

Instituto Universitário da Maia - ISMAI

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



A Presença Terapêutica e a pandemia COVID-19: um estudo exploratório sobre o impacto do isolamento e da realização de consulta à distância na presença terapêutica e na saúde mental dos psicólogos/as

Rita Cláudia Moreira da Costa

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:

Professora Doutora Daniela Carla Alves Nogueira

Janeiro de 2021



*“Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe.”*

**- Clarice Lispector**

A todos os que estiveram comigo – os que se encontram presentes e todos os que, infelizmente, já não se encontram. Todo este esforço não era possível sem vocês. Juntos vamos mais longe com toda a certeza. Adoro-vos sempre.  
Ao meu avô, que já não está comigo, um abraço especial.

## **Agradecimentos**

Não existe nada no mundo que seja mais gratificante do que atingirmos o nosso sucesso e crescimento pessoal e profissional tendo por perto as pessoas que nos querem ver bem e que fazem os possíveis (e muitas vezes, os impossíveis) para que atinjamos os nossos objetivos.

Assim, não poderia deixar de, em primeiro lugar, deixar um enorme agradecimento aos meus pais e irmão. Este período foi realmente trabalhoso e rico em todo o tipo de emoções. No entanto, só com a ajuda constante deles, que se mantiveram do meu lado nos dias bons e menos bons deste processo, todo este trabalho foi possível ser concretizado. Não tenho palavras para descrever o amor incondicional que me fazem sentir e me transmitem.

Em segundo lugar e, como é óbvio, não menos importante, à minha avó. Espero que esteja por muitos mais anos do meu lado, a prestar-me apoio e amor incondicional e vice-versa. Com a quarentena, existiu uma distância física entre nós, e continua a existir, e eu não sei explicar a dificuldade que tenho em superar a distância e a falta de afeto físico, o abraço, o beijo que não lhe posso dar. Tem, no entanto, sempre uma palavra carinhosa e um “tu consegues” para me dizer. Nada supera este orgulho e a importância que a minha avó tem para mim. Aos restantes avós que, infelizmente, já não se encontram comigo e que são os meus anjos da guarda, dedico afincadamente todos os processos e sucessos da minha vida. À minha orientadora deste projeto, que apesar de todos os percalços existentes no caminho, me ajudou a superar e a ir em frente no desenvolvimento do mesmo. Deu-me feedback e esteve sempre do meu lado para me ajudar a melhorar enquanto investigadora e futura profissional. Deste modo, um agradecimento especial à Dra. Daniela Nogueira. Por fim, um agradecimento aos meus amigos e à minha fé que me fazem mover. Obrigada a todos, do fundo do coração.

## **Resumo**

O presente estudo exploratório tem como objetivo explorar de que forma o isolamento como medida de prevenção da pandemia COVID-19 foi vivido pelos/as psicólogos/as e qual o impacto das consultas realizadas à distância na sua presença enquanto terapeuta. Assim recorrendo a uma análise de cariz quantitativo e qualitativo exploratório, neste estudo participaram 101 indivíduos, que respeitavam os seguintes critérios de inclusão: psicólogos/as a exercer psicologia clínica em Portugal. Para recolher os dados para a análise, foi utilizado um questionário sociodemográfico, o Inventário de Presença Terapêutica – versão traduzida piloto (Geller et al., 2010), o Questionário de Ansiedade Generalizada (GAD-7) – versão portuguesa (Sousa et al., 2015) e o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) – versão portuguesa (Torres et al., 2016) disponibilizados aos/às participantes numa plataforma *online*. Os principais resultados indicam que a maioria dos/as participantes não tinha experiência na realização de consulta à distância, o que pode ter impacto, em conjunto com o isolamento e/ou outros acontecimentos de vida, na saúde mental dos/as psicólogos/as, verificando-se presente sintomatologia ansiosa (36,6%), depressiva (28,7%) e níveis de stress (60%). Por sua vez, estas dificuldades ao nível da saúde mental acabam podem afetar a presença terapêutica, onde se destacam valores de  $p$  de .004 e .001 que demonstram correlações estatisticamente significativas com a sintomatologia ansiosa e depressiva respetivamente. Verificou-se ainda que foram utilizadas por estes/as profissionais de saúde mental várias estratégias de autocuidado para lidar com o momento que toda a população mundial estava a vivenciar.

