



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

Intervenção Psicossocial com migrantes

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

Autora: Andreia Borges da Silva Paula

Orientador: Professor Doutor Tito Rosa Laneiro

Número da candidata: 30005732

Julho de 2021

Lisboa

Resumo

Este relatório de estágio corresponde ao último trabalho a realizar para a obtenção do grau de Mestre, em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, do Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, durante o ano letivo de 2020/2021. O estágio realizou-se numa instituição de apoio comunitário, sem fins lucrativos, teve a duração de cerca de 10 meses (de outubro a julho do ano seguinte) e um total 530 horas. Para além do enquadramento teórico, é apresentado e descrito, tanto quanto possível, cada caso trabalhado, bem como todas as intervenções que foram feitas ao longo do estágio. Todo este percurso teve como base a “Abordagem Centrada na Pessoa”. O trabalho é apresentado em três partes: na primeira, será abordado o local onde foi realizado o estágio e o enquadramento teórico; a segunda, corresponde à parte prática do estágio, onde serão descritos todas as ocorrências e casos em que intervimos e os respetivos procedimentos; finalmente, na terceira parte, a discussão e conclusão.

Palavras-chave: abordagem centrada na pessoa, acompanhamento psicológico, intervenção em crise, migrantes

Abstract

This internship report corresponds to the last work to be carried out to obtain a Master's degree in Clinical and Counseling Psychology, from the Department of Psychology of the Universidade Autónoma de Lisboa, during the academic year 2020/2021. The internship took place in a non-profit community support institution, lasted about 10 months (from October to July of the following year) and a total of 530 hours. In addition to the theoretical framework, each case worked is presented and described as much as possible, as well as all the interventions that were made during the internship. This entire path was based on the approach of "Person-Centered Psychology". The work is presented in three parts: in the first, the place where the Approach was held and the theoretical framework will be addressed; the second corresponds to the practical part of the internship, where all occurrences and cases in which we intervened and the respective procedures will be described; finally, in the third part, the discussion and conclusion.

Keywords: person centered approach, psychological monitoring, crisis intervention, migrants

Índice

Resumo	I
Lista de figuras e tabelas.....	VI
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	VII
Introdução	8
Parte I.....	10
Caraterização da instituição e do estágio	10
Papel do psicólogo clínico na instituição acolhedora.....	11
População-alvo	12
Migração	13
Evolução da migração em Portugal.....	13
Conceito de migração.....	13
Migração: a barreira linguística.....	14
Migração e saúde mental.....	16
Ansiedade	20
Depressão	21
Transtorno de ajustamento	22
Abuso de substâncias	22
Migração e COVID-19.....	23
Fatores de riscos psicossociais.....	24
Intervenção em crise.....	25
Parte II.....	27
Parte prática	27
Projeto de estágio	27
Tabela 2: Cronograma.....	28
Trabalho realizado no estágio:	28
Período de integração e tempo do estágio	28

Contextualização das atividades de estágio	28
Descrição das atividades realizadas	30
Síntese das atividades realizadas.....	32
Formação.....	32
Intervenção em crise.....	32
Reflexão da atividade	33
Apoio ao transporte de emergência social.....	33
Descrição breve dos casos	33
Ocorrência I.....	33
Ocorrência II	34
Ocorrência III.....	35
Reflexão da Atividade	36
Intervenção em lar com elevado número de infectados por Sars-cov-2	36
Reflexão da atividade	37
Aplicação da COPSOQ	38
Reuniões semanais	39
Sessões de sensibilização	40
Reuniões de equipa.....	40
Componente clínica	40
Visita domiciliária.....	40
Acompanhamento psicológico.....	41
Caso clínico I	41
Avaliação psicológica	44
Síntese das sessões realizadas.....	45
Reflexão do caso	54
Caso clínico II.....	60
Reflexão do caso	67

Apoio psicológico por telefone	69
Reflexão da atividade	70
Síntese de todas as sessões.....	72
Psicotécnicos.....	74
Reflexão da atividade	76
Unidade de Isolamento para migrantes/refugiados.....	76
Reflexão da atividade	78
Parte III	79
Discussão e conclusão.....	79
Referências.....	84
ANEXOS	97
Anexo A	98
Anexo B.....	102
Anexo C.....	104
Anexo D	120
Anexo E.....	122
Anexo F.....	124
Anexo G	132
Anexo H	134
Anexo I.....	140
Anexo J.....	142

Lista de figuras e tabelas

Tabela 1: Síntese dos riscos psicossociais	24
Tabela 2: Cronograma.....	28
Tabela 3: Papel desempenhado no período de estágio.....	29
Tabela 4: Síntese das atividades realizadas	30
Tabela 5: Características Sociodemográficas	39
Tabela 6: Resultados Obtidos	39
Tabela 7: Síntese dos Grupos.....	76

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACM - Auto Comissariado para as Migrações

ACP - Abordagem Centrada na Pessoa

CID - Classificação Internacional de Doenças

COPSOQ - Copenhagen Psychosocial Questionnaire

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPI - Equipamento de Proteção Individual

IAE - Instituição Acolhedora do Estágio

OIM - Organização Internacional para as Migrações

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses

PSP - Primeiros Socorros Psicológicos

SD - Serviço domiciliário

SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

Introdução

O presente relatório de estágio é parte integrante do processo de avaliação, para o aferimento do grau de mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento. O estágio foi realizado numa instituição humanitária, que presta assistência psicossocial, social e humanitária a quem necessite, em especial aos mais vulneráveis.

O estágio teve início no dia 20 de outubro de 2020, tendo num primeiro momento, a observação de consultas e uma fase de formação, no âmbito da intervenção pontual e intervenção em crise. Num segundo momento, a intervenção passou a ser direta e autónoma, com reuniões semanais de supervisão. Findou a 22 de julho de 2021.

Foi realizado numa instituição sem fins lucrativos, com valores voltados para a comunidade, de modo a ajudar da melhor forma, aqueles que necessitem. Há a preocupação de se obter um elevado grau de proximidade com a comunidade, a fim de perceber as suas dificuldades, mostrar-lhes a disponibilidade da instituição e incentivá-los à procura da sua ajuda sempre que dela necessitem. Os colaboradores da referida instituição, participam em projetos de apoio ao migrante, para oferecerem acompanhamento psicológico gratuito à população migrante. Este apoio, foi realizado em conjunto com uma equipa multidisciplinar, composto por uma assistente social, um técnico de saúde, uma administrativa, uma psicóloga e uma estagiária.

Os objetivos gerais deste estágio, consistem em adquirir conhecimentos, no âmbito do acompanhamento psicológico na prática clínica, acerca do trabalho psicossocial e da intervenção, atuando em momentos de crise, catástrofes e noutras situações de exceção. Além da aquisição destes conhecimentos específicos, pretende-se adquirir o grau de mestre, e, desta forma, adquirir conhecimentos e aptidões para o desenvolvimento da profissão no futuro.

Os acompanhamentos psicológicos realizados foram pautados pela Abordagem Centrada na Pessoa, usando como um dos pilares desta abordagem a “*Tendência Atualizante*”, que irá favorecer o encontro do cliente com o seu próprio “eu”, impulsionando-o para que atinja o auge de suas potencialidades.

A linguagem utilizada é alterada consoante as circunstâncias do apoio psicológico a ser prestado, considerando as necessidades e capacidades de cada cliente. Utilizamos uma abordagem humanista, a “Centrada na Pessoa”, com reflexão sobre a sua experiência de vida. Pressupõe-se que uma pessoa, que não tenha o português como a sua língua materna, ou que,

esteja ainda em processo de aprendizagem, terá mais dificuldades em expressar os seus sentimentos e emoções, do que uma pessoa que fale e pense em português, como tal, para colmatar este problema, temos sempre a presença de tradutores.

O presente relatório está dividido em três partes: a primeira, referente ao enquadramento teórico, onde abordamos as principais problemáticas encontradas na população migrante; a segunda, prende-se com as atividades de estágio, descrevendo pormenorizadamente as atividades práticas realizadas ao longo do estágio; e, para finalizar o relatório, a terceira parte, com a discussão e conclusão.

As bases de dados utilizadas foram consultadas no B-on, Direção geral de saúde, Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, Scielo, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e PORDATA.

Parte I

Caraterização da instituição e do estágio

O estágio foi realizado numa instituição humanitária, que presta assistência psicossocial, social e humanitária a quem necessite, em especial aos mais vulneráveis.

É uma instituição sem fins lucrativos, com valores voltados para a comunidade, de modo a ajudar, da melhor forma possível, aqueles que necessitem. Há a preocupação de se obter um elevado grau de proximidade com a comunidade, a fim de perceber as suas dificuldades, mostrar-lhes a disponibilidade da instituição e incentivá-los à procura da sua ajuda sempre que dela necessitem. Prezam a melhoria contínua, em relação à qualidade das ações, de modo a chegar à excelência na prestação de ajuda comunitária.

Os colaboradores da referida instituição, participam em projetos financiados pelo estado, ajudam na criação de novos protocolos e implementação de estruturas, visam efetuar um maior trabalho de proximidade dos migrantes com a população geral, dando apoio às dificuldades encontradas. Cada projeto, vai ao encontro das populações migrantes, que estão em vulnerabilidade social. A ideia é ajudar em vários aspetos, inclusive, tentar desmistificar os pensamentos e dar respostas a um exigente ajustamento, tanto da população migrante, quanto da população portuguesa, de modo, a que, haja um acolhimento humanizado dessas pessoas. Para tal, conta com a participação de uma equipa multidisciplinar, composta por um assistente social, um técnico de saúde, um administrativo, um psicólogo e uma estagiária.

O processo inicia-se pela Instituição Acolhedora do Estágio (IAE), através da transmissão da informação referente ao apoio à população migrante. Esta informação é transmitida através de redes sociais e através da entrega de folhetos em pontos estratégicos, que é feita por voluntários. O passo seguinte, é a pessoa ir até à Instituição e procurar pela ajuda que necessite. As ajudas disponíveis referidas nos folhetos são: apoio social (entrega de alimentos, roupas, calçados, brinquedos), apoio na empregabilidade, apoio na saúde física e na saúde mental (acompanhamento psicológico).

A assistente social, como provedora do apoio social, realiza a triagem geral das necessidades de cada indivíduo e faz o encaminhamento para as outras áreas. O técnico de saúde realiza uma avaliação das queixas, regista a medição da tensão arterial, glicemia, temperatura, peso e altura, fazendo um encaminhamento para o centro de saúde quando necessário. O gabinete de empregabilidade auxilia na redação do seu *curriculum vitae* e

insere o indivíduo numa plataforma de emprego, que possui conexão com a câmara da cidade e com várias empresas do distrito.

A sala onde o acompanhamento psicológico é realizado é numa sala “polivalente”, onde funcionam, em diferentes horários, outras atividades desenvolvidas na IAE. É uma sala simples, que possui apenas uma secretária pequena e três cadeiras, uma maca para massagens, um relógio grande na parede, uma janela com visibilidade para a rua e paredes brancas.

O apoio à saúde mental é realizado através do acompanhamento psicológico, visando promover a saúde psicológica. Realiza-se a entrevista clínica e a ficha de anamnese, de forma bastante detalhada, que inclui acontecimentos relevantes na infância, adolescência e idade adulta, fatores de desenvolvimento, fatores biológicos, sociais e psicológicos, para conhecer melhor o cliente e as suas queixas, indo ao encontro das suas inquietudes, através de sessões semanais, quinzenais ou mensais, estas sessões são definidas conforme a necessidade do cliente e a disponibilidade do serviço. O objetivo é comum na psicologia clínica, de um modo geral, seguindo o “*Código Ético e Deontológico dos psicólogos*”, não causar o mal, mantendo o respeito pela dignidade e direitos da pessoa, não fazendo distinções entre clientes, portanto, deve-se respeitar as pessoas, independente da sua nacionalidade, respeitar as suas decisões, desde que estas não coloquem em risco a vida do próprio ou de outrem. Cada pessoa tem dentro de si a força atualizante que a move e impulsiona para o crescimento. Essa busca pela atualização é consoante aquilo que a pessoa entende como sendo “enriquecedor”, cada um terá uma tendência à atualização diferenciada, variando conforme o meio que o envolve e conforme as suas possibilidades (Rogers & Kinget, 1965/1979).

Papel do psicólogo clínico na instituição acolhedora

O papel do psicólogo clínico nesta instituição, foca-se no atendimento clínico à população migrante, no apoio psicológico por telefone, apoio a infetados pela covid-19 e no acompanhamento psicológico a funcionários e voluntários. Os psicólogos têm vindo a desenvolver um papel fundamental em intervenções pontuais, relacionadas com catástrofes e situações de exceção. Um bom exemplo de uma situação idêntica, é a intervenção em grandes incêndios. É notável a sua atuação, no apoio psicológico aos sobreviventes dos incêndios, no apoio a quem perdeu familiares e no apoio aos profissionais que atuavam naquela situação.

A realização de *workshops* relacionados com a saúde mental é também um trabalho realizado pelo psicólogo, com a ajuda dos estagiários, são direcionados a funcionários e

voluntários, juventude e quando é vista a necessidade de algum tema em especial, como o *bullying*, gravidez na adolescência, automutilação. No que se refere a funcionários, esta necessidade é detetada através da aplicação de um questionário de autoavaliação, que é a COPSQ.

Neste momento, a IAE não faz atendimento ao público em geral, nem mesmo em âmbito privado, ou seja, não são aceites clientes que não estejam integrados no “*projeto migrantes*” (apenas a população migrante), ou que não sejam funcionários ou voluntários da instituição, abrindo raras exceções para familiares diretos de funcionários ou voluntários.

O papel do psicólogo clínico na IAE tem sido aprimorado e enriquecido a cada dia, através do seu olhar incondicional, profissionalismo e competência, esta prática clínica tem ganho espaço e diferencia-se das demais práticas psicológicas. A psicologia clínica tem uma maneira diferente e única de atuação e isto fá-la distinguir-se das outras áreas (Macedo, 1984).

População-alvo

A população-alvo que vamos apoiar na instituição de estágio é a população migrante. Existem estudos que indicam uma grande fragilidade, por parte da população migrante, tanto na saúde física, quanto na saúde mental, como resultado de diversos fatores de *stress* presentes ao longo do processo de migração (Carta et al., 2005; Hermanson et al., 2002; Maddern, 2004; Pumariega et al., 2005), podendo esta fragilidade estar associada à situações de pobreza, dificuldades em conseguir trabalho, ou às condições do mesmo e também em relação à diferença cultural. Porém, a migração, por si só, não é considerada um fator de risco para a saúde física e mental. De acordo com alguns autores, esta mudança espacial e temporal que os migrantes experimentam, pode causar problemas culturais, físicos, sociais e psicológicos, que podem prejudicar a saúde mental (Dias & Gonçalves, 2007; Ramos, 2009). As tentativas de adaptabilidade e aceitação, inerentes ao processo de migração, por vezes, levam a maus hábitos, como ao consumo excessivo de álcool (Dias & Gonçalves, 2007).

O desejo de imigrar está relacionado com a vontade de evolução e melhoramento do indivíduo, a pessoa tem em si própria, uma motivação natural para se evidenciar dos demais, para evoluir na sua busca pelo bem-estar e sobrevivência. Entenda-se que o “natural” neste contexto é o resultado de um trabalho difícil, com muito esforço e sofrimento (Carl Rogers, 2003). Muitas pessoas buscam esse desenvolvimento e essa melhoria, saindo do seu país natal e indo para outro, onde as condições de vida parecem ser favoráveis. Essa busca por

melhores condições de vida é um processo difícil e demorado, começando pela diferença na linguagem e pela diferença cultural. Nem sempre estão preparados para o choque cultural e para as dificuldades em encontrar trabalho.

A OIT (2021) refere que *“Muitos trabalhadores migrantes estão em condições precárias de trabalho e vida, com acesso limitado aos serviços de saúde e saneamento, o que os torna mais vulneráveis à perda de emprego e renda.”*

Migração

Evolução da migração em Portugal

Os censos 2011 mostraram um grande aumento da população migrante, tendo quadruplicado entre 1991 e 2011. Esta população residia maioritariamente na região de Lisboa e na região de Sintra. Ainda segundo os censos 2011, as ofertas de contratos profissionais que mais apareceram para imigrantes era de limpeza, para particulares e para hotéis, seguido de empregado de balcão, trabalhadores da construção civil, cozinheiros e empregados de mesa. A maioria dos estrangeiros residentes em Portugal eram mulheres.

Segundo o relatório do SEF, em 2019, eram 590.348 migrantes, na sua maioria brasileiros (25,6%) e também foi referido que 81,1% da população estrangeira encontrava-se no ativo.

São diversas as nacionalidades de migrantes, que têm chegado a Portugal, no entanto, em termos numéricos, as mais significativas são a brasileira, a ucraniana, a romena, a cabo-verdiana e a angolana. Sendo que 84% desta população, pertence maioritariamente à faixa etária entre os 25-44 anos, incidindo com maior predominância em indivíduos do sexo feminino, o que permite concluir que haverá um potencial índice de crescimento demográfico. No ano de 2020 houve um aumento da população estrangeira, aumentou 12,2% comparado a 2019, ficando com um total de 662.095 cidadãos. Registando o valor mais alto desde 1976, surgimento do SEF (SEF, 2020).

Conceito de migração

O conceito de “migração”, pode ser entendido como um movimento, ou uma deslocação de indivíduos, que atravessam uma fronteira de um país, com o intuito de lá residirem, sendo irrelevante a distância percorrida, ou as causas que os motivaram (Perruchoud, 2009). No mesmo sentido, a Organização Internacional para as Migrações (OIM), (2009) declara como migrante, todas as pessoas que saiam de sua terra natal,

atravessando fronteira ou mudando apenas de estado, não importando as motivações ou o tempo que fiquem. Em contrapartida, o autor William Petersen, explica que a migração é um processo permanente, sendo necessário ter uma distância relevante e o tempo de estadia deverá ser superior a um ano. Num período de tempo inferior a um ano, considera-se que a pessoa está a passear, ou seja, que está a visitar um determinado lugar (Petersen, 1968).

Migrar exige muito de quem decide fazê-lo, exige que se esteja aberto para um novo mundo, uma nova cultura, novas regras e uma nova política. Exige que o imigrante se inove com estratégias para se adaptar à nova vida (Ramos, 2008).

Existem várias teorias acerca dos fatores que levam uma pessoa a sair da sua terra natal. Uma delas é a abordagem situacional de Wolport (1965), que afirma que uma pessoa muda, quando o valor útil de um lugar é melhor do que o local onde esta vive, ou seja, quando o outro local oferece melhores condições de trabalho, melhor educação, melhores condições para se viver.

O autor Ravenstein criou a lei da migração, foi o primeiro autor a estudar sobre este assunto, publicando os seus resultados na “*Geographical Magazine*”, em 1876. Esta lei da migração abrangia, entre outros aspetos, a maioria dos migrantes. Refere também que os moradores de áreas rurais têm maior tendência para a migração. Mais tarde o autor Lee (1966), criou a teoria do “*push-pull*”, ou “repulsão-atração”, que cita fatores atrativos, que levam as pessoas a saírem do seu país de origem.

Migração: a barreira linguística

Em ambiente clínico, nomeadamente na psicologia, verifica-se que muitos dos instrumentos/ferramentas são desenvolvidos com base na cultura e linguagem dominante do país e/ou região, dificultando a avaliação da saúde dos imigrantes e a interpretação de scores (Vazquez-Nuttall et al., 2007). De acordo com Dama (2005), muitos dos instrumentos utilizados para avaliar a sintomatologia não são validados para a população migrante, quer linguística, quer culturalmente. Casas, Raley e Vasquez (2008) referem que as diferenças linguísticas na expressão de sintomas, nomeadamente associados à doença mental e a falta de profissionais com experiência em trabalhar com populações migrantes podem representar uma barreira no acesso ao apoio apropriado e aos serviços de saúde.

Em muitas das situações observa-se apenas uma tradução imediata das palavras de uma para outra língua e uma abordagem caracterizada “*pelo reducionismo biológico, diagnósticos baseados em testes uniformizados e orientados*”, para um tratamento baseado na “*farmacologia para resolução dos sintomas*”, não considerando a individualidade e a cultura

dos migrantes (Pussetti, 2010). Os autores referem ainda que, os testes de psicologia não estão adaptados a outras culturas, o que dificulta a interpretação, quer por parte dos migrantes, quer do psicólogo. Esta dificuldade linguística pode resultar na atribuição de um falso diagnóstico de patologia mental. Os inquéritos europeus reforçam também a elevada percentagem de mal-entendidos entre profissionais de saúde e pacientes migrantes, mesmo na presença de mediadores linguísticos.

Um estudo desenvolvido por Singh et al. (2015), sobre o impacto da aculturação e do apoio social no bem-estar psicológico em migrantes, identificou a barreira linguística como fator de risco para um sofrimento psicológico. A incapacidade de comunicar com eficácia, devido ao idioma e expressões idiomáticas próprias, são identificadas pelos autores como fatores importantes no desenvolvimento da doença mental. É também referido que a barreira linguística está associada a uma menor utilização dos serviços de saúde (Singh et al., 2015). Os resultados de uma revisão sistemática, desenvolvida por Ohtami et al. (2015), demonstram também que a linguagem pode ser uma barreira na procura e no tratamento adequado entre os imigrantes, principalmente no apoio psicológico, uma vez que a avaliação da patologia mental depende significativamente da comunicação verbal entre os pacientes e os profissionais (Ohtami et al., 2015). Em alguns casos, os migrantes recorrem a familiares e/ou amigos, que os incentivam a solicitar ajuda aos serviços de saúde, nomeadamente na doença mental (Estrela, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS), reporta ainda que, dependendo do nível educacional e história do imigrante, as barreiras linguísticas e a capacidade de interagir e expressar os problemas de saúde mental, podem ser diversos (WHO, 2018). Em 2007, um estudo descreveu que a proficiência no idioma tem um maior impacto na saúde mental nos indivíduos do sexo masculino (Takeuchi et al., 2007). Os homens que falavam melhor inglês (nível bom, ou excelente) tinham uma menor probabilidade de ter depressão ou ansiedade ao longo da vida em comparação com aqueles que eram menos proficientes em inglês, no entanto, não encontraram uma associação significativa nas mulheres. Um estudo japonês concluiu que existem diversos fatores associados a problemas de saúde em migrantes, realçando as diferenças culturais e as barreiras linguísticas nos sintomas físicos e psicológicos em migrantes, independentemente do tempo de permanência no Japão, reportando como consequência diagnósticos incorretos e aumento dos níveis de ansiedade (Koyama, et al., 2016). Os autores reportam ainda que a barreira linguística estava associada a limitações na psicoterapia e na incapacidade dos migrantes em expressarem os seus problemas psicológicos.

O Manual de apoio psicossocial a migrantes desenvolvidos em parceria com a Associação Portuguesa de Apoio à vítima, Direção Geral d Saúde (DGS) e Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) também refere que a linguagem pode ser uma barreira e defende a utilização de tradutores, ou a existência de uma segunda língua, no entanto, descreve um conjunto de estratégias que podem facilitar o processo de comunicação, incluindo a valorização do migrante (sentimentos, escuta ativa, direito ao silêncio, expressão verbal e emocional, oferecer informação, estimular a capacidade da pessoa em lidar com a situação, valorizando o comportamento não-verbal quer do migrante quer do profissional (Brito, Arriaga, & Gouveia, 2015).

Migração e saúde mental

Portugal tem estado aberto para receber migrantes refugiados. Em 2015 tornou-se disponível para receber 10.000 pessoas. Em relação à saúde mental dos migrantes, o nível de preparação parece baixo, tanto em relação a profissionais que falam a língua, quanto ao acesso destas pessoas ao sistema de saúde pública (Caritas Portuguesa, 2017).

Vale salientar que, os serviços de saúde pública em Portugal, não estão propriamente preparados para o atendimento de uma população, que é cada vez mais multicultural. Estudos como o “*Action Cost ISO603 Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe*”, mostram que Portugal é um dos países com maior dificuldade, quando se trata de saúde mental para com a população migrante. As dificuldades estão presentes na diferença da linguagem, faltando intérpretes e conhecimento das diferentes culturas, impedindo assim, um diálogo de qualidade, dificultando as respostas às necessidades desta população (Freitas, 2003 e 2006).

A população migrante de um modo geral, depara-se com diversos problemas psicossociais pelo caminho, podendo ser problemas sociais e/ou psicológicos. Vale lembrar, que, por vezes, alguns destes problemas já existiam, mas que se intensificaram com o processo de migração. Alguns já saem do país onde viviam em grande pobreza, por vezes discriminados, ou até mesmo marginalizados, assim sendo, estas pessoas além de sofrerem com um problema já existente, ainda enfrentam todo o peso do processo de imigração (IASC, 2007).

Ainda segundo o IASC, podemos citar como problemas sociais provocados pelo processo de migração, a separação da família, onde por vezes crianças têm que ser deixadas

para trás e, como problemas psicológicos, podemos referir perturbação mental grave, abuso de substâncias, depressão, perturbações de ansiedade e transtorno de ajustamento.

Muitas pessoas quando decidem imigrar em busca de uma vida melhor, pedem dinheiro emprestado para o fazer. Ficando com o peso de ter que se “desenvencilhar” muito rapidamente para pagar a dívida contraída. Aceitam trabalhos onde não exigem qualificações, nem documentação, ficando sujeitos a baixos salários e a muita exploração laboral. Os migrantes sujeitam-se a condições, por vezes desumanas e precárias, na busca de uma vida melhor. A saúde mental, faz parte da saúde geral da pessoa, e, como tal, deve estar integrada nesta realidade e de maneira alguma deverá ser posta de parte (Kovess, Bughra & Carta, 2004).

A população migrante que se encontra sem documentação regular, tidos como clandestinos, são mais vulneráveis, pois têm o acesso dificultado aos serviços de saúde mental público (Alscher, 2006).

Cada vez mais, a migração é um tema recorrente, que se intensificou com a globalização (Ortega, 2007). É fundamental estar perto destas populações e perceber quais são as suas dificuldades e em simultâneo, criar formas de intervenção, para os apoiar no que mais precisam. Nesse sentido, em novembro de 2020, a Comissão Europeia criou um Plano de Ação europeu de integração (*“Action Plan on Integration and Inclusion”*), para o período de 2021/2027. Este plano sensibiliza para o desenvolvimento de políticas de inclusão, por parte dos estados-membros (EUROSTAT, 2020). Desde 2019, Portugal tem contribuído com várias medidas, para a concretização da implementação do Pacto Global para as Migrações das Nações Unidas, nomeadamente, com monitorização e políticas públicas, através de indicadores, sociais, económicos, educacionais e cívicos (Oliveira & Gomes, 2019). O trabalho é um dos principais fatores de integração, ou exclusão numa sociedade, como tal, obter um estatuto de trabalhador, mesmo com um rendimento baixo, é fundamental para a socialização e integração social (Machado & Abranches, 2005).

De acordo com a OMS “normalmente a migração não traz melhoria do bem-estar social; em vez disso (...) muitas vezes resulta (...) na exposição dos migrantes ao estresse social e aumento do risco de doença/perturbação mental” (OMS, 2001). Diversos estudos demonstram uma tendência para que a população migrante, comparativamente à população do país de origem, apresente uma maior incidência de patologia psiquiátrica, nomeadamente esquizofrenia, depressão e transtornos de ansiedade e um maior número de internamentos em

unidades de psiquiatria (Hermansson, Timpka, & Thyberg, 2003; Iversen & Morken, 2003; Mollica et al., 2001). De acordo com os resultados de uma revisão sistemática de 2016, a prevalência de depressão varia entre 5-44% em refugiados e migrantes em comparação com a população em geral (8-12%) (Close et al., 2016) e a taxa de prevalência de transtornos de ansiedade entre os refugiados varia entre 20.3% e 88% (Bogic, Njoku, & Priebe, 2015). Alguns dos estudos reportam maior incidência de morbilidade psiquiátrica nos países de origem, ou a maior vulnerabilidade de doença psiquiátrica em alguns grupos étnicos, como possível explicação à maior incidência de doença mental em populações migrantes (Bhugra, 2003; Stillman, McKenzie, & Gibson, 2009). A resposta biológica ao processo de migração também tem sido associada ao aumento da incidência de doença mental (Monteiro, 2008). Alterações na atividade do SNA, na resposta ao *stress* inerente ao processo migratório, nomeadamente na resposta de luta e fuga, ou seja, o balanço entre a resposta do sistema nervoso simpático e parassimpático, particularmente ansiedade e depressão.

A maioria dos estudos sobre saúde mental entre os migrantes, foram desenvolvidos nas últimas três décadas, no entanto, em 1932, Odegard, desenvolveu um estudo com o objetivo de avaliar a associação entre a migração e a saúde mental dos migrantes. Nesse estudo, Odegard comparou a taxa de admissão de imigrantes noruegueses em hospitais psiquiátricos no Minesota, com pacientes nascidos no Minesota e com pacientes noruegueses residentes na Noruega e reportou uma taxa mais elevada entre os migrantes, sugerindo que o aumento do internamento estava associado ao processo de migração. Mavreas e Bebbington (1989) descreveram que a maior prevalência da doença mental entre migrantes pode estar associada a um aumento do estresse devido à perda de familiares e/ou amigo, à necessidade de lidar com outras pessoas e com uma língua estrangeira, ao preconceito e a dificuldades futuras.

Ali (2002) reportou em “*Imigrante health effect*”, que em imigrantes residentes no Canadá, a incidência de doença mental aumentava com o tempo de permanência no país, sendo que, os imigrantes com menor tempo de permanência apresentavam menor incidência de depressão. De acordo com o autor, a incidência de doença mental está associada a fatores pós migratórios encontrados nos países de acolhimento. De acordo com Monteiro (2008) a falta de suporte e isolamento social são fatores de risco para o desenvolvimento de doença mental na população migrante. A autora refere ainda que o planeamento e dificuldades relacionados com o alojamento estavam positivamente correlacionados com perturbação psicológica. Um estudo desenvolvido em Israel, incluindo adolescentes não judeus de

primeira e segunda geração nascidos em famílias migrantes e adolescentes judeus nascidos em Israel, conclui que os migrantes apresentam mais sintomas de doença mental (Nakash, Nagar, Shoshami, Zubida & Harper, 2012). O relatório da OMS também refere que o transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de humor e depressão são condições frequentemente relatadas entre os migrantes, principalmente nos refugiados e requerentes de asilo. O relatório refere ainda que a migração é um fator de risco para a doença mental em crianças, em comparação com outros migrantes de faixas etárias superiores (World Health Organization, 2018), no entanto, outros estudos sugerem que o processo migratório, em determinados contextos e grupos específicos, pode ter efeito protetor na saúde mental e constituir uma melhoria global na saúde mental dos migrantes (Ali, 2002; Chui, 2003; Singh & Siahpush, 2001). Na Nova Zelândia observou-se que os migrantes provenientes de Tonga, apresentaram um nível de estado de saúde inferior no país de origem, antes da migração (Stillman et al., 2009). A possibilidade dos migrantes viverem como residentes permanentes por períodos mais longos, juntarem-se a familiares e/ou membros da comunidade, que já se encontram no país de destino, o acesso a melhores serviços e as menores restrições culturais, foram descritos como fatores essenciais na melhoria da saúde mental entre os migrantes. Os resultados de estudos realizados em migrantes mexicanos também são contraditórios, por exemplo, Alegria et al. (2008), reportaram um risco menor de depressão e ansiedade em migrantes mexicanos comparativamente com mexicanos nascidos nos EUA. Em contrapartida, Peña et al. (2008) verificaram que a prevalência de sintomas depressivos era superior em migrantes nascidos no México, sendo que a experiência do processo de migração, os problemas e a discriminação racial podem explicar os resultados encontrados (Ornelas & Parreira, 2011; Potochnick & Parreira, 2010).

Em Portugal, num estudo desenvolvido por Sousa (2006) com 102 imigrantes ucranianos reportou uma prevalência de doença psiquiátrica de 11.1%, mas realçou os fatores psicológicos, como o estresse, na origem de outras patologias como a psoríase e úlceras duodenais. De acordo com o trabalho de doutoramento desenvolvido por Monteiro (2008), aproximadamente entre 10% e 41% (dependendo da escala utilizada, GHO e ER80, respetivamente) dos migrantes provenientes de países da Europa de Leste a residir em Portugal, apresentam patologia psiquiátrica. Outro estudo português, conduzido com base nos dados de mães que deram à luz nos quatro hospitais públicos da área metropolitana do Porto, reportou que o risco de depressão pós-parto é seis vezes superior em mães migrantes, em

comparação com mães que nasceram em Portugal (Almeida, Costa-Santos, Caldas, Dias & Ayres-de-Campos, 2016).

