase de enamoramento em que o agressor mostra consideração positiva pela vítima e, por essa razão, é também conhecida como fase de lua de mel (Manita et al., 2009). Nesta etapa ao ter a percepção que foi longe de mais, tenta compensar a vítima com promessas e comportamentos mais atenciosos e amorosos, criando uma sensação de calma na relação, levando a vítima a acreditar que a situação não se vai repetir e acabando esta por perdoar as agressões (Callou et al., 2021). Neste sentido Manita et al., (2009), refere que esta ambiguidade comportamental do agressor tem impacto cognitivo-comportamental na vítima, acreditando esta que o amor existe e que a relação a dois pode ser um sucesso, reconhecendo aspetos positivos no agressor e acreditando numa mudança comportamental que a leva muitas vezes a permanecer na relação.

2.3.2- Consequências traumáticas da violência doméstica

A agressão contínua tem várias consequências a nível físico, psicológico e relacional. Acabam por ter consequências dramáticas para a vítima, levando em muitos casos a sofrer incapacidades e em situações extremas, poderá conduzir à morte. Das consequências que ocorrem com mais frequência podemos salientar: lesões físicas e cerebrais, perturbações do sono e alimentares, disfunções sexuais, perturbações cognitivas, perturbações de ansiedade, medos, fobias, ataques de pânico, sentimentos de medo, vergonha e culpa. Todos estes motivos causam uma baixa estima em si e um autoconceito negativo, evitando os contatos sociais, comportamentos depressivos e stress pós-traumático. Segundo alguns estudos efetuados, os fatores que têm influência nos eventos traumáticos são: a frequência, a gravidade, o tipo de maus-tratos, as condições e contextos de ocorrência, antecedentes, rede de apoio e recursos da vítima (Manita et al., 2009).

O atendimento psicológico pode ser uma ferramenta indispensável na luta contra a violência doméstica. A ajuda psicológica pode ajudar a clarificar a situação familiar,

promovendo uma visão alternativa com outros significados do conflito e promovendo um conforto emocional. Estes novos significados e o apoio psicológico tornam-se essenciais para que as vítimas possam romper com estes ciclos de violência, pelo que as presenças dos psicólogos em espaços de acolhimento tornam-se indispensáveis para dar resposta às necessidades das vítimas que estão numa situação de vulnerabilidade. (Silva et al., 2020).

2.4- O contexto do indivíduo migrante e refugiado

As pessoas imigram pelas situações mais diversas, que vão desde melhores oportunidades de emprego e de qualidade de vida, união familiar ou necessidade de sobrevivência devido as suas vidas estarem em risco por conflitos e guerras. A imigração, é o terceiro fenómeno que mais influência as alterações da população e têm impactos não só nos imigrantes como também nos países de acolhimento. A aculturação é a forma de integração que se demonstra mais eficaz para estas pessoas se incluírem na sociedade que as recebe, pois permite-lhes continuarem de acordo com as normas, cultura e valores do seu país de origem e também participarem em contacto com as pessoas da nova comunidade. A troca de experiências entre grupos diferentes associada a relações positivas, permite que ambos os grupos tenham perceção das semelhanças, diminuindo assim, a discriminação (Sousa & Gonçalves, 2015).

As condições difíceis em que muitos dos imigrantes chegam aos países de acolhimento, são potenciadores de um enorme sofrimento psicológico e consequentemente aumentam os riscos para a saúde mental nestes grupos. Quando comparada com grupos europeus, é pior. Estas deslocações, por si só, demonstram serem fatores de risco devido a perdas familiares, amigos, habitação, posição social, redes de apoio, bem como, dos atos religiosos. O imigrante carrega em muitos dos casos o peso da culpa, pois por vezes, no território de origem é visto como um cobarde, um fugitivo, e no país de acolhimento é visto como um intruso ou ameaça procurando uma atitude de invisibilidade social e moral, que termina em muitos casos por gerar perturbações emocionais e mentais (Pussetti, 2010).

As escutas efetuadas a imigrantes demostram a violência a que estas pessoas estiveram sujeitas no seu território de origem, bem como, no percurso efetuado até chegarem ao país de acolhimento. Por vezes, sentem-se excluídas devido a sentimentos de não pertença tanto territoriais como socioculturais, pelo que podem ter dificuldades em comunicar as suas

experiências. Estas deslocações territoriais, maioritariamente temporárias, provocam nas pessoas um choque entre o mundo interno-psíquico, o mundo externo-cultura e o social. Nestes casos de migração involuntária, a escuta psicológica é de extrema importância promovendo a valorização das palavras e sentidos, seja ela em que idioma for. Deste modo, a escuta quer individual quer em grupo faz quebrar barreiras e possibilita a construção de novos significados na partilha com o outro, aproximando-se de um recuperar de memória e testemunho, especialmente quando a outra parte tem referências culturais muito distintas (Machado et al., 2019).

Segundo Cierco (2017), atualmente os refugiados ainda sentem a problemática de serem confundidos com os imigrantes, tornando-se difícil distinguir as imigrações que são efetuadas de uma forma voluntária ou involuntária, pelo facto de existirem fatores comuns predisponentes. Uma das características habituais da movimentação dos refugiados é que esta inicia-se de uma forma súbita, deixando para trás muitas vezes a família, a sua residência e a sua rede de apoio. Normalmente os motivos estão ligados à sobrevivência, devido a ameaças à liberdade, à integridade física e à própria vida originando que estes se desloquem não para onde querem, mas sim, para onde essa fuga é possível. Já os imigrantes podem deixar os seus países pelos mais diversos motivos: a procura de melhores condições económicas, viajarem ou prosseguirem os seus estudos, fazerem formação profissional, motivo pelo qual, têm uma certa liberdade de partir e voltar.

2.5- Apoio psicológico a colaboradores

Entre os colaboradores da instituição estão os profissionais e os voluntários. Os voluntários são um pilar fundamental para que esta organização possa desempenhar a sua nobre missão de caráter humanitário e social. Em Portugal são mais de 5000 voluntários e a nível internacional são superiores a 14 milhões realizando as mais diversas tarefas em prol de uma sociedade mais justa (CVP, 2022).

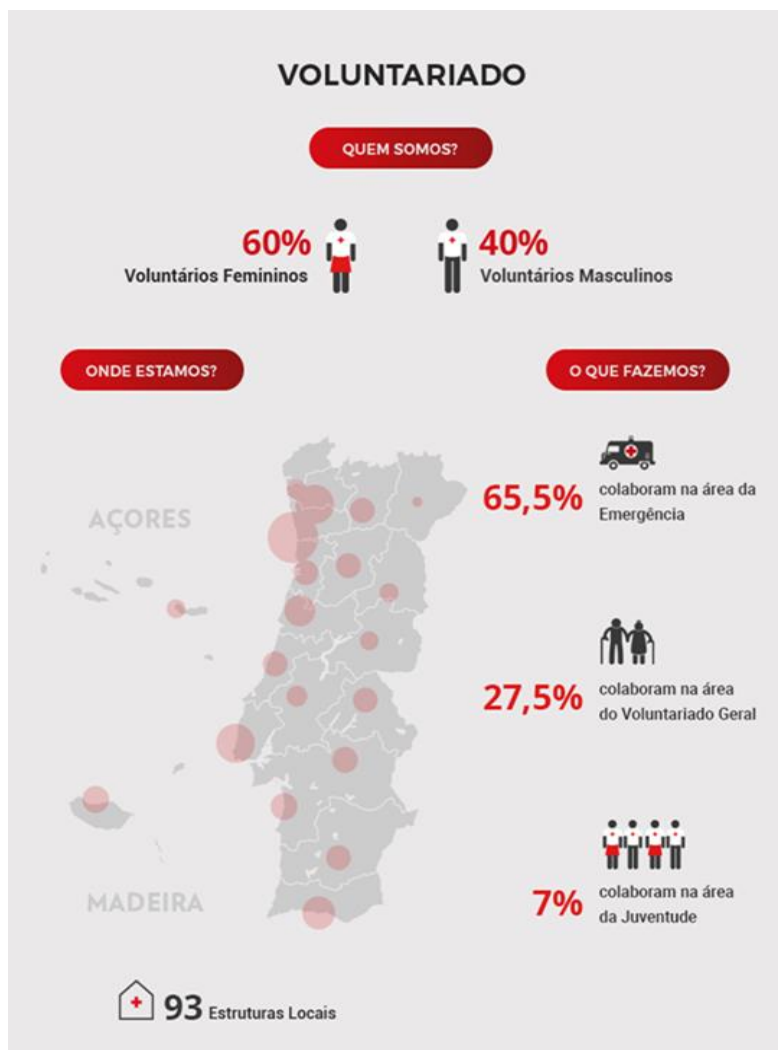


Figura 6 - Infografia do voluntariado na instituição (dados 2021)

As equipas de emergência são constituídas por elementos com formação e treino operacional para cumprir missões de apoio, assistência, tratamento de pessoas doentes, feridas ou em situação de vulnerabilidade, transportes e primeiros socorros. Estas intervenções podem ser feitas em três fases: transporte, eventos e emergências. Nos recursos humanos para o desempenho destas missões, podem estar incluídos, psicólogos, enfermeiros, médicos, técnicos de emergência médica e assistentes sociais (CVP, 2022).

Os socorristas protegem a vida em situações de acidentes, desastres e catástrofes entre outras ocorrências. Nestas situações de incidentes críticos as equipas de socorristas, socorrem as vítimas e por norma são os primeiros a chegar aos locais potencialmente traumáticos. Os profissionais e os voluntários destas equipas estão expostos a situações extraordinárias,

imprevisíveis e emocionalmente desafiantes por lidarem com estas situações limites do sofrimento humano que podem ser potencialmente traumáticas. As mesmas podem afetar a capacidade de resposta e também gerar altos níveis de stress, provocando alterações a nível físico e mental, comprometendo o bem-estar destas pessoas, bem como, as suas relações interpessoais. Devido a estas circunstâncias, os socorristas possuem um risco elevado de desenvolverem sintomas de traumatização. (Greinacher et al., 2019),

Pode-se definir trauma psicológico, como o resultado de um evento marcante no funcionamento psicológico de um indivíduo, quando a resposta a esse evento provoca mal-estar e alterando o seu funcionamento normal podendo originar um quadro clínico ou o desenvolvimento de uma perturbação de stress pós-traumático. As pessoas que exercem as suas funções em emergência pré-hospitalar têm um risco mais elevado de desenvolverem traumas psicológicos. Segundo os estudos que abordam o tema, 56 % a 88% destes indivíduos, já experienciaram um evento potencialmente traumático e tem uma maior probabilidade de desenvolverem sintomatologia por PSPT, sendo que nas mulheres este risco é mais elevado (Oliveira et al., 2021).

Figley foi pioneiro ao referir o fenómeno de traumatização secundária, descrevendo o stress que resulta do contacto com pessoas que estão em sofrimento ou estiveram expostas a um evento traumático. O autor referiu que os indivíduos ao estarem em contacto com pessoas sobreviventes de um evento traumático, podem desencadear respostas traumáticas, sem nunca terem experienciado esse evento em si (Figley,1995).

Neste sentido, a qualidade de saúde destas pessoas que trabalham na área da emergência tem impacto na sua vida particular, nas suas relações interpessoais, na instituição e nos cuidados prestados à comunidade. A promoção de práticas de saúde saudáveis, a melhoria das condições de trabalho, são fatores importantes para melhorar o seu bem-estar psicológico. É inevitável que pelas funções que desempenham, estejam expostas a eventos potencialmente traumáticos, pelo que é imperativo capacitá-las com estratégias de “copping” que sejam mais adaptativas para responder aos desafios diários. A formação e o treino são indispensáveis para que estejam mais capacitadas para lidar com situações emocionalmente desafiantes. Uma boa rede de apoio quer formal, quer informal especializada, são fatores protetores da saúde mental destes indivíduos ligados ao socorro (Oliveira et al., 2021).

3. Trabalho de Estágio

3.1- Cronograma das atividades

O estágio realizou-se no iate temporal compreendido entre 13/10/2021 e 30/06/2022, sob a supervisão da Psicóloga Clínica responsável pelo gabinete de saúde mental e apoio psicossocial da instituição.

Na Tabela nº2 enumeram-se as atividades desenvolvidas durante o estágio e a respectiva carga horária.

Atividades	Nº de Horas
Integração e formação institucional	17
Atendimentos psicossociais a vítimas violência doméstica	132
Formação, pesquisa e consulta de material bibliográfico	58
Atendimentos psicossociais a migrantes e refugiados	165
Consultas de avaliação e acompanhamento psicológico	12
Cotação dos instrumentos de avaliação	16
Supervisão dos casos acompanhados	16
Reuniões com a orientadora do estágio	10
Elaboração de relatórios	12

Tabela nº2- Cronograma das atividades e carga horária.

3.2- Atividades desenvolvidas

3.2.1- Integração e formação institucional

O estágio curricular iniciou-se com as apresentações e com uma descrição das atividades a desenvolver. Seguidamente foi dada uma formação institucional onde foram abordados os seguintes pontos:

- História da instituição;
- Estrutura da instituição a nível nacional e internacional;
- Princípios fundamentais;
- Grupos beneficiários e áreas de ação;
- A importância do voluntariado.