**PALAVRAS-CHAVE:** presença terapêutica, consulta à distância, formação e especialização.

**Abstract**

This exploratory study aims to explore how isolation, as a measure to prevent the COVID-19 pandemic, has been experienced by psychologists and what has been the impact of distance sessions on their therapeutic presence. Accordingly, using an exploratory quantitative and qualitative analysis, 101 individuals participated in this study, who respected the inclusion criteria: psychologists practicing clinical psychology in Portugal. To collect the data for the analysis, a sociodemographic questionnaire was used, the Inventory of Therapeutic Presence – pilot translated version (Geller et al., 2010), the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7) - portuguese version (Sousa et al., 2015) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) - portuguese version (Torres et al., 2016) made available to participants on an online platform. The main results indicate that the majority of the participants had no experience in conducting distance sessions, which may have an impact, together with isolation and /or other life events, on the mental health of psychologists, where we verified anxiety symptoms (36.6%), depression symptoms (28.7%) and stress levels (60%). In turn, these mental health difficulties can end up affecting the therapeutic presence, where we stand out the p values of .004 and .001 that demonstrate statistically significant correlations with anxious and depressive symptoms respectively. It was also found that several self-care strategies were used by these mental health professionals to deal with the moment that the entire world population was experiencing.

**KEY-WORDS:** therapeutic presence, distance sessions, training and specialization

**Índice**

Introdução.....	1
Capítulo I: Enquadramento Teórico .....	3
1.1.    Presença Terapêutica: definição e importância para a psicologia .....	3
1.2.    Pandemia COVID-19, impacto e consequências ao nível saúde mental da população e dos profissionais de saúde .....	11
1.2.1. Isolamento e telepsicologia .....	16
1.2.2. Eficácia da Terapia Online e Presença Terapêutica .....	18
1.3.    Prevenção e promoção da saúde mental: auto-cuidado .....	21
Capítulo II: Apresentação do Estudo Empírico .....	25
2.1. Objetivos.....	25
2.2. Método.....	25
2.2.1. Participantes.....	26
2.2.2. Instrumentos .....	26
2.2.3 Procedimentos de recolha de dados.....	29
Capítulo III: Apresentação e discussão de resultados .....	30
3.1. Resultados.....	30
3.2. Discussão .....	44
3.3. Considerações finais .....	49
Referências .....	51

**Índice de tabelas**

**Tabela 1.** Caraterização sociodemográfica da amostra

**Tabela 2.** Caraterização das variáveis relativas à profissão

**Tabela 3.** Média de consulta semanais à distância realizadas antes e durante o isolamento

**Tabela 4.** Percentagem média de consultas presenciais e à distância durante o *isolamento*

**Tabela 5.** Comparação de médias relativamente aos níveis de ansiedade entre os/as participantes com filhos e sem filhos em idade escolar

**Tabela 6.** Comparação de médias relativamente aos níveis de ansiedade nos homens e nas mulheres

**Tabela 7.** Comparação de médias relativamente à intensidade da sintomatologia depressiva nos homens e nas mulheres

**Tabela 8.** Comparação de médias relativamente aos níveis de ansiedade nos diferentes contextos de prática

**Tabela 9.** Comparação de médias relativamente aos níveis de presença terapêutica nos grupos de profissionais com e sem experiência prévia em consulta à distância

**Tabela 10.** Comparação de médias relativamente aos níveis de presença terapêutica nos grupos de profissionais com especialidade avançada em psicoterapia e sem especialidade avançada

**Tabela 11.** Correlação de *Spearman* entre os níveis de ansiedade e os níveis de presença terapêutica

**Tabela 12.** Correlação de *Spearman* entre a intensidade dos sintomas depressivos e os níveis de presença terapêutica

## **Índice de gráficos**

**Gráfico 1.** Percentagens relativas à especialização em Psicoterapia reconhecida pela Ordem dos Psicólogos Portugueses

**Gráfico 2.** Contexto de prática onde os/as participantes desenvolvem a sua profissão

**Gráfico 3.** Experiência no formato de consulta à distância antes do período de isolamento

**Gráfico 4.** Duração da experiência no formato de consulta à distância antes do isolamento

**Gráfico 5.** Tipo de prática na experiência prévia à distância

**Gráfico 6.** Apresentação das percentagens relativa à intensidade da sintomatologia ansiosa

**Gráfico 7.** Apresentação das percentagens relativa à intensidade da sintomatologia depressiva

**Gráfico 8.** Contraste entre os/as participantes com experiência prévia e sem experiência prévia na realização de consultas à distância nas consultas realizadas antes e durante o isolamento

**Gráfico 9.** Manifestação de sintomatologia ansiosa no período de isolamento

**Gráfico 10.** Gestão da sintomatologia ansiosa no período de isolamento

**Gráfico 11.** Estratégias para lidar com a sintomatologia ansiosa referidas pelos/as participantes

**Gráfico 13.** Gestão do burnout no período de isolamento

**Gráfico 14.** Estratégias para lidar com os sintomas de burnout no período de isolamento

**Índice de anexos**

**Anexo 1.** Codificação através de análise de conteúdo das respostas dos/as participantes relativa à sintomatologia ansiosa