Ansiedade

Como foi referido anteriormente, todo o processo migratório, pode deixar fortes marcas nos imigrantes, nomeadamente na saúde mental. A par da depressão, muitas vezes, também apresentam ansiedade. A rutura na prática de usos e costumes da sua cultura, o romper do convívio com familiares e amigos, ou o sentimento de “não pertença, são potenciais fatores para desencadear ansiedade no indivíduo (Lechner, 2007), causando uma enorme instabilidade no seu conceito de segurança. Se esta sensação se prolongar durante muito tempo, a saúde mental destes indivíduos, vai-se tornando frágil, podendo desencadear as referidas perturbações psicológicas. O ideal seria que se criasse um envolvimento com o próprio espaço e com outras pessoas, ou, por outras palavras, que houvesse uma interação e integração social, o mais breve possível, para que não atingissem esse desequilíbrio emocional e alcançassem uma sensação de bem-estar (Marandola, 2008).

Há, no entanto, outros fatores que podem levar a estes estados de ansiedade, como a insegurança física, elementos estressores da pobreza, que está inevitavelmente associado à falta de emprego e, muitas vezes, a empregos precários e/ou à exploração por parte da entidade patronal. Estudos realizados, mostram que os imigrantes são mais propensos a ansiedade crónica, do que a restante população natural do mesmo local (Bhugra, et al., 2011). A ansiedade pode ser descrita como um estado de medo e insegurança, que causa um constante desconforto perante o desconhecido (Bhugra & Becker, 2005). Estas características são consideradas “normais” se não excederem os limites, pois são elas que nos mantêm em alerta perante os perigos, no entanto, se forem excessivas, passam a ser consideradas como patologia, pois vão incapacitar o indivíduo, perante as situações que vão surgindo diariamente, tomando-se cada vez mais, em proporções maiores, diminuindo ainda mais a estabilidade emocional (Bhugra, et al., 2011)

A ansiedade difere da depressão, pela intensidade e persistência dos sintomas (DSM-5, 2014). A ansiedade generalizada é persistente e varia no modo como se manifesta nas diferentes situações, sendo por isso considerada como “*flutuante*”. Apesar de ser muito variável, há determinados sintomas que são constantes, como os tremores, sudção, nervosismo, tensão muscular, taquicardia e tonturas (CID-11, 2020). Segundo a Organização Mundial de Saúde, há cerca de 3,6% de prevalência de ansiedade, em relação ao transtorno de

ansiedade, a nível mundial, no entanto, a população em território brasileiro é a que se destaca mais, abrangendo 9,3%, seguindo-se dos Estados Unidos, de 5,6% (WHO, 2017).

A ansiedade é algo normal, todos nos sentimos ansiosos em algum momento das nossas vidas, seja quando se vai realizar um exame médico, ou ir a uma entrevista de emprego. A ansiedade possibilita as nossas ações, faz com que não fiquemos estagnados. A sensação desagradável de medo causando o “frio na barriga”, excesso de suor, taquicardia é tida como normal desde que seja com moderação. Quando não é mediado torna-se tudo mais intenso. O nosso cérebro manda a informação de que estamos em perigo e o nosso corpo reage para se preservar (Allen, Leonard & Swedo, 1995). Quando essa ansiedade e medo passam a ser maiores do que o estímulo causador, impedindo a pessoa de realizar as suas atividades diárias normais considera-se como patológico (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996).

Depressão

Atualmente, a depressão é um assunto bastante debatido. A OMS, relata que mais de 300 milhões de indivíduos sofrem desse mal e que é mais comum entre as mulheres. Trata-se de uma doença que afeta a saúde pública e as diversas áreas da vida do indivíduo. É caracterizada pela perda parcial, ou total, do interesse pelas coisas habituais e novas, perda do prazer. A pessoa é invadida por um sentimento de tristeza profunda, que pode levá-la ao suicídio. No “*Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders V*”(DSM), a depressão aparece incluída nos transtornos depressivos, no transtorno depressivo maior, a pessoa fica com o “*humor deprimido na maior parte do dia, durante, no mínimo duas semanas*” e no transtorno depressivo persistente, o indivíduo fica com o “*humor deprimido a maior parte do dia, durante um período de dois anos ou mais*”. Ambos são desestruturantes e incapacitantes. São critérios para a depressão, a anedonia, humor deprimido, durante a maior parte do dia, culpabilização, ganho ou perda de peso excessivo, fadiga, dificuldade de concentração entre outros.

O processo de migração é acompanhado por grandes mudanças e novas práticas culturais, isto poderá levar o indivíduo a altos níveis de estresse. Este estresse tem sido fortemente associado a depressão (Miller, Chandler, 2002). A depressão é vista como uma doença neuropsiquiátrica com episódios de melhoras e recaídas (Wingert & Kantrowitz, 2002). A depressão, no DSM-V (2013), encontra-se na categoria “Transtornos Depressivos”,

onde estão os transtornos relacionados com a desregulação do humor, tendo como característica comum a tristeza e a irritabilidade.

A depressão surge geralmente nos primeiros anos após a imigração, em alguns casos a pessoa perde até a capacidade de realizar as suas funções laborais (Fonseca, Ormond & Malheiros, 2005), no entanto, não há estudos suficientes que comprovem que a migração esteja associada a depressão (Finch & Veja, 2003).

Transtorno de ajustamento

O transtorno de ajustamento é uma desordem quando ocorre situações na qual a pessoa não se consegue ajustar/adaptar, após um acontecimento stressante como por exemplo, um divórcio, falecimento de um ente querido, problemas socioeconómicos, mudança de país, entre muitos outros, a pessoa experiênci uma preocupação excessiva com aquele acontecimento stressante. Este transtorno atrapalha a funcionalidade normal e deixa a pessoa incapaz para realizar a sua rotina diária, prejudicando a sua vida pessoal, familiar, educacional e social (CID-11, 2020).

Alguns autores acreditam e defendem a ideia de que o transtorno de ajustamento é um transtorno que está relacionado com o *stress*. No DSM-V, o transtorno de ajustamento está incluído na categoria “*Transtornos Relacionados a Trauma e a stressores*” (Maercker, Coe & Friedman, 2007). Este transtorno está fortemente ligado ao desenvolvimento de tentativas de suicídio e ao ato em si (DSM-V).

Dentro desta população em estudo, podemos citar grupos que são mais vulneráveis: as crianças que por vezes são vítimas do “comércio humano”; as mulheres e os homens que também são vítimas do comércio humano, ou vítimas de discriminação e por vezes privados dos serviços básicos de saúde; pessoas idosas, por não terem a possibilidade de conseguir um recurso laboral e por vezes já possuem doenças associadas; os migrantes sem documentação regularizada, também se tornam mais vulneráveis e propensos a exploração laboral (IASC, 2007).

Abuso de substâncias

A prática de consumo do álcool já vem desde a antiguidade, no cristianismo era usado em festas e utilizado como medicamento. O álcool faz parte de diversas culturas e utilizado em variados contextos, podendo ser, entre outros, no religioso, familiar e comemorativo. Por ser uma substância de fácil acesso e por ter nos seus muitos efeitos, a alteração

comportamental, causando a desinibição, é muito apreciado por adolescentes e jovens (Coelho Júnior & Gontiès, 2000).

Nos dias de hoje há uma grande diversidade nas formas de diversão e lazer, entretanto algumas destas não são socialmente aceites. As pessoas que desrespeitam essas normas são chamadas de desviantes (Becker, 2008; Elias, 2000). O transtorno por uso excessivo de álcool, segundo o DSM-V, pode levar a alterações psicológicas, alterações a nível da saúde física e pode levar, até mesmo, à morte.

O abuso de substâncias engloba uma série delas, conhecidas como substâncias psicoativas. Alguns exemplos são: o álcool, a canábis, anfetaminas, a cocaína, os opiáceos, os medicamentos psicotrópicos, os chás alucinogénios entre outros (Balsa & Urbano, 2013). O consumo de substâncias está presente na vida dos portugueses há muito tempo, mas foi somente no século XIX, que o mesmo passou a ser considerado um problema de saúde, e, posteriormente, um problema social (Silva, 2012).

Migração e COVID-19

Acredita-se que o SARS-CoV-2 tenha sido transmitido para os humanos através de uma espécie animal, mas essa hipótese ainda é alvo de estudos (DGS, 2020). O vírus surgiu numa época onde as migrações são constantes por motivos diversos (Skeldon, 2018), ainda assim, a migração não pode ser responsabilizada pelo contexto pandémico (Banulescu-Bogdan, 2020).

É provável que as populações migrantes se encontrem em maior vulnerabilidade em relação ao COVID-19, devido a fatores linguísticos, económicos e sociais. Estes poderão ter um menor conhecimento das medidas preventivas, e, por vezes, vivem em casas com um grande número de pessoas (Liem et al., 2020).

Atualmente é feito um apelo a todos os governos, que incluam os migrantes na lista de vacinação para o Sars-CoV-2, sendo esta população tendencialmente desfavorecida e, por vezes nómada, é urgente a sua vacinação, apelando para não deixar ninguém para trás, à luz dos direitos humanos e de uma igualdade de direitos nas questões de saúde (ONU News, 2021).

É generalizada, a falta de coordenação no planeamento de saúde pública, para a população migrante, tendo estes uma dificuldade maior em obter seguros de saúde, em países, em que o sistema nacional de saúde não seja gratuito, visto que esta população vive com um nível de vida mais baixo do que a população local (Liem et al., 2020).

A “*Migrant and Ethnic Health Section da European Public Health Association*” (2017) fez uma afirmação formal, onde declara a importância da inclusão ao serviço de saúde, de toda a população migrante, tendo documentação, ou não. Nesta afirmação formal estão incluídas ações de proteção e campanhas de informação, visando que nenhum migrante contaminado com Covid-19, deixe de procurar ajuda por medo de ser tratado com represálias ou mesmo de ser deportado.

Fatores de riscos psicossociais

“*Psicossocial*” relaciona-se com a vida social do indivíduo, em conjunto com a psicologia clínica. Existe uma teoria muito conhecida, que é a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson (1902-1994), onde se acredita que a interação com o meio é parte fundamental do desenvolvimento psicológico do indivíduo. O autor fala em estágios que a pessoa atravessa ao longo da vida, estes por sua vez vão ajudar a objetivar o indivíduo.

Nas doenças psicossociais o indivíduo fica afetado psicologicamente, em decorrência de episódios vivenciados em contexto social. Um bom exemplo é o *stress* no ambiente laboral, podendo evoluir para a síndrome de *Burnout*, que se caracteriza por um esgotamento físico e mental do indivíduo, levando a pessoa a ter mudanças comportamentais, como o tornar-se mais agressivo, diminuindo bruscamente a empatia (Trigo, 2007).

Tabela 1: Síntese dos riscos psicossociais

Riscos psicossociais	Exemplos de riscos psicossociais	Prevenção dos riscos psicossociais
Deficiência na concessão	Excesso de trabalho	Gestão do estresse
Organização deficiente	Exigências contraditórias Falta de explicação acerca das suas funções	Participação dos trabalhadores nas medidas a serem aplicadas
Gestão deficiente	Comunicação ineficaz ou falta de comunicação	Promoção do bem-estar mental

Tabela baseada na informação da “*Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho EU-OSHA eurpa.eu*”.

Intervenção em crise

Uma crise geralmente é decorrente de uma situação extraordinária emergente, ou situação de catástrofe. Uma situação de catástrofe pode ser provocada pelos seres humanos, ou pode acontecer de forma natural, afetando a vida dos indivíduos, causando danos materiais, psicológicos e físicos (Torlai, et al., 2015). Estudos realizados após o incidente no World Trade Center, em Nova Iorque, mostraram que oito semanas depois, 9,7% da população adulta desenvolveram um Transtorno Depressivo Major e 20% da população adulta cumpria critérios para o diagnóstico de TSPT (Galea, et al., 2002).

Supõe-se que foi no século XX, que a intervenção psicológica passou a ser realizada em catástrofes físicas (Torlai, et al., 2015) e tem vindo a ganhar espaço, tornando-se cada vez mais necessária. Após o DSM-III adicionar o *stress* pós-traumático como uma doença mental, viu-se com maior clareza a necessidade de uma intervenção psicológica, o mais rapidamente possível, a seguir às catástrofes (Dieltiens, 2014).

Algo que acontece de forma repentina e abrupta pode despoletar uma crise, mas depende muito da maneira como o indivíduo perceciona a situação. Cada indivíduo tem uma forma única de experienciar cada episódio e a partir do momento que um acontecimento abrupto passe a causar um sofrimento demasiado desgastante para o indivíduo suportar, dá-se a crise (Kanel, 2003). Quando um indivíduo não consegue contornar a situação, não tendo nenhuma estratégia de *coping*, ou sendo estas ineficientes para amenizar os impactos desta crise poderá desenvolver algum tipo de transtorno. Uma crise pode ocorrer na vida de qualquer um, todos estamos sujeitos a experienciar (Roberts, 1990). O objetivo deste tipo de intervenção é conseguir fazer com que o impacto da crise traga poucas ou nenhuma consequência para o indivíduo, potenciando nas vítimas a resiliência necessária, utilizando estratégias de *coping* e minimizando o *stress* (Brymer, et al., 2006); Ohio Mental Health & Addiction Services, 2013), para tal, é essencial o controle dos parâmetros vitais, preconizar a estabilização emocional e logo a seguir deve-se acionar uma rede de apoio (Carvalho & Matos, 2016). É importante que a intervenção seja realizada o mais rápido possível (Brymer, et al., 2006).

Dos vários modelos de intervenção psicológica existentes, foi escolhido os “*primeiros socorros psicológicos*” para se trabalhar durante o período de estágio. Os Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) têm como princípios fundamentais: a garantia da segurança da vítima e do próprio, para que não aconteça mais intervenientes e para que a vítima fique livre de

estímulos, que possam piorar a sua situação, para tal, é necessário um local seguro (Australian Psychological Society, 2013); a promoção da calma; promover o contato com uma rede de apoio; a promoção da autoeficácia e eficácia comunitária que se baseia em orientar a pessoa sem tirar a sua autonomia, estimulá-la para que ela encontre em si mesma os seus recursos; e por último, mas também de grande importância, promover a esperança (Hobfoll et al., 2007).

Parte II

Parte prática

Projeto de estágio

Para um correto aproveitamento do estágio, fizemos um projeto de estágio, onde definimos os objetivos principais e os objetivos específicos a serem alcançados ao longo do percurso.

O objetivo principal foi adquirir conhecimentos específicos acerca do acompanhamento psicológico na prática clínica, do trabalho psicossocial e da intervenção em crise, ou seja, aprender a intervir em momentos de crise, catástrofes e noutras situações de exceção. A aquisição do grau de mestre e, desta forma, adquirir conhecimentos e aptidões para o desenvolvimento da profissão no futuro, é também parte um dos objetivos principais.

Quanto aos objetivos específicos, os que pretendemos atingir são: desenvolver aptidões para intervenção pontual e adquirir conhecimentos específicos sobre diversos temas, através de formações no âmbito do apoio psicossocial e intervenção em crise; adquirir conhecimentos específicos acerca da entrevista, anamnese, observação, identificação de problemas e estratégias de resolução através do acompanhamento psicológico à população migrante; através da realização de uma avaliação psicológica é ambicionado compreender os requisitos utilizados para a escolha dos testes a serem aplicados; manusear, aplicar e ler os resultados. Existe também a intenção de aprender a fazer o relatório e a transmitir para o utente os resultados; adquirir competências práticas acerca da escuta ativa, aprender a reconhecer as emoções e os sentimentos mesmo sem visualizar a pessoa e aprender a demonstrar empatia através do apoio psicológico por telefone; treinar a aplicação de escalas, através da aplicação da *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ), a fim de monitorizar os colaboradores do serviço de apoio domiciliário, aprendendo a identificar o nível de stress no ambiente laboral; obter conhecimento específico, relativamente ao apoio psicológico, para a população idosa, através da observação e da prática com visitas domiciliárias; treinar a empatia e a escuta ativa através do apoio ao Transporte de Emergência Social (TES).

Tabela 2: Cronograma

	<i>Outubro</i>	<i>Novembro</i>	<i>Dezembro</i>	<i>Janeiro</i>	<i>Fevereiro</i>	<i>Março</i>	<i>Abril</i>	<i>Maio</i>	<i>Junho</i>	<i>Julho</i>
Reunião de supervisão e formação	Reunião de supervisão e formação	Reunião de supervisão	Reunião de supervisão	Reunião de supervisão e formação	Reunião de supervisão	Reunião de supervisão e formação	Reunião de supervisão	Reunião de supervisão e formação	Reunião de supervisão	Reunião de supervisão
Acompanhamento Psicológico		Consulta clínica presencial; Visita domiciliária; Consulta funcionários	Consulta clínica presencial; Visita domiciliária; Consulta funcionários	Consulta clínica presencial; Visita domiciliária; Consulta funcionários	Consulta clínica presencial; Consulta funcionários	Consulta clínica presencial; Consulta funcionários	Consulta clínica presencial; Visita domiciliária; Consulta funcionários	Consulta clínica presencial; Visita domiciliária; Consulta funcionários	Consulta clínica presencial; Visita domiciliária; Consulta funcionários	Consulta clínica presencial; Visita domiciliária; Consulta funcionários
Apoio Psicológico		A. P. por telefone (Base naval); A.P. FAMI	A. P. por telefone (Base naval); A. P. funcionários	A. P. por telefone (Base naval)	A. P. por telefone (Base naval); A. P. funcionários	A. P. por telefone (Base naval)	A. P. por telefone (Base naval); A.P. FAMI	A. P. por telefone (Base naval)	A. P. por telefone (Base naval)	A. P. por telefone (Base naval); A. P. funcionários
Intervenção Pontual		Apoio a Vitima de violência doméstica; Intervenção em lar contaminado por Covid-19	Apoio a Vitima de violência doméstica; Intervenção em lar contaminado por Covid-19	Apoio a Vitima de violência doméstica	Apoio a Vitima de violência doméstica	Apoio a Vitima de violência doméstica; Intervenção em lar contaminado por Covid-19	Apoio a Vitima de violência doméstica	Apoio a Vitima de violência doméstica	Apoio a Vitima de violência doméstica	Apoio a Vitima de violência doméstica

Trabalho realizado no estágio:

Período de integração e tempo do estágio

Trata-se de um estágio autoproposto, que, apesar da situação pandémica que vivemos, teve o seu início na data espetável. Iniciou-se no dia 20 de outubro de 2020, tendo num primeiro momento, a observação de consulta clínica e uma fase de formação no âmbito da intervenção pontual. Num segundo momento, a intervenção passou a ser direta e autónoma, tendo reuniões semanais de supervisão. O acompanhamento por telefone passou a ser autónomo, começando por ser dirigido a situações já estáveis, com objetivo de manter os ganhos obtidos. O número total de horas de estágio foi de 530, divididas em 4 dias por semana, com uma média de 3h30 por dia.

Contextualização das atividades de estágio

As atividades realizadas durante o período de estágio foram divididas em duas componentes. A primeira é a componente clínica, onde está inserido o acompanhamento psicológico, a avaliação psicológica, o apoio psicológico por telefone, o apoio psicológico a refugiados, (infetados por Covid-19 que se encontram em isolamento numa unidade de acolhimento), a visita domiciliária a utentes do Serviço Domiciliário (SD) e a supervisão. A segunda é a intervenção pontual, que inclui a intervenção em crise, o apoio ao transporte de

emergência social, intervenção em lares, as formações e os *workshops*. Na intervenção pontual não há um seguimento, ou seja, amenizamos a situação no momento, ajudamos a pessoa a retomar o controlo, juntamente com a normalização dos parâmetros vitais. A aplicação da COPSOQ a funcionários do SD e os *workshops*, sendo estes de carácter informativo, acerca de temas pertinentes para a juventude, como *bullying*, gravidez na adolescência, automutilação. Os jovens participantes nos referidos *workshops*, são voluntários na instituição e têm idades compreendidas entre 16 e 28 anos. Devido à situação pandémica vivida no país, este ano, não se optou pela modalidade *online*, por terem sido adiados, devido ao cansaço dos jovens face a esta opção, os mesmos relataram a insatisfação nesta modalidade e a necessidades de formações presenciais.

Em relação ao papel desempenhado no período de estágio, dividimos em duas categorias: ativo e passivo. O papel ativo foi aquele onde houve uma participação direta, já o passivo foi de carácter observacional. Para uma melhor perceção, apresento a seguinte tabela:

Tabela 3: Papel desempenhado no período de estágio

Clínica	Intervenção pontual	Papel desempenhado
Acompanhamento psicológico	Apoio ao transporte de emergência social	Ativo
Avaliação psicológica	Lares com um grande número de infetados por Covid-19	Ativo
Apoio psicológico por telefone	Intervenção em crise (notificação de morte, apoio ao luto, crise de ansiedade e ataque de pânico.	Ativo/Passivo
Reunião de supervisão	Reuniões de equipa	Ativo/Passivo
	Formações	Ativo/Passivo
Visita domiciliária		Ativo

Descrição das atividades realizadas

O presente estágio foi monitorado por uma Psicóloga Clínica, funcionária da IAE, inicialmente foi através da observação em consultas clínicas, com o devido consentimento dos clientes. Num primeiro momento, contou com reuniões semanais de supervisão, passando a quinzenais, conforme demonstração de capacidades. Contou também com o auxílio prestado pela Prof. Dra. Mónica Rute Taveira Pires e pela Prof. Dra. Maria Odete das Neves Fernandes, durante as aulas de seminário de estágio. A composição deste relatório de estágio teve a orientação incansável do Prof. Dr. Tito Laneiro. De modo a explicar melhor o trabalho realizado, apresento uma síntese das atividades realizadas ao longo do período de estágio. Vale salientar que, todas as iniciais utilizadas para identificar os clientes neste relatório, nada têm a ver com os seus nomes verdadeiros, para que a sua privacidade fosse garantida. Qualquer semelhança é mera coincidência. A composição deste relatório de estágio teve a orientação incansável do Prof. Dr. Tito Laneiro. De modo a explicar melhor o trabalho realizado, apresento uma síntese das atividades realizadas ao longo do período de estágio.

Tabela 4: Síntese das atividades realizadas

Atividades realizadas	Mês	Papel desempenhado	Total de horas
Reunião de equipa	Outubro	Passivo	21 h
Supervisão		Ativo	
Formação		Passivo	
Reunião de equipa	Novembro	Passivo	65h30
Lar Covid		Ativo	
Acomp. psicológico	Dezembro	Passivo	48h50
Supervisão		Passivo	
Reunião de equipa	Janeiro	Passivo	34h50

Acomp. psicológico		Ativo	
Acompanhamento		Ativo	
telefone		Ativo	
Supervisão			
Reunião de equipa	Fevereiro	Passivo	44h30
Formação		Passivo	
Acomp. psicológico		Ativo	
Visita domiciliária		Ativo	
TES	Março	Ativo	50h40
Acomp. telefone		Ativo	
Intervenção em crise		Ativo	
Supervisão		Ativo	
Reunião de equipa	Abril	Passivo	101h
Acomp. psicológico		Ativo	
Visita domiciliária		Ativo	
Avaliação psicológica		Ativo	
Acomp. telefone		Ativo	
Supervisão		Ativo	
Reunião de equipa	Maio	Passivo	48h
Acomp. Psicológico		Ativo	
Aplicação da escala		Ativo	
COPSOQ		Ativo	
“Refugiados”		Ativo	
Supervisão		Ativo	
Reunião de equipa	Junho	Passivo	41h
Acomp. psicológico		Ativo	

Trab. com refugiados		Ativo	
Supervisão		Ativo	
Reunião de equipa	Julho	Passivo	76h
Acomp. psicológico		Ativo	
Trab. com refugiados		Ativo	
Supervisão		Ativo	

Síntese das atividades realizadas

Começamos pela intervenção pontual, onde está inserida a intervenção em crise, apoio de emergência social, intervenção em lares, reuniões de equipa e as formações.

Formação

Ao longo do estágio participamos de formações relacionadas com a intervenção em crise. As formações realizadas foram: Primeiros socorros psicológicos, Cuidar dos cuidadores, Urgências psiquiátricas e Intervenção em grupos vulneráveis. Foi uma experiência rica vivenciada no período de estágio, onde houve a oportunidade de aprender sobre temas pertinentes.

Intervenção em crise

Durante o período de estágio houve a oportunidade de atuar em vários momentos, onde as situações exigiam a presença de alguém capacitado para prestação de PSP. Neste relatório iremos citar duas das situações que consideramos ser das mais pertinentes.

No mês de fevereiro, a equipa de colaboradoras do SD, ao entrar na residência de uma utente (têm as chaves dos utentes que vivem sozinhos), depararam-se com a idosa morta na cama. Ocorreu numa segunda-feira, e visto que a equipa não trabalha aos fins-de-semana, não se sabe ao certo qual a hora exata do óbito. As colaboradoras ficaram “desoladas”, a intervenção psicossocial foi feita no local. Realizamos também a notificação da morte ao único familiar existente e que se encontrava a viver noutro país.

Outro exemplo de atuação, ocorreu quando um senhor de 68 anos, que brincava com o neto de 2 anos, que andava de triciclo. A criança embateu nas suas pernas e caíram os dois. A

criança partiu o braço, o avô não se magoou fisicamente, porém, estava psicologicamente muito abalado e transtornado pelo ocorrido com o neto. Como medida de intervenção foi realizado os PSP, logo a seguir ao primeiro contato.

Reflexão da atividade

Uma crise é um momento de descontrole emocional, onde a pessoa não consegue restabelecer a normalidade (Sánchez & Amor, 2005), esta situação gera uma sensação de fracasso (Wainrib & Bloch, 2000). A atuação neste momento visa ajudar a pessoa a ultrapassar o momento estressor.

Houve a oportunidade de colocar em prática o que foi aprendido nas formações. No primeiro exemplo, a atuação foi no sentido de desmistificar a culpa, ou seja, desculpabilizar as colaboradas frente ao acontecimento. Foi-lhes dada oportunidade para falar e expor suas emoções, a seguir, foi transmitida compreensão empática e explicado que o trabalho realizado por elas foi o melhor possível e o que tinha acontecido sobrepõe as suas capacidades.

Nestas situações é fundamental retirar a pessoa do local onde o incidente aconteceu e levá-la para um local calmo. São esperadas reações emocionais intensas, mas se a pessoa se mantiver no local do acontecimento, as reações serão intensificadas.

Apoio ao transporte de emergência social

Foram realizados três transportes de emergência social, em dois tratava-se de vítimas de violência doméstica e o terceiro, uma situação de caráter social. O protocolo de intervenção pontual utilizado neste contexto é o seguinte: Avaliação da situação; identificação das necessidades e apoio psicossocial durante o transporte, com vista a promover a segurança e estabilização emocional.

Descrição breve dos casos

Ocorrência I

Descrição

Caso referente à senhora B., de 28 anos, nacionalidade portuguesa e com quatro filhos (12, 10, 5 e 3 anos).

Ao seguirmos o protocolo de intervenção, foi detetada a necessidade de apoio psicossocial, principalmente com as crianças de 12 e 10 anos. Estas encontravam-se num profundo desespero, choro intenso e desesperança.

O primeiro passo foi a utilização dos primeiros socorros psicológicos, a fim de ajudar no controle emocional e na retoma dos parâmetros vitais. Utilizamos uma estratégia de *coping* que surgiu no momento, o assobio. Perguntamos às crianças se sabiam assobiar. Começaram a assobiar, cada vez mais, controlando, assim, a respiração e o choro. Logo a seguir utilizamos uma abordagem humanista, a centrada na pessoa, na qual concordamos ser perfeita para a situação. Utilizamos a escuta empática e demos respostas de compreensão empática “*é melhor assim, porque assim a mãe nunca mais vai levar tareias*” (sic), disse a criança de 10 anos. A viagem teve a duração de 4 horas, com duas paragens pelo caminho para se satisfazer necessidades fisiológicas. No fim do percurso já cantarolavam e sorriam.

Ocorrência II

Descrição

A senhora G. de 52 anos, é de nacionalidade portuguesa. Relatou sofrer de violência física, por parte do companheiro, durante 35 anos. A intervenção foi feita numa esquadra da PSP. G. dirigiu-se à esquadra com ferimentos pelo corpo, para fazer queixa do companheiro. Quando chegamos ela chorava e tentava explicar ao agente de autoridade, que não valia a pena, que queria voltar para casa. O agente, por sua vez encontrava-se alterado perguntando se ela gostava então da vida que tinha. G. chorava incessantemente. Adotamos uma abordagem humanista, centrada na pessoa, apresentamo-nos e pedimos para que falasse o que quisesse. Contou-nos a sua história. Casou-se aos 16 anos com a autorização dos pais, com um homem 20 anos mais velho, não sentia nada por ele, mas queria fugir da vida pobre e difícil que tinha na casa dos pais. Foram viver para outra cidade, que ficava a 430 km de distância. G. foi proibida de trabalhar e de sair de casa, passava os dias a fazer as tarefas domésticas. Engravidou aos 17 anos e foi nessa mesma altura que começou a ser espancada. No sexto mês de gravidez foi arremessada contra a parede e levou vários pontapés, teve uma hemorragia, foi levada para o hospital, constataram que o bebé estava morto. Quando foi interrogada, mentiu que havia caído. Após o procedimento médico, G. voltou para casa, o seu companheiro mostrou-se muito arrependido, pediu perdão e deu-lhe muitos mimos. “*(...) perdoei e perdoei e voltei a perdoar, aah até perdi a conta das vezes que o perdoei*” (sic). Demos sempre respostas de compreensão empática, sem julgamentos. O maior sonho da vida de G. era ser mãe e após este incidente, nunca mais engravidou mesmo sem uso de métodos concetivos. As agressões continuaram e com maior frequência e maior intensidade. G. ia constantemente ao hospital com feridas abertas e ossos partidos. Os vizinhos chamaram a polícia muitas vezes, mas G. defendia-o sempre, dizendo que foi um mal-entendido e que

estava tudo bem. Agora sentia-se cansada, o companheiro já com 72 anos e com muitas doenças (hipertensão, artrose, diabetes e recentemente diagnosticado com um cancro de próstata), ainda lhe continua a bater. Espancou-a de tal forma, que lhe partiu dois dentes da frente. G. estava ferida por dentro e por fora, estivemos sempre a oferecer-lhe respostas de compreensão empática. Após 1 hora e 15 minutos de conversa, G. disse que estava pronta para ir: “(...) *estou decidida, obrigada, fez-me tão bem relembrar tudo que passei, aah deu-me força para fugir desta vida, trago a roupa do corpo e os meus documentos, nada mais. Mas estou decidida, ele que morra sozinho é o que ele merece.*” (sic). A viagem teve a duração de 3 horas. Durante a viagem tentamos elevar a sua autoestima, lembrando-lhe que ainda era uma mulher forte, bonita e jovem.

Ocorrência III

Descrição

O terceiro caso foi uma situação peculiar e extremamente difícil, uma situação de emergência social. Fomos acionados pela segurança social de uma determinada cidade para irmos à residência de uma senhora idosa de 89 anos, que vivia numa cave, com o filho de 52 anos.

A segurança social foi acionada pelos vizinhos, devido ao mau cheiro vindo deste apartamento. O senhor de 52 anos era acumulador, a casa estava completamente cheia, havia livros velhos, jornais, equipamentos domésticos partidos, embalagens de comida estragada e muitas formigas, o mau cheiro era notável. Havia pouca luz e nenhuma natural, o ar não circulava, as janelas estavam completamente tapadas com diversos artigos.

Chegamos às 21 horas e 35 minutos e eles estavam a jantar. Ela comia um bife com batatas fritas, com muita dificuldade em mastigar. Decidimos esperar que ela comesse à vontade e ficamos do lado de fora. Quarenta minutos depois, começamos a intervenção, houve muita resistência da parte do filho, que queria saber para onde levaríamos a sua mãe. Não podíamos dizer, pois a ordem da segurança social era de que ele não deveria saber onde estava a mãe, pois provavelmente arranjaria problemas. Futuramente, após aceitar o tratamento, ser-lhe-ia permitida visita. Ele começou a hiperventilar e andar de um lado para outro, gesticulando os braços e levando as mãos constantemente à cara. Todas as tentativas de intervenção psicológica para que ele se acalmasse foram invalidadas. Começou a aumentar o tom de voz e tornou-se mais agressivo. Conseguimos que ele se sentasse e observamos os seus sinais vitais. A sua tensão arterial estava demasiado alta, acionamos então os 112. Após a chegada da ambulância, pegamos a senhora pela mão, explicamos para onde íamos. E ela

foi sem nenhuma resistência, depois de aproximadamente três minutos, voltou a perguntar onde íamos. E assim foi, durante todo o percurso.

Reflexão da Atividade

Para a realização de um TES é necessário, um condutor e um tripulante, mas quando há uma descompensação da vítima, é necessária a presença de um técnico ou de um psicólogo. O transporte de emergência social abrange crianças e jovens em perigo, pessoas sem-abrigo, vítimas de violência domésticas e pessoas com fragilidades sociais, cujas vidas se encontram em risco. É necessária compreensão empática e escuta ativa, uma postura de aceitação e acolhimento sem julgamentos. A pessoa encontra-se em extrema vulnerabilidade emocional, completamente fragilizada, e há que serem tomadas difíceis decisões.

Em Portugal as primeiras casas de abrigo para o acolhimento de vítimas de violência doméstica surgiram em 1995 (Baptista, 2004). As casas de abrigo são locais onde as vítimas estarão em segurança, esta resposta é temporária. Acolhe mulheres com, ou sem filhos e ajuda-as na orientação de suas vidas.