3.2.2- Observação

Nesta fase do estágio, a observação tem um papel de destaque pois permite recolher informação acerca das dinâmicas de funcionamento da instituição, bem como, das tarefas realizadas pelos psicólogos da instituição. Contribuiu para a aquisição de competências sociais e interdisciplinares dado algumas atividades terem uma abordagem multidisciplinar.

3.2.3- Atendimentos psicossociais a vítimas violência doméstica

Os atendimentos psicossociais a vítimas de violência doméstica são efetuados através de um contact center. Existem duas tipologias: os agendamentos e os alarmes, respeitando o protocolo (CIG) são efetuados segundo os seguintes princípios:

- Respeito pela privacidade e confidencialidade;
- Estabelecimento de uma relação empática;
- Manutenção de escuta ativa;
- Transmissão de calma e tranquilidade;
- Honestidade e confiança;
- Omissão de julgamentos e de juízos de valor;
- Respeito pela especificidade de cada pessoa.

Nos atendimentos psicossociais é importante avaliar e identificar as necessidades imediatas, acionar meios, promover uma sensação de segurança, monitorizar e fazer uma avaliação à posteriori nos casos de alarme. Nas situações em que as pessoas se encontram num estado de vulnerabilidade, a escuta ativa é de extrema importância, para se identificar sinais de angústia e/ou de sofrimento psicológico.

Em alguns atendimentos foi necessário aplicar o protocolo dos primeiros socorros psicológicos, para estabilizar utentes que estavam em sofrimento e emocionalmente bastante alterados, tendo essas pessoas sido informadas da rede de apoio que existe ao seu dispor caso a desejem acionar.

Os primeiros socorros psicológicos são os atos e atitudes psicossociais, que têm por finalidade estabilizar e promover o conforto às vítimas, restabelecendo a sua normalidade

após um incidente crítico, recorrendo aos recursos internos das pessoas afetadas (Brito et al., 2015).

Os utentes que estão em sofrimento psicológico, que tenham preocupações excessivas, que tenham desinteresse e desmotivação nas tarefas diárias ou que acionem o alarme só pelo motivo de poder falar com o operador, são informadas que tem um gabinete de apoio psicológico na instituição do qual podem usufruir, caso sintam essa necessidade. Em situações de comportamento ou tendência suicida, o encaminhamento é direcionado para o 112.

3.2.4- Formação, pesquisa e consulta de material bibliográfico

A formação disponibilizada pela instituição consistiu nos seguintes workshops:

- Workshop “cuidar dos cuidadores” 7 e 9 dezembro;
- Workshop O Projeto CARE: “Cuidar, Agir, Responsabilizar, Educar”, da Cruz Vermelha Portuguesa, visa essencialmente promover a tolerância e aceitação da diferença promovendo o envolvimento da comunidade no processo educativo sobre as diferenças de ordem racial e étnica, cor, nacionalidade, território de origem, orientação sexual e expressão de género, deficiência e qualquer outra diferença que prejudique a inclusão - 23 de dezembro;
- Workshop "Violência Doméstica sobre pessoas do sexo masculino: Mito ou Realidade? Uma abordagem às especificidades da violência doméstica sobre os homens" 27 de janeiro;
- Workshop "Intervenção em Crise- Primeiros Socorros Psicológicos" 24 de fevereiro;
- Workshop "Violência Sexual: Conhecer para Intervir" 17 de março;
- Workshop- Escutar Histórias Traumáticas: Stress Traumático Secundário, Trauma Vicariante e Fadiga de Compaixão 11 de Abril;
- Workshop- Encaminhamento de vítimas de violência doméstica para Respostas de Acolhimento: Resposta de Acolhimento de Emergência e Casa Abrigo 18 de Maio.

Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica sobre o estado da arte referente aos temas das formações, do acompanhamento psicológico, das avaliações psicológicas e também sobre o stress ocupacional relacionado com os colaboradores da instituição que se encontravam

numa missão humanitária, em Moçambique, a pedido da Dra. orientadora do estágio para uma futura intervenção que não se chegou a realizar.

3.2.5- Atendimentos psicossociais a migrantes e refugiados

- Briefing e integração em equipa multidisciplinar no processo de acolhimento dos refugiados afegãos, com início no aeroporto de Figo Maduro, até as instalações no Centro de Acolhimento na cidade de Lisboa.

- Acolhimento segundo o protocolo em vigor na instituição.

- Ativação do processo de restabelecimento de laços familiares (consiste num conjunto de atividades que tem por finalidade a prevenção dos desaparecimentos e separações familiares, devido a incidentes críticos como guerras e catástrofes, procurando-se restabelecer esses contatos, respeitando a confidencialidade, bem como a política de proteção de dados.

-Atividades que compõem o programa de restabelecimento de laços familiares da instituição:

- Acessibilidade à internet e disponibilização gratuita de chamadas telefónicas nacionais e internacionais
- Intercâmbio de informações Familiares
- Procura ativa dos membros familiares com paradeiro desconhecido
- Disponibilidade de informação para acesso aos serviços públicos e regularização migratória;
- Intercâmbio de informações a nível internacional
- Exposição de fotografias de pessoas dadas como desaparecidas, nos centros de acolhimento, para um possível reconhecimento e localização por parte dos utentes dos centros.

3.3- Consultas de avaliação e acompanhamento psicológico

3.3.1- Abordagem Teórica

Em fevereiro iniciou-se um acompanhamento psicológico a um colaborador da instituição. O processo iniciou-se com uma entrevista semiestruturada e observação da

paciente para recolha de informação relevante na elaboração da anamnese e da conceptualização do caso. Devido à distância geográfica, este acompanhamento só foi possível ser realizado por teleconsulta., seguindo o modelo teórico cognitivo ou comportamental (TCC), por indicação da responsável do gabinete de saúde mental da instituição.

Para a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2022) a intervenção psicológica quer seja presencial ou à distância, deve ser executada de uma forma profissional, com fundamentação científica e respeitando os princípios consagrados no código deontológico dos psicólogos. Entende-se por intervenção à distância, quando são utilizados meios tecnológicos de informação e comunicação.

A Terapia cognitiva ou comportamental, engloba conceitos e técnicas vindas das abordagens cognitivas de Aaron Beck e das abordagens comportamentais de Skinner, ambas com grande desenvolvimento a partir da década de 60 do séc. XX (Bahls & Navolar, 2004).

Neste sentido referido em Cizil & Belusco (2019), Beck desenvolveu uma terapia atualmente intitulada por cognitiva-comportamental, com uma duração curta e focada no presente e na resolução de problemas através de alteração de pensamentos e comportamentos. A intervenção está focada na identificação de crenças e comportamentos disfuncionais. Para que ocorra uma modificação emocional e comportamental, torna-se necessário uma reestruturação nos pensamentos e sistema de crenças do indivíduo.

O Modelo cognitivo de Aaron Beck, para a depressão considera dois pilares fundamentais: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva, consiste na ideia do indivíduo que tem uma visão negativa de si, do mundo e do futuro. As distorções cognitivas dizem respeito a erros de interpretação e processamento de informações, sendo bastante comuns em indivíduos com depressão (Powel et al., 2008).

O Modelo comportamental contribui para uma redução do fatalismo na psicologia, no que diz respeito ao comportamento desadaptado. O ser humano é visto como o resultado das suas aprendizagens e das influências do meio, logo os seus comportamentos podem ser alterados e modificados através de um plano de trabalho e gestão de comportamento, ao reconhecer as variáveis que o produzem, podemos intervir e alterar o que desejamos que não aconteça, a nível comportamental (Guilhardi & Abreu, 2004).

O modelo comportamental parte da premissa de que o estímulo vai desencadear uma resposta e um reforço, as aprendizagens erradas levam a distorções do pensamento que podem ser modificados com novas aprendizagens (Farias, 2010).

As terapias cognitivas e comportamentais estão interligadas, porque a base filosófica é a mesma. O comportamentalismo parte do princípio que os nossos processos psíquicos (pensamentos e comportamentos) são adquiridos e são responsáveis pela recepção e processamento da informação que chega do exterior (Dobson, 2006).

A TCC utiliza técnicas terapêuticas, validadas empiricamente com o objetivo de promover alterações nos significados dos pensamentos, além de uma mudança emocional e comportamental duradoura, promovendo a autonomia do paciente e permitindo que este tenha uma melhoria ou remissão da sintomatologia (Neufeld & Cavenage, 2010).

O plano de intervenção nas TCC, ajuda os pacientes a alterarem os seus comportamentos e crenças melhorando o estado do humor do indivíduo e passando por três etapas (Powell et al., 2008):

- 1) Abordar os pensamentos automáticos e esquemas disfuncionais;
- 2) Foco nas características pessoais, que influenciam as relações interpessoais desse indivíduo;
- 3) Mudança comportamental de forma a ter comportamentos mais funcionais e adaptativos em relação a situação que é considerada o problema.

A avaliação psicológica é um procedimento exclusivo das atividades profissionais do psicólogo e permite-lhes ter uma independência técnica, das outras atividades profissionais. Independentemente de se utilizar ou não técnicas ou instrumentos de avaliação, o objetivo é recolher informação que permita uma tomada de decisão de uma forma objetiva. Estas podem ser recolhidas numa ou mais sessões e estão relacionadas com o pedido de avaliação, com a história de vida do cliente, e podem ser obtidas através da entrevista, da observação dos comportamentos durante a mesma, e em testes de avaliação psicológica. O conjunto de dados recolhidos são tratados de uma forma objetiva, permitindo uma maior compreensão do funcionamento psicológico do cliente. (OPP, 2022)

Seguindo um modelo de entrevista clínica previamente estruturado, o objetivo é recolher informação relacionada com o motivo do pedido de ajuda e da história de vida do

cliente. Esses dados recolhidos juntamente com a observação do comportamento desse indivíduo durante a entrevista irá permitir fazer uma boa anamnese.

A observação ocupa uma posição de destaque no método clínico, pois permite recolher informação relacionada com a comunicação não verbal, dados esses que nos ajudam a compreender o estado do funcionamento psicológico dessa pessoa, sendo necessário uma atenção focada nos comportamentos e sentimentos manifestados (Arpini et al., 2018).

A anamnese consiste numa organização de dados por ordem cronológica e que foram obtidos durante a entrevista, sendo essenciais para relacionar a queixa do cliente, os sintomas e a sua história de vida e procurando no ciclo vital dessa pessoa algum acontecimento que possa ter relação com as dificuldades apresentadas. Permite também ao cliente trazer à sua consciência fatos relacionados com o seu pedido de ajuda e a sua história de vida (Maffini & Cassel, 2020).

Desta forma para os autores Matos e Oliveira (2013) a concetualização do caso a nível cognitivo consiste na compilação da informação obtida, o que permite uma maior compreensão do funcionamento cognitivo do indivíduo. Facilita o plano de intervenção, tornando-o mais eficaz.

As cognições disfuncionais do paciente podem estar relacionadas com a sua história bibliográfica, podendo isto ter origem em crenças centrais distorcidas. A conceptualização do caso, segundo Wright reúne informações relevantes, hipóteses de diagnóstico, sintomatologia, história do desenvolvimento do paciente, aspetos biológicos, médicos e genéticos, fatores de resiliência e qualidades, bem como esquemas, pensamentos, emoções e comportamentos (Wright et al., 2009).

3.3.2- Instrumentos de avaliação psicológica utilizados durante o estágio

- Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada é também referida como semiaberta ou semidiretiva. Ocorre entre um pesquisador que tem como finalidade a recolha de informação sobre questões principais, mas permitindo obter também outras informações relevantes, que vão surgindo no decorrer da mesma e um entrevistado que tem um certo grau de liberdade, não ficando condicionada a respostas fechadas e limitadas (Manzini, 2004).

- BSI-Inventário de Sintomas Psicopatológicos

É um instrumento de avaliação que pode ser aplicado a indivíduos com antecedentes psiquiátricos, indivíduos perturbados emocionalmente e a indivíduos da população em geral. Consiste num questionário de autorrelato que faz uma avaliação da intensidade da sintomatologia no indivíduo. É constituído por 53 itens que são agrupados em nove categorias (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticíssimo) e 3 índices globais (Índice de sintomas positivos, índice geral de sintomas e total de sintomas positivos.) Cada item é cotado segundo uma escala de Likert de cinco pontos (0=nunca, 1=poucas vezes, 2=algumas vezes, 3=muitas vezes, 4= muitíssimas vezes) (Derogatis,1993).

A nível de consistência interna (Alpha de Cronbach) os resultados de amostras clínicas localizam-se nas dimensões abordadas, entre 0,71 (psicoticíssimo) e 0,83 (obsessão-compulsão) (Derogatis,1993).

Este instrumento mantém uma estabilidade a nível temporal que varia nas dimensões abordadas entre 0,68 (somatização) e 0,85 (sensibilidade interpessoal) e para os índices entre os 0,80 (total dos sintomas positivos) e 0,90 (índice global dos sintomas) (Derogatis,1993).

A nível da validade convergente, na correlação das nove dimensões do BSI com o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) os coeficientes obtidos foram de **> ou =0.30** (Derogatis,1993).