O número 114, é uma linha nacional de Emergência social, que foi criado com o objetivo de “criar serviço de emergência social, integrando o conjunto das instituições de caráter social”, para ajudar pessoas que se encontrem em situações de emergência. É um serviço que está integrado no instituto da Segurança Social, é gratuito e funciona 24 horas por dia, durante todo o ano (DRE, 2019).

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) acredita na tendência atualizante e defende que todo organismo possui esta força. É esta força que impulsiona o indivíduo para atingir o máximo das suas potencialidades (Roger, 1986, p.127) Pôde-se constatar a ação desta tendência nestas pessoas, que ao estarem cansadas do rumo tomado por suas vidas, decidem recomeçar do zero. Muitas vezes este recomeço exige que deixem o seu contexto familiar, social e laboral, deixando suas casas e tudo o resto para trás. Vão para um local desconhecido, isto inclui um abandono do modo de vida anterior e a adoção de novos comportamentos, promovendo a falta de lucidez. Espera-se que recebam o apoio adequado para recomeçar, nomeadamente o psicológico e financeiro.

Intervenção em lar com elevado número de infetados por Sars-cov-2

Num primeiro momento, foi realizado, juntamente com a diretora técnica, o protocolo de intervenção, com o objetivo de avaliação das necessidades. O lar era composto por 92

utentes e 27 funcionários, onde 15 destes funcionários tinham o contacto direto com os idosos. Contavam com um total de 17 mortes até àquele momento e um total de 40 idosos.

As necessidades encontradas deram origem à seguinte intervenção: prestação de PSP à utentes e colaboradores; sensibilização/ação de formação para o autocuidado e apoio de pares; restabelecimento dos laços familiares; intervenção no luto (após a morte de 17 utentes); notificação de morte a familiares de utentes.

Reflexão da atividade

Esta intervenção foi considerada uma intervenção pontual, apesar de ter tido a duração de 5 dias, devido a quantidade de pessoas a serem abrangidas. Fez-se a prestação de PSP, juntamente com estratégias para lidar com a ansiedade. É comum que algumas pessoas se sintam desorientadas com tudo o que estava a acontecer. Os idosos perderam o pouco que tinham, a pouca liberdade de falar e conviver uns com os outros. E durante a noite, ouviam o barulho sombrio da morte do seu colega do quarto ao lado. Cada idoso teve um tempo, entre 20, a 30 minutos, para falar sobre o que quisesse. Cada idoso expressou como quis, alguns com lembranças do passado fazendo analogias ao presente, outros com acontecimentos da noite anterior, entre lágrimas e risos.

Segundo Rogers (1980), ajudar consiste na facilitação do relacionamento, através da criação de um ambiente propício e adequado, para que as barreiras sejam quebradas e o indivíduo consiga naturalmente evidenciar a sua tendência atualizante. Rogers (1957) afirma que para que uma pessoa consiga mudar a sua personalidade, devem estar presentes as seis condições que são fundamentais para a mudança, nomeadamente: duas pessoas estejam conectadas psicologicamente; o cliente esteja em um estado de incongruência; o terapeuta é congruente e incorporado no relacionamento; o terapeuta experimenta um olhar incondicional positivo pelo cliente; a compreensão empática por parte do terapeuta e a comunicação desta compreensão. Entre estas condições elencadas, foi importante a utilização de alguns aspetos facilitadores de uma relação, a destacar os três aspetos que são definidos para o terapeuta e que são característicos do facilitador centrado na pessoa, a saber, o olhar positivo incondicional, que implica receber e aceitar a pessoa com toda a sua história, a compreensão empática de forma verdadeira, de maneira que se consiga sentir a experiência do outro e finalmente a congruência do terapeuta que indica que o terapeuta está consciente da veracidade de suas atitudes face ao cliente.

As funcionárias carregavam o medo de levar a doença para os seus familiares e o peso da culpa, por não saberem se foram as responsáveis por tantas mortes. Foram desmistificadas

as questões relacionadas com a culpa através de ensinamentos acerca da doença. Fizeram-se as ações de formação e de sensibilização em relação ao autocuidado e apoio de pares. Foi transmitida a ideia de que, para poderem continuar a cuidar dos outros, teriam também de ter esse cuidado consigo próprios.

A capacidade de resiliência é algo fundamental, neste período pandémico. Consoante o Instituto Nacional Ricardo Jorge, a cada dez portugueses que estiveram em quarentena, sete entraram em sofrimento psicológico. A mesma fonte também refere que a ansiedade e o estresse são comuns entre os idosos e os funcionários. (Citado em Caixa de Ferramentas Para Manter a Saúde Psicológica, segundo confinamento, OPP 2021).

Foram realizadas vídeo chamadas entre os idosos e seus familiares, possibilitando a aproximação com a família. Utilizou-se o mesmo formato, para a ala contaminada por covid-19 e a ala sem contaminação, desta forma, proporcionou-se momentos alegres entre os utentes, sem o risco de contaminação.

Aplicação da COPSOQ

Foi aplicada a versão média da COPSOQ (Anexo A) a 6 funcionárias do SD, com o objetivo de avaliar fatores de riscos psicossociais e, desta forma, encontrar estratégias para colmatar os riscos. A COPSOQ é um instrumento de avaliação que visa prevenir problemas psicossociais. Possui uma escala de avaliação do tipo Likert (em que o 1 indica “Nunca/quase nunca”, o 2 “Raramente”, 3 “moderadamente”, 4 “Muito” e o 5 “Extremamente”). É realizado individualmente e deve ser garantido o anonimado e a confidencialidade. Espera-se que a interpretação dos resultados seja feita “fator a fator”, medindo os riscos psicossociais e as variáveis da “saúde, *stress* e satisfação” (Silva et al., 2006).

A COPSOQ será aplicada novamente no mês de novembro para apurar os ganhos obtidos.

Na tabela seguinte, encontram-se especificadas as características sociodemográficas do grupo, vale salientar que, este continha 6 participantes do sexo feminino, que trabalham no setor da saúde.

Tabela 5: Características Sociodemográficas

Idade	Anos de trabalho	Estado civil	Habilitações literárias
53	4	Casado	Secundário
30	2	Casado	Ensino Médio
27	2	Solteiro	Secundário
51	4	União de fato	Secundário
38	1	União de fato	Ensino Médio
61	4	Casado	Secundário

De forma a apresentar os resultados obtidos (Anexo B), foram selecionados alguns parâmetros, que estão exemplificados na tabela. Os parâmetros relacionados com salários, não foram analisados, pois, são assuntos que nos transcendem. Posteriormente, a direção técnica foi alertada quanto aos possíveis riscos encontrados nos resultados.

Tabela 6: Resultados Obtidos

Exigências Cognitivas	Risco moderado
Exigências Emocionais	Risco Severo
Conflitos Laborais	Risco Moderado
Apoio social de Colegas	Risco Moderado
Insegurança Laboral	Risco Severo
Conflito trabalho/família	Risco Moderado
Burnout	Risco Severo
Stress	Risco moderado
Sintomas depressivos	Situação favorável

Para colmatar os resultados obtidos, traçamos as seguintes estratégias:

Reuniões semanais

Reunião semanal em grupo, com duração de 40 minutos cada. Nas referidas reuniões, contamos com a presença da técnica estagiária, para serem abordados os acontecimentos diários. O objetivo das reuniões consistia em exprimirem sentimentos, emoções sentidas no momento dos acontecimentos, alguns exemplos citados são os desentendimentos no trânsito e

problemas com utentes autoritários. Nesta atividade pressupõe-se que, falar sobre as suas emoções/sentimentos, os vá ajudar a ter melhor percepção do que sentem, de forma a gerir melhor as suas emoções.

Sessões de sensibilização

Estas sessões realizar-se-ão durante o mês de agosto, onde serão abordados os temas: Apoio de pares; lidar com a ansiedade; e Covid-19.

Reuniões de equipa

Como já citado anteriormente, o psicólogo clínico está inserido numa equipa multidisciplinar. As reuniões aconteceram no fim de cada mês, com o objetivo de terem um feedback do trabalho realizado até ao momento e para organização e planificação das atividades a serem realizadas.

A reunião teve a duração de 1 hora, onde cada integrante fazia a sua partilha, explicando o que correu bem e o que correu mal, com o objetivo de melhorar em todos os aspetos. Através de uma participação passiva, podemos observar a importância de terem um psicólogo clínico na equipa, onde este fazia sobressair uma visão neutra, acerca de tudo, com um olhar empático para com a população abrangida. A presença da estagiária nestas reuniões ajudaram-na na integração da instituição e, o contato com outras áreas de intervenção, foi de extrema importância para o enriquecimento de conhecimentos de táticas de ação.

Componente clínica

Visita domiciliária

As visitas domiciliárias consistiam em ir à residência dos utentes do serviço de SD, com o intuito de colmatar o isolamento, visto tratar-se de idosos, cujos familiares eram inexistentes ou residiam em outros países.

A depressão está fortemente enraizada na população mais idosa, estando o resultado, em grande parte, relacionado com fatores económicos e distanciamento social e, como consequência, à solidão (Aylaz, Akturk, Erci, Ozturk, & Aslan, 2012), podendo, esta última, desencadear uma diminuição geral ao nível da saúde, nomeadamente na capacidade cognitiva e para um aumento do número de óbitos nesta faixa populacional (Rico-Urbe et al., 2018). Com uma maior integração social destes idosos, é possível atenuar os referidos problemas, transmitindo-lhes a ideia de nela pertencerem e manterem-se ativos (Chen, Hicks, & While,

2014). Apesar de, neste momento, não estar ao nosso alcance proporcionar-lhes uma maior integração social, não quisemos deixar de fazer algo em prol deste problema, como tal, surgiram as nossas visitas domiciliárias, para que, pelo menos, pudessem conversar e se sentissem apoiados.

Foi realizada uma única visita, onde o objetivo principal foi a escuta ativa. As restantes visitas agendadas foram canceladas, para proteção dos utentes face ao aumento de casos de COVID-19.

Acompanhamento psicológico

Caso clínico I

Identificação pessoal

D. tem 35 anos, é do sexo feminino, possui uma licenciatura na área da saúde. Nasceu na América do Sul, foi criada pela mãe juntamente com dois irmãos mais novos, um rapaz de 33 e uma menina de 32. A mãe de D. tem 56 anos e trabalha na área da saúde. D. casou-se aos 24 anos com um engenheiro informático de 26 anos e têm uma filha de 4 anos e 4 meses.

Motivo da Consulta

D. chegou ao consultório através de um programa de apoio a migrantes, que oferece apoio psicológico, ajuda para emprego e apoio alimentar. Recebeu um folheto na rua com estas informações e veio à procura apenas do apoio psicológico. Primeiramente referiu sentir-se bem e gostar de viver em Portugal, depois mencionou sentir-se triste a maior parte do tempo, sem ânimo para fazer as tarefas normais do dia-a-dia, sente-se mal consigo mesma, não gosta do que vê no espelho. Relata ter crises de ansiedade, dificuldade de concentração e *“se eu pudesse escolher, escolhia ser aquele espermatozoide que perdeu a corrida”* (sic). Quando lhe perguntei se alguma vez havia pensado em suicídio, respondeu: *“quando estou a conduzir e vejo um caminhão a vir de frente, penso em fechar os olhos e deixar o carro ir contra ele, mas rapidamente me arrependo, não vou deixar a minha filha sem mãe”* (sic). D. relata ter pensado que, aqui em Portugal, seria diferente, mesmo depois da traição, *“nunca mais fiquei bem, ele contou-me arrependido e a chorar que me tinha traído com uma colega de trabalho, mais-valia eu não saber, ele ficou bem, ficou aliviado e eu senti-me um lixo”* (sic). D. idealizou um casamento perfeito e único, com o término da relação a cliente sentia-se diminuída. Sentir-se como um lixo, passou a ser uma constante na vida da cliente, desta forma, decidiu procurar ajuda.

D. tem boas expectativas acerca do acompanhamento psicológico. Queixa-se de não sentir prazer na alimentação, come apenas o suficiente para se manter em pé, chegando a fazer apenas uma refeição por dia (leite com bolachas de água e sal). Tem pouca paciência com a filha, *“antes eu brincava muito com ela, agora já não consigo, fico logo irritada quando ela insiste em brincar, grito com ela, arrependo-me, choro e peço desculpas. Não é bom para ela ver-me assim, eu sei que não”* (sic).

Anamnese Biográfica e História Familiar

D. não se recorda de quase nada acerca do pai, mas refere que este era alcoólico e que se parecia muito com ela (o que ouviu constantemente, proferido por sua mãe) e que saiu de casa logo a seguir ao nascimento de sua irmã. *“(...) a minha mãe conta que foi uma briga feia, ele bateu-lhe cinco dias após a minha irmã ter nascido, foi então que uma vizinha chamou a polícia e ele foi preso. Nunca mais voltou, nunca mais soubemos nada dele. Foi melhor assim, era um bêbado”* (sic). Quando tinha 11 anos mudaram-se de cidade, pois a mãe de D., tinha muito medo de que ele voltasse, andava sempre aterrorizada.

D. relata que até aos 12 anos, era uma menina tímida, incapaz de receber e de dar afeto, não gostava de abraços, beijinhos, nem mesmo da própria mãe, ou dos irmãos. A mãe estava sempre a dizer-lhe: *“a minha mãe dizia sempre que eu era fria como o meu pai, eu era pequena, então colocava a mão na minha cara e pensava é verdade, sou mesmo fria. Só algum tempo depois é que entendi o que ela queria dizer”* (sic). D. lembra-se da sua mãe gritar com ela, para que fosse carinhosa como os irmãos e citou com lágrimas nos olhos: *“mas ela não me abraçava, nem tentava, eu ia deixar se ela tentasse, mas ela queria que eu fosse correndo quando ela chegasse, como se fosse um cachorro”* (sic). D. tinha o desejo de se sentir amada e de ser acarinhada pela mãe, entretanto foi sempre alvo de fortes comparações, por se parecer fisicamente com o pai. Tentava ganhar o carinho e afeto da mãe, sendo melhor em tudo, aos 8 anos já arrumava, lavava e passava. Na escola foi sempre muito boa aluna, com notas sempre acima da média, porém, não se conseguia relacionar com os outros alunos, não tinha nenhum amigo/a, *“eu ia pra escola muda e voltava calada. Se a professora perguntasse alguma coisa eu sabia responder sempre, sempre mesmo. Mas quando alguém da minha idade falava comigo eu mal acenava com a cabeça”*. D. sente que nunca foi amada verdadeiramente pela mãe, mesmo fazendo todo o trabalho da casa e tendo as melhores notas, *“ela nunca gostou de mim, dizia sempre que eu era parecida com meu pai (...)”* (sic) e por fim disse, *“(...) eu fazia com que ela não esquecesse de todo mal que sofreu”* (sic). Acerca dos irmãos, *“não temos a melhor relação do mundo, eles acham que eu sou*

arrogante (...)” (sic). E, por fim, disse, “*a minha mãe sempre preferiu o R., ele é o preferido dela desde sempre. Já está com 33 anos, não quis estudar e mora com ela até hoje, belo homem*” (sic).

D. aos 12 anos conheceu uma senhora que liderava um grupo de adolescentes e jovens numa igreja evangélica cristã. D. passou a participar e a seguir cegamente aquela doutrina. A mãe não se opôs, os irmãos nunca quiseram ir. D. relata que era feliz, participava no grupo de dança e teatro, faziam passeios e divertiam-se muito juntos.

Após mudar de cidade e conhecer a senhora X, D. fez algumas amizades, passou a aceitar algum afeto, mas não de todas as pessoas. Quando não estava na escola, estava na casa da senhora X. Sentia que ali recebia o carinho e a atenção que necessitava. Quando chegava a casa ainda ajudava a mãe nas tarefas domésticas.

D. Casou-se com um rapaz que conheceu na igreja que frequentava. Namoraram durante 3 anos e meio e casaram com grande festa. Ela achava que ainda era cedo para casar, mas a religião não permitia namoros longos. D. entrou na igreja com o atual marido da mãe. Casou-se com o seu primeiro namorado. Possuía a crença de que se fizesse tudo certo, estaria abençoada. Seguindo esse pensamento, D. não teve relações sexuais antes do casamento.

Imigrou para Portugal em setembro de 2018, após o marido receber uma boa proposta de emprego, “*não tínhamos uma vida má, vivíamos bem, mas pensamos que estudar aqui abriria mais portas para a nossa menina*”. D. nunca fez acompanhamento psicológico, nem nenhum tipo de psicoterapia, pois acreditava que a sua crença era suficiente para suprir os males da vida. Hoje já olha para a religião com uma certa desconfiança e questiona a própria fé, “*de que adiantou, fiz tudo certo, tudo certo, fui o mais certinha possível, adiantou muita coisa... Deus abençoou-me com um par de chifres*” (sic).

A traição aconteceu 7 anos após o casamento, D. decidiu perdoar sob a influência dos pastores da igreja que ambos frequentavam. Recentemente, há cerca de 3 meses, o marido de D. pediu o divórcio, alegando não haver mais química entre os dois, referiu não sentir nenhum tipo de atração por ela, mas decidiu adiar a sua saída de casa, devido à situação pandémica. Dois meses antes da filha nascer, D. deixou de trabalhar, decidiram em conjunto, que seria melhor para a criança se ela ficasse uns tempos em casa. Refere que neste momento não sabe o que é melhor, se deve ficar em Portugal, ou voltar para a sua terra natal. Tem medo de voltar e causar sofrimento à filha, pois a menina é muito apegada ao pai.

Dados da Observação

Quanto ao aspeto físico, D. é alta, aparenta ter a sua idade real, é demasiado magra (perdeu 12 kg após o marido terminar o casamento), veste-se de forma simples e desleixada, *“eu costumava me arrumar, nunca saía de casa sem me pintar, mas de nada adiantou, agora ando assim, se estou confortável, estou bem”* (sic). Demonstra um humor triste, com pouca expressão facial, olhar distante e apresenta um “tique”, um tremor, repetidas vezes, como se sentisse um arrepio. Demonstra muita ansiedade. Utiliza uma linguagem simples, possui um discurso acelerado interpolando os assuntos, chegando a esquecer-se do que iria dizer. Tem a atenção diminuída, esquece-se facilmente de tudo (das consultas da filha, onde colocou as chaves, o telemóvel, entre outras coisas).

Avaliação psicológica

A avaliação psicológica é parte integrante para o processo de obtenção do grau de mestre, em psicologia, tendo um carácter obrigatório. A IAE, só realiza uma avaliação psicológica mediante pedidos específicos. Desta forma, foi proposto à cliente uma avaliação psicológica juntamente com todas as explicações plausíveis. Inicialmente aceitou, mas aquando da apresentação dos resultados houve recusa. Estando ela no seu direito legal de desistir, e com o intuito de manter a sua privacidade os resultados não serão aqui partilhados.

A avaliação foi realizada durante 4 sessões no mês de abril, do corrente, com recurso à observação contínua, ao preenchimento do questionário, de história de vida e da aplicação de inventários. Alguns testes foram entregues à cliente para serem preenchidos em casa, nomeadamente o MCMI-II e o BDI, este último, foi aplicado semanalmente, durante a fase de avaliação psicológica.

Através do questionário de história de vida (Anexo C), foi possível fazer a recolha dos dados de anamnese, delineando acontecimentos da vida pessoal da cliente, que são relevantes para o seu acompanhamento.

A observação, foi importante para ajudar a entender o comportamento da cliente, em circunstâncias distintas, funciona como um reforço para diagnosticar um determinado problema e facilita na escolha das técnicas a serem utilizadas (Danna & Matos, 2006). Observar não é simplesmente olhar, é preciso atenção e foco e deve corresponder aos dados que se pretende recolher/alcançar. A observação ocupou um lugar extremamente importante neste processo.

Foi aplicada o Inventário de Beck (Anexo D) de autoavaliação da depressão, com o intuito de avaliar a forma como D se sentia. O Inventário de depressão de Beck foi aplicado em quatro momentos distintos (sendo um por semana para um provável diagnóstico fidedigno), durante o período de realização da avaliação psicológica. Esta escala conta com 21 itens que fazem referência sensação de culpa, sensação de fracasso, tristeza, retração social, pessimismo, auto depreciação, autoacusações, distorção da imagem corporal, ideias suicidas, crises de choro, preocupação somática, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, indecisão, sensação de punição, perda de peso, perda de apetite e diminuição de libido (Beck Depression Inventory: Beck et al., 1961, BDI).

O Inventário Breve de Sintomas (BSI) (Anexo E), possui nove dimensões utilizadas para formar os padrões de sintomas psicológicos da cliente. As dimensões são: Somatização, Obsessivo-compulsivo, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, ideação Paranoide e Psicoticismo. O inventário possui 53 itens e uma escala de resposta tipo Likert (Canavarro & Pereira, 2017).

Para perceber melhor a personalidade da cliente foi utilizado o MCMI-II (Inventário Clínico Multiaxial de Millon) (Anexo F). É um inventário padronizado de autorrelato, composto por 175 itens, organizados em 26 escalas, que se subdividem em “*Escalas de distorção de resposta, Estilos básicos de personalidade, Perturbações severas de personalidade, Síndromes clínicas básicas e Síndromes clínicas severas*”. Foi utilizado uma base de dados da Microsoft Office Excel, para a cotação do mesmo, a pontuação vai de 1 a 115, onde 60 é considerado uma pontuação mediana (Millon, 1987).

Síntese das sessões realizadas

Primeira sessão

Na primeira sessão foi feita a devida apresentação da técnica, apresentação do consentimento informado e foi dada a explicação dos termos de confidencialidade e de partilha de informações se necessário, ou seja, caso houvesse risco de morte para D., ou para outros. D. aceitou sem questionar e assinou o termo de consentimento informado (Anexo G). Referiu estar bem e que não sabia porque havia procurado ajuda, disse que gostava de viver em Portugal e estava numa excelente fase da sua vida. Enquanto falava, a cliente mantinha a testa franzida e a cabeça baixa. Seguidamente, D. começou a chorar e após várias tentativas de verbalização, disse: “(...) *eu sei que sou diferente, ninguém me entende*” (sic). Continuou a chorar. Foi oferecido o devido espaço para chorar e foi-lhe entregue lenços de papel, e, de

uma forma empática, foi-lhe transmitido que se era esta a sua vontade naquele momento, que o fizesse, que chorasse à vontade, pois estava num lugar seguro. Quando conseguiu, verbalizou: “*sinto-me sufocada*” (sic). Ao longo da sessão, chorou em vários momentos. Quando parou de chorar, pediu desculpa, tendo sido explicado que no acompanhamento psicológico o choro é comum e após lhe ser perguntado como se sentia no fim da sessão, respondeu: “*leve, bem mais leve, não chorava desde que ganhei um par de chifres*” (sic). O tempo da sessão já havia chegado ao fim, acordamos que o acompanhamento continuaria com uma sessão semanal.

Segunda sessão

D. chegou com 18 minutos de atraso e explicou que tinha estado à espera que o marido chegasse do supermercado, para ficar com a menina. Começou por dizer que estava muito confusa em relação a tudo, “*sinto-me cansada, exausta parece que passou um camião por cima de mim*” (sic). De seguida começou a contar sobre uma cadelinha de pelo branquinho, que tinham antes de mudarem de país. Teve muita pena de não a poder trazer, referiu que a cadelinha tinha um problema no coração e não pode viajar de avião, “*eu não me despedi dela, eu não chorei, mas meu coração ficou em pedaços*” (sic). De seguida contou várias histórias em que a cadelinha foi a protagonista. Neste dia D. estava com um discurso acelerado, não fazia pausas, contava histórias, uma a seguir à outra, e, por vezes, com lágrimas aos olhos. As histórias tinham coerência e as suas expressões demonstravam emoções alternadas entre alegria e tristeza, que refletiam claramente saudades. Referiu que gostava muito de viver em Portugal, mas que sentia muita falta de sua terra natal. D. olhou para o relógio que estava na parede e comentou “*quando eu chego aqui parece que o tempo voa*” (sic) e completou: “*não parei de falar um minuto*” (sic), esboçando um ligeiro sorriso. D. não fixava os olhos nos olhos, contava as histórias olhando sempre para baixo. A sessão terminou com uma resposta de compreensão empática voltada para as emoções expressadas por ela durante a sessão.

Terceira sessão

Esta sessão aconteceu quinze dias mais tarde, pois, como a filha de D. estava constipada, foi instruída pela saúde 24 a ficar em casa. Quando entrou no consultório D. fez logo uma observação de que o relógio estava parado, “*ahh que bom, assim posso ficar aqui mais tempo*” (sic). Esboçou um pequeno sorriso e foi notório um arrepio que sentiu, pelo movimento que fez com o corpo. Fazia muitas vezes este movimento durante as sessões. Com esta observação de D. tornou-se claro a sua satisfação em estar ali, tinha aquele ambiente

como seguro. Nesta sessão começamos a responder à ficha de história clínica, devagar conforme tinha oportunidade fazia-lhe uma pergunta. Perguntei-lhe o motivo de ela vir às consultas e ela começou a falar de sua infância, antes de se mudar para a nova cidade. Falou da sua dificuldade em se socializar. Relatou que sempre quis que a mãe olhasse para ela com ternura. Mas nunca sentiu esse olhar. Pelo contrário, só cobranças e julgamentos. *“Formei-me na mesma profissão que a dela, com as minhas notas poderia ter feito qualquer outro curso, mas não, escolhi aquele”* (sic). E terminou o raciocínio dizendo: “o que ganhei com isso? Nada vezes nada, eu só queria que ela me amasse como ama os meus irmãos, só isso” (sic). Contou histórias que, nas quais, deixava claro o seu sofrimento enquanto criança. Relatou que quase todos os dias eles levavam os amigos para casa, brincavam, divertiam-se, desarrumavam a casa e D. voltava a arrumar. *“(...) ficava parada a olhar para eles, como eram felizes, como se divertiam e eu ali arrumando a casa como se fosse uma velha”* (sic). D. não era obrigada a fazer as arrumações da casa, a mãe dividia as tarefas pelos três, mas eles esperavam que ela o fizesse. E ela fazia, sem reclamar, não falava muito com os irmãos, só se eles perguntassem alguma coisa, dava-lhes respostas curtas de sim, ou não. Quando eles a chamavam para brincar, ela fugia para o quarto dizendo que tinha trabalhos da escola, mesmo quando estava no período das férias.

Quarta sessão

A sessão teve início na hora marcada, D. entrou, sentou-se sem cumprimentar. Permaneceu em silêncio por alguns minutos, o seu silêncio foi respeitado. D. balançava a perna direita sem parar e apresentava o já referido tique (como se lhe subisse um frio pelas costas) com pouca intensidade. Vestia umas calças jeans largas e uma t-shirt masculina grande, os cabelos presos sem pentear e uma mala na cintura. D. quebrou o silêncio dizendo: *“Eu não quero sentir, parece que preciso sempre de atenção e carinho e se tenho falta disto fico frustrada”* (sic). Foi-lhe mostrada percepção das suas emoções, através de uma resposta de compreensão empática, que lhe deu abertura para continuar a expressar-se. Referiu sentir-se extremamente triste, pois, a única família que tinha por perto era o marido e a filha, porém, este estava em casa, mas era como se não estivesse. *“(...) está em teletrabalho ou a jogar play station, é como se eu não existisse”* (sic). Terminou dizendo *“(...) mas para lavar, passar e cozinhar eu sirvo”* (sic). Não conseguiu fazer amigos em Portugal, mas deixou claro que nem houve tentativas. A partir do nascimento da filha, D. deixou de trabalhar, acordou com o marido, que seria melhor para a criança se um dos progenitores estivesse sempre com ela nos primeiros anos. Entretanto chegou o período pandémico e decidiram esperar ainda

mais, visto que o dinheiro que ele recebia era suficiente para que os três vivessem bem. Quando a sessão terminou, D. colocou-se de pé e afirmou: *“e eu pensava que ir ao psicólogo era igual ir ao pastor da igreja, mas afinal não... lá passavam a vida a dizer que errei, que pequei”* (sic).

Quinta sessão

D. chegou ao consultório com a filha, pedindo desculpas, mas como não queria faltar e o marido não estava em casa, teve de levar a menina. Peguei em lápis de cor e desenhos de princesas, dei à menina e esta começou a pintar, mas sempre no colo da mãe e falava-lhe sempre ao ouvido. D. começou por falar mal do pai da menina, pelo fato dele ter ido às compras e não ter voltado a tempo para ficar com a filha para que ela fosse a consulta. A menina puxava-lhe a roupa e batia-lhe na perna, sem querer, bateu na cadeira e começou a chorar. D. começou a chorar juntamente com a filha e a dar-lhe beijinhos na mão pedindo-lhe desculpas. Ao ver a mãe a chorar, a menina parou de chorar e pôs-se a fazer festinhas na cara e nos cabelos da mãe. Ofereci lenços, a menina secava-lhe as lágrimas, D. sussurrou em meio as lágrimas: *“não quero que ela cresça sem pai, como eu cresci”* (sic). Mostrei compreensão e tentei mostrar que as situações não eram semelhantes. Falamos da necessidade e da importância de a menina ir para uma escola e socializar com outras crianças. No fim da sessão, levantei-me para abrir a porta para que saíssem e a menina abraçou-me as pernas sem dizer uma palavra, voltou a agarrar a mão da mãe e puxou-a para irem embora. *“Ela sabe que você me está a ajudar”* (sic).

Sexta sessão

Nesta sessão, D. entrou no consultório e referiu que neste pouco tempo de acompanhamento psicológico havia notado uma grande mudança em si mesma, que não sabia se era boa ou má. D. referiu que não chorava há cerca de 7 anos, havia decidido que não derramaria uma lágrima por aquele homem que lhe tinha sido infiel. Contou que nesta semana assistiu a um filme que a fez chorar muito. Tinha criado um bloqueio que lhe impedia de chorar, como se o choro a fizesse parecer fraca, entretanto, a tristeza e a desilusão estava impregnada no seu olhar e nas suas ações. Contou todo o enredo do filme, detalhe por detalhe e corriam-lhe lágrimas dos olhos. Era um filme ação, de 1998, com muita morte e muito sangue, *“O resgate do soldado Ryan”*. Permanecia descontraída, não balançava a perna e não se notava o tique, estava reclinada na cadeira de maneira confortável.

Sétima sessão

A sétima sessão aconteceu trinta e seis dias depois, estiveram os três contaminados com Sars-Cov-2, em momentos diferentes. Os três sofreram sintomas ligeiros, sendo a parte mais complicada o isolamento obrigatório. Quando D. ligou para informar acerca da situação, aproveitei para a encaminhar para uma assistente social, para que lhes fosse providenciada ajuda para a compra de mantimentos e medicamentos, uma vez que não podiam sair de casa e nem tinham familiares, nem amigos a quem recorrer. D. aparentava estar mais magra e tinha grandes olheiras. Questionei a acerca disso, respondeu que não sentia prazer na alimentação e que apesar de preparar as refeições para eles, não comia. Passava todo o dia com um copo de leite e bolachas de água e sal. *“Eu sei que tou muito magra, já tou a ficar feia, pareço uma doentinha, mas não consigo comer, se eu pudesse acabava logo com esta situação, eu não queria existir”* (sic). Após uma resposta de compreensão empática sem julgamentos, D. acrescentou: *“(...) é mesmo assim, sinto me tão triste, sozinha e abandonada, mas quando fico fraca e com tonturas, faço força e como bolachas com leite”* (sic). D. não sentia prazer em alimentar-se, *“ele senta-se e come como um porco, sem dizer uma palavra, eu olho para ele e vem-me as lembranças de como fomos felizes e deixo de conseguir comer”* (sic).

Oitava sessão

D. chegou no consultório referindo ter uma novidade para contar, mas sem expressar qualquer emoção. Naquela semana havia procurado e encontrado uma escola para a filha. Falou muito sobre a escola especificando cada qualidade, cada detalhe e em como se sentiu bem ao falar com a diretora da escola. Sentiu-se bem recebida, bem tratada e reconheceu o quanto foi bom conversar com alguém. A menina estava muito contente, era uma escola bonita onde as crianças tinham acesso a animais e plantas. *“Já estava mais que na hora sabe, agora vou procurar um trabalho e cuidar de mim”* (sic). A sessão terminou com um feedback geral de tudo aquilo que ela havia dito e explicado, apesar das palavras de satisfação ditas por ela, eu não tinha conseguido notar nem uma emoção, no que ela disse: *“Tenho medo, sei que é o certo, sei que ela precisa disto e eu mais ainda (...)”* (sic). D. estava receosa, pois a filha até àquele momento esteve sempre com ela. Mas estava decidida, que era hora de a criança socializar.

Nona sessão

D. entrou no consultório e sentou-se, trazia vestido o mesmo estilo de roupa do costume e os cabelos mal penteados. Depois referiu logo que era o aniversário de sua mãe e que já lhe tinha ligado por vídeo chamada e dado os parabéns. *“A minha mãe diz que fui uma*

bebé independente, que eu não precisava tanto dela (...)” e concluiu dizendo: “já os dois mais novos precisavam sempre dela pra tudo, ela dizia que soube logo que eu era ruim como o meu pai” (sic). D. conta ter ouvido a mãe contar isto às vizinhas muitas vezes, “é duro ouvir, sabe? Afinal o meu pai não valia nada e eu sou igual a ele?” (sic). Chorou profundamente, até começar a soluçar. Sessou o choro e continuou a contar histórias da sua mãe, referindo que nunca se sentiu amada, mas que também não se lembrava de demonstrar afeto pela mãe.

Décima sessão

Fui instruída pela orientadora do estágio para propor uma avaliação psicológica, para perceber melhor as suas limitações e o seu estado clínico. Ela aceitou prontamente, perguntando do que se tratava ao certo. A seguir à explicação, ela recebeu uma chamada da escola da filha. Paramos a sessão. A menina estava com muita tosse e teria de ser levada para casa. D. saiu extremamente nervosa e a correr.

Décima primeira sessão

D. começou por dizer que a filha estava bem e já tinha voltado a frequentar a escola. Relatou que a menina estava a adorar a escola e que já tinha feito amizades. Começou por preencher o BDI (Beck Depression Inventory), porém, era notável a sua inquietação. Referi que pude observar que ela pareceu estar preocupada e ansiosa. Parou de preencher o teste, levantou a cabeça e, pela primeira vez, olhou-me nos olhos, por poucos segundos voltando a desviar o olhar. Suspirou profundamente, “*Ontem fiz 11 anos de casada, nos outros anos fazíamos sempre uma festinha... acho que seria melhor se ele saísse logo de casa*” (sic). Prosseguiu contando pormenores acerca das festas que faziam e das prendas que trocavam. “*Eu pensei que era pra sempre... eu fiz tudo certinho e não serviu de nada*” (sic). De súbito, agarrou na caneta, pediu desculpas e quis continuar a preencher o inventário. Deixei-a à vontade para fazer na próxima sessão, se assim o preferisse, pousou novamente a caneta e continuou a falar acerca do casamento. Vinham-lhe sempre lágrimas aos olhos, as pernas esticadas e a cabeça baixa. Esteve durante toda a sessão a olhar para os pés e a contar detalhes de sua vida íntima.

Décima segunda sessão

Nesta sessão continuamos o preenchimento do BDI, mas a cada grupo de afirmações, D. chorava, não conseguindo concentrar-se. Por ter observado a sua inquietação e tristeza, consenti que acabasse de preencher os testes (BDI e MCMI-II) em casa. Ela parou e começou

por dizer que não tinha tido coragem nem para atualizar o seu curriculum e que a vida fora de casa a assustava muito. Falou sobre os seus receios e disse que entendia a necessidade de voltar a ter a sua independência. No fim da consulta estava decidida a começar a enviar currículos.

Décima terceira sessão

D. trouxe e entregou-me os testes todos preenchidos. Aproveitamos para preencher o último que faltava, o BSI. Logo a seguir, ela começou a contar algo que a tinha deixado desconfortável. Apanhou o uber para levar a filha a uma consulta de rotina com o pediatra e foi abordada pelo motorista: “(...) *eu estava com a minha filha, gente de Deus, com a minha filha, quando paramos, o motorista saiu, abriu-nos a porta, deu-me um papel e disse-me baixinho: liga-me, és linda, simpática, um borracho, eu estou apaixonado. Eu peguei o papel e sorri, é que nem posso acreditar que fiz isso, eu, eu sorri e guardei o papel*” (sic). D. sentiu-se bem ao ser elogiada por aquele homem, mas estava confusa porque via a sua atitude de pegar o papel e sorrir, como sendo pecado. Nesta sessão a cliente falou acerca de detalhes de sua vida sexual, realçando sempre que o marido tinha sido o único homem que ela conheceu intimamente. Mostrava-se tensa, a gesticular os braços e a passar a mão pela cara inúmeras vezes, a cabeça baixa a olhar para os pés.

Décima quarta sessão

D. chegou ao consultório com quarenta minutos de atraso e bastante desorganizada, a sessão tem a duração de cinquenta minutos, portanto, tivemos apenas dez minutos. Foi observado que ela estava com olhos fundos e com olheiras, aparentava não ter dormido, os tiques eram frequentes e balançava a perna direita sem parar. Pediu desculpas pelo atraso e explicou que teve uma discussão com o marido na noite anterior. Contou detalhes do desentendimento e explicou que ele não queria que ela trabalhasse, “*ele já não é meu marido, vivemos na mesma casa, mas já não dormimos juntos, portanto, a opinião dele não me interessa, devia era sair logo de uma vez*” (sic). A cliente estava indignada e o seu maior desejo era que o marido saísse depressa de casa, aquela situação era desconfortável para ela. D. tinha o marido sempre em casa, o que dificultava o seu processo de luto face ao divórcio, pois tinha a falsa sensação de que as coisas ainda iam melhorar entre eles.

Décima quinta sessão

A cliente referiu que durante a semana, tentou vestir as suas roupas e ficaram demasiado largas, entramos então no tema “alimentação”. D. contou como era antes e como

adorava certos tipos de alimento. Falou de sua inquietação por estar tão magra e explicou que não se sente bem com o corpo que tem, “(...) *sim, sinto-me triste cada vez que me olho ao espelho, parece que vou voar com o vento*” (sic). D. chegou à conclusão de que a presença do marido é que lhe tira a fome. Saiu do consultório disposta a experimentar comer sozinha. Acordamos que D. faria as suas refeições com a sua filha e que não o esperariam para comer, fosse qual fosse a refeição. Sentia-se insatisfeita consigo mesma e queria lutar para ser uma pessoa melhor “(...) *não quero ser assim, pela minha filha, quero ser uma pessoa melhor (...)*” (sic), D. queria caminhar em direção à Hipercomplexidade.

Décima sexta sessão

A cliente chegou ao consultório com cinco minutos de atraso, esboçando um ligeiro sorriso “*não, não chega a ser felicidade, mas parece que me sinto menos triste, porque eu consegui, atrasei-me porque passei na padaria e comi um bolo, nunca tinha feito isso aqui em Portugal*” (sic). Esta pequena atitude, de entrar e comer um bolo, foi um grande progresso para a cliente, pois ela percebeu que pode, que é capaz. Contou histórias que aconteceram antes de se casar, de quando saíam para comer bolos. Referiu que o marido sempre foi um grande apreciador de doces, “*desde que ele me colocou os chifres, nunca mais saímos para comer bolos e doces, porque eu não quis*” (sic). No fim da sessão, D. chegou à conclusão de que precisava voltar a cuidar de si mesma. Arranjamos estratégias para que ela o conseguisse, começando devagar, com um passo de cada vez, D. decidiu começar por arranjar as unhas.

Décima sétima sessão

A cliente chegou à hora prevista, vestia basicamente as mesmas roupas do costume, mas tinha as unhas tratadas e pintadas de rosa-claro. Trazia o relatório da avaliação psicológica, mas D. recusou-se a ouvi-lo, não quis saber o resultado “*eu já sei que estou mentalmente doente, não quero ouvir*” (sic), a sua decisão foi respeitada. Apresentou apenas um tique durante toda sessão. E este aconteceu quando falou acerca do divórcio. “(...) *quero tanto que ele saia depressa de casa, sei que a minha filha vai sofrer, mas será melhor assim*” (sic). D. fixou o seu olhar no meu durante alguns segundos, enquanto contava satisfeita que jantava mais cedo com a filha, enquanto o marido ainda estava a trabalhar. Foi um grande progresso, a cliente começou a reconhecer que também tinha culpa em toda aquela situação, “(...) *a culpa também é minha, porque quando eu soube dos chifres, eu devia ter me separado, eu já sabia que não ia resultar, perdoei, mas nunca mais fui a mesma, perdi o brilho*” (sic). Satisfeita com o seu progresso a cliente referiu: “(...) *nem sei porque continuei*

a comer junto dele (...)” (sic). Falou motivada acerca do seu peso e disse que já lhe passara pela cabeça sair para comprar roupas novas, roupas diferentes das que usava habitualmente.

Décima oitava sessão

Sempre que falava de sua infância e adolescência, a cliente chorava bastante. Expressava sofrimento e muita mágoa. Contou alguns acontecimentos da sua adolescência, frisando detalhes quanto à rigidez das doutrinas da igreja que frequentava. Chegou à conclusão que teve uma vida em função do que os outros achavam ou queriam, “*(...) olhando pra trás parece que nunca fiz nada por mim, sempre pelos outros, até o meu casamento não foi pela minha vontade, fui praticamente obrigada a casar, porque não era permitido namoros longos*” (sic). Após uma resposta de compreensão empática abordando todos os sentimentos expressados por ela, a cliente disse: “*(...) cheguei a pensar várias vezes que ninguém me entendia*” (sic).

Décima nona sessão

D. chegou à hora prevista, olhou-me nos olhos e disse “boa tarde”. Após sentar-se, começou a contar como tinha sido a sua semana, referindo ter enviado alguns currículos. Não teve nenhum tique durante toda a sessão e olhou-me nos olhos mais vezes que o habitual. Esteve toda a sessão a falar da sua mãe, lembrando que fez o mesmo curso que ela, para que ela se orgulhasse. Relembrou o dia da sua formatura aos detalhes, frisando que a mãe estava feliz, mas que não lhe deu nem um abraço, nem os parabéns. Contou outras histórias e por fim disse: “*agora eu consigo entender, a minha mãe via em mim o meu pai e cada vez que dizia que eu tinha os mesmos defeitos dele, eu me esforçava para ter*” (sic). D. deu um exemplo de quando tinha seis anos, subiu a uma cadeira para pegar os pratos, escorregou e caiu, partindo alguns. A mãe comparou-a ao pai, pois este partia a loiça quando estava embriagado. A partir daí D. passou a partir a loiça propositadamente, porque pensava que esta era a vontade de sua mãe, que ela se parecesse com o seu pai, “*(...) todas as semanas partia um copo, ou um prato, mesmo de propósito*” (sic).

Vigésima sessão

D. trazia vestido um calção curto (pouco acima dos joelhos), uma camisa e uma sandália alta. Estava muito elegante e bonita, tinha os cabelos penteados e olhos pintados. D. relatou que após deixar o carro no estacionamento e caminhar a pé até o local da consulta, sentia-se bem consigo própria, mas sentia um medo profundo e um aperto no peito, como se estivesse a fazer algo errado. Foram tantos anos a conviver sob o julgo das doutrinas,

juízos e preconceitos, que D. se sentia oprimida com o uso de determinado tipo de roupa. A cliente falou bastante sobre os seus sentimentos e emoções sendo sempre ouvida, compreendida e aceite quanto aos seus receios. No fim da sessão D. disse: “(...) *eu acredito em Deus, mas já não me faz sentido que ele me vá castigar, porque usei um calção curto*” (sic).

Vigésima primeira sessão

A cliente entrou no consultório com um pequeno sorriso nos lábios, tinha conseguido um emprego. O horário laboral era fácil de conciliar com os horários da filha, porém, não conseguiria voltar às consultas, “(...) *gostava de continuar, mas... eu preciso trabalhar, vai me fazer bem, num vai? Isso já é um progresso num é? Eu to muito melhor, to muito mais forte (...)*” (sic). A cliente falou acerca dos seus medos e receios.

Esta foi a última sessão com D., no dia 14 de junho.

Reflexão do caso

Foi sugerido o acompanhamento psicológico uma vez por semana, com o objetivo de se ultrapassar os vários problemas detetados: controle das emoções; humor triste; anedonia; problemas com a alimentação; luto na face ao divórcio; controle da ansiedade e dúvida sobre voltar para a sua terra. Foi realizado uma avaliação psicológica, não só, por ser parte obrigatória para a conclusão do mestrado, sobretudo também para confirmar, ou não, as suspeitas levantadas através da observação e da entrevista clínica.

D. demonstrava uma grande dependência de afeto, sentia que ninguém era capaz de a entender. Tinha percecionado os acontecimentos de sua vida de uma forma tão intensa e desajustada, que a fez perder a vontade de viver, deste modo, foi necessário colocar em prática os ensinamentos de Carl Rogers, expressados no livro Tornar-se Pessoa (1961;2009). Aceitar o outro, verdadeiramente no nosso íntimo, ao ponto de conseguir perceber as suas potencialidades e não somente os seus problemas. Entender que o cliente é capaz, com o nosso auxílio, de “tornar-se pessoa”, se não conseguirmos entender o outro, como alguém que tem em si a força para a mudança, a relação estará dificultada, pois o próprio cliente poderá sentir-se como incapaz e que nem o próprio técnico ou terapeuta acredita nas suas capacidades. Se conseguirmos proporcionar uma relação com o outro, com empatia, sem julgamentos e sem reservas, o outro terá que ser capaz de aproveitar essa relação para o seu crescimento e desenvolvimento pessoal (Rogers, 2009).

Durante todo o processo foi respeitado o tempo da cliente, procurando sempre ouvir, compreender e aceitar tudo aquilo que ela trazia. Roger, no seu livro “Terapia centrada no cliente”, escreveu um capítulo onde apresenta dezanove proposições na tentativa de explicar a Teoria da personalidade e da conduta. Estas afirmações foram feitas e reformuladas, tendo como referência as suas consultas clínicas. Dito isto, tornou-se pertinente uma avaliação clínica do caso de D., segundo a Teoria de Carl Rogers, acerca da personalidade, apresentada na forma de proposições (prop.), na tentativa de explicar e entender melhor o comportamento de D.

O mundo de D. está em permanente mudança e ela tem a percepção da sua existência no mundo, bem como, da forma como percebe os acontecimentos em sua vida. Somente ela, é capaz de saber ao certo como se sente, apesar das muitas tentativas de expressão de sua realidade “(...) *não quero sentir, mas sinto, dói tanto que às vezes só quero desaparecer*” (sic). Está de acordo com Rogers (2003), prop. I, pág. 487.

A maneira de D. reagir perante as situações, está fielmente associada à forma como ela percebe e processa os acontecimentos, “(...) *eu sei que não deveria ter entrado em conflitos com os meus irmãos, ainda por cima para minha mãe, mas ficava com tanto ódio quando ela fazia comparações (...)*” (sic). A forma como ela experiencia as comparações feitas pela mãe, magoa-a de tal forma, que ela reage de forma defensiva, conforme refere Roger (2003), prop. II, págs, 478-479.

O organismo de D. reage de forma organizada, tanto o físico, quanto o psíquico. Quando há uma alteração numa das partes a outra sente e reage a essa alteração, “(...) *eu era bonita, nunca fui gorda, mas agora eu pareço um esqueleto, fico nervosa e não consigo comer*” (sic). Foi assim com D. por ela estar extremamente ansiosa, fica completamente sem apetite, o que faz com que perca peso, tal como refere Roger (2003), prop. III, pág. 491.

O organismo tem dentro de si uma força que o move e o defende de estragos e prejuízos. Se a pessoa tem plena percepção de suas escolhas e das consequências das mesmas, ela pode estar num alto limiar de desilusão e tristeza e o seu organismo luta pela sobrevivência. Para D. não era fácil alimentar-se, mas o seu organismo reagia e lutava para se manter em funcionamento. O organismo de D. reagia com tonturas e mal-estar, então ela percebia que aquele era o seu limite, “*quando me sinto fraca e com tonturas, faço uma força bem grande e como bolachas com leite*” (sic). Roger (2003), cita esta luta organizacional, na prop. IV, págs. 492-495.

A forma como D. percebe os acontecimentos por ela vividos, dita a sua maneira de pensar e reagir. Os acontecimentos passados são primordiais e podem levar a que D. tenha

determinados comportamentos. Mas é evidente que o organismo reage para satisfazer, ou minimizar a sua necessidade básica atual. A falta de alimento causa dores no estômago e tonturas. Utilizando a mesma frase escolhida para a prop. IV, podemos perceber este comportamento no organismo de D.: “*quando me sinto fraca e com tonturas, faço uma força bem grande e como bolachas com leite*” (sic). Isto para explicar a explicado por Rogers (2003), prop.V, págs. 495-497.

Existem emoções agradáveis e calmas e existem emoções que são desagradáveis e reativas. Como na prop. V, as emoções sentidas por D. estão de acordo com a sua percepção da realidade no momento presente, conjugada com suas vivências passadas. As emoções de D. são tão fortes e dolorosas que ela chega a pensar em desistir, mas nesse mesmo instante o seu organismo reage e luta pela sobrevivência, agarrando-se a uma vivência do passado, “*olhei para um caminhão, tirei o cinto e pensei em acelerar... minha mãe não ia aguentar ver a minha cara linda toda deformada*” (sic). Tirou somente o cinto, mas não acelerou, não se colocou em posição de maior perigo. Há algo dentro de D. que não a deixa desistir, como refere Roger (2003), na prop. VI, págs. 497-498.

Conseguir entender a forma como a pessoa percebe os acontecimentos vividos, não é tarefa fácil. A única forma de chegar o mais perto possível é através do quadro de referência interna da pessoa. O comportamento tido por D. de retirar o cinto, colocando-se em risco foi intencional, naquele rápido momento e a intenção era mandar-se para frente do caminhão, pois, para D. continuar a viver era inútil. D. relatou esta experiência de forma clara e detalhada, referindo emoções sentidas, sentimento de culpa, as suas razões para o fazer e as suas motivações para não o ter feito. Foi, de certa forma, tão minuciosa, que foi possível perceber através dos olhos de D. o seu campo experiencial. Estava tudo “vivo” na sua consciência, tornando facilitador o processo de transferência do seu campo fenomenal. É certo, que, as dezanove proposições de Rogers estão interligadas, utilizo, assim, a mesma frase referida, para explicar a proposição anterior: “*Olhei para um caminhão, tirei o cinto e pensei em acelerar (...)*” (sic), foi possível detetar uma parte do quadro de referência interna de D., percebendo e aceitando tanto as suas razões para cometer o suicídio, quanto à sua resiliência para não o fazer, tal como é dito por Roger (2003), prop. VII, págs. 498-501.

O campo perceptivo que acompanha e envolve D., durante toda a sua jornada, vai se modificando e formando o seu self. O sentido de self está relacionado com a “*consciência de ser, de agir*”. Quando ela nasceu não tinha o seu self desenvolvido, ela era a pura manifestação de suas necessidades. Ela era o choro, o riso e, à medida que cresce e se desenvolve, forma o seu self, ou seja, enquanto bebê, D. experienciou a fome, ou algum

desconforto e chora, ao chorar tem a sua necessidade saciada, desta forma ela começa a ganhar consciência de si. D. foi formando o self, assim como todas as pessoas, *“fazia tudo, quando ela chegava estava tudo pronto, mas ela parece que nem me via (...) só abraçava e beijava os meus irmãos”* (sic). D. tinha apenas 8 anos e esforçava-se para ter atenção, carinho e afeto sem o pedir diretamente. A forma como ela percebe estes acontecimentos poderá ter condicionado o seu self, fazendo com que D. se tornasse emocionalmente dependente dos outros, como é citado por Roger (2003), prop. XIII, págs. 501-502.

O meio onde D. cresceu, influenciou de certa forma a formação do seu self. A valorização ou a desvalorização dos comportamentos, poderá ter uma grande influência na maneira como ela se vê. D. vê-se como sendo uma pessoa fora do normal, qual será a definição de normalidade para D.? Provavelmente será aquela imposta pela mãe, pelo marido, pela religião. *“(...) eu sei que sou diferente, ninguém me entende”* (sic), tal como em Roger (2003), nas proposições IX e X, págs. 502-507.

D. ouviu desde pequena que tinha grandes semelhanças com o pai, esta experiência foi por ela ignorada, porque não fazia parte da estrutura do seu self, mas esta informação apesar de ter sido ignorada ficou guardada, *“a minha mãe diz sempre que eu sou igual o meu pai, fria, arrogante e sem sentimentos. Quem me dera que ela estivesse certa, eu queria muito não ter sentimentos, eu não quero sentir (...)”* (sic), tal como em Roger (2003), prop. XI, págs. 507-511.

A partir dos doze anos de idade D. conheceu a religião e os seus valores passaram a ser iguais aos da doutrina, desta forma, o seu conceito de self estava direcionado para o decoro, para o casamento único. Neste caso o divórcio na vida da cliente é incoerente com o seu conceito de self, o que torna difícil a sua aceitação, cita: *“(...) eu fiz tudo certo, casei virgem, fui fiel, fui uma boa esposa, então tem que ser pra sempre”* (sic), como refere Roger (2003), na prop. XII, pág. 512.

O comportamento de D. surgiu de uma necessidade não simbolizada, o seu self não teve controlo sobre esta atitude. Podemos ver na frase de D: *“eu estava com a minha filha, gente de Deus, com a minha filha, quando desci o motorista desceu abriu a porta pra nós, me deu um papel, e disse-me baixinho: ligue-me, és linda, simpática, um borracho, eu estou apaixonado. Eu peguei o papel e sorri, é que nem posso acreditar que fiz isso, eu, eu sorri e guardei o papel”* (sic). D. teve um comportamento adaptativo, que de certa forma, foi inconsciente, *“(...) nem posso acreditar que fiz isso (...)”* (sic), é como se ela quisesse dizer “eu não sou assim”. Esta necessidade orgânica inconsciente poderá ter surgido após o término da relação. Com aquela vivência, D. não conseguia perceber que era uma mulher bonita. Esta

necessidade orgânica de não se relacionar com o seu conceito de self, está de acordo com Roger (2003), na prop. XIII, págs. 513-514.

Algumas experiências de D. são por ela rejeitadas, criando um desconforto dentro de si. Existe uma discrepância na vivência, na atitude na decisão tomada e no seu conceito de self, “*nem posso acreditar que fiz isso*” (sic). D. foi invadida por uma grande tensão “*(...) adicionei no meu facebook, tenho tanta vergonha do que fiz, mas não devia ter vergonha já não sou casada, mas é errado do mesmo jeito, eu não sou assim*” (sic). D. está ansiosa, pois, de certa forma, está consciente da tensão que sente devido ao seu conceito de self adquirido como cristã, pensa que o que fez é errado, sendo considerado como um pecado, (Roger (2003), prop. XIV, págs. 514-516).

D. começou a assimilar as suas experiências distorcidas dentro do seu conceito de self: “*isso mesmo, já não me sinto culpada, ahh eu sinto-me bem quando falo com ele*” (sic). D. já consegue visualizar que, uma parte do seu comportamento e das suas atitudes, estão de acordo com uma doutrina religiosa, que permitiu que ela negasse o seu eu, Roger (2003), prop. XV, págs. 517-519.

As experiências vividas por D. são incongruentes com a sua estrutura de self, que ela rejeita tudo quando chega a pensar em desistir: “*se eu pudesse acabava com isso agora (...) escolhia ser aquele espermatozoide que perdeu a corrida*” (sic). Desistir da vida seria uma forma de defesa, pois o seu self não consegue fugir das ameaças causadas pela incongruência, que lhe causa tanto sofrimento, tal como refere Rogers (2003), prop. XVI, págs. 519-521.

Com o desenvolver das sessões de acompanhamento psicológico, D. foi ganhando gradualmente confiança e força para aceitar as mudanças do seu conceito de self, “*gosto quando ele me elogia*” (sic) e disse também “*(...) isso mesmo, já não me sinto culpada, ahh eu sinto-me feliz quando falo com ele*” (sic). Apercebendo-se da aceitação incondicional, a cliente sente-se livre de ameaça, pois desta forma não é bombardeada com afirmações acerca do certo ou errado, ficando liberta para trazer seja o que for, Roger (2003), prop. XVII, págs. 521-523.

D. passou a analisar as suas vivências, bem como exprimi-las sem receios, tornando-se capaz de aceitar e compreender com maior empatia as ações dos outros, “*agora eu consigo entender, minha mãe via em mim o meu pai, e isso fazia ela sofrer muito*” (sic). A cliente conseguiu justificar, para si mesma, as atitudes que a mãe teve para com ela, relatando reconhecer o sofrimento vivido pela mãe, quando sofreu maus tratos, vindos de seu pai, relacionando com a semelhança que tinha com ele. Dito isto, posso supor que vai ao encontro da afirmação de Roger (2003), prop. XVIII, págs. 523-526.

Com o avançar das sessões, a cliente começa a refazer dentro de si os seus próprios valores, deixando de acreditar e aceitar tudo o que lhe tinha sido imposto como certo e errado, reformulando o seu conceito de self e acabando com a tensão causada por esta incongruência. “(...) *eu acredito em Deus, mas já não me faz sentido que ele me vá castigar, porque usei um short curto*” (sic). A cliente percebe que o seu próprio organismo lhe transmite confiança para escolher os seus novos valores: “*que mal tem em casar dez vezes se for preciso? Não tem mal nenhum, não quero viver de aparências*” (sic), Roger (2003), prop. XIX, págs. 526-528.

Entrando na perspetiva do Desenvolvimento Psicoafectivo de João Hipólito, para a apresentação do desenvolvimento humano, na ACP, podemos constatar que enquanto a cliente estava a ser gerada no ventre materno, esteve exposta a um período conturbado. A mãe da cliente possuía um marido agressivo e sofria maus tratos físicos e psicológicos. A partir dos 8 meses de idade D., assim como a maioria dos bebés, tornou-se capaz de identificar o outro como um ser diferente de si. D. possuía uma grande semelhança física com o seu pai, isto fez com que a sua mãe, não conseguisse ter uma relação completa com ela. As necessidades de D. não eram bem aceites por sua mãe: “(...) *a minha mãe diz que eu fui uma bebé independente, nervosa, chorona, birrenta, nada tava bom pra mim*” (sic). Os parâmetros exigidos pela mãe de D., constatavam deste muito cedo, juízo de valores, existia uma condição para aceitação, afirmava sempre que a cliente era semelhante ao pai “*a minha mãe falava sempre que eu era fria como o meu pai, eu era pequena, daí colocava a mão na minha cara e pensava é verdade sou mesmo fria, um tempo depois foi que entendi o que ela queria dizer*” (sic). Mesmo sem perceber o que aquelas palavras queriam realmente dizer, desencadearam na cliente uma dissociação entre o que ela sentia e o que ela percecionava. Podemos supor que D. foi sujeita a um trauma nas suas potencialidades, pois a cliente teve sempre juízo de valor relativo a ela como pessoa. D. conseguiu tirar um curso superior, mas devido ao trauma psicossocial, tem muita dificuldade nas relações interpessoais, tornando-se dependente de quem conseguir ter/merecer o seu afeto. O locus de controlo de D. era externo (“*eu não gostava de vestidos, mas a minha mãe queria que eu os usasse sempre, e eu usava*” (sic)), permaneceu durante a adolescência (“*a igreja não permitia namoros longos, então tive que casar*” (sic)) e idade adulta, a cliente culpava o seu marido pelo estado em que ela se encontrava. Culpava-o por estar demasiado magra “*ele senta e come feito um porco, sem dizer uma palavra, eu olho para ele e vem as lembranças e não consigo comer*” (sic), culpava-o pelo fim da relação “*perdoei os chifres e ele vem me dizer que não tem mais*

química, como assim? Eu perdoei os chifres (...)”. Nesta época D. possuía um locus de controlo externo, ou seja, tudo o que lhe aconteceu era considerado por ela como tendo razões externas. O locus de controlo externo prejudica de tal forma a cliente, a ponto de fazer com que ela não consiga seguir normalmente com a sua vida. Após esta perceção foi necessário o seguimento das sessões, baseado nas já referenciadas “*seis condições necessárias e suficientes*”, procurando corrigir o défice alimentar, referenciado pela cliente. Com o avançar das sessões a cliente começou a atribuir a culpa do término do casamento, não somente ao marido, mas também a ela mesma, “*(...) a culpa também é minha, porque quando eu soube dos chifres, eu devia ter me separado, eu já sabia que não ia resultar, perdoei, mas nunca mais fui a mesma, perdi o brilho*” (sic). A cliente entende então que, o que acontece em sua vida, tem a ver com ela própria e não somente com o que é externo, “*(...) sim, sim, é tristeza, magoa, desgosto, fico com um nó na garganta e a comida não desce, mas se não o vejo, como normalmente. Nem sei porque continuei a comer junto com ele (...)*” (sic). Houve uma alteração no seu locus de controlo, passando de externo, para interno, esta alteração é muito importante pois está ligada ao seu fortalecimento, ao seu poder, para ser e fazer o que quiser. D. possui dentro de si, a força atualizante, referenciada por João Hipólito (2011) como Tendência à Hipercomplexidade. A cliente procura ser uma pessoa melhor, “*(...) não quero ser assim, pela minha filha quero ser uma pessoa melhor (...)*” (sic). Apesar de tudo o que vivenciou durante a vida, a cliente luta para sair de onde está, para caminhar para o auge das suas potencialidades.

Caso clínico II

Identificação pessoal

M. tem 29 anos, é do sexo feminino, tem o 12º ano de escolaridade, nasceu na América do sul. É filha única, a sua mãe tem 62 anos é reformada e o seu pai faleceu há 2 anos vítima de um ataque cardíaco. É casada há 5 anos com R., de 36 anos, pintor de profissão.

Motivo da consulta

Procurou ajuda por insistência do marido, que referia que desde que se mudaram para Portugal, M. tinha mudado muito: “*(...) claro que sou a mesma, ele é que tá doido*” (sic). M. apresentava dificuldade de adaptação, ansiedade, diminuição da atenção, diminuição da libido, irritabilidade e dificuldade face ao luto (pai).

Anamnese Biográfica e História Familiar

M. é filha única e refere que em momento algum da sua infância se sentiu sozinha, quando pequena brincava muito com os primos e vizinhos. Tinha uma afinidade maior com o pai, que lhe fazia as vontades e brincavam juntos, “*a minha mãe nunca brincava, mas meu pai...ui ui, fazia tudo que eu queria*” (sic). Refere ter tido uma infância normal sem grandes problemas. O único episódio que M. referiu como perturbador na sua infância, foi quando ela e a sua família mudaram de cidade, porque o pai havia sido selecionado para um bom emprego. Isto aconteceu quando ela tinha 11 anos, o que provocou o seu afastamento de todos os amigos. O pai explicou a razão da mudança e M. entendeu e aceitou. Não sentiu dificuldades em fazer novos amigos, em menos de dois meses já fazia parte de um novo grupo. Ali, conheceu a sua melhor amiga, eram da mesma idade e tinham muitas outras coisas em comum. Teve muitos namorados durante a adolescência, mas só se apaixonou verdadeiramente quando conheceu R.. Namoraram durante 8 anos e decidiram casar. M. trabalhava por conta própria, tinha uma loja de roupa feminina. Já na vida adulta, M. referiu vários desentendimentos com familiares e com a sua melhor amiga (“*ex-melhor amiga*” (sic)). Um dos principais acontecimentos referidos por M., aconteceu no dia do seu casamento, quando a sua melhor amiga, por motivos profissionais, não compareceu ao evento. A cliente ficou tão magoada, que não voltou a falar com a amiga, não conseguia perdoá-la: “*esta minha ex-melhor amiga, que eu te falei, era pra ser minha madrinha, eu não coloquei outra no lugar dela, só assinou o padrinho*” (sic). O rompimento do laço, com a melhor amiga, deixou marcas profundas em M.: “*fazíamos tudo juntas, até planeamos ser vizinhas depois de casadas*” (sic). M. e seu marido, queriam muito um filho, porém, M. teve dois abortos espontâneos. A primeira gestação teve a duração de 5 semanas e o embrião parou de desenvolver. A segunda gestação teve a duração de 4 semanas. Ambos aconteceram espontaneamente, sem necessidade de intervenção cirúrgica. Um ano depois do falecimento do pai de M., decidiram imigrar para tentar uma vida melhor, pois o seu marido estava desempregado há 6 meses, “*foi uma decisão difícil, acho que no fundo eu não queria*” (sic) e continuou dizendo: “*vendi a minha loja com tudo, quem comprou ficou com um bom ponto, eu tinha muitas clientes*” (sic). Atualmente M. trabalha como empregada de balcão e mesa e mesmo com a pandemia nunca esteve sem trabalho. O marido de M. também se encontra empregado, a trabalhar como pintor numa grande empresa, o que os deixa numa situação financeira estável.

Dados da Observação

M. apresentou-se na primeira consulta com um aspeto desleixado, roupas simples (ganga, t-shirt e ténis bem gastos). Possui estatura alta e aparenta ter um peso adequado para a sua altura. Não revela nenhuma dificuldade de locomoção. Possuía um discurso coerente, mas com linguagem incorreta, apesar de perceptível, por vezes falando demasiado depressa. Tem um humor lábil, revelando alguma ansiedade. A sua atitude inicial, face ao acompanhamento psicológico, era de desinteresse total, estava ali por insistência do marido. Esta atitude de desinteresse alterou-se com o desenvolver das sessões.