- Questionário “Experiências em Relações Próximas”

Este questionário está validado para a população portuguesa (Moreira et al.,2006) é uma adaptação do original “ Experiences in Close Relationship” (Brennan, Clark &Shaver, 1998). Procura avaliar dimensões básicas dos estilos de vinculação na população adulta, considerando dois fatores: a evitação e a preocupação. É composto por 36 itens, os números pares correspondem à preocupação e os ímpares ao evitamento. É composto por uma escala de avaliação de 1 a 7 pontos, onde o 1 é “discordo fortemente” o 4 é “neutro” e o 7 “concordo fortemente”. Tem uma versão masculina e feminina e para se proceder à cotação calcula-se a média aritmética de cada uma das escalas.

Vinculação

O ambiente familiar é o primeiro contexto de socialização da criança e tem um papel fundamental no desenvolvimento harmonioso da criança. Diversos autores apresentam a qualidade dos cuidados parentais com um dos fatores mais importantes no processo de vinculação (Cardoso & Veríssimo, 2013).

O ser humano desde o seu início de vida tem necessidade de pelo menos ter uma relação afetiva de qualidade, para que o seu desenvolvimento seja harmonioso. É nas interações diárias com as figuras significativas que a criança vai desenvolver um estilo de vinculação. Dessas experiências a criança vai desenvolver modelos internos sobre o seu autoconceito e sobre a representação das relações sociais. (Machado, 2009).

As investigações sobre o processo de vinculação evidenciam que as experiências percebidas por uma pessoa ao longo do seu ciclo vital, com maior impacto na infância e adolescência, vão ter influência no funcionamento interno e posteriormente na história autobiográfica dessa pessoa. (Marrone, 2022),

3.3.3- Perturbações identificadas

O estágio curricular criou a oportunidade para o contacto com diversas problemáticas e perturbações, as mais frequentes nos casos acompanhados, foram a depressão e a ansiedade, pelo que seguidamente se fará uma fundamentação teórica destas duas condições clínicas.

A depressão

Hipócrates no séc. IV A.C. foi revolucionário com a sua teoria dos humores, em que o entendimento das doenças passa a ser interpretado a partir dos fatores biológicos e deixam de ser consideradas castigos divinos (Clara, 2009). Este com base na teoria dos quatro fluidos corporais -fleugma, bile, sangue e a bile negra, considerou que as doenças surgiam devido a um desequilíbrio desses fluidos surgindo assim, o termo Melancolia. A etimologia do termo deriva de melan que significa negro e cholis que significa bile. As manifestações desta perturbação caracterizavam-se por um quadro clínico de desanimo, irritabilidade, falta de apetite, medo ou tristeza que se mantinham por um longo período temporal e seriam a consequência do excesso de bílis negra no cérebro. (Lacerda & Souza, 2013)

No Séc. II a. C sobressaem as contribuições de Galeno, que partindo da teoria dos quatro fluidos de Hipócrates, acrescenta os quatro elementos (água, ar, terra, fogo) e qualidades como (quente, frio, húmido e seco) e também os humores (colérico, fleumático, sanguíneo e melancólico). Considerando que a relação entre os fluidos e as qualidades originavam os traços de temperamento, quando estavam desequilibrados davam origem a doenças. Galeno privilegiou a designação de humor melancólico. (Lacerda & Souza, 2013)

No séc. V até por volta do séc. xv, no período que conhecemos como idade média, a ciência e a medicina entram em declínio e os fenómenos passam a ser explicados com base numa visão religiosa, baseada na fé (Lacerda & Souza, 2013).

Nesse período da idade média, a depressão era interpretada como sendo uma possessão demoníaca, onde era aceite que as perturbações seriam uma condenação divina, causadas pelos pecados praticados (Mendes et al., 2014).

Com o fim da idade média e já no séc. XVIII, as abstrações e deduções são substituídas por análises com fundamentação empírica.

Willian Cullen tendo uma abordagem mecanicista do homem, tinha a convicção de que a melancolia era causada por um desequilíbrio entre as diferentes áreas cerebrais, que causariam danos nas capacidades cognitivas, prejudicando os pensamentos e as ideias. (Assumpção et al., 2018).

A terminologia “depressão” emergiu a partir do séc. XX tornando-se uma entidade nosológica independente. Com esta distinção as observações clínicas e as investigações científicas têm contribuído para a evolução das teorias sobre a depressão (Lacerda & Souza, 2013)

Freud em 1917, pública o artigo, “Luto e Melancolia” e ressalva que a melancolia se pode manifestar de diversas formas clínicas, tais como desanimo profundo, incapacidade para amar, inibição de qualquer atividade, baixa autoestima, autorrecreminação percepção exagerada da punição. Considera que o ego fica mais pobre e vazio, que está relacionado com o delírio de inferioridade. Reconhece uma tendência para o suicídio e da melancolia se transformar em mania. Utiliza o conceito depressão como um facto descritivo e não como uma condição nosológica (Lacerda & Souza, 2013).

Aaron Beck e Albert Ellis na década de 60 do séc. XX, conclui que a depressão tinha como origem pensamentos e crenças disfuncionais e que o humor e comportamentos

negativos eram causados por essas cognições e esquemas cognitivos distorcidos e não nos processos inconscientes como referia Freud (Powell et al., 2008).

Neste seguimento mencionado em Lacerda & Souza (2013), a primeira e a segunda grande guerra mundial, contribuíram para a divulgação da psiquiatria e também para a expansão do diagnóstico da depressão, com o sucesso nas melhorias clínicas dos soldados que tinham desenvolvido transtornos mentais, a psiquiatria ganhou um destaque e prestígio e ficou num patamar semelhante as outras especialidades da medicina.

Para a Organização Mundial de Saúde, estima-se que atualmente as pessoas afetadas por depressão sejam por volta dos 322 milhões, tornando-se o principal fator de incapacidade a nível mundial, no iate temporal entre 2005 e 2015 constata-se que a percentagem tenha subido 18%. Em linha com os dados observados a (OMS, 2017) refere a necessidade de um investimento na área da saúde mental em vários países, calcula-se mesmo nos países mais desenvolvidos cerca de 50% das pessoas com depressão, não recebem qualquer tratamento. (Agostinho et al., 2019),

Segundo o DSM-5 APA, (2014), na categoria das perturbações depressivas, estão mencionados oito subtipos de alterações depressivas. Sendo elas, perturbação depressiva persistente, depressiva major, perturbação do humor disruptivo, perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação causada por substância/ medicamento, perturbação depressiva derivada de outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada.

Em diversos casos de saúde mental, verificamos comorbidades com as perturbações depressivas tais como, ansiedade, perturbações dos ciclos do sono e alcoolismo, entre outras. As comorbidades podem com frequência modificar a simiologia dos sintomas considerados como referência desta perturbação (Lopes, 2020).

Depressão major Segundo o DSM-V APA (2014), tem de estar presentes pelo menos durante duas semanas consecutivas, cinco ou mais dos seguintes sintomas: (1) humor deprimido, (2) redução de na motivação e prazer nas atividades diárias, (3) redução ou aumento significativo de peso, (4) perturbações do sono quase todos os dias, (5) comportamentos agitados ou lentificados, (6) fadiga ou déficit de energia,

(7) sentimentos de culpa e de desvalorização persistentes, (8) redução da capacidade de raciocinar e de concentração, (9) ideação suicida. Estes sintomas teriam de causar mal-estar significativo e não serem explicados por uso de substâncias ou outra condição clínica.

A depressão está incluída nas doenças psiquiátricas caracterizando-se por ser uma perturbação do humor, crónica e recorrente e podendo alterar o desempenho cognitivo e psicomotor, tendo impacto no estado emocional, social e profissional (Diniz et al., 2020). Os sintomas apresentados são desmotivação, cansaço, perturbações do sono, sentimentos de culpa, dificuldades de concentração, ideação suicida, modificações da autoestima e irritabilidade entre outros (Rufino et al., 2018).

A etiologia da depressão é multifatorial e existem muitas variáveis que podem contribuir para o desenvolvimento e perpetuação do problema, onde se incluem variáveis da ordem biológica, psicológica e social. (Barroso et al., 2018)

Diversos estudos relacionados com o tema e aceitando a base biológica da depressão, estudam o impacto dos neurotransmissores na doença, sendo os mais estudados a norepinefrina (NE) e 5-hidroxitriptamina.

Em caso de depressão devemos ter em atenção os fatores psicossociais que devem ser trabalhados sendo comum encontrar diversas situações em que indivíduos deprimidos, se afastam das atividades familiares e sociais rompendo com os vínculos e levando-os ao isolamento, os outros poderão não se aperceber da gravidade da situação. (Lopes, 2020).

A ansiedade

A ansiedade é uma emoção normal, que acompanha o indivíduo ao longo do seu ciclo vital, sendo adaptativa quando cumpre a sua função de o manter num estado de vigilância, quando perceciona de forma objetiva um perigo ou uma ameaça externa. Já na sua forma patológica é caracterizada pelo grau de intensidade manifestada, pelo facto de ser repetitiva e com uma grande desproporcionalidade em relação à situação ou ameaça, torna-se numa sensação desagradável de apreensão negativa relacionada com eventos futuros (Fernandes, 2020),

A perturbação de ansiedade generalizada (PGA), caracteriza-se por uma preocupação em excesso que ocorre em mais de metade dos dias num iate temporal de seis meses e tem de estar presente no mínimo três dos seguintes sintomas: Tensão muscular, irritabilidade,

perturbações do sono, fadiga, agitação, nervosismo, dificuldades de concentração ou a sensação da mente vazia (APA, 2014).

O PAG é uma das perturbações mais frequentes na prática clínica, tendo de início sido desvalorizada e considerada uma perturbação ligeira, neste momento é avaliada como uma perturbação que pode ser crónica, em que o indivíduo tem uma probabilidade de desenvolver comorbidades, e os custos pessoais e sociais são elevados (Reyes & Fernan, 2017).

Diversos estudos têm evidenciado que a ansiedade tal como a depressão, tem causas multifatoriais e resultam da dinâmica entre os diversos fatores sociais, biológicos e psicológicos e podem ter um impacto negativo nas diferentes dimensões da vida de um indivíduo. Conforme o grau de intensidade pode gerar stress, dar origem a situações de absentismo e terminar em suicídio, em casos mais extremos. As pessoas ansiosas, de um modo geral, têm reações por antecipação a uma situação percebida como perigo ou ameaça, por receio ou medo dessa situação, motivo pelo qual, desencadeiam comportamentos de evitamento (Gusmão et al., 2017).

Plano terapêutico- técnicas de intervenção

Na terapia cognitiva ou comportamental aplicam-se técnicas de psicoeducação com os pacientes, para que eles tenham uma maior compreensão sobre o processo terapêutico e se envolvam ativamente (Silva et al., 2021).

O registo de pensamentos automáticos, permite que o paciente tenha consciência das suas cognições disfuncionais, facilitando o processo de alteração de cognições para outras mais reais e adaptativas. A TCC tem como premissa, que o que sentimos está relacionado com o que pensamos, então se modificarmos os pensamentos e comportamentos pode-se alterar a forma como nos sentimos (Matos & Oliveira, 2013).

Técnicas de auto compaixão, tem como finalidade ajudar os indivíduos a criarem um relacionamento mais compassivo consigo próprios, aceitando as suas vulnerabilidades e estabelecerem uma atitude de compaixão em relação as suas experiências. Isto pode ser alcançado por técnicas imagéticas, reestruturação cognitiva e desenvolvimento de ferramentas de autorregulação emocional. Em suma, a falta de auto compaixão que leva ao auto

criticismo, podem contribuir para o desenvolvimento e a perpetuação de dificuldades emocionais e psicológicas (Oliveira & Serralta, 2022).

As técnicas de relaxamento e meditação, são das várias abordagens que podem reduzir a tensão e a rigidez corporal. O relaxamento é a técnica mais amplamente utilizada nas técnicas da Terapia Cognitiva ou Comportamental (TCC), tendo efeitos positivos na redução da tensão. O relaxamento e a tensão dependem do sistema nervoso autónomo e não é possível experienciar estas duas condições em simultâneo. A meditação é uma prática antiga oriental, tendo capacidade de provocar uma variedade de alterações psicológicas e fisiológicas. O mindfulness é um tipo de meditação amplamente aceite nas terapias TCC (Willhelm et al., 2015).

O Role-play é uma técnica versátil que pode ser trabalhada em diversos contextos incluindo a identificação de pensamentos automáticos, melhoria da comunicação e alteração de crenças centrais e intermédias. São úteis para o cliente que tem habilidades sociais limitadas, pois permite desenvolvê-las. Nos processos de autocrítica exagerados e injustificados ajuda o indivíduo a tomar consciência do seu grau de interveniência na situação, sendo um caminho de procura de objetividade. Consiste numa troca de papéis, dando oportunidade ao indivíduo numa situação desafiante ter um papel ativo e determinante conhecendo os dois lados da situação (Mercês et al., 2018).

As explorações das técnicas imagéticas são de elevada importância na psicologia moderna. Atualmente, as questões relacionadas com as imagens mentais são muito debatidas nas diversas abordagens, sendo que já não atribuem um significado às imagens psíquicas numa perspetiva regressiva, interpretativa, patológica e perturbadora. As imagens mentais são consideradas de uma forma amplificadora e potencializadora. É aceite por diversos autores que estas técnicas trazem bastantes contributos ao processo terapêutico. O trabalho com imagens mentais, permite a vivência das questões trabalhadas na psicoterapia, traduzindo-se numa melhoria da qualidade de vida, resolução de conflitos e alterações de pensamentos, sentimentos e comportamentos. Sendo um grande auxílio no processo terapêutico, permitem o acesso a aspetos profundos do mundo interno e estimulam a criatividade na abordagem da resolução dos problemas (Sant'Anna, 2005).