Síntese das sessões realizadas

Primeira sessão

Apresentei-me como técnica. M. interrompeu-me e disse que não precisava, que estava bem. Estava de cabisbaixo, como se estivesse muito envergonhada, encontrava-se completamente na defensiva. Era visível nas expressões e nos gestos da cliente a sua insatisfação em estar na consulta. Demonstrei percepção desse descontentamento, através de uma resposta de compreensão empática que abarcou suas emoções e sentimentos, isto fez com que a cliente se sentisse livre para falar do seu desagrado, “(...) *nem sei porque vim, eu não sou louca...*” (sic). M. referiu ter sido praticamente obrigada pelo companheiro e que, para ela, não fazia nenhum sentido estar ali. Houve a necessidade de esclarecer a cliente, deixando claro o que era o acompanhamento psicológico, desmistificando as questões da loucura. M. acreditava que ir ao psicólogo era somente para quem tivesse problemas mentais graves “(...) *eu sei que psicólogo é coisa de maluco mesmo*” (sic). No fim da sessão a cliente ainda não tinha certezas acerca do acompanhamento psicológico, referindo que gostaria de ir a uma próxima sessão, para decidir se queria dar seguimento às consultas. Por questões laborais a cliente quis marcar para 15 dias depois.

Segunda sessão

A cliente chegou com um ar exausto e tinha um aspeto desleixado, usava calções largos e chinelos “...*é isso mesmo, to muito cansada, eu só vim porque fiz o compromisso com você viu, porque na verdade eu não queria vir não*” (sic). Referiu ter trabalhado 14 dias seguidos sem folga, “*são muitas horas em cima das pernas, pra lá e pra cá e as portuguesas vão fumar toda hora*” (sic). M. seguiu a contar histórias acerca do trabalho, falou das colegas e das confusões que causavam, “(...) *aquela sim precisa de psicólogo, é completamente maluca*” (sic). M. referiu que o gerente da loja é de nacionalidade portuguesa, “*Esses portugueses não gostam de imigrantes não, só contratam porque agente trabalha bem*” (sic).

M. demonstrava dificuldades de adaptação. Calou-se por aproximadamente 30 segundos e disse que o marido é que precisava de tratamento e não ela. Foi novamente explicado à cliente tudo acerca do acompanhamento psicológico e dos seus benefícios deixando-a fazer a sua escolha livremente. Após a explicação M. referiu que uma colega do trabalho gostava muito de ir a um psicólogo e que ela havia indicado a IAE. No fim da sessão, a cliente ainda não estava certa quanto a dar continuidade ao acompanhamento, mas optou por marcar para quinze dias depois, porque o marido insistia que ela continuasse. *“eu acho que eu não preciso disto, mas não quero aturar ele me enchendo o saco”* (sic).

Terceira sessão

A cliente trazia vestido a farda do trabalho, com alguns salpicos de chuva, demonstrava tristeza no olhar e quando fiz a observação acerca disto, respondeu: *“já viu como está o tempo hoje, esse frio e esta chuva horrível”* (sic). Após uma resposta de compreensão empática, a cliente suspirou profundamente e disse que não queria estar ali, *“Eu não preciso disto, eu não sou maluca...”* (sic), a resposta foi de compreensão e aceitação, explorando os sentimentos de vergonha, angustia, raiva e de tristeza por estar ali. A chuva fez barulho na janela e a cliente referiu ter se lembrado do dia do seu casamento, por também ter chovido muito. Contou especificamente acerca de um desentendimento com uma amiga, de como eram amigas e dos bons momentos que passaram juntas. Desde então, cortou relações e nunca mais se falaram.

Quando se falava em emoções, pelo facto de se sentir triste e magoada, respondeu *“(...) ela sente minha falta até hoje com certeza, a gente era muito unida”* (sic). M. não consegue ter acesso aos seus próprios sentimentos e emoções, conta histórias que a magoaram, mas ainda não é capaz de reconhecer os seus próprios sentimentos. No fim da sessão a cliente concordou em fazer o acompanhamento e ficou acordado fazerem-se sessões quinzenais.

Quarta sessão

M. trouxe para esta sessão, situações que a perturbavam, mas não estava consciente disto. Relatou que o marido conhecia muitas pessoas, que convivia e falava bem com todos: *“com ele toda gente fala, mais pra mim nem um bom dia, também não to nem aí, só viro a cara pro lado e ignoro”* (sic), *“(...) não têm nada contra os imigrantes homens, mas as mulheres... huuu não gostam de jeito nenhum”* (sic). A sessão seguiu com respostas de compreensão empática, mas a cliente negava as emoções transparecidas. *“Não fico nada triste, não me aquece nem me arrefece”* (sic).

Quinta sessão

Nesta sessão a cliente trouxe uma situação que aconteceu no seu trabalho. Não gostava do gerente e não concordava com a sua forma de agir. Demonstrava nervosismo e indignação, mas não sabia perceber estas emoções: *“não tenho nada contra ele, mas lá ninguém gosta dele, ele não sabe ser chefe”* (sic). Contou várias situações vivenciadas pelas suas colegas de trabalho.

Sexta sessão

M. chegou no consultório com cinco minutos de atraso, antes de responder ao cumprimento recebido, começou a reclamar que estava muito calor: *“(...) tá um calor dos infernos”* (sic). Continuou a falar do tempo, dizendo que não gostava do verão, nem do inverno, nem do outono e muito menos da primavera por causa das alergias. Continuava muito rígida e sem reconhecer a necessidade do acompanhamento: *“ele diz que eu estou melhor e que eu tenho que continuar, mas é claro que ele tá doido porque eu to exatamente igual”* (sic). A sessão seguiu com M. a contar as peripécias do marido, como por exemplo: *“pedi pra ele ir comprar ovos, porque ia fazer um bolo, trouxe muitas outras coisas menos os ovos, fiquei fodida de raiva”* (sic). *“(...) tinha o celular na mão e andava desesperado pela casa a procura dele, é burro como uma porta”* (sic). Ora ria, ora franzia a testa e balançava a cabeça desagradada.

Sétima sessão

Ao iniciarmos a sessão, a cliente referiu que teria de sair mais cedo, pois tinha uma consulta marcada no centro de saúde. *“Eu não queria que fosse nesta hora, mas não sou eu que marco, é a hora que eles querem e pronto”* (sic). Depois continuou, *“é uma consulta de...”*, fez uma pausa, como se estivesse arrependida do que ia dizer, *“normal, de rotina mesmo”* (sic), baixou a cabeça, olhou para a porta, para cima e para o candeeiro. Era notável que era um assunto que a incomodava. Respeitei o seu silêncio por aproximadamente 30 segundos, *“Eu não gosto de médicos, seja qual for”* (sic). Prosseguiu contando sobre quando o seu pai esteve no hospital antes de falecer. No rosto de M. havia uma expressão de tristeza e mágoa. *“Não, não, triste eu? Não. Já passou, já morreu, não dá pra fazer mais nada”* (sic). A cliente baixou a cabeça, levantou-se e disse que estava na hora de sair para não se atrasar.

Oitava sessão

Nesta sessão a cliente trouxe novamente histórias sobre o seu trabalho. Contou situações em que o gerente foi desagradável com as suas colegas. Uma delas não aguentou e

demituiu-se. A cliente parecia chateada com esta situação, “*agora a moça ficou sem trabalho por culpa daquele idiota*” (sic). Falou muito acerca desta colega, demonstrando preocupação, suspirava e levava a mão a cabeça: “*o gerente é português sabe, é bruto, grosso, não sabe falar*” (sic).

Nona sessão

M. chegou no consultório com 15 minutos de atraso, pediu desculpas e explicou o motivo do atraso. Atrasou-se por estar a espera que um grande caminhão desobstruísse a passagem, o mesmo estava em dificuldades para fazer uma manobra: “*Se não sabe dirigir um carro tão grande não devia pegar*” (sic). M. continuava sempre pronta a julgar tudo e todos e jamais falava dos seus sentimentos, em momento algum disse que estava preocupada por se atrasar, ou que se tivesse saído mais cedo de casa teria evitado tal constrangimento. A cliente cruzava e descruzava as pernas inúmeras vezes. Trazia vestido a roupa do costume, jeans e t-shirt e calçava uns ténis bastante gastos.

Décima sessão

Nesta sessão M. partilhou histórias sobre o seu pai, “*hoje completa 2 anos que ele faleceu*” (sic). Relembrou histórias da sua infância. Contava com emoção e entusiasmo as brincadeiras com o seu pai: “*ele era tão teimoso e mesmo tando errado ele continuava a teimar, vê eu sou assim por culpa dele*” (sic). Ainda na defensiva, mas já começava a falar um pouquinho mais acerca de si mesma.

Décima primeira sessão

M. chegou à hora marcada, demonstrava estar furiosa. Após cumprimentá-la, disse-lhe que havia notado que ela parecia estar furiosa, com raiva ao que ela me respondeu: “*não é só raiva não, é ódio mesmo, eu odeio aquele filho duma égua...*” (sic) e contou toda a história que se havia passado no seu local de trabalho. Havia tido uma grande discussão com o gerente, “*veio chamar minha atenção sem eu ter culpa nenhuma, na frente até dos clientes, odeio que gritem comigo, mais eu não fiquei calada (...)*” (sic). M. gesticulava com força e contou toda história com muita expressividade. Foi a primeira vez que falou sobre as suas emoções.

Décima segunda sessão

M. trazia um vestido cor-de-rosa clarinho e os cabelos soltos, bem diferente das habituais calças de ganga e t-shirt. Cumprimentei-a e aproveitei para elogiar o seu novo visual. M. referiu que queria mudar, “*Eu quero mudar, quero me sentir bem comigo, eu gosto*

de viver aqui, nem sei porque que me sinto assim...” (sic). Começou a falar acerca do seu trabalho atual, lembrando do quão difícil foi quando começou. Refere ter tido alguma dificuldade na língua, “*(...) falam muito rápido, daí não entendo quase nada*” (sic). A sua principal dificuldade no trabalho é o gerente, que ela refere como sendo “*mal educado e grosso*” (sic).

Décima terceira sessão

Nesta sessão M. trouxe situações que aconteceram entre ela e as vizinhas. Contava e recontava os acontecimentos, como se os tentasse decifrar. Sentia-se discriminada por ser estrangeira, mas apercebeu-se de que tinha sempre a mesma atitude ao ver as senhoras, virava a cara para o outro lado, portanto, acordamos em fazer uma mudança de atitude e ver o que acontecia. “*Eu gosto de viver aqui, mas não percebo porque que me sinto assim (...)*” (sic). A cliente saiu do consultório disposta a cumprimentar as vizinhas quando as visse.

Décima quarta sessão

M. entrou no consultório, sentou-se e começou a falar sem pausas acerca de suas brigas com o seu marido. Ele tinha um grande desejo de ser pai e M. tinha medo, pois havia sofrido dois abortos espontâneos nos quais a cliente descreveu como sendo perturbadores: “*(...) foi tão estranho, num dia eu estava feliz porque ia ser mãe e no outro tudo acabou*” (sic). Este episódio aconteceu há 2 anos e o segundo aborto ocorreu 3 meses depois do primeiro. Os médicos consideraram como sendo natural, sem explicação aparente. M. decidiu não tentar por uns tempos e, por este e outros motivos menores, as brigas entre ela e o marido eram constantes: “*Fervo em pouca água é verdade, mais ele também não ajuda, sai e me deixa falando sozinha*” (sic).

Décima quinta sessão

M. cumpriu com o combinado e estava contente pois havia tirado a má impressão que tinha acerca das vizinhas: “*agora sempre que me vê ela fala comigo, antes eu virava a cara pro lado*” (sic). Não só cumprimentaram, como pararam para falar um pouquinho. As vizinhas já eram idosas, fizeram-na lembrar da mãe e conseqüente do pai, “*(...) é isso aí, acho que to triste (...)*”, suspirou, “*(...) porque ele disse para eu não ir ao hospital, daí eu não me despedi dele, a culpa foi dele (...)*” (sic). A cliente não se perdoava a si mesma, nem ao seu pai, isto impedia que ela fizesse o luto.

Décima sexta sessão

M. chegou muito elegante, trazia um vestido preto às bolinhas brancas e uma fita nos cabelos a combinar com o vestido: “(...) *me sinto mais jovem, parece que rejuvenesci dez anos*” (sic). A cliente sentia-se bem e era notável na sua aparência, falava muito das suas emoções e sentimentos, “(...) *aaah fiquei triste, magoou mesmo fundo ela tinha que ter ido ao meu casamento*” (sic). Estava decidida a procurar a amiga e resolver o problema do passado, que fez com que elas se afastassem, apesar do longo caminho que ainda há a percorrer, entre a decisão e o ato propriamente dito.

Décima sétima sessão

M. entrou no consultório com um grande sorriso, os seus olhos brilhavam. Após eu ter feito a observação da compreensão de suas emoções naquele momento, M. respondeu: “*sim, tem razão, é que nem me aguento de felicidade, ainda não contei pra ninguém, to grávida*” (sic) e terminou dizendo, “*Eu sinto, desta vez é diferente, desta vez vai dar certo...*” (sic). Esta foi a última sessão com M..

Na semana seguinte M. telefonou, agradeceu e disse que se sentia bem e que já não precisava continuar.

Reflexão do caso

O caso clínico II teve início a 4 de novembro de 2020 e findou ao 6 de julho do corrente ano, com um total de dezassete sessões quinzenais, com a duração de 50 minutos cada uma. A análise deste caso, está em concordância com o livro “*Tornar-se pessoa*” de Carl Roger, nomeadamente no capítulo VII, “*A psicoterapia considerada como um processo*”, Roger percebeu que uma das condições necessárias para a mudança é a pessoa se sentir aceite, pois, quando se sente julgada, aciona as suas defesas e “*fecha-se*”. Roger observou comportamentos e agrupou-os, construindo um “*modelo*” constituído por sete etapas. Um processo que vai desde a primeira etapa, onde o indivíduo está bloqueado e neurótico até à sétima e última etapa, que seria a de um funcionamento ótimo, onde o indivíduo atingiria o limiar de suas potencialidades. M. chegou ao consultório visivelmente na primeira etapa, estava completamente rígida, os problemas eram sempre externos “(...) *aquela sim precisa de psicólogo, é completamente maluca*” (sic). Falava sempre no passado e nunca falava de si mesma. Não conseguia falar dos seus sentimentos e emoções, “(...) *ela sente minha falta até hoje com certeza, agente era muito unida*” (sic). M. estava completamente bloqueada e estava sempre na defensiva. A cliente era facilmente

influenciável pelo mundo: “já viu como está o tempo hoje, esse frio e esta chuva horrível (...)” (sic), tudo era motivo para alterações no seu humor. M. aparentava ser muito ortodoxa e cheia de preconceitos “não gosto desse tipo de gente” (sic). Tal como em Roger, capítulo VII, do livro “*Tornar-se pessoa*”, p. 150.

Aproximadamente na décima sessão foi possível observar que a cliente entrou na segunda etapa. M. continuava a vir às sessões por obrigação, “*meu marido disse que: ou eu tentava ser ajudada ou ele ia se separar de mim*” (sic). A rigidez ainda se mantinha, os problemas continuavam sendo externos, mas a cliente já começava a aceitar que aquele problema, por alguma razão, tinha a ver com ela. M. não consegue acessar aos seus sentimentos, mas descreve situações externas para falar de si. “*Fervo em pouca água é verdade, mais ele também não ajuda, sai e me deixa falando sozinha*” (sic). Nesta etapa M. ainda não é capaz de ver o desenvolvimento como sendo parte dela, tal como refere Rogers, capítulo VII, do livro “*Tornar-se pessoa*”, p. 152.

Na terceira etapa, pôde-se notar que o passado começou a ser deixado para trás, M. ao falar, apesar de não evidenciar o tempo presente, propriamente dito, já foi notável a presença do uso da linguagem na primeira pessoa, “*eu acredito que eu sou assim porque o meu pai também era assim*” (sic). O passado ainda está muito presente, mas a cliente já consegue falar de si mesma como sendo parte das situações, esta etapa é marcada por este misto de aceitação. M. ainda está muito insegura, mas este passo já é um grande progresso, sendo que deste ponto, até que a cliente entenda e aceite as suas incongruências é um longo período, como descreve Rogers, capítulo VII, do livro “*Tornar-se pessoa*”, p. 156

Na quarta etapa, o “eu” de M. já se encontra mais fortalecido, a cliente consegue falar de si, tem desejo de mudança, mas tem medo. A linguagem de M. já está com maior frequência na primeira pessoa. “*(...) é isso aí, acho que to triste (...)*”, suspirou, “*(...) porque ele disse para eu não ir ao hospital, daí eu não me despedi dele, a culpa foi dele...*” (sic), há uma maior aceitação de seus sentimentos, mas ainda é refletido no outro, como refere Rogers, capítulo VII, do livro “*Tornar-se pessoa*”, p. 154.

Foi possível perceber que a cliente passou para a quarta etapa, lembrando que uma das condições básicas e necessárias para a mudança é que a pessoa se sinta aceita, “*Eu acho que sou estranha, mas parece que você num acha não né’?*” (sic). Ainda há pouca aceitação dos seus sentimentos, mas o seu “eu” já começa a ficar mais fortalecido. Ainda tem muito medo, muitos receios, mas já consegue perceber que precisa de um processo de mudança e já

consegue explorar um pouco mais os seus sentimentos. *“Eu gosto de viver aqui, mas não percebo porque que me sinto assim (...)”* (sic). A cliente consegue perceber a sua participação nos problemas, mas ainda com alguma hesitação. *“(...) é o jeito dele ta sempre sorrindo, mas por dentro ele também deve sofrer, depois ainda tem que aturar eu e as minhas pancadas (...)”* (sic), e terminou dizendo: *“(...) mas também não faço de propósito”* (sic), Rogers, capítulo VII, do livro *“Tornar-se pessoa”* p. 156.

Foi possível observar a passagem para a quinta etapa, a cliente passou a expressar os seus sentimentos com liberdade e a sua linguagem estava no presente, mesmo quando falava de situações que ocorreram no passado. *“Lembro quando a gente andava de mãos dadas na rua, ele estufava o peito e falava que se sentia orgulhoso de mim, ele me faz tanta falta sabe, sinto muitas saudades, dói muito aqui dentro”* (sic). A cliente quer explorar o que sente, sem medo, aberta para descobrir as suas fraquezas, o que vai ao encontro da teoria de Rogers, capítulo VII, do livro *“Tornar-se pessoa”* p. 156. M. deixou o acompanhamento psicológico aqui na quinta fase.

Apoio psicológico por telefone

Esta atividade de apoio psicológico por telefone, tornou-se pertinente e comum nesta fase pandêmica, onde o contato físico deve ser evitado. Consiste em efetuar uma chamada com data e hora marcada atempadamente, mantendo-se a confidencialidade e o sigilo, mas a cliente é informada das possíveis fugas que poderá haver.

N. começou o acompanhamento psicológico por telefone, a pedido da mãe, por não terem condições de deslocação até a IAC. Estipulamos que as chamadas seriam quinzenais, para não interferir com as outras consultas e tratamentos da cliente. N. estava desesperançada e relatou sentir-se constantemente triste, aceitou o acompanhamento psicológico por telefone sem hesitar, escolheu um horário em que estaria sozinha em casa. As chamadas realizadas tiveram a duração de 25 minutos cada, tempo estipulado juntamente com a cliente de forma a não se tornar cansativo. N. tem 32 anos e é mãe de 2 filhos (de 16 e 4 anos), durante a gravidez do segundo filho, desenvolveu diabetes gestacional. Após o nascimento do bebê a cliente relatou não ter tido os cuidados necessários, pensando que a diabetes desapareceria com o tempo. Após sofrer dores intensas, causadas por uma infecção urinária, a cliente veio a saber que a diabetes já estava num nível muito agravado. Ainda no hospital, começou a perder a visão, após vários exames obteve o diagnóstico de que a sua situação seria irreversível, ficaria cega. No primeiro contato, após as apresentações e explicações acerca da

confidencialidade e do sigilo, deixei a cliente à vontade para falar do que quisesse, ela optou por contar toda a sua história. Falou de tudo que se lembrava enquanto criança, adolescente e adulta. Resumidamente, é filha única, foi criada pela mãe, nunca conheceu o pai, “*ela foi mãe e pai sabe? (sic)*”. Referiu que a sua relação com a mãe sempre foi bastante conturbada, “*meu nascimento foi um erro, ela queria um rapaz (sic)*”. A cliente referiu que durante todo o seu crescimento ouviu as lamentações da mãe referente ao seu sexo, “*Durante uns bons anos eu fiz tudo para ser o rapaz que ela tanto queria (sic)*”. A cliente referiu ter usado roupas de rapazes e cabelos curtos até os seus 14 anos, “*Foi difícil sabe? Cheguei a cortar-me com uma gilete (sic)*”. A cliente relata que quando engravidou do primeiro filho, sua mãe lamentava ainda mais por ser menina e não um rapaz. Durante as 11 primeiras chamadas N. contou histórias de sua vida, detalhando alguns acontecimentos. Definiu a sua vida como sendo “*(...) um completo desastre, se eu tivesse nascido homem, como ela queria muita coisa teria sido evitada (sic)*”. Ficou grávida aos 16 anos, casou-se com a autorização de sua mãe e separou-se seis anos depois, por opção do marido. Descreveu esta fase como muito difícil e perturbadora. Engravidou novamente e voltou a casar-se. Relatou ter sido vítima de violência doméstica em ambos os relacionamentos. Hoje encontra-se divorciada, vive com a mãe e com seus dois filhos. N. falou sobre seus relacionamentos, contou detalhes de sua primeira gravidez e relatou o quanto foi difícil separar-se de seu primeiro marido. O marido era oito anos mais velho, e, apesar dos maus tratos, N. tornou-se dependente dele, a ponto de aceitar tudo calada. Aos 28 anos voltou a casar e foi novamente vítima de violência doméstica. Sua mãe interferiu e N. separou-se ainda antes do nascimento do filho, tendo ido viver com sua mãe. No décimo segundo telefonema, a cliente começou a falar sobre a perda da visão, tinha perdido completamente a visão do olho esquerdo e, do direito, apenas tinha a percepção da intensidade da luz. Chorava muito durante as sessões e relatou o seu desejo de morte, sem plano aparente. Houve mais quatro contactos, nos quais a cliente expressou as suas angústias, os seus medos e receios, chorou e lamentou. Devido ao fim do estágio, N. foi reencaminhada para outra profissional.

Reflexão da atividade

Podemos ver que N. cresceu interiorizando as condições de valores colocadas por sua mãe. O seu self desejado foi modelado pela não-aceitação de sua mãe e, quanto mais N. tentava agradar a mãe, mais se afastava de si mesma, causando muita incongruência, o que gera muita ansiedade. A tristeza referida pela cliente também pode estar relacionada com a incongruência causada pelo distanciamento entre o seu self real e o seu self desejado, este

distanciamento diminui cada vez mais a autoestima, propiciando a tristeza. O campo experiencial de N. é unicamente dela, e envolve tudo o que foi percebido pelo seu organismo ao longo do tempo, abarcando todas as etapas de sua vida. Além da vida conturbada que teve, a cliente possuía um diagnóstico de perda definitiva da visão. Scott, Williams & Beck (2003) referem que, após um diagnóstico grave, são comuns respostas emocionais como a depressão, a raiva e a ansiedade.

O autor Adams 1980, citado por M. Barczinski 2001, refere os passos observados por Luiz Cholden na “*Menninger Clinic*”, onde trabalhava com a reabilitação de cegos. Relata que o primeiro passo é o de “*proteção emocional anestésica*”, onde a pessoa entra em estado de choque, não prevendo um tempo determinado para o seu fim. O DSM-IV, p. 449, descreve o diagnóstico de uma doença que traz risco de vida e como sendo traumático. O trauma deixa a pessoa incapacitada de reagir de forma adequada, causando um balanço emocional que poderá despoletar um quadro psicopatológico (Sá, Werlang & Paranhos 2008). Após a fase de choque, segue-se a fase da *depressão*, onde são característicos o pensamento de autopiedade e o pensamento suicida. Suponho que a cliente se encontrava nesta fase de depressão, devido ao choro constante e porque referiu sentir uma tristeza profunda e desejos suicidários. Após estas fases, poderá ocorrer a aceitação, onde o indivíduo se aceita e se reorganiza na sua condição atual de cegueira (Ramos, 2016). Ademais, está também implícita a aplicação das condições preconizadas pela ACP, uma vez que N. se encontra em estado de incongruência e vulnerabilidade e toda a relação estabelecida deve ter por base a consideração positiva incondicional pelo cliente, a compreensão empática do mesmo, assim como deve haver lugar para a comunicação e devolução desta compreensão (Rogers, 1957).

Apesar de nunca nos termos visto pessoalmente, conseguimos alcançar uma relação de empatia, isto foi usado como exemplo para a cliente começar a perceber que é possível estabelecer relações, utilizando os outros órgãos dos sentidos. Era possível, sim, que N. continuasse a ter uma vida normal, mas com algumas limitações, desde que compreendesse e as aceitasse. Foram realizados exercícios de memória, incentivando N. a pensar em imagens que não queria esquecer. Escolheu a imagem dos filhos, da mãe, do cão e das cores.

O significado duma palavra representa uma amálgama tão estreita de pensamento e linguagem que é difícil dizer se se trata de um fenômeno de pensamento, ou se se trata de um fenômeno de linguagem. Uma palavra sem significado é um som vazio; portanto, o significado é um critério da palavra e um seu componente indispensável. Pareceria, portanto, que poderia ser encarado como um fenômeno linguístico. Mas, do ponto de vista da psicologia, o significado de cada palavra é uma generalização, um conceito. E, como as generalizações e os conceitos são inegavelmente atos de pensamento, podemos encarar o significado como um fenômeno do pensar... (Vygotsky, 1934, p. 57)

Estudos demonstram que, os seres humanos recebem experiências emocionais, através dos órgãos do sentido (visão, olfato, audição, tato e paladar), funcionando como destinatários sensoriais das mensagens advindas do ambiente (Kanashiro, 2003, p. 156). Todos os órgãos dos sentidos são importantes para a percepção de mundo, mas, segundo Sternberg (2008, p. 115), o sentido da visão é o mais estudado, sendo também o mais utilizado e mais estimulado (Gazzaniga, Ivry e Mangun 2006, p. 168), pois é através dele que obtemos conhecimentos acerca da luz, cor, espaço, textura e distância (Kanashiro, 2003, p. 157). Com a perda da visão, N. passa a ter um comprometimento no desenvolvimento das suas funções, causando grande transtorno, não só na sua própria vida, como também na da sua família. Sendo N. conhecedora do mundo através da visão e tendo vindo a perdê-la bruscamente, torna-se difícil a sua readaptação, a própria reconheceu nunca ter sequer pensado em como seria a vida de uma pessoa cega.

Síntese de todas as sessões

Face à situação pandémica houve a necessidade de diminuir o contacto presencial. Para que tal fosse feito, de modo a evitar danos maiores, foi realizado um rastreio de saúde mental para estabelecer se o tipo de acompanhamento seria por telefone, por vídeo ou presencial. O rastreio normalmente, era realizado presencialmente e contava com 8 perguntas diretas, referentes à história do problema atual, emoções/sentimentos face à situação e estratégias utilizadas.

V. tem 49 anos, oriunda de África, veio para Portugal há 2 anos. Procurou ajuda na IAE porque apresentava dificuldade socioeconómica, sintomas depressivos e dificuldade de adaptação. Por não haver condições financeiras para o deslocamento até à IAE, acordou-se que o acompanhamento seria quinzenalmente e realizado por telefone. Apesar das limitações originadas por esta via, o feedback da cliente foi sempre positivo. Salientando sentir-se bem por ter alguém que a ouça e compreenda. Foram realizados um total de 16 telefonemas.

O senhor T. é originário da Europa Central, tem 51 anos, procurou a IAE devido a problemas socioeconómicos graves, perdeu o emprego e a habitação devido à situação pandémica vivida atualmente. Pediu apoio psicológico por se sentir triste e desorganizado com tudo o que estava a acontecer. Foram realizadas 4 sessões presenciais e chegou-se a conclusão de que o cliente era dependente alcoólico. Foi feito o encaminhamento para os serviços de saúde especializados.

S. tem 52 anos, oriunda da América Latina procurou a IAE devido à dificuldade socioeconómica, ansiedade, dificuldade de adaptação. O acompanhamento psicológico foi realizado uma vez por semana no modo presencial. Nas primeiras quatro sessões foi necessário dar explicações, pois a cliente não compreendia as reações do seu corpo frente à ansiedade. Também foi necessário desmistificar preconceitos referentes à cultura local. Realizou-se um total de 23 sessões, com a duração de 50 minutos cada.

X. tem 44 anos, é oriundo da América do Sul, está em Portugal há ano e meio, procurou ajuda porque se encontrava com sérias dificuldades socioeconómicas. Sentia-se discriminado, relatando não arranjar emprego devido à sua etnia. Realizamos 21 sessões quinzenais por telefone, com a duração de 15 minutos cada. Nestas, o cliente contava situações em que se sentia discriminado.

A senhora B. tem 30 anos nasceu em África, foi vítima de rapto. Veio para Portugal aos 24 anos com uma proposta de emprego, retiraram-lhe o passaporte e levaram-na para uma casa de prostituição. Foi vítima de violência física e devido a ameaças contra os seus familiares não conseguiu fugir. Saiu desta situação quando a polícia evacuou o espaço. B. contou a sua história e obteve ajuda. Neste momento B. havia perdido o emprego devido à pandemia e estava com grandes dificuldades socioeconómicas. Obteve ajuda com alimentação e para encontrar um emprego. Ficou acordado fazerem-se sessões quinzenais, por telefone. Queixava-se de crise de ansiedade, dificuldade nos relacionamentos (não conseguia confiar em ninguém) e dificuldade de adaptação. Realizou-se um total de 3 sessões por telefone, onde não se notou qualquer efeito. A própria cliente reconhecia o valor das consultas presenciais, mas por indisponibilidade da cliente não foi possível realizar-se naquele momento.

A senhora L. é africana, tem 26 anos, veio para Portugal há 1 ano com o marido e com os filhos. Foi vítima de violência doméstica durante 4 anos. Conseguiu separar-se e encontrava-se com grandes dificuldades socioeconómicas. Procurou ajuda na IAE para conseguir trabalho. Queixava-se de ansiedade, tristeza excessiva e dificuldade de adaptação. Foram realizadas 16 sessões quinzenais, por telefone.

O jovem C. de 20 anos, natural de Conacri (Guiné), procurou ajuda por ter grandes dificuldades socioeconómicas, ansiedade, tristeza profunda e dificuldade de adaptação. C. foi vítima de uma grave exploração laboral, sendo obrigado a fazer trabalho braçalpesado, recebendo apenas comida e lugar para dormir. C. tinha muita dificuldade para se expressar,

por saber muito pouco de português. Viveu nesta situação durante um ano, depois fugiu e encontrou apoio na IAE. Foram realizadas um total de 3 sessões presenciais e 2 por telefone. C. revela grande necessidade de ser ouvido e compreendido sem julgamentos. Mudou-se para longe da IAE para finalmente trabalhar no que realmente queria.

A senhora E. tem 29 anos, é oriunda da América do Sul, chegou à IAC com graves dificuldades socioeconómicas, tristeza excessiva, ansiedade e dificuldade de adaptação. Chegou a Portugal há 5 meses, revela grande necessidade de ser ouvida e compreendida.

H. é oriundo de um país do leste da Europa, tem 43 anos e procurou a IAE, por ter problemas a nível socioeconómico. H. pediu o acompanhamento psicológico referindo já não se reconhecer como pessoa. Na primeira sessão H. compareceu alcoolizado, apresentando um comportamento incoerente e uma linguagem impercetível, dito isto, a sessão foi encerrada e o utente encaminhado para os serviços de saúde especializados.

F. tem 32 anos é oriunda da América do Sul e vive sozinha com 3 filhos pequenos, procurou a IAC com graves dificuldades socioeconómicas, tristeza excessiva e dificuldade de adaptação. Está em Portugal há seis meses e separou-se do marido recentemente, por opção dele, que, segundo N., quis sair de casa sem grandes explicações. Foi acordado um acompanhamento por telefone, pois N. não tinha com quem deixar as crianças para ir à instituição. Foram realizados num total de 12 telefonemas.

P. é natural da África do Sul, tem 28 anos, vive em Portugal há 8 meses, é casada e tem 2 filhos menores. P. e o seu marido encontram-se desempregados. Graves dificuldades socioeconómicas, dificuldade de concentração, tristeza excessiva, faziam parte das queixas de P.. Foram realizadas 16 sessões quinzenais, por telefone.

DJ. tem 26 anos é oriunda da América do Sul, vive em Portugal há seis meses. DJ. tem dois filhos que ficaram a viver na sua terra natal. Dificuldades socioeconómicas, ansiedade, tristeza constante e dificuldade de adaptação, foram suas principais queixas.

Psicotécnicos

Foram realizados testes psicotécnicos com a finalidade de identificação de potencialidades, aptidões e fragilidades para o desempenho de funções nas diversas áreas de atuação da IAE. Os testes realizados foram o BSI, Brief Cope e o Teste de personalidade (PAPI). Para a sua concretização, contamos com a participação de vinte candidatos, que

foram divididos em dois grupos de dez. Os testes foram aplicados numa sala comum, mantendo o distanciamento social exigido face à pandemia, e teve a duração de 90 minutos.

É recorrente o uso do “*Teste de Personalidade PAPI*” em contexto organizacional, com o objetivo de avaliar a personalidade e perceber se há um enquadramento do perfil da pessoa para a função pretendida. Este questionário foi desenvolvido em 1960, por Max Kostick, possui 7 dimensões e 20 subdimensões. Conta com um total de 90 frases afirmativas que correspondem a 20 traços de personalidade. (Anexo H)

O “*BSI*” (*Brief Symptom Inventory*), tal como já explicado anteriormente, avalia o mal-estar psicológico, possui 18 itens organizados em três subescalas de seis itens cada. É destinado a pessoas com 18 anos ou mais. Requer capacidade cognitiva para dar respostas às questões. Foi desenvolvido por Derogatis e trata-se de um inventário breve, retirado de dois inventários mais longos: O Brief Symptom Inventory e a Symptom Checklist-90-Revised (Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. 2017).

O “*Brief Cope*” (Anexo I), foi adaptado, em 2004 para a versão portuguesa, por Pais-Ribeiro e Rodrigues. Analisa as estratégias de coping, ou seja, as estratégias utilizadas pelos indivíduos para lidar com situações difíceis. Contém 28 itens, agrupados em 14 subescalas. A escala tem 4 hipóteses de resposta, indo de 0 a 4, onde são respetivamente: “*nunca faço isto*”, “*faço isto raramente*”, “*faço isto algumas vezes*” e “*faço sempre isto*”. No início do questionário há uma explicação de como preenchê-lo, ou seja, solicita que seja respondido, de acordo com a forma como lidam com as situações referentes ao trabalho, que irão prestar na instituição. O inventário original possui 52 itens com 13 escalas, depois passou a 53 itens com 14 escalas e, por fim, 60 itens com 15 escalas (Carver et al., 1989; Carver 1997). Os formatos mais curtos surgiram devido a sobrecarga nos respondentes quanto ao tempo de resposta (Carver, et al., 1993).

Foi efetuada uma pré seleção, em que os que não cumpriam os requisitos mínimos foram excluídos na primeira fase. Dois dos critérios de exclusão eram a escolaridade (escolaridade exigida por lei, consoante a idade) e a idade. Num total de 38 candidatos, foram eliminadas 18 pessoas e houve 2 desistência.

Quanto ao resultado da aplicação dos testes, concluiu-se que 14 candidatos estavam aptos para o desenvolvimento de uma função específica e 6 demonstraram traços de personalidade incompatíveis com as funções pretendidas.

Reflexão da atividade

Através desta atividade, houve a possibilidade de contacto com a aplicação e correção de instrumentos, o que é crucial para o trabalho do psicólogo. Através da observação no momento do preenchimento dos mesmos, pôde-se constatar em alguns indivíduos ansiedade face aos testes, através de comportamentos como o de levar a mão a cara várias vezes, morder a caneta, estalar os dedos, entre outros. A fim de manter a privacidade/confidencialidade da IAE e das pessoas envolvidas neste processo de recrutamento, não foram apresentados neste relatório resultados aprofundados.

Unidade de Isolamento para migrantes/refugiados

Os refugiados são pessoas que foram obrigadas a sair de sua terra natal por alguma razão específica, como a sobrevivência. Pessoas que foram forçadas a migrar e que, se não houvesse tais problemas, não sairiam de suas terras. A IAE, em parceria com outros órgãos, disponibiliza um espaço para isolamento face à Covid-19. Nestes espaços as pessoas têm, para além do alojamento, a alimentação, cuidados de saúde e apoio psicológico. O período de isolamento é de 10 dias.

Recebemos um grupo com 49 pessoas oriundas do oriente e norte de África, que não falavam português, nem inglês. Foi realizado, um rastreio individual de saúde mental, na presença de uma tradutora, com o objetivo de detetar sintomas psicológicos perturbadores. O rastreio consistia num questionário com perguntas simples de resposta curta (sim/não). Também foi efetuado um diagnóstico social, para perceber quais as suas inquietudes e para os encaminhar para serviços posteriores. Mediante o resultado do rastreio, foram realizadas algumas intervenções.

Devido ao elevado número de indivíduos a necessitarem de auxílio e à dificuldade na compreensão da língua portuguesa, não foi possível um acompanhamento individual, portanto, organizamo-los por grupos, consoante as “inquietudes” ou “sintomas”.

Tabela 7: Síntese dos Grupos

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
15 Pessoas	10 Pessoas	16 Pessoas	8 Pessoas

Idade	Compreendidas entre 19/36 anos	Compreendidas entre 30/42 anos	Compreendidas entre 45/56 anos	Compreendidas entre 52/62 anos
Sexo	15 Masculino	10 Masculino	7 Masculino 9 Feminino	8 Masculino
Tempo em Portugal	Compreendido Entre 4/14 meses	Compreendido entre 11/24 meses	Compreendido entre 4/13 meses	Compreendido entre 2/6 meses

Grupo 1: dificuldade em adormecer, ansiedade face ao isolamento

Este grupo era composto por 15 pessoas. Foram realizadas 2 sessões de 15 minutos cada. Com a ajuda do tradutor foi-lhes ensinado exercícios de respiração. Utilizamos a técnica de Grounding, na qual se deve focar primeiro na respiração, para tal utilizamos a estratégia 4+4+4, e consiste em inspirar pelo nariz por 4 segundos, prender o ar nos pulmões por 4 segundos e soltar por 4 segundos e depois identificar 5 coisas que se possa ver; 4 coisas que se possa tocar; 3 coisas que se possa ouvir; 2 coisas que possa cheirar e 1 coisa que se possa saborear.

Grupo 2: Ansiedade face à doença

Foram realizadas 2 sessões de 15 minutos cada, novamente com a ajuda do tradutor. Este grupo era composto por 10 pessoas. Na primeira realizamos uma sessão explicativa acerca da Covid-19. Na segunda, fizemos uma sessão com esclarecimentos, onde foram esclarecidas todas as dúvidas colocadas acerca da doença.

Grupo 3: Ansiedade face à situação social após o isolamento

Este grupo era composto por 16 pessoas. Foi realizado apenas com uma sessão de esclarecimento quanto às ajudas mediadas pelos órgãos públicos, para ajudar a população em questão.

Grupo 4: Problemas relacionados com diferenças culturais

Neste grupo encontravam-se 8 pessoas, divididas por etnias diversas, que possuíam culturas bastante diversificadas, ocasionando conflitos. Foi realizado uma dinâmica onde cada etnia explicava uma determinada crença e justificava a sua razão. O tradutor explicava tudo nas várias línguas necessárias. Foram realizadas 4 sessões de 15 minutos.

Reflexão da atividade

O Período de isolamento destas pessoas foi de dez dias, sendo curto para um acompanhamento psicológico. Desta forma, optou-se por dar algum apoio psicológico imediato em grupo. As sessões realizadas tinham uma curta duração devido ao Equipamento de Proteção Individual (EPI) necessário para a situação (Fato, luvas, cobre botas, máscara, touca e viseira), no qual tornava-se desconfortável devido ao calor. As estratégias utilizadas foram no sentido de minimizar o impacto do isolamento. Criou-se um registo de emoções diárias (Anexo J), utilizando imagens que são facilmente reconhecidas. O resultado deste registo, como já era espectável, mostrou o aumento do contentamento perante a aproximação do término do isolamento. Pôde-se constatar que os que chegaram a Portugal há pouco tempo, possuíam uma dificuldade maior em socializar/aceitar diferenças culturais. A preocupação dos mais jovens era face à doença, por ser algo novo e desconhecido. Enquanto, que, a preocupação dos mais velhos e maioritariamente do sexo feminino, era face à situação social após o período de isolamento.

Na minha opinião as intervenções efetuadas tiveram um impacto significativo na vida destas pessoas. Consoante o curto espaço de tempo, conseguiu-se amenizar a ansiedade face ao confinamento e face às diversas dúvidas relacionadas com a doença e com a situação socioeconómica. Resultou também na desmistificação cultural entre os grupos, facilitando a convivência entre eles, propiciando um clima amistoso e sem atritos. Contribuindo assim, para uma ligeira melhoria da saúde geral, ressaltando que para haver saúde, deve abranger um conforto no estado de saúde físico, mental e social (OMS, 1946).

Parte III

Discussão e conclusão

Findando o período de estágio, torna-se pertinente uma conclusão geral de todo o conteúdo apresentado e aprendido. Os objetivos gerais foram pautados no cronograma inicial, com as tarefas a serem realizadas. A grande maioria foi posta em prática, ficando apenas de fora, devido ao período pandémico em que vivemos, as tarefas que envolviam um maior contacto e aproximação, principalmente no que concerne à população idosa e aos jovens. Quanto ao primeiro contacto com o cliente em consultório, serviu de preparação para o desenvolvimento da profissão num futuro próximo. Em relação ao caso clínico 1, pôde-se observar que no início do acompanhamento, a cliente demonstrou uma diferença entre a experiência percebida, a tomada de consciência e a passagem deste processo. Isto demonstrou incongruência, a cliente referia estar numa fase ótima, porém mostrou-se entediada, isolada e sem motivação. Esta incongruência gera ansiedade e é parte fundamental para que o acompanhamento psicológico funcione. Com o passar das sessões foi possível notar a tendência atualizante e a sua busca pela autorrealização. A pandemia causada pela COVID-19 pode levar a alterações emocionais, comportamentais e cognitivas, podendo gerar problemas psicopatológicos (Weir, 2020). A depressão, a ansiedade, ataques de pânico, ou até mesmo o desenvolvimento de sintomas obsessivo-compulsivos, podem ser experienciados, ou agravados em períodos de quarentena (Brooks, et al., 2020). Apesar de tudo, a pandemia trouxe uma grande visibilidade à psicologia, nomeadamente à psicologia clínica, que se intensificou devido à maior procura de auxílio nesta área e às eficazes intervenções prestadas. Pôde-se constatar um grande apoio, por parte da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), face à pandemia, reformulando estruturas e criando condições estratégicas, para colmatar, ou mesmo evitar alguma perturbação psicológica, causada pelo isolamento. Formações a psicólogos portugueses e aos restantes elementos da comunidade, foi uma destas estratégias criadas pela OPP (OPP, 2020). Também foi implementado pela OPP, um “*Guia de Orientação para Linha de Atendimento Telefónico em Fase Pandémica COVID-19*”, para colmatar o impacto do isolamento social. Uma linha telefónica onde o cliente pode falar com um psicólogo, expondo os seus medos e receios e sendo aconselhado ou encaminhado para um apoio presencial quando necessário. O aconselhamento psicológico por telefone, deve ser centrado “*na facilitação da expressão e clarificação de sentimentos*”, auxiliando o cliente em momentos de crise (OPP, 2020).

Constatou-se que, a observação é fundamental num processo de acompanhamento psicológico, pois cada detalhe observado no comportamento do cliente, é uma manifestação de seu organismo como um todo. Cada movimento do cliente, a maneira como se sentam, a quantidade de vezes que leva as mãos à cabeça, cada gesto durante as sessões, diz muito sobre si e, não somente, as palavras que profere. Acredita-se que o acompanhamento psicológico por telefone tenha esta desvantagem, dificultando a relação. De um modo geral, podemos observar, nos casos aqui acompanhados, pouca evolução, basicamente um círculo sem grandes progressos, com exceção de N., a cliente que se tornou deficiente visual aos 32 anos, pode-se notar uma relação de empatia e algum progresso.

A população alvo deste estágio foi a população migrante. A investigação na área da migração é complexa e envolve uma multidisciplinaridade de perspectivas e níveis de análise, como a avaliação psicológica, podendo ser um importante contributo no desenvolvimento de estratégias e políticas de migração e ajudar nas disparidades em saúde. A psicologia foca-se no indivíduo e interage com os diferentes níveis contextuais como a família, escola, local de trabalho e comunidade. No trabalho realizado com os migrantes refugiados, foi necessária uma revisão de literatura acerca da cultura de alguns países. Pôde-se constatar um elevado grau de dificuldade na atuação face à diferença da linguagem e face à presença do tradutor. Sabe-se que, *“a presença de um terceiro elemento no processo de intervenção psicológica pode ser perturbadora (...)”*, mas não havendo outra hipótese, a presença de um tradutor é permitida (OPP, 2019). A avaliação psicológica viabiliza uma avaliação de processos mentais e comportamentais e o desenvolvimento de intervenções que possibilitam a prevenção e/ou tratamento de problemas de saúde mental dos migrantes, bem como promover o seu bem-estar e integração na comunidade (Schwartz et al., 2019). A avaliação psicológica permite identificar recursos a nível individual e/ou familiar que contribuam para mediar ou moderar o estresse associado à migração e os seus efeitos na ansiedade e depressão (Crockett et al., 2007; Motti-Stefanidi, Asendorpf, & Masten, 2012; Oppedal & Roysamb, 2007).

De acordo com Berry (2001), a avaliação psicológica contribui para a compreensão de pontos fulcrais, que os imigrantes mais enfrentam: as características do grupo, aculturação e o contacto entre os grupos. No estudo da migração e dos migrantes, é importante que os psicólogos considerem os fatores culturais para compreender a resposta atual do migrante, uma vez que a sua cultura e a cultura do novo país desempenham um papel essencial, na forma de como o migrante se vê a si próprio na relação com os outros e na percepção de como os grupos são percebidos como “nós” e “eles” (Chryssochoou, 2000; Vignoles,

Chryssochoou, & Breakwell, 2000). Na avaliação psicológica é também essencial considerar de que forma os migrantes são percebidos pelo país onde se encontram (Dovidio & Esses, 2002). Os mesmos autores também referem a importância da avaliação psicológica no conhecimento, que pode promover um processo de migração bem-sucedido, através da sua experiência profissional em atitudes e relação intergrupais, multiculturalismo, identidade e aculturação. Os resultados de um outro estudo sobre o impacto da psicose em migrantes de primeira geração, sugerem igualmente a necessidade de aumentar o apoio psicológico no momento pós-migratório, para abordar, de forma mais eficaz, as causas associadas à elevada prevalência de psicose entre os migrantes (Tarricone et al., 2021). O Auto Comissariado para as Migrações (ACM) desenvolveu uma medida de apoio ao empreendedorismo para a população migrante e em 2015 criou um gabinete de apoio. Esta informação foi transmitida aos migrantes (através do tradutor), que estavam a cumprir o isolamento, o mesmo explicou todo processo e respondeu a algumas questões, deixando-os esclarecidos.

Quanto à avaliação psicológica apresentada neste relatório, cumpriu com o objetivo de aprendizagem e treino na sua realização. Apesar de este relatório ser uma descrição do trabalho realizado e dos resultados obtidos, a não apresentação do resultado da avaliação psicológica não o torna vago ou incompleto. Lembrando que segundo o Código deontológico *“A participação do cliente em atividades de avaliação e intervenção psicológica, consultoria e investigação é voluntária...”* (Princípios específicos 1.3, do Código Deontológico de Psicologia) e, também destaca, que devemos zelar pela privacidade e confidencialidade do cliente, o ponto 2.13 refere-se a situações didáticas e formativas e ressalta que em situações de publicações deve-se ter especial atenção, *“(...) na apresentação oral de casos clínicos... é sempre protegida a identidade do cliente.”* (Princípios específicos 2.13, do Código Deontológico de Psicologia) (OPP, 2011). Poder-se-ia ter apresentado os resultados da dita avaliação psicológica, uma vez que em nenhum dos momentos o indivíduo foi identificado, mas como o cliente assim não o entendeu, prevaleceu a sua vontade.

Embora não tenha sido realizada avaliação psicológica em todos os utentes, acredita-se que, uma grande parte dos mesmos, sofre com problemas psicológicos comuns entre a população migrante, corroborando com estudos citados anteriormente. As suas queixas, sintomas e comportamentos observados, vão ao encontro de perturbações como a ansiedade, depressão e abusos de substâncias.

Constatou-se que a observação é fundamental num processo de acompanhamento psicológico, pois cada detalhe observado no comportamento do cliente, é uma manifestação de seu organismo como um todo. Cada movimento do cliente, a maneira como se senta, a quantidade de vezes que leva as mãos a cabeça, cada gesto durante as sessões diz muito sobre ele e, não somente, as palavras que profere. Acredita-se que o acompanhamento psicológico por telefone tenha esta desvantagem, além de dificultar a relação. De um modo geral, podemos observar que nos casos aqui acompanhados, houve pouca evolução, basicamente um círculo sem grandes progressos, com exceção de N. a cliente que se tornou deficiente visual aos 32 anos, onde constatamos haver uma relação empática e com algum progresso. Perder a visão de forma brusca pode ocasionar um trauma. O trauma é definido como que o resultado de um acontecimento que despoletou uma descarga emocional, afetando a pessoa na sua capacidade de reagir e comunicar. Para que se ultrapasse o processo traumático com sucesso, terá de compreender o motivo do evento que causou o trauma, para se adaptar e conseguir atingir o bem estar psicológico (Bernal & Mille, 2011). Terá de haver uma evolução pessoal para aprender a lidar com a nova situação, o que pode obrigar também a mudanças no campo familiar e difíceis tomadas de decisão (Figley & McCubbin, 2016). O sujeito vai, cada vez mais, aumentando o seu crescimento pós-traumático e o seu ajustamento psicológico, contribuindo para a diminuição do seu nível de sofrimento (Westphal & Bonanno, 2007).

Quando se tenta explorar o “eu” do cliente, quando este está, ou pretende estar em processo de mudança, as respostas de compreensão empática, (respostas de devolução das emoções sentidas), tendem a ser melhor aceites, do que as respostas que tentam explicar, induzir ou interpretar, pois, desta forma, o cliente ativa as defesas, Rogers chegou a esta conclusão através da observação dos estudos de Bergman (1950), (Rogers & Kinget, 1977^a, p. 239). Foi observado este acontecimento na ocorrência II, enquanto se tentou “psicoeducar”, a cliente manteve-se resistente e na defensiva.

Relativamente a intervenção pontual, vale salientar a rica aprendizagem adquirida neste percurso. Sabe-se que este tipo de intervenção não é específico do psicólogo, e depende muito da instituição onde se está inserido. Para a intervenção em crise é necessário a utilização de meios para diminuir o mal-estar do indivíduo no momento, limitando os riscos para o mesmo e para outros. Conhece-se quatro fases de uma crise: a primeira é referente ao aumento da “*Tensão Emocional*”, despoletado pelo acontecimento, a segunda é referente ao aumento do *stress* devido a interrupção do normal funcionamento da rotina diária; Na terceira

fase, o indivíduo, poderá entrar em depressão, devido a tentativas falhadas de resolução da situação causadora da crise e na quarta e última fase poderá ocorrer ou a resolução da crise ou um “*Colapso Mental*” (Caplan 1964, citado por Serra et. Al 2015)

Esta nova aprendizagem, que finda mais uma etapa do percurso académico, mostrou-se como uma rica experiência. Podemos contar com o apoio de toda equipa da IAE. A orientadora do estágio funcionou como facilitadora do processo. Figueiredo et al., em 2007, referem que, além de facilitar, o orientador deve preservar o respeito e contribuir para o apoio emocional de seus orientados, de forma a coadjuvar para o progresso profissional. A orientadora do estágio foi fundamental neste percurso, devido à orientação e apoio prestados.

Obs.: Todas as letras utilizadas para identificação de cada pessoa, são fictícias e em nada correspondem à realidade, respeitando a sua identidade e confidencialidade.

Referências

- Alegría, M., Canino, G., Shrout, P. E., Woo, M., Duan, N., Vila, D., . . . Meng, X. L. (2008). Prevalence of Mental Illness in Immigrant and Non-Immigrant U.S. Latino Groups. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 359-369.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040704>
- Ali, J. (2002). *Mental Health of Canada's Immigrants Data Source Main Results*.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-s/2002001/pdf/82-003-s2002006-eng.pdf?st=7T0iJMo9>
- Allen, A. J., Leonard, H., & Swedo, S. E. (1995). Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry*, 34(8), 976-986. <https://doi.org/10.1097/00004583-199508000-00007>
- Almeida, L. M., Costa-Santos, C., Caldas, J. P., Dias, S., & Ayres-de-Campos, D. (2016). The impact of migration on women's mental health in the postpartum period. *Revista de saude publica*, 50, 35. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005617>
- Alscher, S. (2006). International Organization for Migration: World migration 2005: Costs and benefits of international migration. <https://publications.iom.int/books/estrategia-institucional-de-la-oim-sobre-migracion-y-desarrollo-sostenible>
- Australian Psychological Society (2013). Psychological first aid: An australian guide to supporting people affected by disaster.
http://www.redcross.org.au/files/Psychological_First_Aid_An_Australian_Guide.pdf
- Aylaz, R., Akturk, U., Erci, B., Ozturk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(3), 548-554.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.03.006>
- Balsa, C.; Vital, C.; Urbano, C. (2013). III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa.
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/135/III_InqueritoNacionalConsumo_deSPnaPG%202012.pdf
- Banulescu-Bogdan, N., Benton, M., & Fratzke, S. (2020). Coronavirus is spreading across borders, but it is not a migration problem. Migration Policy Institute.
<https://www.migrationpolicy.org/news/coronavirus-not-a-migration-problem>

- Baptista, I. (2004). European Report. CESI- Centro de Estudos para a Intervenção Social
https://www.cesis.org/admin/modulo_news/ficheiros_noticias/20130306111636-1sheltersnet_relatorioeuropeu.pdf
- Beck, A.T & Steer, R.A. (1993). Beck Depression Inventory Manual. Psychological Corporation.
[https://www.scirp.org/\(S\(vtj3fa45qm1ean45vvffcz55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1927212](https://www.scirp.org/(S(vtj3fa45qm1ean45vvffcz55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1927212)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/487993>
- Becker, H. S. (2008). Outsiders: estudos de sociologia do desvio. Jorge Zahar Ed.
<https://comunicacaoesporte.files.wordpress.com/2010/10/becker-howard-s-outsiders-estudos-de-sociologia-do-desvio.pdf>
- Bernal, A., & Mille, D. (2011). Healing from trauma: Utilizing effective assessment strategies to develop accessible and inclusive goals. *KAIROS--Slovenian Journal of Psychotherapy*, 5, 28-42.
https://www.researchgate.net/publication/274700152_Healing_from_Trauma_Utilizing_Effective_Assessment_Strategies_to_Develop_Accessible_and_Inclusive_Goals
- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., & Perwien, A. R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1110-1119. <https://doi.org/10.1097/00004583-199609000-00008>
- Berry, J. W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of social issues*, 57(3), 615-631.
http://utopia.duth.gr/~xsakonid/index_htm_files/1_5_2015_Sapountzis_Berry_paper.pdf
- Bhugra, D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 67-72.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s418.14.x>
- Bhugra, D., & Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World psychiatry*, 4(1), 18.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414713/>

- Bhugra, D., Gupta, S., Bhui, K., Craig, T. O. M., Dogra, N., Ingleby, J. D., ... & Tribe, R. (2011). WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*, 10(1), 2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048516/>
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC international health and human rights*, 15(1), 1-41. <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Brito, B., Arriaga, M., & Gouveia, S. (2015). Manual de Apoio Psicossocial a Migrantes. Manual de Apoio Psicossocial a Migrantes, 2-43. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14338>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30460-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30460-8.pdf)
- Brymer, M., Layne, C., Jacobs, A., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., ... & Watson, P. (2006). Psychological first aid field operations guide. National Child Traumatic Stress Network. https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pfa_field_operations_guide.pdf
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de sintomas psicopatológicos 18 (BSI-18). *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação*, 115-130. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/47459/1/2017%20BSI_18.pdf
- Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C. & Haro-Abad, J. M. (2005). Migration and Mental Health in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-13>
- Cáritas Portuguesa. Casa comum, Migrações e Desenvolvimento em Portugal. Avançar nas Práticas: Rumo à Inclusão e Coesão Social. <https://www.plataformaongd.pt/uploads/subcanais2/casa-comum-pt-digital.pdf>
- Carvalho, M. A. D., & Matos, M. M. G. D. (2016). Psychosocial interventions in crisis, emergency and catastrophe. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(2), 116-125. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v12n2/v12n2a08.pdf>
- Casas, J. M., Raley, J. D., & Vasquez, M. J. T. (2008). Adelante! Counseling the Latina/o from guiding theory to practice. *Counseling across cultures*, 129-146. Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483329314.n8>

- Chen, Y., Hicks, A., & While, A. E. (2014). Loneliness and social support of older people in China: a systematic literature review. *Health & social care in the community*, 22(2), 113-123. <https://doi.org/10.1111/hsc.12051>
- Chrysoschoou, X. (2000). Multicultural societies: Making sense of new environments and identities. *Journal of community & applied social psychology*, 10(5), 343-354. [https://doi.org/10.1002/1099-1298\(200009/10\)10:5<343::AID-CASP593>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/1099-1298(200009/10)10:5<343::AID-CASP593>3.0.CO;2-5)
- Chui, T. (2003). Longitudinal Survey of Immigrants to Canada: Process, progress and prospects. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/89-611-X>
- Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly, D., & Donnelly, M. (2016). The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Globalization and health*, 12(1), 1-13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27558472/>
- Coelho Jr, L. D. L., & Gontíes, B. (2000). Consumo de álcool e maconha entre adolescentes: Uma perspectiva psicossocial do tema. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 52(4), 45-58. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100005>
- Crockett, L. J., Iturbide, M. I., Torres Stone, R. A., McGinley, M., Raffaelli, M., & Carlo, G. (2007). Acculturative stress, social support, and coping: relations to psychological adjustment among Mexican American college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(4), 347-355. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.13.4.347>
- Dana, R. H. (2005). *Multicultural Assessment: Principles, Applications, and Examples*: Routledge. ISBN 9780805856507
- Danna, M. F., & Matos, M. A. (2006). Aprendendo a observar. Edicon. https://www.academia.edu/23846808/Danna_M_and_Matos_M_Aprendendo_a_Observar
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). *Migração e saúde*. *Revista Migrações*, 1(6). https://www.researchgate.net/profile/Sonia_Dias/publication/268341658_Migracao_e_Saude/links/547c4e540cf205d16881fb23/Migracao-e-Saude.pdf
- Dieltjens, T., Moonens, I., Van Praet, K., De Buck, E., & Vandekerckhove, P. (2014). A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. *PloS one*, 9(12), e114714. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114714>

- Dovidio, J. F., & Esses, V. M. (2001). Immigrants and immigration: Advancing the psychological perspective. *Journal of Social issues*, 57(3), 378-387.
<https://doi.org/10.1111/0022-4537.00219>
- DRE: Diário da república eletrônico. Portaria n.º 371/2019.
<https://data.dre.pt/eli/port/371/2019/10/14/p/dre>
- DSM 5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (2014). APA: American Psychiatric Association. Artmed Editora.
http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf DSM-V Transtornos de Adaptação 287, 328
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*. ISBN: 978-0-393-31068-9
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*, 7.
<https://doi.org/10.1002/bs.3830140209>
- Estrela, P. (2009). A saúde dos imigrantes em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25.
https://www.researchgate.net/publication/242719989_A_saude_dos_imigrantes_em_Portugal
- EUROSTAT (2020). *Personal remittances statistics. Statistics explained*.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Personal_remittances_statistics
- Figley, C. R., & McCubbin, H. I. (2016). *Stress and the family: Coping with catastrophe*. Routledge.
<https://api.taylorfrancis.com/content/books/mono/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9781315791814&type=googlepdf>
- Figueiredo, A. C. M. R. D., Fernandes, S. M. G. C., Martins, C. C. E., & Ramalho, V. L. M. (2007). Supervisão: estilos, satisfação e sintomas depressivos em estagiários de psicologia. *Psico-USF*, 12, 239-248. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000200012>
- Finch, B. K., & Vega, W. A. (2003). *Acculturation stress, social support, and self-rated health among Latinos in California*. *Journal of immigrant health*, 5(3), 109-117.
<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1023987717921>
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M., & Spiegel, D. (2011). *Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5*. *Depression and anxiety*, 28(9), 737-749. <https://doi.org/10.1002/da.20845>

- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 346 (13), 982-987.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11919308/>
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., & Mangun, G. R. (2006). *Neurociência cognitiva: a biologia da mente*. Artmed, 2. ISBN: 9788536306032
- Giacco, D., & Priebe, S. (2018). Mental health care for adult refugees in high-income countries. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(2), 109-116.
<https://doi.org/10.1017/S2045796017000609>
- Hermanson, A., Timpka, T. & Thyberg, M. (2002). The mental health of warwounded refugees: An 8-year follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 374-380
- Hermansson, A. C., Timpka, T., & Thyberg, M. (2003). The long-term impact of torture on the mental health of war-wounded refugees: findings and implications for nursing programmes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 317-324.
<https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00241.x>
- Hobfoll S. E, Watson P, Bell C. C, Bryant R. A, Brymer M. J, Friedman M. J, ... (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18181708/>
- Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. *American journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 3-18
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.1.3>
- ICD-11 For Mortality and Morbidity Statistics Version: 2020. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/264310751>
- IOM: International Organization for Migration (2006). *European Research on Migration and Health. Background Paper*.
https://aen.es/wp-content/uploads/docs/AMAC_project_background_paper_Ingleby_1st_DRAFT.pdf
- Iversen, V. C., & Morken, G. (2003). Acute admissions among immigrants and asylum seekers to a psychiatric hospital in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 515-519.
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-003-0664-x>

- Kanashiro, Milena. A cidade e os sentidos: sentir a cidade. Desenvolvimento e Meio Ambiente, n. 7. Editora UFPR, 2003. p. 155-160.
<https://pdfs.semanticscholar.org/cf5f/5469e33d223a309cb8b525618a3e951a3fac.pdf>
- Kovess, V. Bughra, T. & Carta, M. (2004). The State of Mental Health in the European Union. European Commission. Health and consumer protection directorate general.
<https://www.researchgate.net/publication/281747254>
- Koyama, A., Okumi, H., Matsuoka, H., Makimura, C., Sakamoto, R., & Sakai, K. (2016). The physical and psychological problems of immigrants to Japan who require psychosomatic care: a retrospective observation study. *BioPsychoSocial medicine*, 10(1), 1-10.
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13030-016-0052-x.pdf>
- Liem, A., Wang, C., Wariyanti, Y., Latkin, C. A., & Hall, B. J. (2020). The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e20. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30076-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30076-6)
- Macedo, R. D. (1984). Psicologia, instituição e comunidade: problemas de atuação do psicólogo clínico. Psicologia e Instituição. Novas formas de atendimento. Cortez.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X1997000100005>
- Machado, F. L., & Abranches, M. (2005). Caminhos limitados de integração social. Trajectórias socioprofissionais de cabo-verdianos e hindus em Portugal.
<http://hdl.handle.net/10071/194>
- Maddern, S. (2004). Post-traumatic stress disorder in asylum seekers. *Nursing Standard*, 18(18), 36-39.
- Maercker, A., Einsle, F., & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40(3), 135-146. <https://doi.org/10.1159/000099290>
- Marandola Jr, E. (2008). Insegurança existencial e vulnerabilidade no habitar metropolitano. Caderno de Geografia, Belo Horizonte, 18(29), 39-58.
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/geografia/article/view/3558>
- Mavreas, V., & Bebbington, P. (1989). Does the act of migration provoke psychiatric breakdown? A study of Greek Cypriot immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(5), 469-473.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb03007.x>
- Migrações Revista: Observatório das migrações, ACM I. P. (2017).

- <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/570069/Revista+Migra%C3%A7%C3%B5es+n.%C2%BA+14.pdf/533b8fbb-4349-48d7-94ab-c3adc0ad81c9>
- Miller, A. M., & Chandler, P. J. (2002). Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the former Soviet Union. *Nursing Research*, 51(1), 26-32.
https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2002/01000/Acculturation,_Resilience,_and_Depression_in.5.aspx
- Millon, T. (1987). Millon clinical multiaxial inventory II. Ncs interpretive scoring systems.
<https://doi.org/10.1002/9781189700843.ch120>
- Mollica, R. F., Sarajlić, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vuković, I. S., & Massagli, M. P. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *Jama*, 286(5), 546-554.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/194064>
- Monteiro, A. P. T. D. A. V. (2009). Migração e saúde mental: vulnerabilidade ao stress, apoio social e saúde mental em imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal (Doctoral dissertation).
<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/10221>
- Motti-Stefanidi, F., Asendorpf, J. B., & Masten, A. S. (2012). The adaptation and well-being of adolescent immigrants in Greek schools: a multilevel, longitudinal study of risks and resources. *Development and Psychopathology*, 24(2), 451-473.
<https://doi.org/10.1017/S0954579412000090>
- Nakash, O., Nagar, M., Shoshani, A., Zubida, H., & Harper, R. A. (2012). The effect of acculturation and discrimination on mental health symptoms and risk behaviors among adolescent migrants in Israel. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 18(3), 228.
<https://doi.org/10.1037/a0027659>
- Odegard, O. (1932). Migration and insanity. A study of mental disease among the Norwegian population of Minnesota. *Acta Psych Neurol Scand*, 4, 201-232.
<https://www.worldcat.org/title/emigration-and-insanity-a-study-of-mental-disease-among-the-norwegian-born-population-of-minnesota/oclc/12997178>
- Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H., & Uchida, H. (2015). Language barriers and access to psychiatric care: a systematic review. *Psychiatric Services*, 66(8), 798-805.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400351>
- OIT:Organização Internacional do Trabalho (2021), Relatório técnico regional.