O conceito locus controle está ligado à forma como os indivíduos percebem os acontecimentos, nomeadamente o controle das consequências das suas ações ou eventos.

Estas percepções dividem-se em duas categorias principais: controle externo e controle interno. Quando um indivíduo interpreta que um acontecimento de uma ação sua, não tem influência por essa ação, interpretando esse resultado como mera sorte, acaso ou que esse resultado dependeu do poder de terceiros, afirmamos que essa pessoa tem um locus controle predominantemente externo. De igual forma, se a pessoa tem a percepção de que um acontecimento causado por uma ação sua, foi determinado pelo seu comportamento ou pelas suas características, então estamos perante uma crença de controle interno. É um continuum com dois polos opostos, no qual as pessoas podem estar posicionadas, em relação à percepção dos acontecimentos resultantes das suas ações. O indivíduo com o locus de controle interno tem uma percepção maior sobre o controle das situações e dos resultados. Enquanto o indivíduo com locus de controle predominantemente externo, percebe as situações como fora de controle e que dependem apenas de circunstâncias externas (Ribeiro, 2000).

3.4- Casos Clínicos - descrição do caso de acompanhamento psicológico

3.4.1- Caso clínico 1

A primeira consulta ocorreu no dia 16 de fevereiro de 2022, tendo sido seguida de outras quatro consultas, com periodicidade semanal e com a duração de 60 minutos por sessão. O setting foi o mais adequado possível, sendo que as consultas de psicologia clínica ocorrem através da plataforma zoom, sob a forma de “teleconsultas”.

Identificação da paciente

A Sra. A tem 23 anos de idade, caucasiana, solteira, sexo feminino, licenciatura em sociologia, inscrita num projeto de voluntariado, é filha única e atualmente vive com a mãe.

Motivo da consulta

A Sra. A, solicitou no gabinete de saúde mental da instituição apoio psicológico porque sentia-se desmotivada, “sem vontade de fazer nada”. Tinha sentimentos de culpa por se sentir assim, e nesse período crítico refere que por vezes tinha dificuldades em organizar o seu próprio discurso. A paciente refere que como já tinha tido uma sintomatologia semelhante quando tinha 16 anos, decidiu procurar ajuda para não chegar ao mesmo estado.

Avaliação psicológica

Tendo em consideração o motivo do pedido de ajuda e as queixas apresentadas, procedeu-se a uma avaliação psicológica, que teve por base a observação e uma entrevista clínica semiestruturada.

Os objetivos da avaliação psicológica:

- Recolha de informação relacionada com a queixa da paciente;
- Conhecimento das dificuldades apresentadas e identificação das variáveis que as influenciam;
- Determinação de um plano de intervenção e averiguação das expectativas da paciente sobre a terapia.

Os dados recolhidos poderão ser utilizados, posteriormente, para uma avaliação do processo terapêutico e das estratégias aplicadas.

A avaliação permite proporcionar uma clarificação à paciente acerca dos problemas apresentados e também aplicar técnicas de psicoeducação, envolvendo ativamente a paciente no processo terapêutico.

Avaliação do estado mental e relação estabelecida

A Sra. A, tem um aspeto cuidado, idade aparente de acordo com a idade cronológica, apresenta um discurso organizado e fluido. O humor esteve congruente com o discurso, nas temáticas apresentadas. Tem um bom *insight* para as dificuldades que enfrenta. Durante a avaliação teve um comportamento adequado, tendo uma atitude colaborante e investida, demonstrando abertura para o estabelecimento de uma aliança terapêutica.

História bibliográfica

A cliente referiu que a gravidez da sua mãe não foi planeada e foi marcada por conflitos familiares. Aos 2 anos de idade perdeu o contacto com o seu pai, nunca foi restabelecido novo contato e não tem tios (nem maternos nem paternos). Os avós maternos não gostavam do seu pai, porém, acabaram por aceitar a relação, devido à gravidez. Não tem memórias do pai e menciona que a sua mãe sempre teve uma relação difícil com o seu pai nos dois anos que permaneceram juntos. A cliente menciona que a avó é muito negativa e o avô uma pessoa conflituosa, o que origina conflitos com a sua mãe e levando os

intervenientes a deixarem de falar uns com os outros, gerando-se, assim, um ambiente “pesado” em casa. Durante a infância a cliente passava muito tempo em casa dos avós maternos que fica na mesma rua do local da sua residência. Nunca teve contacto com os avós paternos. Durante o percurso escolar, refere que tinha “poucos amigos, mas bons”, porque vivia numa aldeia que não tinha muita gente. Refere que foi mantendo essas amizades durante o percurso escolar e como a maioria desses amigos, ainda mantém um bom relacionamento, nomeadamente com os que ainda vivem perto. A mesma menciona que sempre teve um progresso escolar com notas razoáveis. Nunca teve problemas físicos relevantes. No período compreendido entre os 15 anos e os 19 anos, viveu com os avós maternos, devido ao facto da sua mãe se ter ausentado por motivos profissionais. Aos 18 anos ingressou na licenciatura em sociologia e refere que foi durante esse período que frequentou a universidade que se sentia mais independente e realizada, fez também outros amigos e se sentia muito feliz, terminando a licenciatura com média de 16 valores. Depois realizou o estágio académico tendo gostado imenso (desta vertente mais prática) e tendo terminado o mesmo com 18 valores. Posteriormente, decidiu fazer voluntariado, num projeto internacional onde esteve quatro meses, a experiência foi descrita como negativa. A paciente referiu que nunca teve pensamentos de fazer mal a si própria. As suas relações familiares são descritas como “emaranhadas, marcadas com conflitos”, nomeadamente, entre a mãe e os avós. Mantém o contacto com o núcleo de amigos que tem, tendo feito exercício físico em casa e algumas caminhadas com uma amiga. A nível de relações afetivas menciona que apenas teve um namorado quando frequentou a universidade, mas acabou a relação, porque referia que o namorado se queria aproveitar da situação dado que apenas a convidava para sair à noite.

História clínica

A cliente nasceu de parto natural sem quaisquer complicações segundo o relato da sua mãe. Menciona que teve uma infância saudável, sem complicações de saúde. Refere que teve as doenças características da infância.

Aos 16 anos, começou a sentir-se triste e sem vontade de fazer nada. Foi ao psicólogo e foi-lhe diagnosticada uma depressão major, motivo pelo qual teve acompanhamento psicológico com a duração de 8 meses.

No período compreendido entre os 17 anos e a idade atual, refere que não teve qualquer queixa ou sintomatologia.

Evolução da queixa atual: esteve num programa de voluntariado fora de Portugal, no período compreendido entre setembro e dezembro de 2021 e não se sentia bem. A tristeza e a culpa eram os sentimentos dominantes. Não tinha motivação para fazer nada, só tinha vontade de adormecer cedo, para o tempo passar mais rápido, o que originou problemas nas rotinas de alimentação e ciclo circadiano, não sendo este reparador. Referia acordar já cansada pela manhã, em alguns dos dias. Estes sintomas foram aparecendo de uma forma progressiva.

A Sra. A., referiu que por vezes já tinha dificuldade em organizar o discurso e atribui as causas de se sentir assim, ao isolamento social, quer a nível laboral, quer a nível da sua vida particular. No final de dezembro voltou a Portugal, e os sintomas melhoraram. Ainda se queixa que tem alguns dias em que se sente pouco motivada e com pouca energia, e que tem pensamentos desadequados em relação a si. Mencionou o seguinte “eu não sei o suficiente para ter terminado a licenciatura com 16”. Refere que também tem alguns pensamentos que lhe dificultam o simples envio do *curriculum vitae*, pensando que não sabe o suficiente, e como se o seu currículo fosse fraudulento.

A mesma referiu que nunca teve pensamentos de fazer mal a si própria.

Enquadramento do caso

Na conceptualização teórica do caso foi usada a abordagem cognitivo-comportamental e utilizou-se como estrutura principal o modelo com cinco fatores (Macneill et al., 2012 e Johnstone & Dallos, 2014). Esses fatores são: o problema identificado, os fatores precipitantes, os fatores de predisposição, os fatores de manutenção e os de proteção.

Em relação ao pedido que motivou o acompanhamento psicológico, a Sra. A refere que já não tem a sintomatologia que apresentava, quando solicitou o pedido de apoio, visto que já se encontra em Portugal e já não está numa situação de isolamento, como no período em que solicitou o acompanhamento psicológico.

Tendo em conta o pedido de ajuda inicial, foi colocada a hipótese que a Sra. A poderia estar com depressão major, mas as informações recolhidas durante a entrevista evidenciaram

que a sintomatologia apresentada não reunia os critérios para um diagnóstico de uma perturbação depressiva, segundo a APA (2014).

Em relação ao problema identificado a Sra. A queixa-se que, por vezes, tem pensamentos ruminantes e mal adaptativos o que lhe provoca “sentimentos de culpa” segundo palavras da própria.

Tem pensamentos automáticos disfuncionais e sentimentos de culpa.

Tem uma baixa autoestima e evidencia crenças de desvalorização e de desamor.

Muito crítica consigo própria.

No que diz respeito aos fatores de predisposição, podem ser enumerados vários, tais como: o facto de ter perdido o contacto com o pai aos dois anos de idade, ter sido criada num ambiente onde os avós são considerados pessoas muito pessimistas e críticas e o facto da mãe se ter ausentado durante quatro anos, quando a Sra. A tinha 15 anos. Podem-se acrescentar os relacionamentos familiares aglutinados, onde a coesão e o apoio são grandes, mas não respeitam a individualidade de cada pessoa tendo limites muito difusos na forma como se relacionam. Estes fatores podem ter contribuído para que a cliente tenha desenvolvido crenças de desamor e de desvalorização sobre si.

Relativamente aos fatores de precipitantes, ou seja, o facto de sair da sua zona de conforto/ambiente seguro e de estar exposta a uma situação desafiante, manifesta o sentimento de que não poderá estar à altura, embora as evidências demonstrem o contrário.

No que concerne aos fatores de manutenção ter um *locus de controle* predominantemente externo, há uma desvalorização de qualidades e experiências positivas, sendo muito autocrítica entre outras razões que exprime.

Por fim os fatores de proteção, podendo-se considerar o facto de ter um bom *insight* para as dificuldades que apresenta, de pedir ajuda quando começou a ter dificuldades, sendo uma boa aluna e nunca tendo tido problemas no percurso escolar, ter bom amigos e de longa data, gostar da área onde se formou e estar motivada para se realizar nessa escolha académica.

Plano de intervenção

Com base nos temas abordados e explorados na primeira consulta estabeleceu-se um plano terapêutico, com a finalidade de dotar a cliente de estratégias e ferramentas tendo em conta as queixas apresentadas e as dificuldades observadas.

O plano de intervenção foi delineado segundo o modelo cognitivo de Beck que coloca a possibilidade dos comportamentos e as emoções estarem relacionados com a percepção dos acontecimentos.

Perante as dificuldades identificadas estabeleceu-se os objetivos terapêuticos de:

- Envolver a cliente no Plano terapêutico;
- Psicoeducação sobre a depressão;
- Trabalhar com a cliente os pensamentos automáticos disfuncionais, que acabam por ter um impacto negativo nas atividades da vida diária;
- Trabalhar a auto compaixão;
- Práticas de relaxamento;
- Evitar uma possível recaída.

Síntese das sessões

Na 1ª sessão e 2ª sessão procedeu-se à recolha de informação para a concetualização cognitiva relacionada com a história de vida da cliente, nas diferentes dimensões como a sua história familiar, saúde, percurso escolar e relações sociais, desde a sua conceção e durante o seu desenvolvimento até a atualidade, as suas principais queixas, sintomas e as dificuldades sentidas de forma a se estabelecer um plano de intervenção adequado.

A concetualização do caso a nível cognitivo, consiste na compilação da informação obtida, o que permite uma maior compreensão do funcionamento cognitivo do indivíduo. Facilitando o plano de intervenção, tornando-o mais eficaz. Estando as cognições disfuncionais do paciente relacionadas com a sua história bibliográfica, podendo ter origem em crenças centrais distorcidas. (Neufeld & Cavanage, 2010).

A conceptualização do caso, reúne informações relevantes, hipóteses de diagnóstico, sintomatologia, história do desenvolvimento do paciente, aspetos biológicos, médicos e genéticos, fatores de resiliência e qualidades, bem como esquemas, pensamentos, emoções e comportamentos.

Durante as sessões procurou-se estabelecer um clima de confiança, conforto psicológico e confidencialidade, propício a estabelecer uma aliança terapêutica (Wright et al., 2009).

A aliança terapêutica é um variável muito importante, independentemente da abordagem teórica que o terapeuta siga, para estabelecimento e manutenção do vínculo do cliente com a terapia, bem como no sucesso da mesma. Está relacionada com fatores pessoais do terapeuta e do cliente e da relação que se estabelece entre ambos (Oliveira & Benetti, 2015).