- https://www.ilo.org/lisbon/publica%C3%A7%C3%B5es/WCMS_809268/lang--pt/index.htm
- Oliveira, C. R. & GOMES, N. (2019). *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2019*. Imigração em Números – Relatórios Anuais 4. ISBN 978-989-685-106-4
- OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses. Diário da República, 2ª série, 17931, 17936.
<https://dre.pt/application/conteudo/870174>
- Oppedal, B., & Røysamb, E. (2007). Young Muslim immigrants in Norway: An epidemiological study of their psychosocial adaptation and internalizing problems. *Applied Development Science*, 11(3), 112-125.
<https://doi.org/10.1080/10888690701454583>
- Ornelas, I. J., & Perreira, K. M. (2011). The role of migration in the development of depressive symptoms among Latino immigrant parents in the USA. *Social science & medicine*, 73(8), 1169-1177. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.002>
- Ortega, M. (2007). A Europa face aos Novos Fluxos Migratórios. Colóquio, Globalização, Pobreza e Migrações, 1-15.
http://www4.fe.uc.pt/ciclo_int/doc_06_07/ortega.pdf
- Peña, J. B., Wyman, P. A., Brown, C. H., Matthieu, M. M., Olivares, T. E., Hartel, D., & Zayas, L. H. (2008). Immigration generation status and its association with suicide attempts, substance use, and depressive symptoms among Latino adolescents in the USA. *Prevention science*, 9(4), 299-310.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-008-0105-x>
- Perruchaud, R. (2009). *Glossário sobre Migração: Direito Internacional para as Migrações*, 22, 1-90. Organização Internacional para as Migrações (OIM).
<https://www.acm.gov.pt/documents/10181/65144/Gloss%C3%A1rio.pdf/b66532b2-8eb6-497d-b24d-6a92dadfee7b>
- Petersen, William (1968), “Migration. Social Aspects”, in David L. Sills (org.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: The Macmillan Company & The Free Press, 10, 286-292.
- Potochnick, S. R., & Perreira, K. M. (2010). Depression and anxiety among first-generation immigrant Latino youth: key correlates and implications for future research. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(7), 470.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3139460/>

- Pumariega, A. J., Rothe, E. & Pumariega, J. B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, 41(5), 581–597.
- Pussetti, C. (2010). Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade*, 19, 94-113. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100008>
- Ramos, N. (2008). Migração, aculturação e saúde. Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas, 45-96.
<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6831/1/Sa%c3%bade%20Migra%c3%a7%c3%a3o%20e%20Interculturalidade%20%283%29.pdf>
- Ramos, N. (2009). Saúde, migração e direitos. *Mudanças. Psicologia da Saúde*, 17(1), 1–11.
- Ramos, V.A. B. (2016). O processo de luto. *Psicologia-Portal do psicólogo*
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf>
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, saúde e doenças*, 2(1), 77-99.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36220106>
- Rico-Uribe, L. A., Caballero, F. F., Martín-María, N., Cabello, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PloS one*, 13(1), e0190033.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. (2003). Terapia Centrada no Cliente cap:11; *Uma Teoria da Personalidade e da Conduta*, 485-538. ISBN 972-8094-74-4
- Rogers, C. & Kinget, G. (1979). *Psicoterapia e relações humanas*.
<https://gmeaps.files.wordpress.com/2018/05/rogers-carl-psicoterapia-e-relacoes-humanas-vol-1-teoria-e-pratica-da-terapia-nao-diretiva-interlivros-1977.pdf>
- Rogers, C. (2009). Tornar-se pessoa. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Sá, S. D., Werlang, B. S. G., & Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em crise. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 4(1), 0-0.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008
- Sánchez, J. I. R. & Amor, J. L. M. (2005). Intervención Psicológica en las Catástrofes. Editorial Síntesis.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008

- Schwartz, S. J., Walsh, S. D., Ward, C., Tartakovsky, E., Weisskirch, R. S., Vedder, P., ... & Psychology of Migration Working Group. (2020). The role of psychologists in international migration research: Complementing other expertise and an interdisciplinary way forward. *Migration Studies*.
<https://doi.org/10.1093/migration/mnz054>
- Scott, J., Williams, J. M. G., & Beck, A. T. (2003). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. Routledge. IBSN: 9781134924882
- SEF (2019). *Relatório de imigração Fronteiras e Asilo*.
<https://www.sef.pt/pt/pages/conteudo-detalle.aspx?nID=92>
- SEF (2020). *Relatório de imigração Fronteiras e Asilo Rifa2020.pdf* (sef.pt) ou <https://sefstat.sef.pt/docs/rifa2020pdf>
- Serra, C., Pires, D., Faria, J., Pereira, M., Angelo, R. & Guerreiro, V. (2015). *Intervenção Psicológica em crise e catástrofe.OPP*.
https://www.ordemdos psicologos.pt/ficheiros/documentos/intervencao_psicologica_em_crise_e_catastrofe.pdf
- SICAD: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
www.sicad.pt/PT/Cidadao/substanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=3
- Silva, T. (2012). *Droga e estigma: um estudo comparativo entre consumidores problemáticos e não problemáticos*. <https://hdl.handle.net/10216/67951>
- Singh, S., McBride, K., & Kak, V. (2015). Role of social support in examining acculturative stress and psychological distress among Asian American immigrants and three sub-groups: Results from NLAAS. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1597-1606.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-015-0213-1>
- Singh, G. K., & Siahpush, M. (2001). All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States. *American journal of public health*, 91(3), 392.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446566/>
- Skeldon, R. (2018). *International migration, internal migration, mobility and urbanization: Towards more integrated approaches*. IOM, Migration Research Series, 53, IOM.
https://publications.iom.int/system/files/pdf/mrs_53.pdf
- Sousa, J. E. X. F. (2006). *Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. Observatório da Imigração, ACIME. IBSN: 9789898000194

- Stillman, S., McKenzie, D., & Gibson, J. (2009). Migration and mental health: Evidence from a natural experiment. *Journal of health economics*, 28(3), 677-687.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.02.007>
- Strain, J. J., & Friedman, M. J. (2011). Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 818-823.
<https://doi.org/10.1002/da.20782>
- Takeuchi, D. T., Zane, N., Hong, S., Chae, D. H., Gong, F., Gee, G. C., . . . Alegría, M. (2007). Immigration-related factors and mental disorders among Asian Americans. *American journal of public health*, 97(1), 84-90.
<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2006.088401>
- Tarricone, I., D'Andrea, G., Jongsma, H. E., Tosato, S., Gayer-Anderson, C., Stilo, S. A., . . . Morgan, C. (2021). Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU-GEI study. *Psychological Medicine*, 1-13.
<https://doi.org/10.1017/S003329172000495X>
- Torlai, V. C., Maso, J. S., da Fonseca, J. P., Hispagnol, I. G. R., Alves, I. B., Casellato, G., ... & César, A. V. L. (2015). A Intervenção psicológica em emergências: fundamentos para a prática. Summus Editorial. IBSN: 9788532310019
- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). *Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos*. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(5), 223-233.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000500004>
- Vazquez-Nuttall, E., Li, C., Dynda, A. M., Ortiz, S. O., Armengol, C. G., Walton, J. W., & Phoenix, K. (2007). Cognitive assessment of culturally and linguistically diverse students *Handbook of multicultural school psychology: An interdisciplinary perspective*.
- Vignoles, V. L., Chryssochoou, X., & Breakwell, G. M. (2000). The Distinctiveness Principle: Identity, Meaning, and the Bounds of Cultural Relativity. *Personality and Social Psychology Review*, 4(4), 337-354.
https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0404_4
- Vygotsky, L. S. (1934). Pensamento e Linguagem. Ridendo Castigat Mores Versão para eBook.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2477786/mod_resource/content/1/pensamentoling uagem.pdf
- Wessells, M., & van Ommeren, M. (2008). Developing inter-agency guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. *Intervention*, 6(3), 199-218.

https://www.interventionjournal.com/sites/default/files/6.3_02_Wessells&VanOmmeren.pdf

Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology*, 56(3), 417–427.

<https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>

WHO: World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope.*

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>

WHO: World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates.*

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=F512C93DF9101B705AAFE503D1CA5DF5?sequence=1>

WHO: World Health Organization. Regional Office for Europe. (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants.*

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/386563/mental-health-eng.pdf%3Fua%3D1

WHO: World Health Organization. World Health Organization. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health.*

<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>

ANEXOS

Anexo A

COPSOQ II – Versão Média

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

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

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

	1	2	3	4	5
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?					
2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?					
3. Precisa fazer horas-extra?					
4. Precisa trabalhar muito rapidamente?					
5. O seu trabalho exige a sua atenção constante?					
6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?					
7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?					
8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?					
10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalha?					
11. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si?					
12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?					
13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
14. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
15. O seu trabalho permite-lhe usar as suas habilidades ou perícias?					
16. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?					
17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
18. O seu trabalho apresenta objectivos claros?					
19. Sabe exactamente quais as suas responsabilidades?					
20. Sabe exactamente o que é esperado de si?					
21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?					
22. A gerência do seu local de trabalho respeita-o?					
23. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					
24. Faz coisas no seu trabalho que uns concordam mas outros não?					
25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira?					
26. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?					
27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho?					

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

	1	2	3	4	5
28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho?					
29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?					
30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?					
31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?					
32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?					
33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					
34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?					
35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?					

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

36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
37. Dá prioridade à satisfação no trabalho?					
38. É bom no planeamento do trabalho?					
39. É bom a resolver conflitos?					

As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho no seu todo.

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

	1	2	3	4	5
40. Os funcionários ocultam informações uns dos outros?					
41. Os funcionários ocultam informação à gerência?					
42. Os funcionários confiam uns nos outros de um modo geral?					
43. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?					
44. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?					
45. A gerência oculta informação aos seus funcionários?					
46. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
47. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela gerência?					
48. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
49. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.					
50. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objectivos.					

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

	1	2	3	4	5
51. O seu trabalho tem algum significado para si?					
52. Sente que o seu trabalho é importante?					
53. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?					
54. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho?					
55. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					

Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito está com...

56. As suas perspectivas de trabalho?					
57. As condições físicas do seu local de trabalho?					
58. A forma como as suas capacidades são utilizadas?					
59. O seu trabalho de uma forma global?					
60. Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

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

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

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

	1	2	3	4	5
62. Sente que o seu trabalho lhe exige muita <u>energia</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					
63. Sente que o seu trabalho lhe exige muito <u>tempo</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					
64. A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais?					

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

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

	1	2	3	4	5
65. Dificuldade a adormecer?					
66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?					
67. Fisicamente exausto?					
68. Emocionalmente exausto?					

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

	1	2	3	4	5
69. Irritado?					
70. Ansioso?					
71. Triste?					
72. Falta de interesse por coisas quotidianas?					

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

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

	1	2	3	4	5
73. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?					
74. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?					
75. Tem sido exposto a ameaças de violência?					
76. Tem sido exposto a violência física?					

Obrigado pela sua colaboração.



HEALTHY WORKPLACES

LOCAIS DE TRABALHO SAUDÁVEIS

Relatório de Copenhagen Psychosocial Questionnaire

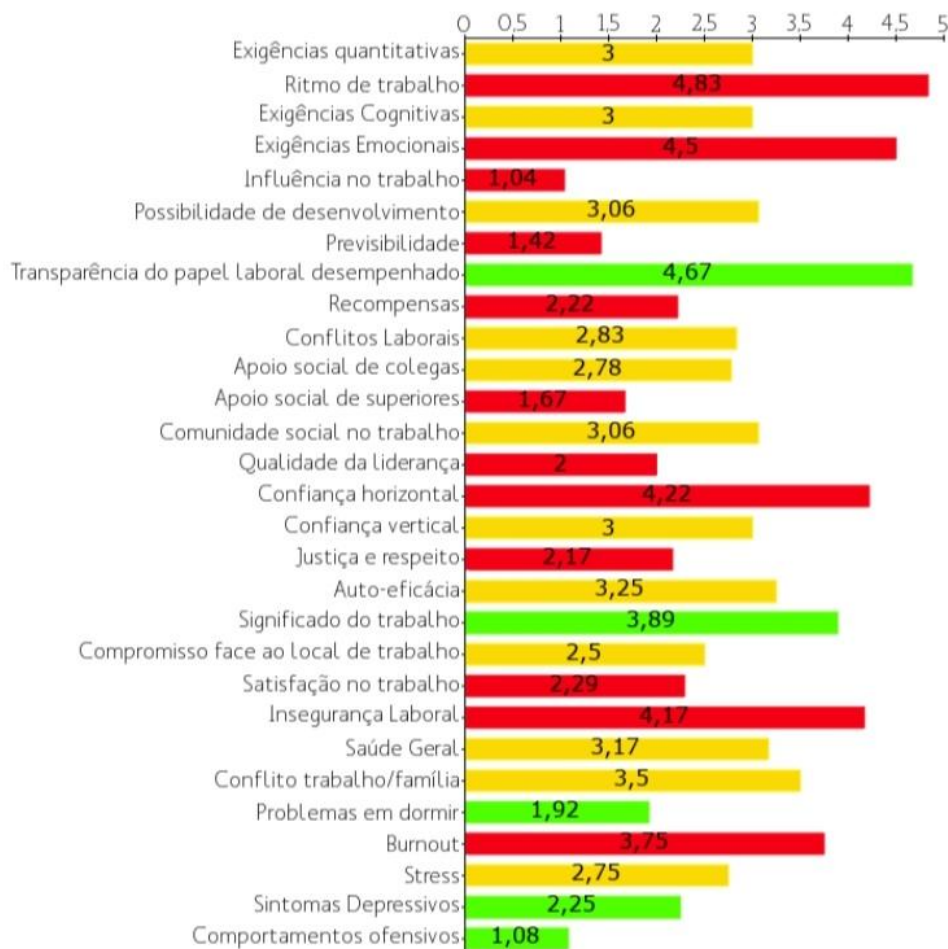
Pontuações

- Exigências quantitativas: **Risco Moderado**
- Ritmo de trabalho: **Risco Severo**
- Exigências Cognitivas: **Risco Moderado**
- Exigências Emocionais: **Risco Severo**
- Influência no trabalho: **Risco Severo**
- Possibilidade de desenvolvimento: **Risco Moderado**
- Previsibilidade: **Risco Severo**
- Transparência do papel laboral desempenhado: **Situação Favorável**
- Recompensas: **Risco Severo**
- Conflitos Laborais: **Risco Moderado**
- Apoio social de colegas: **Risco Moderado**
- Apoio social de superiores: **Risco Severo**
- Comunidade social no trabalho: **Risco Moderado**
- Qualidade da liderança: **Risco Severo**
- Confiança horizontal: **Risco Severo**
- Confiança vertical: **Risco Moderado**
- Justiça e respeito: **Risco Severo**
- Auto-eficácia: **Risco Moderado**
- Significado do trabalho: **Situação Favorável**
- Compromisso face ao local de trabalho: **Risco Moderado**
- Satisfação no trabalho: **Risco Severo**
- Insegurança Laboral: **Risco Severo**
- Saúde Geral: **Risco Moderado**
- Conflito trabalho/família: **Risco Moderado**
- Problemas em dormir: **Situação Favorável**
- Burnout: **Risco Severo**
- Stress: **Risco Moderado**
- Sintomas Depressivos: **Situação Favorável**
- Comportamentos ofensivos: **Situação Favorável**

Nota: Os dados presentes neste relatório são de utilização exclusiva para os seus fins e a sua divulgação deve respeitar o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Gráfico

Perfil de Factores Psicossociais



Relatório realizado por [REDACTED] com cédula profissional n.º [REDACTED]

Data: 23 de Maio de 2021



Nota: Os dados presentes neste relatório são de utilização exclusiva para os seus fins e a sua divulgação deve respeitar o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

QUESTIONÁRIO DA HISTÓRIA DE VIDA

INSTRUÇÕES:

O objectivo deste questionário é o de obter um quadro completo do seu passado. Em psicoterapia, os questionários são necessários porque permitem uma mais adequada avaliação e compreensão dos problemas. Ao responder às questões que se seguem da forma mais completa e precisa que lhe for possível, estará a facilitar o processo terapêutico. É-lhe pedido que responda às questões do questionário utilizando o tempo entre as sessões terapêuticas. É compreensível que possa estar algo preocupado/a com o destino a dar a toda esta informação dado que ela é altamente pessoal. Os questionários são estritamente confidenciais. NINGUEM TERÁ ACESSO AO SEU QUESTIONÁRIO SEM A SUA PERMISSÃO.

Caso não saiba ou não deseje responder a qualquer uma das seguintes perguntas, por favor escreva:

“Não sei” ou “Não Desejo Responder.”

Data: 10/03/2021

1. Informação Geral:

Nome:

Morada:

Números de telefone (dia): _____ (noite) _____

Idade: Profissão:

Sexo:

Por quem foi enviado/a: _____

Estado civil: (Por favor, assinale uma das opções)

Solteiro/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viúvo/a Vivo junto/a

Voltou a casar _____, (quantas vezes? _____)

Onde vive: hotel, quarto, apartamento

2. Descrição dos Problemas Actuais:

Descreva, pelas suas palavras, os seus problemas actuais:

Avalie, na escala seguinte, a severidade do/s seu/s problema/s:

Algo Perturbador ☐ Moderadamente Perturbador ☐ Muito Severo ☐
Extremamente Severo ☐ Totalmente Incapacitante ☐

Quando se iniciaram os seus problemas (mencione datas, se possível):

Por favor, descreva algum acontecimento significativo que se tenha verificado nessa altura, ou desde essa altura, e que se possa relacionar com o desenvolvimento e/ou manutenção do/s seu/s problema/s:

Quais as soluções que já ensaiou para tentar lidar com o/s seu/s problema/s:

Já alguma vez participou num processo psicoterapêutico ou recorreu a ajuda profissional no sentido de solucionar o/s seu/s problema/s? Em caso afirmativo, por favor indique as datas, tipo/s de apoio e resultados obtidos:

3.História Pessoal e Social

(a) Data de Nascimento: _____ Local de Nascimento: _____

(b) Familiares: Número de Irmãos: _____ Número de Irmãs: _____

Idade dos Irmãos: _____ Idade das Irmãs _____

(c) Pai: É vivo? não Se sim, qual a idade actual? _____
 Falecido? sim Se sim, qual a idade quando faleceu?
 Que idade tinha você, nessa altura?
 Causa da Morte:
 Profissão:

(d) Mãe: É viva? Se sim, qual a idade actual? _____
 Falecida? Se sim, qual a idade quando faleceu?
 Que idade tinha você, nessa altura?
 Causa da Morte:
 Profissão:

(e) Educação: Qual o nível educativo mais elevado que alcançou?

(f) Sublinhe as considerações seguintes que se apliquem à sua infância/adolescência:

Infância Feliz	Problemas Escolares	Problemas de Saúde
Infância Infeliz	Problemas Familiares	Abuso de álcool/Droga
Problemas Emocionais/Comportamentais		Problemas Legais
Outros:		

(g) Qual a sua profissão actual?

(h) Quais as suas profissões anteriores?

(i) Está satisfeito/a com a sua vida actual?

Em caso negativo, por favor explique porquê:

(j) Quais as suas principais ambições passadas?

(l) Quais as suas ambições actuais?

(m) Esteve alguma vez hospitalizado/a devido a problemas psicológicos?

Em caso afirmativo, onde e quando? _____

(n) Tentou alguma vez suicidar-se?

(o) Existem casos de perturbação mental na sua família?

ANÁLISE MULTIMODAL DOS PROBLEMAS ACTUAIS

A presente secção do questionário destina-se a auxiliá-lo/a a descrever os seus problemas actuais em maior detalhe e a identificar problemas que poderiam passar despercebidos. Esta informação permite-nos estruturar o processo terapêutico de forma adaptada às suas necessidades particulares. A informação vai ser-lhe solicitada em termos das sete (7) seguintes modalidades: Comportamento, Sentimentos, Sensações Físicas, Imagens, Relações Interpessoais e Factores Biológicos.

4.Comportamento

Sublinhe, de entre os seguintes comportamentos, aqueles que se aplicam a si:

Comer em excesso	Tentativas de Suicídio	Compulsões
Não conseguir manter o emprego	Uso de drogas	Vómitos
Insónia	Choro	Fumar
Arriscar-se em excesso	Comportamentos estranhos	Retraimento
Preguiça	Beber em excesso	Tiques nervosos
Problemas alimentares	Trabalho em excesso	Comportamento agressivo
Dificuldades de concentração	Perda de controlo	Evitamentos fóbicos
Adiar as coisas sistematicamente	Perturbações do sono	Reacções compulsivas

Existe algum comportamento, acção ou hábito particular que deseje modificar?

Quais são aqueles que considera serem os seus “pontos fortes”?

O que é que gostaria de fazer com menor frequência?

O que é que gostaria de começar a fazer?

O que é que gostaria de fazer?

Como utiliza os seus “tempos livres”?

Tem o hábito de se ocupar compulsivamente a fazer uma quantidade imensa de pequenas tarefas e actividades inúteis?

Pratica relaxamento ou meditação regularmente?

5.Sentimentos

Sublinhe, de entre os seguintes sentimentos e emoções, aqueles que se aplicam a si:

Zangado	Culpado	Infeliz
Incomodado	Feliz	Aborrecido
Triste	Conflituoso	Agitado
Deprimido	Arrependido	Solitário
Ansioso	Desesperado	Alegre
Receoso	Esperançado	Excitado
Apavorado	Desamparado	Optimista
Enérgico	Relaxado	Tenso
Invejoso	Ciumento	Outros: _____

Indique os seus cinco principais medos:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

Que sentimentos gostaria de experienciar com maior frequência?

Que sentimentos gostaria de experienciar com menor frequência?

Quais os sentimentos positivos que tem experienciado ultimamente?

Em que tipo de circunstâncias costuma perder o controlo das suas emoções?

Descreva uma situação que o/a faça sentir calmo/a ou relaxado/a:

Por favor, complete as seguintes frases:

Se lhe dissesse o que estou a sentir neste momento:

Uma das coisas de que me sinto orgulhoso/a é:

Uma das coisas de que me sinto culpado/a é:

Sinto-me feliz quando:

Uma das coisas que mais me entristece é:

Se não tivesse medo de ser eu próprio/a, poderia:

Fico muitíssimo zangado/a quando:

Se eu me zangasse consigo:

Que tipo de “hobbies” ou ocupação de “tempos livres” aprecia ou acha relaxantes?

Tem problema em descontraí-se ou gozar fins-de-semana ou férias? (em caso afirmativo, por favor explique):

6.Sensações Físicas

Sublinhe, de entre as seguintes sensações, aquelas que se aplicam a si:

Dores de cabeça	Problemas de estômago	Problemas de pele
Tonturas	Tiques	Boca seca
Palpitações	Espasmos musculares	Fadiga
Contracções	Dores de peito	Tensão
Dores de costas	Ritmo cardíaco acelerado	Tremores
Problemas sexuais	Incapacidade de relaxar	Perturbações intestinais
Desmaios	Corar	Ouvir coisas
Suar em excesso	Ouvir zumbidos	Olhos chorosos
Problemas visuais	Problemas auditivos	Entorpecimento

Quais as sensações que lhe são particularmente:

Agradáveis:

Desagradáveis:

6.Imagens

Sublinhe, de entre as frases seguintes, aquelas que se aplicam a si:

Imagens sexuais agradáveis	Imagens sexuais desagradáveis
Imagens desagradáveis de infância	Imagens de solidão
Imagens de desamparo	Imagens de sedução
Imagens agressivas	Imagens de ser amado/a

Assinale as frases seguintes que se aplicam a si:

IMAGINO-ME:

- | | |
|--|----------------------------|
| a ser ferido | a ferir os outros |
| a não conseguir lidar com as situações | ter muita responsabilidade |
| a ser bem sucedido/a | a falhar |
| a perder o controlo | a estar encurralado/a |
| a ser seguido/a | a rirem-se de mim |
| a falarem de mim | a ser promíscuo/a |

outras imagens: _____

Qual a imagem que mais frequentemente lhe vem à cabeça?

Descreva uma fantasia ou imagem mental que lhe seja particularmente agradável:

Descreva a sua imagem de um local “totalmente seguro”:

Com que frequência tem pesadelos?

Descreva o mais frequente:

8. Pensamentos

Sublinhe, de entre os seguintes pensamentos, aqueles que se aplicam a si:

- Sou um/a inútil, um/a Zé-ninguém, sem valor e/ou que não merece a afeição dos outros.
- Sou pouco atraente, incompetente, estúpido/a e/ou indesejável.
- Sou mau/má, louco/a, degenerado/a e/ou aberrante.
- A vida é vazia, uma perda de tempo, e não há nada por que valha a pena esperar.
- Cometo demasiados erros, não há nada que eu saiba fazer de forma adequada.

Sublinhe, de entre as seguintes palavras, aquelas que pensa que melhor o/a descrevem:

Inteligente, confiante, com valor, ambicioso/a, sensível, leal, digno/a de confiança, arrependido/a, sem valor, um/a Zé-ninguém, inútil, mau/má, louco/a, moralmente degenerado/a, prudente, aberrante, feio/a, inadequado/a, confuso/a, estúpido/a, ingênuo/a, honesto/a, incompetente, com pensamentos horríveis, conflituoso/a, com dificuldades de concentração, com problemas de memória, atraente, incapaz de tomar decisões, com ideias suicidas, perseverante, bom sentido de humor, trabalhador/a.

Qual considera ser o seu pensamento ou ideia mais irracional?

Sente-se incomodado/a com pensamentos que lhe vêm à mente com muita frequência?

Por favor, em cada uma das seguintes frases, assinale o número que melhor representa as suas opiniões:

	Total Desacordo	Desacordo	Neutro	Acordo	Total Acordo
- Não deveria cometer erros.	1	2	3	4	5
- Deveria ser bom/a em tudo o que faço.	1	2	3	4	5
- Quando não sei qualquer coisa, deveria fingir que sei.	1	2	3	4	5
- Não deveria revelar informações de natureza pessoal.	1	2	3	4	5
- Sou uma vítima das circunstâncias.	1	2	3	4	5
- A minha vida é controlada por forças exteriores.	1	2	3	4	5
- As outras pessoas são mais felizes do que eu.	1	2	3	4	5

- É essencial agradarmos aos outros.	1	2	3	4	5
- É preferível jogar pelo seguro; não arriscar.	1	2	3	4	5
- Não mereço ser feliz.	1	2	3	4	5
- Se ignorar os meus problemas, eles acabam por desaparecer.	1	2	3	4	5
- É minha responsabilidade fazer com que os outros se sintam felizes.	1	2	3	4	5
Deveria lutar pela perfeição.	1	2	3	4	5
Basicamente, existem duas formas de fazer as coisas: acerta e a errada.	1	2	3	4	5

Quais são as suas expectativas relativamente à terapia?

Em poucas palavras, diga em que é que pensa que a terapia consiste:

Quanto tempo pensa que a terapia vai durar?

Qual a sua opinião sobre a forma como um terapeuta deveria interagir com os seus clientes? Quais as qualidades que o terapeuta ideal deveria possuir?

9.Relações Interpessoais

A.Família de Origem

- (1) Caso não tenha sido criado/a pelos seus pais, quem o/a criou e entre que idades?
 - (2) Descreva a personalidade do seu pai (ou substituto) e a sua atitude para consigo (passada e presente):
 - (3) Descreva a personalidade da sua mãe (ou substituta) e a sua atitude para consigo (passada e actual):
 - (4) Era-lhe possível fazer confidências aos seus pais?
 - (5) Sentia-se compreendido pelos seus pais?
 - (6) De uma maneira geral, sentia-se amado e respeitado pelos seus pais?
 - (7) Caso tenha um padrasto/madrasta, qual a sua idade quando o seu pai/mãe voltou a casar?
 - (8) Alguém próximo (pais, familiares, amigos) alguma vez interferiu no seu casamento, profissão, etc:
 - (9) Quem são as pessoas mais importantes da sua vida?
-

B.Amizades

- (1) Faz amigos facilmente?
- (2) Mantém os amigos com facilidade?
- (3) Teve/tem Algum problema sério com o/s amigo/s?
- (4) Descreva resumidamente uma relação que lhe é:
 - (a) Muita Satisfação:

(b) Mágoa:

(5) Até que ponto se costuma sentir relaxado e à vontade em situações sociais?

Muito relaxado _____ Relativamente confortável _____
Relativamente desconfortável _____ Muito ansioso _____

(6) De uma maneira geral, costuma expressar os seus sentimentos, opiniões e desejos de forma aberta e apropriada?

(7) Descreva as situações em que (ou as pessoas com as quais) tem dificuldade em comportar-se de maneira adequada:

(8) Tem algum/a/s amigo/a/s com quem se sinta à vontade para partilhar os seus pensamentos e sentimentos mais íntimos?

C. Casamento

(1) Durante quanto tempo conheceu o/a seu/sua esposo/a antes de casar? _____

(2) Há quanto tempo é casado/a? _____

(3) Qual a idade do/a seu/sua esposo/a? _____

(4) Qual é a profissão do/a seu/sua esposo/a? _____

(5) Descreva, brevemente, a personalidade do/a seu/sua esposo/a: _____

(6) Em que áreas são particularmente compatíveis? _____

(7) Em que áreas são particularmente incompatíveis? _____

(8) Como se dá com os sogros e cunhados? _____

(9) Quantos filhos tem? _____ Por favor, indique nomes, idades e sexo:

D. Relações sexuais

- (1) Descreva a atitude dos seus pais relativamente a questões sexuais:

- (2) Quando e como teve acesso aos primeiros conhecimentos relativos a assuntos sexuais?

- (3) Quando teve conhecimento, pela primeira vez, dos seus impulsos sexuais?

- (4) Alguma vez experimentou ansiedade ou sentimentos de culpa associados ao sexo ou à masturbação? Em caso afirmativo, por favor, explique:

- (5) Existem alguns detalhes relevantes relativos à sua primeira ou posteriores experiências sexuais?

- (6) Actualmente, a sua vida sexual é satisfatória? Em caso negativo, por favor, explique:

- (7) Por favor, refira-se a quaisquer preocupações de ordem sexual que não tenham sido mencionadas anteriormente:

E. Outras relações

- (1) Tem algum problema significativo com os seus colegas de trabalho? Em caso afirmativo, por favor, explicita:

(2) Por favor, complete as frases seguintes:

- (a) Uma das maneiras como as pessoas me magoam é:
- (b) Poderia chocá-lo fazendo:
- (c) Uma mãe deveria:
- (d) Um pai deveria:
- (e) Um verdadeiro amigo deveria:

(3) Diga, brevemente, como seria descrito/a pelas seguintes pessoas:

- (a) O/a seu/sua esposo/a:
- (b) O/a seu/sua melhor amigo/a:
- (c) Alguém que não goste de si:

(4) Está de momento, incomodado/a por situações passadas em que tenha sido rejeitado/a o pelo rompimento de relações amorosas? Em caso afirmativo especifique:

10. Factores Biológicos

Tem, de momento, queixas relativas à sua saúde física? Em caso afirmativo, por favor, especifique:

Por favor, mencione qualquer medicamento que, de momento, esteja a utilizar:

Come três refeições substanciais e equilibradas por dia? Em caso negativo, explique:

Pratica exercício regularmente? Em caso afirmativo, que tipo de exercício e com que frequência:

Assinale quais dos seguintes itens se aplicam a si:

	Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre
Marijuana				
Tranquilizantes				
Sedativos				
Aspirina				
Cocaína				
Analgésicos				
Álcool				
Café				
Cigarros				
Narcóticos				
Estimulantes				
Alucinogénios (LSD, etc.)				
Diarreia				
Prisão de ventre				
Alergias				
Tensão arterial elevada				
Náuseas				
Vômitos				
Insónias				
Dores de cabeça				
Dores lombares				
Excesso de alimentação				
Falta de apetite				

11. Escala Multimodal

Seguem-se sete escalas que descrevem várias tendências que as pessoas têm, com maior ou menor intensidade. Utilizando uma gradação de 0 a 6 (0 significa que não se aplica a si; e 6 significa que se aplica totalmente a si) por favor, avalie-se nas escalas seguintes:

1. Comportamento: Quão afectivo/a é você?

0 1 2 3 4 5 6

2. Afecto: Quão emocional você é? Quão intensamente sente as coisas? É dado/a a reacções apaixonadas?

0 1 2 3 4 5 6

3. Sensação: Até que ponto se foca nos prazeres e dores associados com os sentidos? Até que ponto “liga” às suas sensações corporais - sexo, comida, música, arte?

0 1 2 3 4 5 6

4. Imagética: Possui uma imaginação vivida? É dado/a a fantasiar e a “sonhar acordado/a”? Pensa em termos de imagens mentais?

0 1 2 3 4 5 6

5. Cognição: Quão “pensador/a” é você? Gosta de analisar as coisas, fazer planos, reflectir sobre assuntos demoradamente?