A aliança terapêutica nas terapias cognitivas comportamentais (TCC) é fundamental quer seja na modalidade presencial, quer seja na modalidade online. Alguns estudos indicam que esta se estabelece de forma semelhante às descritas dos casos presenciais, embora de deva respeitar certas peculiaridades (Salati & Francke, 2021).

Foi observado que a Sra. A tinha algumas distorções cognitivas, tais como pensamentos automáticos disfuncionais, sentimentos de culpa e de desvalorização, ficando depois a ruminar. A paciente referiu que muitas vezes pensava “ eu não sei o suficiente para ter tido 16 na licenciatura ou ter tido 18 no estágio” *sic*. Sendo muito autocrítica em relação aos seus conhecimentos.

Como a Sra A, já tinha tido uma depressão aos 16 anos, e uma das queixas relacionadas com o pedido de ajuda estava relacionada com uma sintomatologia semelhante, optou-se por fazer-se uma psicoeducação sobre a depressão, nomeadamente a relação entre pensamentos negativos e humor deprimido. A nível comportamental a identificação de comportamentos que mantem o problema tais como: o isolamento social, rotinas de sono e alimentação desadequadas.

A psicoeducação permite a pessoa estar mais atenta à sintomatologia e desenvolver ferramentas para lidar de uma forma mais adaptativa com as suas dificuldades.

A Sra. A demonstrou desde início ter uma perspetiva positiva em relação ao acompanhamento e durante estas duas sessões mostrou-se colaborante e motivada. Refere que agora a sua maior preocupação está relacionada com o facto de ir trabalhar para o estrangeiro e estar à espera da confirmação do dia da partida.

No final de cada uma destas sessões foi feita uma clarificação da sessão e foram utilizadas técnicas de psicoeducação com a finalidade de desmistificar as crenças que a cliente tem em relação a si, bem como familiarizar a cliente com estas problemáticas, de forma a poder corrigir essas distorções e criar pensamentos alternativos mais funcionais e adaptativos.

No final de segunda sessão, foi pedido para a paciente elaborar um quadro de registo de pensamentos, emoções, comportamentos e reação/reações fisiológica/s associados a esse pensamento/s.

O registo de pensamentos automáticos disfuncionais tem como finalidade auxiliar a pessoa a reconhecer e identificar os significados que atribuem a cada situação que desencadeia esses pensamentos disfuncionais, de forma a poderem atribuir novos significados e consequentemente respostas mais adequadas e adaptativas.

Foram praticados alguns exercícios para familiarizar a cliente com este processo.

De forma a envolver a paciente no plano terapêutico a nível comportamental, propôs-se as seguintes atividades:

- Como a paciente já tinha feito meditação e gostava, foi referido a importância de voltar a praticar de forma a reduzir a ansiedade e promover o seu bem-estar físico e emocional.

Pelo facto de a paciente gostar de praticar desporto, mas ultimamente fazer com menos frequência, foi mencionado durante a sessão, da importância de praticar esses exercícios de forma mais regular.

Reflexões sobre a 3ª, 4ª e 5ª Sessão

Nestas sessões teve-se em consideração que a cliente tinha um bom insight para as suas dificuldades e apresentava uma baixa autoestima. Procurou-se que a mesma identificasse os seus pontos fortes e fracos, tais como experiências positivas e gratificantes, qualidades e estratégias pessoais de coping, como fatores auxiliares no processo de mudança.

Foram abordados os pensamentos disfuncionais trazidos para a sessão e a forma como estes podem interferir nos sentimentos, comportamentos e reações fisiológicas, para que pudessem ser identificados e trabalhados de forma a serem substituídos por pensamentos mais funcionais e adaptativos. Foram efetuadas técnicas de desconstrução desses pensamentos através do questionamento socrático, questionamento de evidências e da descoberta guiada. Esta técnica tem como finalidade direccionar o cliente para pensamentos funcionais, aumentando ampliando a sua consciência em relação aos pensamentos distorcidos. Foi solicitado que a paciente identificasse a relação cognição e emoção.

Foi mencionada a importância de identificar comportamentos, que mantem o problema de forma a alterá-los.

Foram referidas e praticadas técnicas de Auto compaixão.

Abordagem do caso Clínico nº1 segundo a teoria do desenvolvimento Psicoafectiva do Prof Dr. João Hipólito desenvolvida a partir da teoria da personalidade da Carl Rogers

Caso clínico nº 1

A teoria do desenvolvimento psicoafectivo é baseada na hiper complexificação do desenvolvimento do self, desde a concepção do novo ser até á sua morte, numa perspetiva humanista baseada na abordagem centrada na pessoa (Hipólito, 2011). A teoria do desenvolvimento da personalidade de Carl Rogers é uma teoria existencialista e perspetiva do desenvolvimento do self, acreditando numa tendência formativa e para a autorrealização.

O modelo da terapia centrada no cliente tem como suporte teórico três pilares fundamentais: a tendência atualizante, a não diretividade e a presença de seis condições necessárias e suficientes para uma evolução terapêutica (Leal, 2018).

A tendência atualizante, capacidade inata de todos os seres vivos se dirigirem na direção da complexificação, engloba os processos de níveis de consciência nulos e baixos, até níveis de consciência do organismo e do mundo e numa fase mais evoluída consciência mais universal e transcendente. É com base nestes princípios de acreditar nas capacidades internas de cada pessoa que seguimos para a não diretividade (Leal, 2018).

A não diretividade tem como princípio acreditar nas forças da pessoa que a impulsionam para a saúde e para o crescimento, focando-se mais nos aspetos dos sentimentos do que nos intelectuais, o enfâse está no aqui e agora e não no passado, centrando-se na pessoa e não no problema e a relação terapêutica é vista como uma experiência de crescimento (Moreira, 2010).

De acordo com outro autor têm de estar presente seis condições necessárias e suficientes, o contacto psicológico e a incongruência do cliente, bem como, as atitudes do terapeuta onde se incluem a congruência, a aceitação incondicional positiva e a compreensão empática, a última diz respeito a ambos os envolvidos e passa pela compreensão do mundo

interno do cliente pelo terapeuta, sendo que essa compreensão tem de ser percebida pelo cliente. (Leal, 2018).

Segundo Santos (2004), as condições de valor são opostas a uma das seis condições necessárias e suficientes para uma mudança terapêutica, que é a consideração incondicional positiva. Este conceito refere que não se devem colocar condições para aceitar a pessoa, mas sim respeitá-la no seu mundo experiencial.

Referido por Hall, Lindsey, Cambell, (2000), houve outros autores também importantes que contribuíram com as suas teorias humanistas, para a Terapia Centrada no Cliente, entre eles Goldstein com a teoria organísmica e também Maslow que olha para a pessoa de uma forma holística, com uma tendência permanente para a autorrealização ou auto-atualização. Esta concepção do ser humano, centraliza-se numa consideração positiva (supremacia) da pessoa em relação aos fatores culturais e sociais, verificando-se assim que a percepção da pessoa na interação com fatores internos e externos cria os significados que irão constituir o seu self.

A teoria da personalidade de Carl Rogers foi sendo construída com bases teóricas, obtidas através da prática clínica e experiência profissional, mas também com o contributo de alguns teóricos através dos tempos. Para a elaboração desta teoria da personalidade criou-se preposições para se relacionar os factos anteriormente conhecidos, com a personalidade e os comportamentos verificados em psicoterapia. (Laneiro & Ribeiro, 2020).

Carl Rogers confiando nas capacidades que o ser humano tem para se auto-organizar, fator importante para uma evolução terapêutica, criou um sistema de diagnóstico relacional, baseado em estarem presentes as seis condições necessárias e suficientes para se iniciar o processo terapêutico, privilegiando este sistema, ao modelo clássico biomédico (Hipólito et al., 2022).

O modelo biomédico tem por base o pensamento cartesiano. Desta forma mencionada em Aragão & Filho (2019). Descartes abordou o ser humano onde fez uma separação mente e corpo, considerando que poderíamos entender o corpo humano como uma máquina que funciona como um conjunto de peças, dividindo-se em partes e existindo o risco de não se ver o ser humano na sua totalidade.

O modelo biométrico tradicional tem como estrutura epistemológica a simplicidade, a estabilidade e a objetividade. As dificuldades são explicadas por leis de causalidade linear.

Se o investigador tiver uma postura neutra, os fenómenos podem ser previstos e revertidos e posteriormente controlados o que torna este modelo mecanicista (Jardim & Jardim, 2020).

Diagnóstico relacional

A intervenção terapêutica, tem como base o “sistema de diagnostico, utilizado nas ACP, onde tem de estar presentes as seis condições necessárias e suficientes para a evolução terapêutica, que permita o cliente ultrapassar as dificuldades causadas pelos traumatismos a que esteve exposto.

Estiveram presentes as seis condições necessárias e suficientes para uma mudança terapêutica:

- 1º Contacto psicológico;
- 2º A cliente estar incongruente;
- 3º O terapeuta estar congruente na relação;
- 4º Aceitação incondicional positiva;
- 5º Compreensão empática;
- 6º As atitudes do terapeuta serem percebidas pela cliente.

A - Traumas nas Potencialidades e nas condições ótimas de atualização, por ordem cronológica

1. Nasceu de uma gravidez não planeada e marcada por conflitos familiares, os avós nunca aceitaram a relação de namoro dos seus pais;
2. Avô conflituoso, mãe e avó muito críticas e muito negativistas;
3. Aos dois anos perde contacto total com o seu pai;
4. Família com o relacionamento muito aglutinado; em muitas situações a cliente refere que sente chantagem emocional;
5. Aos 15 anos de idade a mãe vai trabalhar para o estrangeiro, durante 4 anos.
6. Aos 16 anos foi-lhe diagnosticada uma depressão (consequência)
7. Relacionamento com o 1º namorado percebido como negativo.
8. Esteve quatro meses num estágio internacional, onde sentiu dificuldades na comunicação devido ao idioma, motivo este que a levou a um isolamento

profissional e social, o que conduziu a ter mais pensamentos negativos sobre si, com sentimentos de culpa associados.

9. Não ter trabalho em Portugal relacionado com a sua área.

Não foram identificados traumas nas potencialidades

B - Condições ótimas de atualização

- 1- Facto de viver com os avós que ajudaram a sua mãe no seu processo de crescimento e educação;
- 2- Ir para a escola e gostar, ter um bom relacionamento com os colegas e com as professoras;
- 3- Ter apoio psicológico aos 16 anos de idade, durante 8 meses;
- 4- Ir para a universidade, onde se sentiu uma maior autonomia e realização pessoal;
- 5- Procurar apoio psicológico;
- 6- Voltar a Portugal e estar mais próximo das pessoas que gosta;
- 7- Estar a frequentar aulas de francês para voltar a trabalhar num projeto internacional;
- 8- Procurar realizar tarefas que aumentam a estima de si, tais como, desporto com os amigos e outros cuidados pessoais;
- 9- Ter voltado a ter rotinas de sono e alimentação mais saudáveis;
- 10- Ter uma perspetiva positiva, em relação ao novo projeto que deseja realizar, tendo posto já em prática alguns procedimentos para que este projeto seja realizado de uma forma satisfatória.

Reflexão do caso

A cliente desde o nascimento, pode ter estado na ausência de condições ótimas de atualização devido a estar sujeita a relações familiares marcadas pelo conflito e crítica, que lhe impuseram durante o seu desenvolvimento elevadas condições de valor. Isto, poderá ter contribuído para o desenvolvimento de traumas biopsicossociais, devido à sua experiência interna ser bastante diferente das condições impostas por familiares demasiado rígidos e críticos, segundo a perceção do cliente.

As condições de valor começam a ser percebidas pela criança por volta dos oito meses, quando tem noção do outro ser de modo significativo. Para obter uma aceitação condicional positiva, a criança procura comportar-se de acordo com os padrões aceitos pela mãe. As existências destas condições de valor irão provocar uma dissociação entre o que a criança experiencia e o que ela pode simbolizar para não perder o amor da sua mãe. Quando existe uma dissociação, entre o que a criança está a experienciar e o que ela pode simbolizar, e se a mesma não possuir mecanismos que ajudem a equilibrar essa situação, pode ocorrer o surgimento de sintomas que são a forma mais adaptativa que o organismo encontrou para lidar com essa tensão (Hipólito, 2011).

Ao longo do seu desenvolvimento a criança tem necessidade de se sentir amada, respeitada, apoiada e valorizada. Quando a sua experiência pessoal é percebida de forma diferente, poderá levar a que estes fatores se afastem da consciência ou sejam deturpados, com uma alteração do seu significado de forma que a mesma mantenha o seu conceito de alguém que merece ser respeitado. Devido a estas condições o self vai se desenvolvendo de uma forma diferente da realidade que a pessoa experiencia, dando lugar a um estado de incongruência (Santos, 2004).

Dissociação entre o self percebido e o self desejado, o que origina que a cliente tenha uma baixa estima de si. Mencionou que por vezes quando estava no programa de voluntariado no estrangeiro segundo as palavras da própria” tinha pensamentos negativos sobre mim e sobre a forma como me sentia, que eu não devia ter” e que “por vezes tenho certos pensamentos e não gosto disso em mim”.

Referido por Hipólito (2011) quando ocorre uma dissociação e o organismo não está capacitado para gerir essa tensão desenvolvem-se sintomas, que representam a forma mais adaptativa que o organismo encontrou para enfrentar essas dificuldades.

Locus controle é maioritariamente externo, o que pode ser um indicador de que a cliente demonstra ter um baixo poder pessoal.

O locus controle no desenvolvimento da criança, inicialmente é interno e com a percepção do outro significativo, vai se tornando maioritariamente externo, sendo muitos dos comportamentos efetuados em função das figuras significativas e também no seu contexto cultural (Hipólito, 2011).

Com o processo de individualização do desenvolvimento da personalidade e das experiências na interação social, o ser humano vai mudando o seu Locus controle no sentido da internalização, traduzindo-se num aumento do seu poder pessoal (Nunes et al., 2010).

A Sra. A demonstra ter pouco poder pessoal em várias dimensões da sua vida. A nível da sua área académica, a mesma sente que não tem conhecimentos para ter a classificação que teve, motivo pelo qual, quando envia currículos para as empresas segundo as palavras da própria “é como se o meu currículo não correspondesse à realidade”.

A Sr. A ao longo das sessões quando falava dos seus pensamentos e de certos eventos da sua vida, atribuía causas externas aos resultados, sendo estes derivados do seu desempenho. A mesma referiu que tinha tido 16 na licenciatura e 18 no estágio, porque “gostaram dela e porque teve sorte em alguns dos testes”.

Na generalidade quando falamos de “empowerment” traduz-se em outorgar autoridade a alguém com intenção de capacitá-la de um poder reconhecido. Na psicologia tem uma especificação diferente, significando que a pessoa experiencia o controle sobre o que faz, reconhecendo o seu valor e melhorando o seu autoconceito, tornando-se mais livre nas escolhas que faz e responsável pelas consequências das suas opções. Sendo assim a pessoa experiencia a autonomia e a sua individualidade na elaboração da sua realidade existencial, como um ser único distinto dos demais nas suas especificidades (Nunes et al., 2010)

A nível sintomático, a Sra. A tem pensamentos negativos sobre si, com sentimentos de culpa, por ter esses pensamentos.

3.5 - Atividades de avaliação psicológica

Foram efetuadas quatro avaliações psicológicas a pessoas que pediram apoio psicológico, eram colaboradores da instituição com idades compreendidas entre os 22 anos e os 27 anos, duas do sexo feminino e dois do sexo masculino.

Avaliação psicológica

O processo de avaliação psicológica compreendeu a entrevista clínica, a observação e a aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: (BSI Inventário de Sintomas Psicopatológicos); e o questionário (Experiências em Relações Próximas).

3.5.1- Caso de avaliação nº1

Identificação da cliente

O Sr. B, tem 26 anos, vive com a sua companheira e o filho de 3 anos, caucasiano, tem um irmão mais velho, profissão socorrista.

Motivo da consulta

Procurou ajuda num Médico psiquiatra, sentia-se deprimido, sem motivação e com a percepção que “não andava a fazer nada de jeito nesta vida”. Sentia-se culpado pelos sentimentos que tinha, estava com dificuldades em lidar com as suas emoções. Sentia-se frustrado por não corresponder às expectativas das pessoas que lhe estavam próximas.

Avaliação do estado mental e relação estabelecida

Aspetto cuidado, idade aparente de acordo com idade cronológica, humor deprimido, mantém o contacto ocular, tem uma atitude colaborativa, com respostas adequadas, mostrando interesse e atenção, discurso evidenciando sinais de ansiedade, tem um bom insight para a sua condição.

História bibliográfica

O Sr. B nasceu de um parto normal e desejado e durante o seu desenvolvimento não tendo tido doenças relevantes, os pais são professores e ele considera que estes sempre foram demasiado exigentes e críticos. Desde que tem memória sempre se sentiu uma pessoa triste e com dificuldade em se relacionar com as outras pessoas.

Teve bom aproveitamento escolar, sendo que aos 16 anos baixou bastante o rendimento escolar, segundo o próprio, pelo facto de ter tido más influências dos seus amigos. Posteriormente mudou de escola e de amigos e voltou a ter melhor aproveitamento escolar.

Fez um ano da universidade e foi trabalhar como segurança, tendo considerado uma experiência negativa, não se sentindo realizado, o que lhe causou mais impacto negativo, estando sujeito ao julgamento social.

Atualmente vive com a companheira, considerando-a como a sua fonte de apoio, e com o seu um filho de três anos.

História clínica

O mesmo refere que a tristeza já vem de muito novo e aos 16 anos foi uma fase muito difícil, mas os seus pais sempre desvalorizam o seu sofrimento.

O cliente refere que sempre teve dificuldade nas relações interpessoais, nomeadamente com receio das avaliações negativas e das críticas, optando assim por se colocar de parte e não intervir, apesar de ter vontade. Tem a perceção de não ter uma rede de apoio emocional por parte dos pais quando precisa. Comenta que os pais sempre desvalorizaram as suas queixas e o seu mal-estar. Tem dificuldade em ter um sono reparador, o cliente acorda cansado e com muito pouca energia. Tem um receio muito grande de não conseguir ser um bom pai e um bom marido. Verbaliza comportamentos compulsivos segundo as palavras do próprio “antes de vir para a entrevista mudei de roupa 5 vezes”.

Tinha ideação suicida, antes da intervenção terapêutica.

De acordo com a informação recolhida, para efetuar a anamnese procedeu-se à escolha do instrumento (BSI), um instrumento de avaliação breve, composto por 53 itens, o que o torna eficiente e cobre uma elevada gama de sintomas psicológicos. Este instrumento permite obter informações sobre a sintomatologia que preponderantemente mais perturba a pessoa, permitindo uma compreensão mais alargada sobre o estado emocional e psicológico desse indivíduo. Também permite posteriormente, comparar os resultados da sintomatologia apresentada, em função do efeito da intervenção psicológica.

Esta seleção deveu-se à observação e à verbalização pelo Sr. B de sintomatologia muito elevada relacionada com a depressão, ansiedade, obsessões-compulsões e sensibilidade interpessoal.

Resultado do Instrumento-BSI

Somatização (1.86), valor ligeiramente acima dos parâmetros da normalidade, Obsessões-Compulsões (2.00), valor dentro dos parâmetros da normalidade, Sensibilidade Interpessoal (3.00) valor muito elevado, Depressão (3.67), valor muito elevado. Ansiedade (1.83) valor ligeiramente acima dos parâmetros da normalidade, Hostilidade (1.20) valor

dentro dos parâmetros da normalidade, Ansiedade Fóbica (1.20) valor ligeiramente acima dos parâmetros da normalidade, Psicoticismo (1.60) valor ligeiramente acima dos parâmetros da normalidade, Ideação Paranoide (2.60) valor elevado, IGS (2.13) Valor elevado, TSP (46) valor elevado, ISP (2.46) Valor elevado.

Análise dos resultados

OS resultados do BSI evidenciam que esta pessoa, está com uma sintomatologia muito elevada, na maior parte das dimensões observadas.

Questionário-Experiências em Relações Próximas

Escala de evitamento e preocupação com os valores (valor máximo 126; valor médio 63; valor mínimo 18). Pontuação obtida, Evitamento-(76), Preocupação-(59) Os valores de ambas as escalas, apresentam-se perto dos valores médios. O evitamento ligeiramente acima, a preocupação ligeiramente abaixo.

Conceptualização clínica

Resultados dos instrumentos de avaliação

Da análise quantitativa do BSI observamos que os valores estão em linha com a análise qualitativa da anamnese. O Sr. B reúne os critérios de depressão major e ansiedade generalizada segundo o DSM-5 (APA, 2014).

Foram observados sinais e sintomas de internalização referentes a depressão e á ansiedade com uma somatização elevada.

O Sr. B, apresenta também uma baixa autoestima, pensamentos autocríticos exorbitados, “nunca fico realizado com os resultados mesmo com os muito bons” segundo palavras do próprio. Apresenta um humor depressivo. Tem dificuldades nas relações interpessoais, que se materializam por dificuldade na iniciativa nos processos de interação social, com receio de avaliações ou críticas. Fraca partilha de afetos, sentimentos e interesses limitados e restritos. Dificuldades no plano de regulação emocional.

Plano de intervenção:

Psicoeducação sobre a ansiedade e a depressão, terapia da Auto compaixão, exercícios de relaxamento muscular, entrosamento em atividades comunitárias para promover a pertença a grupos. Reforço da importância do cliente frequentar atividades desportivas coletivas, visto que o mesmo gosta de desporto.

3.5.2- Caso de avaliação nº 2

O processo de avaliação psicológica compreendeu a entrevista clínica e a observação.

Identificação da cliente

A Sra. C tem 22 anos de idade, caucasiana, solteira, sexo feminino, licenciada e empregada, assistente social, vive com os pais e um irmão.

Motivo da consulta

Durante a pandemia covid no ano 2020, sentia-se ansiosa, dormia mal e já não andava muito bem. Em 2021 foi ao médico, o mesmo receitou antidepressivos e durante algumas semanas sentiu-se bem, perdeu nessa fase bastante peso. Em dezembro de 2021, voltou a piorar e foi ao psiquiatra, que lhe diagnosticou depressão, receitando vários medicamentos, e tendo começado a sentir-se pior, chegando a ter ideação suicida na fase mais aguda e não tendo vontade de fazer nada.

Avaliação do estado mental e relação estabelecida

Aspeto físico pouco cuidado e uma postura corporal evidenciando pouca energia, idade aparente superior a idade cronológica, dificuldade em manter o olhar, evidenciando sinais de ansiedade, humor depressivo, discurso lento e apático, mas organizado, demonstrou pouco envolvimento nas questões colocadas.

História bibliográfica

Nasceu de parto normal e planeado, tem um irmão mais velho, sempre viveu com os pais, refere que durante a sua infância teve algumas dificuldades durante o 1º ciclo fase onde a professora a colocava de parte e teve alguns problemas de aprendizagem, passou por

momentos de isolamento em sua casa, porque o seu pai trabalhava muito e a sua mãe estava muitas vezes depressiva o que a deixava triste. Na quarta classe teve uma professora que a motivou muito e recuperou bastante a nível das aprendizagens. Gostou do período da universidade onde tinha uma certa independência e fez alguns amigos. O seu autoconceito é de uma pessoa triste desde a infância.

História clínica

No estágio profissional fazia muitas horas e tinha dificuldade em dizer que não, o que levou a que muitas vezes se sentisse sobrecarregada de trabalho, teve 3 acidentes de automóvel, um deles devido a um desmaio.

Queixas no período crítico:

- A nível cognitivo tinha dificuldades de memória, atenção, motivação e concentração;
- A nível fisiológico tinha desmaios e o coração acelerava descontroladamente; mal-estar geral;
- Problemas a nível da regulação do sono e da alimentação;
- A nível emocional tinha sentimentos de culpa por estar a causar mal-estar aos outros.

Queixas atuais:

Atualmente ainda tem dificuldades em manter as rotinas de alimentação e do sono, refere que não tem um sono reparador, já se sente motivada para fazer caminhadas, desde que seja acompanhada, afirma que tem uns dias melhores e outros piores, mas diz que compreende que a recuperação é um processo, deixou de ter ideação suicida bem como pensamentos de automutilação.

Instrumentos de avaliação e interpretação dos resultados

Conceptualização clínica

A Sra. C foi diagnosticada com uma depressão, major pela psiquiatria, reúne os critérios de diagnóstico segundo o DSM-5 (APA,2014).

Foi observado que a Sra. C é muito dependente, auto derrotista, tem padrões de ansiedade generalizada.

Foi notório a descrição de sinais e sintomas depressivos tanto a nível de internalização como da externalização.

Tem dificuldades no estabelecimento e manutenção de relações sociais ajustadas.

Tem uma vinculação insegura nos relacionamentos tendo dificuldades em dizer não, porque sente necessidade de agradar aos outros.

Tem a autoestima baixa e o seu autoconceito é de ser uma pessoa triste desde a sua infância. Apresenta um padrão de comportamentos e de interesse muito restrito.

Foi proposto o instrumento de avaliação BSI e explicado os contributos que o mesmo podia ter no processo do acompanhamento psicológico, mas a Sra. C não tinha vontade de o fazer, pelo que foi respeitada a sua vontade.

Processo de intervenção: técnicas de psicoeducação, reestruturação cognitiva, disputa de pensamentos, técnicas de rol-play. Identificação de atividades prazerosas, reforçando a importância de as manter ou retomar.

3.5.3- Caso de avaliação nº3

Avaliação psicológica

O processo de avaliação psicológica compreendeu a entrevista clínica, a observação e a aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: (BSI Inventário de Sintomas Psicopatológicos); e o (Questionário Experiências em Relações Próximas)

Identificação da cliente

A Sra. D tem 24 anos, solteira, vive sozinha, caucasiana, frequência universitária, profissão Socorrista.

Motivo da consulta

Análise do estado atual da que cliente tinha sido diagnosticada supostamente com depressão pelos serviços de psiquiatria. A mesma refere que foi por sugestão da sua coordenadora que aceitou a atual tarefa, porque pretendia um trabalho mais burocrático e necessitava de descansar, mas ao longo da entrevista refere que novembro e dezembro já não descansava bem; em janeiro foi ao Médico e teve baixa psiquiatra.

Avaliação do estado mental e relação estabelecida

Aspeto físico cuidado, idade aparente de acordo com a idade cronológica, discurso claro e fluente, atitude colaborante, instabilidade emocional e pouco insight para a sua condição.