0 1 2 3 4 5 6

6. Interpessoal: Quão “social” é você? Quão importantes são as outras pessoas para si? Deseja ser íntimo/a dos outros?

0 1 2 3 4 5 6

7. Biologia: É saudável e preocupa-se com a sua saúde? Toma conta do seu corpo e da sua saúde? Evita comer e beber em excesso, ingerir medicamentos desnecessários?

0 1 2 3 4 5 6

Copyright, 1980, Multimodal Therapy Institute
Tradução e adaptação, 1988, A. Branco Vasco

Anexo D

Escala de Beck de Auto-Avaliação da Depressão

Nome: _____ Data: ____/____/____

Isto é um questionário constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha uma única afirmação, a que melhor descrever a forma como se sente no momento actual.

☐	Não me sinto triste
☐	Ando “em baixo” ou triste
☐	Sinto-me “em baixo” todo o tempo e não consigo evitá-lo
☐	Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim
☐	Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado
☐	Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro
☐	Sinto-me com medo do futuro
☐	Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
☐	Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
☐	Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar
☐	Não tenho a sensação de ter fracassado
☐	Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
☐	Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
☐	Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos
☐	Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher, filho, filha,...)
☐	Não me sinto descontente com nada em especial
☐	Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
☐	Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente
☐	Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for
☐	Sinto-me descontente com tudo
☐	Não me sinto culpado(a) por nada em particular
☐	Sinto, grande parte do tempo, que sou mau(má) ou que não tenho qualquer valor
☐	Sinto-me bastante culpado(a)
☐	Agora, sinto permanentemente que sou mau(má) e não valho absolutamente nada
☐	Considero que sou mau(má) e não valha absolutamente nada
☐	Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo
☐	Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal
☐	Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a)
☐	Sinto que mereço ser castigado(a)
☐	Quero ser castigado(a)
☐	Não me sinto descontente comigo
☐	Estou desiludido(a) comigo
☐	Não gosto de mim
☐	Estou bastante desgostoso(a) comigo
☐	Odeio-me
☐	Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa
☐	Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros
☐	Culpo-me das minhas próprias faltas
☐	Acuso-me por tudo de mal que acontece

☐ Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a)

☐	Tenho ideias de pôr termo à vida mas não sou capaz de as concretizar
☐	Sinto que seria melhor morrer
☐	Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse
☐	Tenho planos concretos sobre como hei-de pôr termo à minha vida
☐	Matar-me-ia se tivesse oportunidade
☐	Habitualmente não choro mais do que costume
☐	Choro agora mais do que costumava
☐	Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo deixar de fazê-lo
☐	Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo que tenha vontade
☐	Não ando agora mais irritado(a) do que costumava
☐	Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
☐	Sinto-me permanentemente irritado(a)
☐	Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente
☐	Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
☐	Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
☐	Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
☐	Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito
☐	Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
☐	Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e evito tomar decisões
☐	Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas
☐	Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão
☐	Não acho que tenha pior aspecto do que costumava
☐	Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente
☐	Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente
☐	Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo
☐	Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
☐	Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar
☐	Não consigo trabalhar tão bem como de costume
☐	Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for
☐	Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja
☐	Consigo dormir tão bem como antes
☐	Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual
☐	Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer
☐	Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas
☐	Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual
☐	Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente
☐	Fico cansado(a) quando faço seja o que for
☐	Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja
☐	O meu apetite é o mesmo de sempre
☐	O meu apetite não é tão bom como costumava ser
☐	Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente
☐	Perdi por completo todo o apetite que tinha
☐	Não tenho perdido/ganho muito peso, se é que perdi algum ultimamente
☐	Perdi/Ganhei mais de 2,5 kg de peso
☐	Perdi/Ganhei mais de 5 kg de peso
☐	Perdi/Ganhei mais de 7,5 kg de peso
☐	A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
☐	Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago, prisão de ventre ou outras sensações físicas desagradáveis
☐	Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa
☐	Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto
☐	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
☐	Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar
☐	Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual
☐	Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

Anexo E

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encortamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

MCMI-II

Inventário Clínico Multiaxial de Millon

Instruções

1. As páginas seguintes contêm uma série de afirmações que as pessoas utilizam para se descreverem, utilize-as para caracterizar os seus sentimentos e atitudes. Tente ser o mais sincero possível nas escolhas que fizer. Os resultados ajudarão a compreender **como é** como pessoa.
2. Não se preocupe se algumas frases lhe parecerem pouco usuais. Elas estão incluídas no questionário para descreverem pessoas com problemas muito variados. Quando concordar com a afirmação ou decidir que esta o descreve, marque V (de Verdade). Se discordar da afirmação ou decidir que ela não o descreve, marque F (de Falso).
Tente responder a todas as afirmações mesmo que não esteja seguro da sua escolha. Se pensou suficientemente bem e mesmo assim não consegue decidir-se, marque o F.
3. Não há limite de tempo para preencher este questionário, mas é preferível que responda o mais rapidamente que lhe seja possível e confortável.
4. Os resultados deste questionário são estritamente confidenciais.

Dados Pessoais:

Nome: _____
(pode não ser o nome real, não se esqueça no caso de indicar outro nome/código especificar qual o seu sexo; se ainda for responder a outro questionário o nome/código terá de ser o mesmo)

Estado civil: _____

Data de Nascimento: _____ Escolaridade: _____

Data de realização do questionário _____

V	F	1	Sigo sempre as minhas ideias em vez de fazer aquilo que os outros esperam de mim.
V	F	2	Sempre me senti melhor a fazer as coisas, sozinho/a, calmamente, do com outras pessoas.
V	F	3	Falar com as outras pessoas tem sido quase sempre difícil e penoso para mim.
V	F	4	Acredito que é importante ter força de vontade e determinação em tudo aquilo que faça.
V	F	5	Nas últimas semanas começo a chorar quando a mais pequena coisa corre mal.
V	F	6	Algumas pessoas acham-me presunçoso/a e centrado/a em mim próprio/a.
V	F	7	Quando era adolescente tinha muitos problemas por causa do meu mau comportamento na escola.
V	F	8	Sinto sempre que não sou desejado/a num grupo.
V	F	9	Critico frequentemente com veemência quem me aborrece.
V	F	10	Sinto-me satisfeito/a por ser um(a) seguidor(a) de outros.
V	F	11	Gosto de fazer tantas coisas diferentes que não consigo decidir o que fazer primeiro.
V	F	12	Por vezes posso ser bastante duro/a e malvado/a nas relações com a minha família.
V	F	13	Tenho pouco interesse em fazer amigos.
V	F	14	Penso que sou uma pessoa muito sociável e que gosta muito de se dar com os outros.
V	F	15	Sei que sou uma pessoa superior, por isso não me preocupo com o que as outras pessoas pensam.
V	F	16	As pessoas nunca me deram o valor suficiente pelas coisas que eu tenho feito.
V	F	17	Tenho um problema com a bebida que tenho tentado resolver sem sucesso.
V	F	18	Ultimamente, sinto "um aperto no estômago" e tenho suores frios.
V	F	19	Tentei sempre expor-me pouco durante as actividades sociais.
V	F	20	Farei sempre coisas pelo simples facto de poderem ser divertidas.
V	F	21	Fico muito aborrecido/a com as pessoas que nunca são capazes de fazer nada bem.
V	F	22	Se os membros da minha família me pressionarem, é provável que me sinta irritado/a e resista a fazer o que eles querem.
V	F	23	Sinto, frequentemente, que devo ser punido/a por coisas que fiz.
V	F	24	As pessoas fazem troça de mim nas minhas costas, comentando a forma como me comporto ou a minha aparência.
V	F	25	As outras pessoas parecem mais seguras, do que eu, sobre quem são e o que querem.
V	F	26	Tenho tendência por desatar a chorar ou ter ataques de fúria por razões que desconheço.
V	F	27	Comecei a sentir-me solitário/a e vazio/a há cerca de um ano ou dois atrás.
V	F	28	Tenho tendência para ser dramático/a.

V	F	29	Tenho dificuldade em manter o equilíbrio quando ando.
V	F	30	Dá-me prazer uma forte competição.
V	F	31	Quando entro em crise procuro rapidamente alguém que me ajude.
V	F	32	Protejo-me de problemas nunca deixando as outras pessoas saberem muito a meu respeito.
V	F	33	Sinto-me fraco/a e cansado/a a maior parte do tempo.
V	F	34	As outras pessoas ficam mais zangadas com coisas incómodas do que eu.
V	F	35	O vício da droga sempre me criou uma série de problemas no passado.
V	F	36	Ultimamente, dou comigo a chorar sem qualquer razão.
V	F	37	Acho que sou uma pessoa especial que merece uma atenção especial dos outros.
V	F	38	De forma alguma me deixo enganar por pessoas que dizem que precisam de ajuda.
V	F	39	Um caminho seguro para tornar o mundo pacífico é o de melhorar a moral das pessoas.
V	F	40	Envolvei-me, no passado, sexualmente com muitas pessoas que não significavam muito para mim.
V	F	41	Acho difícil simpatizar com pessoas que estão sempre inseguras acerca das coisas.
V	F	42	Sou uma pessoa muito simpática e submissa.
V	F	43	O meu mau génio sempre foi a causa principal dos meus problemas.
V	F	44	Não me importo de intimidar os outros para conseguir que eles façam o que eu quero.
V	F	45	Nos últimos anos, até a mais pequena das coisas parecia deprimir-me.
V	F	46	O meu desejo de fazer as coisas perfeitas acaba por, quase sempre, as atrasar.
V	F	47	Sou tão sossegado/a e reservado/a que a maioria das pessoas nem repara que eu existo.
V	F	48	Gosto de namoriscar com membros do sexo oposto.
V	F	49	Sou uma pessoa sossegada e medrosa.
V	F	50	Sou uma pessoa instável, que muda constantemente de ideias e de sentimentos.
V	F	51	Sinto-me muito tenso/a quando penso nos acontecimentos do dia.
V	F	52	Beber álcool nunca me causou problemas sérios no trabalho.
V	F	53	Ultimamente sinto não ter forças, logo de manhã.
V	F	54	Comecei a sentir-me um(a) falhado/a há alguns anos atrás.
V	F	55	Fico ressentido/a com pessoas "convencidas" que têm a mania que conseguem sempre fazer as coisas melhor do que eu.
V	F	56	Sempre tive um medo terrível de perder o amor das pessoas de quem mais preciso.
V	F	57	Deixo com excessiva facilidade que as pessoas se aproveitem de mim.

V	F	58	Ultimamente, começou a apetecer-me partir coisas.
V	F	59	Ultimamente, tenho pensado seriamente em acabar comigo.
V	F	60	Estou sempre a procurar fazer novos amigos e conhecer pessoas novas.
V	F	61	Controlo bastante bem as minha finanças para estar preparado/a para qualquer eventualidade.
V	F	62	Estive na primeira página de várias revistas do ano passado.
V	F	63	Há poucas pessoas que gostem de mim.
V	F	64	Se alguém me criticasse por ter cometido um erro, rapidamente apontaria alguns dos erros dessa pessoa.
V	F	65	Algumas pessoas dizem que eu gosto de sofrer.
V	F	66	Frequentemente, expresso os meus sentimentos de raiva, acabando por sentir-me terrivelmente culpado/a por isso.
V	F	67	Ultimamente, sinto-me agitado/a e sob grande tensão, mas não sei porquê.
V	F	68	Perco frequentemente a faculdade de sentir quaisquer sensações em partes do meu corpo.
V	F	69	Acredito que há pessoas que usam a telepatia para influenciar a minha vida.
V	F	70	Tomar as chamadas drogas ilegais pode ser insensato, mas no passado eu achei que precisava delas.
V	F	71	Sinto-me sempre cansado/a.
V	F	72	Parece que não consigo dormir e acordo tão cansado/a como quando fui para a cama.
V	F	73	Tenho feito uma série de coisas estúpidas, impulsivamente, que acabaram por me causar grandes problemas.
V	F	74	Nunca perdoo um insulto nem esqueço um embaraço que alguém me causou.
V	F	75	Devemos respeitar as gerações anteriores e não pensarmos que sabemos mais do que elas.
V	F	76	Presentemente, sinto-me terrivelmente deprimido/a e triste durante a maior parte do tempo.
V	F	77	Sou do tipo de pessoas de quem os outros se aproveitam.
V	F	78	Esforço-me sempre muito por agradar aos outros, mesmo quando não gosto deles.
V	F	79	Há vários anos que tenho sérios pensamentos de suicídio.
V	F	80	Descubro com facilidade a forma como as pessoas estão a tentar causar-me problemas.
V	F	81	Sempre tive menos interesse pelo sexo do que a maioria das pessoas.
V	F	82	Não consigo compreender porquê, mas pareço gostar de magoar as pessoas que amo.
V	F	83	Há muito tempo que decidi que é melhor ter pouco a ver com as pessoas.

V	F	84	Estou disposto/a a lutar com unhas e dentes para não deixar que ninguém me roube a liberdade pessoal.
V	F	85	Desde criança sempre tive de estar alerta face a pessoas que tentavam enganar-me.
V	F	86	Quando as coisas começam a tornar-se aborrecidas gosto de fazer algo excitante.
V	F	87	Tenho um problema com o álcool que tem criado complicações a mim e à minha família.
V	F	88	Quando se trata de algo que exige muita paciência, eu sou a pessoa indicada.
V	F	89	Sou provavelmente o/a pensador(a) mais criativo/a de entre as pessoas que conheço.
V	F	90	Não vi um único carro nos últimos 10 anos.
V	F	91	Não vejo nada de errado em usar as pessoas para obter aquilo que quero.
V	F	92	A punição nunca me impediu de fazer aquilo que quis.
V	F	93	Há muitas ocasiões em que, sem razão aparente, me sinto muito alegre e cheio/a de entusiasmo.
V	F	94	Quando era adolescente fugi de casa, pelo menos uma vez.
V	F	95	Digo muitas vezes coisas da boca para fora, que me arrependo de ter dito.
V	F	96	Nas últimas semanas sinto-me exausto/a, sem razão especial.
V	F	97	Desde há algum tempo que me tenho sentido culpado/a por já não conseguir fazer bem as coisas.
V	F	98	Há ideias que persistem no meu pensamento, continuamente, sem se irem embora.
V	F	99	Tornei-me bastante desanimado/a e triste acerca da vida, nos últimos um ou dois anos.
V	F	100	Há já alguns anos, que muitas pessoas têm vindo a espiar a minha vida privada.
V	F	101	Não sei porquê, mas às vezes digo coisas cruéis só para fazer os outros infelizes.
V	F	102	Detesto ou tenho medo da maioria das pessoas.
V	F	103	Expresso abertamente a minha opinião sobre as coisas, sem me importar com o que os outros possam pensar.
V	F	104	Quando alguma figura de autoridade insiste para que eu faça algo, é provável que o não faça, ou que o faça mal de propósito.
V	F	105	O meu hábito de abuso de drogas levou-me, no passado, a faltar ao trabalho.
V	F	106	Estou sempre disposto/a a ceder aos outros para evitar desacordos.
V	F	107	Estou frequentemente irritado/a e rabugento/a.
V	F	108	Já não tenho forças para ripostar.
V	F	109	Ultimamente, tenho que repensar as coisas vezes sem conta, sem razão aparente.
V	F	110	Penso frequentemente que não mereço as coisas boas que me acontecem.
V	F	111	Uso o meu charme para conseguir a atenção das outras pessoas.

V	F	112	Quando estou sozinho/a, sinto frequentemente a presença de alguém que não pode ser vista.
V	F	113	Sinto-me à deriva, sem saber para onde vai a minha vida.
V	F	114	Ultimamente, tenho suado muito e tenho-me sentido muito tenso/a.
V	F	115	Às vezes sinto que devo fazer algo para me magoar a mim ou a outras pessoas.
V	F	116	Já fui injustamente punido/a pela lei, por crimes que nunca cometi.
V	F	117	Estive muito agitado/a nas últimas semanas.
V	F	118	Continuo a ter pensamentos estranhos, dos quais gostava de me ver livre.
V	F	119	Tenho muita dificuldade em controlar o impulso para beber em excesso.
V	F	120	A maioria das pessoas pensa que eu não presto para nada.
V	F	121	Consigo ficar muito excitado/a sexualmente quando luto ou discuto com uma pessoa que ame.
V	F	122	Tenho sido capaz, ao longo dos anos, de manter o meu consumo de álcool no mínimo.
V	F	123	Sempre “testei” os outros para saber até que ponto é que eles são de confiança.
V	F	124	Mesmo quando estou acordado/a, pareço não notar as pessoas que me rodeiam.
V	F	125	Tenho muita facilidade em fazer amigos.
V	F	126	Certifico-me sempre de que o meu trabalho está bem planeado e organizado.
V	F	127	Frequentemente oiço as coisas tão bem que isso me incomoda.
V	F	128	O meu humor parece mudar muito de dia para dia.
V	F	129	Não culpo quem se aproveite de pessoas que não se importam que se aproveitem delas.
V	F	130	Mudei de emprego mais de três vezes nos últimos anos.
V	F	131	Tenho muitas ideias que estão avançadas no tempo.
V	F	132	Há já algum tempo que me venho sentindo triste e melancólico/a e não consigo sair deste estado.
V	F	133	Penso que é sempre melhor procurar ajuda para tudo aquilo que faço.
V	F	134	Zango-me frequentemente com as pessoas que fazem as coisas devagar.
V	F	135	Fico realmente chateado/a com as pessoas que esperam que eu faça aquilo que não quero fazer.
V	F	136	Nos últimos anos tenho-me sentido tão culpado/a que poderei fazer algo terrível a mim próprio/a.
V	F	137	Nunca me isolo quando estou numa festa.
V	F	138	Dizem-me que eu sou uma pessoa correcta e com sentido de moral.

V	F	139	Por vezes fico confuso/a e sinto-me incomodado/a quando as pessoas são simpáticas comigo.
V	F	140	O meu consumo das chamadas drogas ilegais tem levado a discussões familiares.
V	F	141	Fico muito pouco à vontade nos contactos com o sexo oposto.
V	F	142	Há membros na minha família que dizem que eu sou egoísta e que só penso em mim.
V	F	143	Não me importo que as pessoas não se interessem por mim.
V	F	144	Francamente, minto com frequência para não ter chatices.
V	F	145	As pessoas podem mudar facilmente as minhas ideias mesmo que já considere que estou decidido/a.
V	F	146	Há pessoas que me tentaram "tramar", mas eu tenho força de vontade suficiente para as neutralizar.
V	F	147	Os meus pais diziam-me frequentemente que eu não prestava.
V	F	148	Faço frequentemente as pessoas zangarem-se, mandando nelas.
V	F	149	Tenho um grande respeito pelos que me são hierarquicamente superiores.
V	F	150	Não tenho laços pessoais fortes com praticamente nenhuma pessoa.
V	F	151	Disseram-me no passado que ficava demasiadamente interessado/a e entusiasmado/a com demasiadas coisas.
V	F	152	Voei sobre o Atlântico trinta vezes no ano passado.
V	F	153	Acredito no ditado "deitar cedo e cedo erguer..."
V	F	154	Mereço o sofrimento que tenho experimentado na minha vida.
V	F	155	Os meus sentimentos em relação às pessoas importantes da minha vida passam frequentemente do amor ao ódio.
V	F	156	Os meus pais estavam sempre em desacordo um com o outro.
V	F	157	Já me aconteceu beber dez ou mais bebidas sem ficar bêbado.
V	F	158	Nos grupos sociais fico quase sempre excessivamente consciente de mim próprio e muito tenso/a.
V	F	159	Tenho em grande conta as regras, porque elas são um bom guia de acção.
V	F	160	Desde criança que tenho vindo a perder o contacto com a realidade.
V	F	161	Raramente sinto algo com intensidade.
V	F	162	Costumava ser muito inquieto/a, viajando de lugar para lugar sem saber aonde iria parar.
V	F	163	Não suporto as pessoas que chegam atrasadas aos encontros.
V	F	164	Há pessoas manhosas que frequentemente tentam ficar com os louros das coisas que fiz ou pensei.

- | | | | |
|---|---|-----|--|
| V | F | 165 | Fico muito irritado/a se as pessoas exigem que eu faça as coisas à maneira delas e não à minha. |
| V | F | 166 | Tenho capacidade para ter sucesso em quase tudo o que faça. |
| V | F | 167 | Ultimamente, tenho-me sentido a desfazer em pedaços. |
| V | F | 168 | Pareço encorajar as pessoas que amo a magoar-me. |
| V | F | 169 | Nunca tive nenhum pelo nem na cabeça nem no corpo. |
| V | F | 170 | Quando estou com outras pessoas gosto de ser o centro das atenções. |
| V | F | 171 | Pessoas pelas quais inicialmente tive uma grande admiração, acabaram por me desapontar muito. |
| V | F | 172 | Sou do tipo de pessoas capaz de se dirigir a alguém e dar-lhe uma descompostura. |
| V | F | 173 | Prefiro estar com pessoas que me protejam. |
| V | F | 174 | Houve muitos períodos na minha vida em que estava tão contente e gastei tanta energia que me fui abaixo. |
| V | F | 175 | No passado tive dificuldades em evitar o abuso de drogas ou álcool. |

Obrigada!

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS
PESSOAIS**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento que decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento.

O acompanhamento psicológico será realizado pela técnica estagiária Andreia Borges da Silva Paula. É mantida a privacidade e a confidencialidade exceto quando há risco de morte do próprio ou de outrem. A duração prevista é de aproximadamente 50 minutos por sessão. A participação neste acompanhamento psicológico é de carácter voluntário, não remunerado, tendo a possibilidade de desistir a qualquer momento. O participante é livre de não responder ou partilhar informações se não se sentir confortável a fazê-lo. Obrigada, a sua colaboração é importante!

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas, tendo a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas. Foi-me ainda garantido que todos os dados relativos à minha identificação ou dos meus educandos, neste estudo, são confidenciais e anónimos. Compreendi a informação que me foi dada. Desta forma, eu, (abaixo assinado), aceito participar de livre vontade. Autorizo, de forma voluntária, a utilização de áudio, confiando que apenas será usado para futura transcrição caso haja necessidade.

OS SEUS DIREITOS

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, tendo os titulares dos dados pessoais direito de aceder, livremente e sem restrições, confirmando, retificando, apagando ou bloqueando os dados que hajam facultado, bem como o direito à portabilidade e à limitação do tratamento no que disser respeito ao Titular dos Dados, ou do direito de se opor ao tratamento, podendo exercê-lo por escrito, pessoalmente nas nossas instalações ou através do email [REDACTED], sem qualquer encargo.

O Titular dos Dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, devendo para o efeito contactar-nos através do endereço [REDACTED]

O Titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Protecção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

Eu abaixo assinado/a, compreendi as explicações que me foram dadas pela Dra. [REDACTED], orientadora do estágio, sobre o acompanhamento psicológico que vou usufruir.

Assinatura do(a) participante

[REDACTED]

Assinatura do orientador Responsável

[REDACTED]

Anexo H



TESTE DE PERSONALIDADE PAPI: INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE E PREFERÊNCIA

Nome:

Data da realização da prova:

De seguida serão apresentadas um conjunto de afirmações. Cada número contém duas afirmações, deverá assinalar aquela com que mais se identifica.

1	Sou um bom trabalhador Não tenho variações de Humor
2	Gosto de trabalhar melhor que os outros Gosto de fazer uma coisa até ao fim
3	Gosto de mostrar às pessoas como se fazem as coisas Gosto de dar o meu melhor
4	Gosto de fazer coisas engraçadas Gosto de dizer às pessoas o que devem fazer
5	Gosto de me integrar em grupos Gosto de ser notado em grupos
6	Gosto de fazer um amigo íntimo Gosto de fazer amigos num grupo
7	Mudo rapidamente quando acho que é necessário Tento fazer amigos íntimos
8	Gosto de "contra-atacar" quando me sinto verdadeiramente magoado Gosto de fazer coisas novas e diferentes
9	Quero que o meu patrão goste de mim Gosto de dizer às pessoas quando estão erradas
10	Gosto de seguir as instruções que me são dadas Gosto de agradar às pessoas de quem dependo
11	Esforço-me muito Sou ordenado. Ponho tudo no seu devido lugar
12	Consigo que as pessoas façam aquilo que quero Não me transtorno com facilidade
13	Eu gosto de dizer ao grupo o que deve fazer Nunca deixo um trabalho sem ele estar <u>pronto</u>
14	Gosto de ser animado e interessante



	Quero ter muito sucesso
15	Gosto de me 'encaixar' nos grupos Gosto de ajudar as pessoas a tomarem decisões
16	Fico preocupado quando não gostam de mim Gosto de ser notado pelas pessoas
17	Gosto de experimentar coisas novas Prefiro trabalhar acompanhado em vez de sozinho
18	Às vezes culpo os outros quando as coisas correm mal Incomoda-me quando alguém não gosta de mim
19	Gosto de agradar aos meus superiores Gosto de experimentar trabalhos novos e diferentes
20	Gosto de instruções pormenorizadas para fazer um trabalho Gosto de dizer às pessoas quando me estão a irritar
21	Esforço-me sempre muito Gosto de dar cada passo com muito cuidado
22	Sou um bom chefe Organizo bem as tarefas de um projeto
23	Transtorno-me facilmente Sou lento a tomar decisões
24	Gosto de fazer vários trabalhos ao mesmo tempo Quando estou em grupo, gosto de passar despercebido
25	Adoro ser convidado Gosto de fazer coisas melhor do que outros
26	Gosto de fazer amizades íntimas Gosto de aconselhar os outros
27	Gosto de fazer coisas novas e diferentes Gosto de comentar o meu sucesso naquilo que faço
28	Quando tenho razão gosto de lutar por isso Gosto de pertencer ao grupo
29	Evito ser diferente Tento ser íntimo das pessoas
30	Gosto que me digam exatamente como se fazem as coisas Aborreço-me facilmente
31	Trabalho muito Penso e planeio muito
32	Comando o grupo Interesso-me por pormenores



33	Decido fácil e rapidamente Conservo as minhas coisas cuidadas e arrumadas
34	Trabalho depressa Não me zango nem me entristeço facilmente
35	Quero fazer parte do grupo Quero fazer um só trabalho de cada vez
36	Tento fazer amigos íntimos Tento o mais possível ser o melhor
37	Gosta de novos modelos de roupas e de carros Gosto de ser responsável pelos outros
38	Gosto de discutir Gosto de chamar a atenção
39	Gosto de agradar aos meus superiores Interessa-me fazer parte do grupo
40	Gosto de seguir regras cuidadosamente Gosto que as pessoas me conheçam muito bem
41	Esforço-me muito Sou muito cordial
42	As pessoas pensam que sou um bom chefe Penso cuidadosa e demoradamente
43	"Arrisco" muitas vezes Preocupo-me com pequenas coisas
44	As pessoas acham que trabalho depressa As pessoas acham que sou cuidado e arrumado
45	Gosto de jogar e praticar desportos Sou muito agradável
46	Gosto quando as pessoas são íntimas e afetuosas Tento sempre acabar o que começo
47	Gosto de experimentar e tentar coisas novas Gosto de fazer um trabalho difícil bem feito
48	Gosto de ser tratado com justiça Gostos de dizer aos outros como devem fazer as coisas
49	Gosto de fazer aquilo que esperam de mim Gosto de chamar a atenção
50	Gosto de instruções pormenorizadas para fazer um <u>trabalho</u> Gosto de estar com pessoas
51	Tento sempre fazer um trabalho perfeito



	As pessoas dizem-me que sou praticamente incansável
52	Tenho qualidades de chefia
	Faço amizades facilmente
53	Corro riscos
	Penso muito
54	Trabalho com um ritmo rápido e constante
	Gosto de trabalhar com detalhes
55	Tenho muita energia para jogos e desportos
	Conservo as minhas coisas arrumadas e cuidadas
56	Sinto-me à vontade com toda a “gente”
	Tenho um temperamento estável
57	Quero conhecer pessoas novas fazer coisas novas
	Quero acabar sempre os trabalhos que começo
58	Gosto de defender aquilo em que acredito
	Geralmente gosto de trabalhar duramente
59	Gosto de sugestões das pessoas que admiro
	Gosto de ser responsável pelos outros
60	Sou muito influenciável pelos outros
	Gosto que me dêem muita atenção
61	Por regra trabalho duramente
	Geralmente, trabalho depressa
62	Quando falo, o grupo ouve-me
	Sou hábil no manejo de ferramentas
63	Demoro a fazer amizades
	Demoro a tomar decisões
64	Geralmente como depressa
	Gosto de ler
65	Gosto de fazer um trabalho em que tenha que “andar de um lado para o outro”
	Gosto de trabalho que tenha de ser feito cuidadosamente
66	Faço tantas amizades quanto possível
	Encontro o que guardo
67	Planeio tudo com muita antecedência
	Sou sempre amável
68	Tenho muito orgulho no meu bom-nome
	Não largo um problema até que seja <u>resolvido</u>
69	Gosto de agradar às pessoas que admiro
	Quero ser bem-sucedido

70	Gosto que os outros decidam pelo grupo
	Agrada-me decidir pelo grupo
71	Esforço-me sempre muito
	Tomo decisão fácil e rapidamente
72	O Grupo faz geralmente o que eu quero
	Normalmente, tenho pressa
73	Sinto-me cansado frequentemente.
	Demoro a tomar decisões
74	Trabalho depressa
	Faço amizades facilmente
75	Normalmente, tenho energia e vigor
	Passo muito tempo a pensar
76	Sou muito cordial para com as pessoas
	Gosto de trabalho que requeira precisão
77	Penso e planeio muito
	Conservo as coisas nos seus lugares
78	Gosto de trabalho minuciosos
	Demoro a zangar-me
79	Gosto de seguir as pessoas que admiro
	Acabo sempre o trabalho que começo
80	Gosto de diretrizes claras
	Gosto de trabalhar muito
81	Esforço-me para obter o que desejo
	Sou um bom chefe
82	Consigo fazer com que os outros trabalhem muito
	Confio na minha "boa estrela"
83	Decido-me rapidamente
	Falo depressa
84	Geralmente, trabalho apressadamente
	Faço exercido regularmente
85	Não gosto de conhecer pessoas
	Canso-me rapidamente
86	Faço muitíssimas amizades
	Passo muito tempo a pensar
87	Gosto de trabalhar com teoria
	Gosto de trabalhar com detalhe
88	Gosto de trabalhar com <u>detalhe</u>



	Gosto de organizar o meu trabalho
89	Ponho as coisas nos seus devidos lugares Sou sempre amável
90	Gosto que me digam o que devo fazer
	Tenho de acabar o que começo

Gratos pela colaboração!



Anexo I

- BRIEF- COPE

(Carver, 1989; adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004)

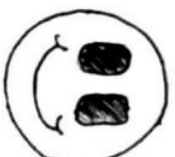
1. Há muitas formas de lidar com os momentos difíceis. Estas questões abordam a **forma como reage perante ocorrências marcantes e de grande impacto emocional** na atividade de **[REDACTED]**. Por favor, **assinale com um círculo (O)** o número que melhor descreve o que faz após essas ocorrências, e com que frequência, numa escala de 0 a 3, em que 0 corresponde a “nunca faço isto” e 3 “faço sempre isto”.

	Nunca faço isto	Faço isto raramente	Faço isto algumas vezes	Faço sempre isto
1. Refugio-me no trabalho ou em outras atividades para me abstrair dos meus problemas.	0	1	2	3
2. Concentro os meus esforços para arranjar alguma forma de sair deste problema.	0	1	2	3
3. Digo para mim próprio/a: “isto não é verdade”.	0	1	2	3
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.	0	1	2	3
5. Procuro o apoio emocional em alguém (família, amigos).	0	1	2	3
6. Simplesmente desisto de tentar lidar contra o problema.	0	1	2	3
7. Tomo medidas para tentar melhorar a situação.	0	1	2	3
8. Recuso-me a acreditar que isto está a acontecer comigo.	0	1	2	3
9. Fico aborrecido/a e expresso os meus sentimentos.	0	1	2	3
10. Peço ajuda e conselhos a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.	0	1	2	3
11. Uso o álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.	0	1	2	3
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torna-la mais positiva.	0	1	2	3
13. Faço críticas a mim próprio/a.	0	1	2	3
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.	0	1	2	3
15. Procuro o conforto e compreensão de alguém.	0	1	2	3
16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação.	0	1	2	3
17. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer.	0	1	2	3
18. Enfrento a situação fazendo piadas sobre a situação.	0	1	2	3
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras.	0	1	2	3
20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	0	1	2	3
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	0	1	2	3
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	0	1	2	3
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.	0	1	2	3
24. Tento aprender a viver com a situação.	0	1	2	3
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação.	0	1	2	3

26. Culpo-me pelo problema que está a acontecer.	0	1	2	3
27. Rezo ou medito.	0	1	2	3
28. Enfrento a situação com sentido de humor	0	1	2	3



Anexo J

DIA DAY DIN	TEOIO BOREDOM UDAASEE	ALEGRIA HAPPY KHUSHEE	DOENTE SICK BEEMAAR	TRISTE SAD DUKHEE	RAIVA ANGRY GUSSA	ASSUSTADO SCARED SAHAMMA HUA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						