História bibliográfica

A Sra. D nasceu de um parto normal, num contexto marcado por conflito familiares, filha única, os pais são casados, mas tem um relacionamento distante, embora partilhem da mesma habitação. O pai é muito autoritário e crítico, a mãe sempre teve uma atitude de passividade o que levava a cliente a ter mais conflitos com o pai porque a mesma tinha necessidade de ajudar a sua mãe nas situações abusivas. Devido a estes factos, sente que não tem uma família devido ao comportamento dos seus pais. Sempre teve e mantém uma boa relação com os avós maternos, com os paternos tem pouca ligação dado que os mesmos vivem distantes geograficamente. Até aos 10 anos fez o percurso escolar dentro da normalidade, a partir dessa fase começa a isolar-se dos seus colegas da escola.

Desde os 17 anos que trabalha e vive sozinha, foi nessa fase que entrou para a Universidade e sentiu-se muito feliz. Pretende quando tiver oportunidade de voltar para acabar a licenciatura. Tem um namorado, mas considera a sua relação toxica e pretende por fim à relação, que segundo a própria não lhe anda a fazer bem. Costuma deslocar-se a casa dos avós maternos, que fica a cerca de 10 km, para lhes fazer companhia e prestar apoio. Considera atualmente, a sua relação com os pais muito negativa. Gosta de sair com os amigos para jantar e ouvir música ao vivo; em casa gosta de ver series.

História clínica

A Sra. D, aos 10 anos começou-se a isolar, a professora sinalizou-a e começou a ter acompanhamento psicológico. Aos 13 anos foi-lhe diagnosticada uma depressão major, fez medicação até aos 17 anos e continuou com o apoio psicológico até aos 18 anos com a mesma psicóloga, tendo gostado imenso da relação que se estabeleceu.

No período universitário sentiu-se bem e deixou a medicação.

Não teve outros problemas de saúde relevantes durante o seu desenvolvimento. A mesma refere que esteve durante um ano esteve numa relação abusiva, sem ter consciência

disso. Tem uma relação conflituosa com o pai, afirmando que este é muito rígido e crítico, demonstrado instabilidade emocional quando se refere ao mesmo.

Menciona que não estão diagnosticados problemas psiquiátricos nos pais.

Em janeiro de 2022 sentia-se muito exausta, não descansava bem, não tinha vontade de fazer nada, perdendo o interesse em realizar qualquer atividade, todas as áreas da sua vida lhe estavam a correr mal. Atribui estas problemáticas á dificuldade em se relacionar com os colegas do trabalho e ao facto de trabalhar na emergência médica o que lhe causa desgaste emocional.

A nível cognitivo sentia dificuldades na concentração, no raciocínio e em tomar decisões.

A Sra. D associa esse mal-estar ao facto de ter dificuldade em se relacionar com os novos colegas. Foi ao médico e ficou de baixa por 30 dias. O facto de estar de baixa fazia-a sentir -se mal, segundo a própria. A mesma atribui esse mal-estar, ao isolamento e aos sentimentos de culpa por não conseguir fazer as coisas que queria.

Faz medicação para a depressão, não tem ideação suicida, mas menciona que no hiato temporal entre os 13 e os 16 ocorreram-lhe essas ideias.

Instrumentos de avaliação e interpretação dos resultados

Resultado do Instrumento- BSI

Índices Somatização (0.57) Valor dentro dos parâmetros da normalidade, Obsessões-Compulsões (2), Valor dentro dos parâmetros da normalidade, Sensibilidade Interpessoal (0.5) Valor ligeiramente abaixo dos parâmetros da normalidade, Depressão (0.50) valor ligeiramente abaixo dos parâmetros da normalidade. Ansiedade (0.33) valor ligeiramente abaixo dos parâmetros da normalidade, Hostilidade (0.80) valor dentro dos parâmetros da normalidade, Ansiedade Fóbica (0.00) Valor abaixo dos parâmetros da normalidade, Psicoticismo (0.2) Valor abaixo dos parâmetros da normalidade Ideação Paranóide (0.8) Valor abaixo dos parâmetros da normalidade, IGS (0.70) Valor ligeiramente abaixo dos parâmetros da normalidade, TSP (25) Valor ligeiramente abaixo dos parâmetros da normalidade, ISP (1.48) Valor ligeiramente abaixo dos parâmetros da normalidade.

Análise dos resultados

Todos os indicadores do BSI, estão dentro da média ou abaixo desta o que evidencia, segundo os dados recolhidos, que a cliente não menciona ou não tem sintomatologia que lhe causa mal-estar significativo.

O item sensibilidade interpessoal baixo, pode ser sugestivo de dificuldade nas relações interpessoais, devido à cliente ter dificuldade em ter uma compreensão empática, nos seus relacionamentos.

Questionário-Experiências em Relações Próximas

Resultado Questionário-Experiências em Relações Próximas Escala de evitamento e preocupação com os valores (valor máximo 126; valor médio 63; valor mínimo 18). Pontuação obtida Evitamento (22) Preocupação (72). A pontuação da preocupação está próxima do valor médio, a pontuação do evitamento está próxima do valor mínimo.

Conceptualização clínica

Da análise qualitativa como quantitativa foi observada uma elevada desejabilidade social, com manipulação das respostas. Foi observado que a Sra. D tem dificuldades a nível de regulação emocional e de compreensão empática, dificultando assim relações interpessoais ajustadas.

Plano de Intervenção: reestruturação cognitiva, trabalhar as relações próximas, desenvolver estratégias de coping, clarificação, empoderamento, consciencialização do impacto da sua relação no futuro.

3.5.4- Caso de avaliação nº 4

Avaliação psicológica

O processo de avaliação psicológica compreendeu a entrevista clínica, a observação e aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: (BSI Inventário de Sintomas Psicopatológicos); e o questionário (Experiências em Relações Próximas).

Identificação da cliente

O Sr. E tem 27 anos, solteiro, filho único, vive com os pais, caucasiano, profissão Técnico de ambulância de emergência (TAE), habilitações literárias de frequência universitária.

Motivo da consulta

O Sr. E solicitou apoio psicológico devido ao estado de saúde da sua mãe estar a ter um impacto muito negativo na sua vida.

Avaliação do estado mental e relação estabelecida

Aspeto cuidado, idade aparente de acordo com a idade cronológica, atitude colaborante com discurso claro, bom insight para a sua condição, postura evidenciando sinais de ansiedade nomeadamente com o movimento das mãos e os movimentos corporais.

História bibliográfica

O Sr. E nasceu de um parto normal e desejado segundo o relato dos seus pais, teve um percurso escolar normal, refere que no 2º e 3º ciclo escolar fez muitos amigos e alguns ainda mantem, gostou imenso do período em que frequentou a universidade, no curso de Ciências da Educação e informação, nessa fase vivia sozinho. Sentia-se mais autónomo e considera que foi o período da sua vida que se sentiu mais feliz. Os pais sempre tiveram um bom relacionamento e ainda o mantem.

História clínica

Dos 20 anos aos 23 anos, teve apoio psicológico tendo gostado muito. Nessa altura sentia-se muito ansioso, com ataques de pânico e tinha comportamentos impulsivos e violentos, tomava o medicamento Valdispert para diminuir a tensão muscular. Seguidamente esteve um ano ou dois sem ajuda e voltou a procurar apoio psicológico, mas não gostou muito da abordagem. O mesmo refere que a primeira abordagem lhe deu mais ferramentas para enfrentar as dificuldades.

Motivo do pedido de apoio psicológico atual

Estava muito sensível, com imensa vontade de chorar, sem motivação para fazer nada, sentia-se muito tenso e tinha dores no corpo. Sentia-se culpado por se sentir assim. Relata dificuldades em dormir, porque diz que é muito ansioso, sendo que já na primeira intervenção tinha dificuldades em ter um sono reparador, motivo pelo qual fez medicação para dormir e relaxar. O cliente atribui a sua condição clínica, a situações relacionadas com a emergência médica, ao estado de saúde da sua mãe e à pandemia.

Instrumentos de avaliação e interpretação dos resultados

Resultados dos instrumentos de avaliação

A análise qualitativa da anamnese é indicadora que o cliente tem padrões de ansiedade generalizada e depressão que se vem repetindo desde os 20 anos de idade, segundo o próprio. Demonstra também dificuldades na regulação emocional, apresenta ser muito autocrítico, tendo sentimentos de culpa, quando não atinge os objetivos. Tem dificuldade em relaxar, apesar de se sentir cansado, procura muitas atividades de forma a estar ocupado.

Na observação da entrevista, constatou-se tratar de uma pessoa bastante ansiosa e tensa, com queixas somáticas.

No Instrumento-BSI apresenta os seguintes resultados.

Somatização (1) Valor dentro dos parâmetros da normalidade, Obsessões-Compulsões (2.33) Valor ligeiramente acima dos parâmetros da normalidade, Sensibilidade Interpessoal (2.75) Valor muito elevado acima dos parâmetros da normalidade, Depressão (2.67) Valor muito elevado acima dos parâmetros na normalidade, Ansiedade (1.3) Valor dentro dos parâmetros da normalidade, Hostilidade (1.40) Valor dentro dos parâmetros da normalidade, Ansiedade Fóbica (0.2) Valor abaixo dos parâmetros da normalidade, Psicoticismo (3) Valor muito elevado acima dos parâmetros na normalidade, Ideação Paranoide (1.80) Valor dentro dos parâmetros da normalidade, mas no extremo máximo, IGS (1.77) Valor ligeiramente acima dos parâmetros da normalidade, TSP (41) Valor ligeiramente acima dos parâmetros da normalidade, ISP (2.29) Valor ligeiramente acima dos parâmetros da normalidade.

BSI-Avaliação dos resultados

Sintomatologia indicadora de mal-estar significativo. O valor da depressão está elevado, bem como o valor do psicotismo, os restantes valores estão próximos da normalidade.

Questionário-Experiências em Relações Próximas

Escala de evitamento e preocupação com os valores (valor máximo 126; valor médio 63; valor mínimo 18). Pontuação obtida Evitamento-(69), Preocupação-(96). A pontuação da preocupação está elevada, muito acima da média, a nível do evitamento a pontuação está ligeiramente acima da média.

Síntese final

Conceptualização clínica

De uma análise geral, podemos concluir que o cliente apresenta sintomatologia de depressão segundo os critérios do DSM-5 (APA, 2014), bem como de ansiedade generalizada, acabando por internalizar muito esses sintomas, tendo assim um impacto grande a nível fisiológico, o que se caracteriza por um sono pouco reparador, incapacidade para relaxar e dores corporais. Apresenta dificuldades a nível da regulação emocional, com falta de empatia pelo outro, muito centrada em si, o que poderá influenciar as suas relações interpessoais de uma forma negativa, tendo um autoconceito baixo e uma tendência para se desvalorizar. Ao nível das síndromes clínicas de acordo com a observação e com a anamnese, podemos verificar um padrão muito elevado. Apresenta ser também muito autocrítico e com uma baixa autoestima.

De uma forma geral o cliente apresenta algumas dificuldades e desenvolveu algumas estratégias compensatórias que são disfuncionais, como o consumo de álcool que por si só também é um depressor do sistema nervoso central, bem como procurar estar sempre ocupado, mesmo quando está exausto.

Plano de intervenção, técnicas de psicoeducação, estratégias para diminuir a ansiedade como relaxamento progressivo de Jacobson, reforçar a importância da natação e de evitar o consumo de álcool, técnicas imagéticas.

3.6- Reflexão sobre as aprendizagens das avaliações psicológicas

Para as avaliações efetuadas foram selecionados os instrumentos de avaliação com vista à obtenção de informação relacionada com o quadro clínico de cada pessoa que procurou apoio. Criou-se a oportunidade de observar que essas pessoas experienciam a depressão de uma forma única e singular. Para o plano de intervenção foi tido em conta as informações recolhidas e foi estabelecido um plano de intervenção individual, adaptado às necessidades e características de cada indivíduo, visto que os impactos diários eram diferentes em cada caso, bem como, os fatores desencadeadores.

Ficou notório a importância da criação de um clima de segurança psicológico facilitador, baseado na confidencialidade, confiança e respeito pela pessoa que pediu o apoio psicológico.

As reuniões de supervisão, bem como as reuniões multidisciplinares eram realizadas conforme as necessidades sentidas na instituição. As reuniões de supervisão das avaliações psicológicas e do apoio psicológico, eram realizadas pela Dra. Inês Ribeiro antes e depois de cada sessão, com o objetivo de definir estratégias de intervenção e também para se proceder a uma avaliação das intervenções anteriores.

4- Conclusão

Fazer o estágio nesta organização humanitária internacional, lançou elevadas expectativas nomeadamente no conhecimento da organização e particularmente no trabalho realizado pelos psicólogos da mesma. Esta aspiração estava diretamente relacionada com a observação do trabalho realizado pelos psicólogos da instituição e também por colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, contribuindo para melhorar o bem-estar daqueles que procuram apoio nesta organização.

A prioridade inicial foi de me procurar integrar no clima e na cultura da organização, visto que em muitas das situações a abordagem era multidisciplinar. Esta experiência demonstrou a importância da comunicação e da integração entre os diversos profissionais, traduzindo-se num melhor acompanhamento das pessoas que solicitaram ajuda.

As formações, bem como, as aprendizagens estavam enquadradas nas necessidades da instituição e foram adequadas tendo os seus conteúdos sido bastante enriquecedores, quer

pela fundamentação teórica quer pelo elevado conhecimento prático, devido á experiência no terreno dos seus formadores.

O acompanhamento psicológico e as avaliações, foram as atividades realizadas que mais apreciei por se tratarem de componentes de práticas clínicas. Só foi possível realizar um acompanhamento psicológico e quatro avaliações devido à limitação de casos naquele momento na instituição. Estas experiências foram bastante enriquecedoras, pois permitiram o contacto com a realidade clínica.

Recordo que na primeira entrevista estava um pouco expectante, mas o facto de ter realizado algumas entrevistas durante o percurso académico, permitiu-me estar mais à vontade. Estas interações com as pessoas que solicitaram apoio permitiram um processo de aprendizagem mútuo. Tive a oportunidade de verificar a força e a resiliência humana em pessoas que se encontravam em situações de sofrimento psicológico, bem como, a complexidade da mente humana. Procurei estabelecer relações empáticas e um clima de conforto psicológico baseado na confidencialidade, confiança e respeito pela autodeterminação de cada pessoa.

Durante o estágio deparei-me com situações que me permitiram experienciar as minhas limitações, tendo estas sido ultrapassadas com a procura de informação e também a procura do meu autoaperfeiçoamento.

Ficou notória a importância da supervisão como forma de aprimorar os conhecimentos e o desenvolvimento profissional.

Na generalidade, quando faço um balanço da minha prestação pessoal, constato que a mais valia foi o tempo que disponibilizei e a atenção que prestei ao escutar quem verdadeiramente precisava de ser ouvido.

Referências bibliográficas

- Agostinho, T. F., Donadon, M. F., & Bullamah, S. K. (2019). Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(1), 59-65.
- Alves, Â. K. S., & Alves, T. S. (2022). O autismo e o Psicólogo na Psicologia clínica . *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(2), 201–218. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i2.4162>
- Aragão, S. R., & Maia Filho, O. N. (2019). O modelo biomédico X o modelo biopsicossocial na explicação da depressão. *Cognitionis Scientific Journal*, 2(1), 1-10.
- Arpini, D. M., Zanatta, E., Paraboni, P., Rodrigues, P. M., & Marchesan, R. Q. (2018). Observação e escuta: recursos metodológicos de investigação em psicologia no âmbito da saúde materno-infantil. *Contextos Clínicos*, 11(2), 243-256.
- Associação Psiquiátrica Americana – APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de perturbações Mentais – DSM-V*. 5ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Assumpção, G. L. S., Oliveira, L. A., & de Souza, M. F. S. (2018). Depressão e suicídio: uma correlação. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(5), 312-333.
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Rev Eletrônica Psicol*, 4.
- Barroso, S. M., Baptista, M. N., & Zanon, C. (2018). Solidão como variável preditora na depressão em adultos. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(3supl), 26-37.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed (Original).
- Berroeta, H., & de Carvalho, L. P. (2020). La Psicología Ambiental-Comunitaria en el Estudio de los Desastres: La Importancia de los Vínculos Socioespaciales = Environmental-community psychology in the study of disasters: The importance of socio-spatial links. *Psykhē: Revista de La Escuela de Psicología*, 29(1), 1–16.
- Borja-Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa-relação terapêutica e processo de mudança. *Psilogos*, 1(2), 18-23.
- Brito, B., Arriaga, M., & Gouveia, S. (2015). *Manual de Apoio Psicossocial a Migrantes*, 2-43.

- Callou, R. C. M., de Castro Magalhães, B., & Albuquerque, G. A. (2021). Violência doméstica: construções, repercussões e manutenção. *Revista Saúde. com*, 17(2).
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, J., & Veríssimo, M. (2013). Estilos parentais e relações de vinculação. *Análise psicológica*, 31(4), 393-406.
- Castanho et al., (2013). *Manual de policiamento de violência doméstica: um guia para profissionais da força de segurança*. Lisboa: Direção Geral da Administração Interna.
- Cierco, T. (2017). Esclarecendo conceitos: refugiados, asilados políticos, imigrantes ilegais. *Fluxos migratórios e refugiados na atualidade*.
- Clara, C. J. D. S. (2009). Melancolia: da Antiguidade à Modernidade. Uma breve análise histórica. *Mental*, 7(13).
- Código Penal. Aprovado pelo Decreto-Lei nº 400/82, de 23 de Setembro. Republicado pela Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro. consultado em 12 julho de 2023, disponível. https://oig.cepal.org/sites/default/files/2007_prt_codpenal.pdf
- Comissão para Igualdade de Género. (2014). Teleassistência a Vítimas de Violência Doméstica (Em linha). Disponível em: <[https://www.cig.gov.pt/wpcontent/uploads-/2014/01/mais_informação. Pdf](https://www.cig.gov.pt/wpcontent/uploads-/2014/01/mais_informação.Pdf)> (consultado em 20/11/2022
- Costa, José Martins Barra da (2003), *Sexo, Nexo e Crime*. Lisboa: Edições Colibri.
- CVP. (2022). *Cruz Vermelha Portuguesa*-site oficial. Consultado em 22 Nov. 2022. Disponível em: https://www.cruzvermelha.pt/images/Organograma_CVP.pdf
- CVP. (2022). *Cruz Vermelha Portuguesa - Prevenção da violência*. Consultado em 22 Nov. 2022. Disponível em: <https://www.cruzvermelha.pt/apoio-social/grupos-vulneráveis/prevenção-da-violência.html>
- Decreto-Lei n. 281/2007, Diário da República, 1. série – N. 151 – 7 de agosto de 2007. 2007. p. 3198–3253. Consultado em 07/junho 2023. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/637403>:
- Diniz, J. P., & Vieira, M. L. (2020). Ação dos Neurotransmissores Envolvidos na Depressão. *Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*, 24(4), 437-443.

- Dobson, K. (2006). *Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Farias, A. (2010). *Análise comportamental clínica*. Lisboa: Artmed.
- Fernandes, L. L. (2020). Transtorno de ansiedade generalizada (TAG): uma breve análise. *Revista FAROL*, 10(10), 155-165.
- Fernandes, A., & Reis Mourão, P. (2012). Para uma abordagem institucionalista do voluntariado: o caso do voluntário da Cruz Vermelha portuguesa. *Innovar*, 22(43), 45-54.
- Figley, C. R. (1995). *Fadiga da compaixão: lidar com o transtorno de stress traumático secundário naqueles que tratam os traumatizados*. Filadélfia, PA : Brunner/Mazel.
- Jardim, P. M., & Jardim, K. S. S. (2020). Modelo biopsicossocial: Uma questão teórica ou epistemológica?. *Revista CIF Brasil*, 12(2), 1-7.
- Johnstone, L., & Dallos, R. (2014). *Formulation in Psychology and Psychotherapy*. 2.º ed. Routledge
- Gonçalves, O. (2020). *Terapias cognitivas: teóricas e práticas*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Greinacher, A., Derezza-Greeven, C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization in first responders: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1562840.
- Guilhardi, H., & Abreu, C. (2004). *Terapia comportamental e cognitiva-comportamental: práticas clínicas*. Lisboa: Editora Roca.
- Gusmão, E. É. D. S., Plutarco, L. W., Moura, D. P. F. D., Silva, C. L., & Meneses, G. D. O. (2017). Esquemas desadaptativos, ansiedade e depressão: proposta de um modelo explicativo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(1), 29-38.
- Hipólito, J. (2011). *A auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento rogeriano*. Lisboa: EDIUAL.
- Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., & Jarmela, A. (2022). Diagnósticos e abordagem centrada na pessoa. *Psique-Anais de Psicologia*, 18, 43-49.
- Lacerda, Acioly Luiz Tavares de; Souza. (2013) Thaís Rabanea. *Depressão ao longo da história*. Artmed, Porto Alegre.
- Lavoratti, C. (2016). Tecendo a Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para a Violência do Município de Curitiba/PR. *Revista NEP - Núcleo de Estudos Paranaenses Da UFPR*, 2(3), 1. <https://doi.org/10.5380/nep.v2i3.47246>
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Lisboa: Pactor.
- Lopes, Y. (2020). Um olhar da depressão através do discurso semiológico dos sintomas

- Machado, T. S. (2009). Vinculação aos pais: retorno às origens. *Psicologia, Educação e Cultura*, XIII, 1, 139-156.
- Machado, G. D. S., Barros, A. F. O., & Martins Borges, L. (2019). A escuta psicológica como ferramenta de integração: práticas clínicas e sociais em um Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes em Santa Catarina. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 27, 79-96.
- Macneill, C. A., Hasty, M. K., Conus, P., & Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC medicine*, 10, 111. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-111>
- Maffini, G., & Cassel, P. A. (2020). O processo de avaliação psicológica: estudo de caso. *Research, Society and Development*, 9(5), e15952575-e15952575.
- Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: compreender para intervir: Guia de boas práticas para profissionais de saúde*.
- Manzini, E. J. (2004). Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. *Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos*, 2, 58-59.
- Marrone, M. (2022). A Teoria da Vinculação e alguns aspetos da sua Aplicação Clínica.
- Matos, A. C. S., & de Oliveira, I. R. (2013). Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 12(4), 512-519.
- Mendes, E. D., Viana, T. D. C., & Bara, O. (2014). Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 30, 423-431.
- Mercês, E. L., de Moura, L. F., & Silva, I. J. (2018). Terapia cognitivo-comportamental aplicada à depressão: uma breve revisão bibliográfica. *Revista Amazônia Science & Health*.
- Moreira, J. M., Lind, W., Santos, M. J., Moreira, A. R., Gomes, M. J., Justo, J. M., ... & Faustino, M. (2006). “Experiências em Relações Próximas”, um questionário de avaliação das dimensões básicas dos estilos de vinculação nos adultos: Tradução e validação para a população Portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 3-27.
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27, 537-544.
- Neufeld, C. B., & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 3-36.

- Nunes, O., Brites, R., & Hipólito, J. (2010). Empowerment e relação terapêutica: dupla perspectiva. *PSIQUE-Anais de Psicologia*, 6, 199-206.
- Oliveira, A., Ferreira, R., Neto, F., & Maia, A. (2021). Contributos para um retrato dos socorristas da Cruz Vermelha Portuguesa: saúde, trabalho, coping e suporte social.
- Oliveira, N. H., & da Cruz Benetti, S. P. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125-138.
- Oliveira, S. L. S., & Serralta, F. B. Autocriticismo, Autocompaixão e Fatores Associados na Prática de Psicoterapeutas.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2022). Parecer OPP – Recomendações do Conselho de Especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde – Recomendações Acerca das Competências Necessárias para Realizar Avaliação Neuropsicológica. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Ornelas, J. (1997). Psicologia comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise psicológica*, 15(3), 375-388.
- Pardal, L., & Lopes, E. S. (2011). *Métodos e técnicas de investigação social*. Areal.
- Pereira, F. C., Mendes, L. R. B. de S., & Junior, R. R. N. (2020). Reflexões
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. D., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s73-s80.
- Pussetti, C. (2010). Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade*, 19(1), 94–113. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902010000100008>
- Relatório de contas 2021.consultado 11 novembro 2022. Disponível em https://www.cruzvermelha.pt/images/Relat%C3%B3rio_e_Contas_2021.pdf
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018 de 21 de maio de 2018. Publicação: Diário da República n.º 97/2018, Série I de 2018-05-21, páginas 2220 – 2245.
- Reyes, A. N., & Fermann, I. L. (2017). Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 13(1), 49-54.
- Ribeiro, C. (2000). Em torno do conceito locus de controlo. *Máthesis*, (9), 297-314.
- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4(14), 589–599.
- Rufino, S., Leite, R. S., Freschi, L., Venturelli, V. K., Oliveira, E. D., & Mastrorocco Filho, D. A. M. (2018). Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. *Revista Saúde em Foco*, 10(1), 837-843.

- Salati, L. R., & Francke, I. D. A. (2021). Aliança terapêutica na terapia cognitivo-comportamental baseada em internet: uma revisão narrativa. *Diaphora*, 10(2), 26-31.
- Sant'Anna, Paulo Afrânio. (2005). Uma contribuição para a discussão sobre as imagens psíquicas no contexto da psicologia analítica. *Psicologia USP*, 16(3), 15-44. Recuperado em 20 de julho de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772005000300003&lng=pt&tlng=pt.
- Silva Moreli, P., de Abreu Braga, T., & Donadon, M. F. (2021). Psicoeducação na Terapia Cognitivo Comportamental: um caso de depressão com histórico de violência. *Revista Eixo*, 10(2), 75-82.
- Silva, H. C. S., de Ataíde, M. F. B., & Moreira, T. D. S. (2020). Atenção psicológica à mulher em situação de violência doméstica no Brasil: uma revisão integrativa. *Textura*, 14(2), 95-102.
- Sousa, C., & Gonçalves, G. (2015). Imigrantes e sociedade de acolhimento: Percepções e realidades no caso de Portugal. *Psicologia e Sociedade*, 27(3), 548–557. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p548>
- Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86.
- Wright, J. H.; Basco, M. R.; Thase, M E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Zancan, N., Wassermann, V., & Lima, G. Q. D. (2013). A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. *Pensando famílias*, 17(1), 63-76.