**Anexo 2.** Codificação através de análise de conteúdo das respostas dos/as participantes relativa às estratégias utilizadas para lidar com a ansiedade

**Anexo 3.** Codificação através de análise de conteúdo das respostas dos/as participantes relativa ao stress

**Anexo 4.** Codificação através de análise de conteúdo das respostas dos/as participantes relativa às estratégias utilizadas para lidar com o stress

## **Introdução**

A Psicologia em geral e, especialmente, a Psicologia Clínica têm-se dedicado ao estudo acerca da prática psicoterapêutica, do treino e da investigação (Bugental, 1987). Estes estudos têm-se preocupado em compreender o que realmente é, como funciona e se, efetivamente pode contribuir para a mudança dos/as clientes (Goldfried & Davila, 2005). Assim, e de acordo com a investigação, a psicoterapia tem tido resultados positivos no que diz respeito à mudança e existem algumas variáveis que têm forte implicação tanto para a psicoterapia como para a própria mudança: as variáveis do/a cliente, do/a psicoterapeuta e a qualidade relação que é estabelecida entre a díade (Geller & Greenberg, 2012; Honda & Yoshida, 2013; Lambert & Ogles, 2004; Valente, 2015).

Vários autores referem-se ao artigo clássico de Carl Rogers (1957) que destaca as três condições necessárias num terapeuta para a mudança em psicoterapia: consideração positiva, congruência e genuinidade, e empatia. Nos seus estudos posteriores, o autor destaca a importância do relacionamento que é estabelecido entre terapeuta e cliente, sendo este um fator determinante do sucesso terapêutico, admitindo que tratar o/a cliente de uma forma afetuosa e respeitosa permite que o/a mesmo/a cresça psicologicamente e realize o seu potencial (Bozarth, 2001; Farber & Doolin, 2011; Goldfried & Davila, 2005). A presença terapêutica pode ser considerada a quarta condição que, de certa forma, se junta às condições anteriormente sugeridas por Rogers pois, um/a terapeuta que é presente tem os pré-requisitos necessários para a mudança do/a cliente e sucesso da terapia e o/a terapeuta que não é presente não consegue ter a percepção e compreensão que, de certa forma, se encontram limitadas, da experiência do/a cliente (Hayes & Vinca, 2017).

Deste modo, e sendo a presença terapêutica fundamental na prática do/a terapeuta e que facilita a abertura e expressão emocional do/a cliente, qual será o impacto das consultas realizadas à distância na sua presença enquanto terapeuta?

Sabemos, de acordo com Geller (2020), que a realização de consulta mediada por meios de comunicação à distância tem consigo um desafio acrescido para os/as profissionais de saúde mental que devem adaptar a sua técnica e desenvolver conhecimentos constantes relativamente a esta metodologia. Sabemos também que o período de isolamento foi um período complicado ao nível da saúde mental para a população da qual os/as terapeutas não foram exceção.

Neste sentido, a pertinência deste estudo, sendo um estudo pioneiro e exploratório, tal como a situação pandémica que estamos a atravessar, passa por perceber e explorar de que forma os/as terapeutas vivenciaram o isolamento como medida de distanciamento social, consequência da mitigação da pandemia COVID-19, como lidaram com a ansiedade e emoções decorrentes desse período e de que forma a adoção preferencialmente de consulta à distância impactou a percepção de presença dos/as terapeutas em relação aos/às seus/suas clientes. Este estudo torna-se particularmente útil, na medida em que, tratando-se de um grupo de ajuda e facilitador da mudança dos/as clientes, é importante perceber como é que algumas variáveis nomeadamente sociodemográficas, de saúde mental e relativas à profissão têm impacto na sua atuação. Mais ainda, é crucial perceber questões relacionadas com a saúde mental destes profissionais e que medidas/estratégias utilizaram para lidar com a ansiedade e com o fluxo intenso e adaptação de trabalho, para estarem disponíveis e presentes para ajudar os/as clientes.

De forma a aprofundar estas questões, o presente trabalho está dividido em três capítulos – (I) Enquadramento Teórico, (II) Apresentação do estudo empírico e (III) Apresentação e discussão dos resultados.

## **Capítulo I: Enquadramento Teórico**

### **1.1. Presença Terapêutica: definição e importância para a psicologia**

Os/as terapeutas no seu dia-a-dia enfrentam várias situações desafiadoras, especialmente, no que diz respeito ao seu trabalho. Desde questões relativas aos vários tipos de clientes, local de trabalho, relação estabelecida com os colegas, às questões pessoais. Assim, o que tem vindo a ser debatido na literatura está relacionado com a questão de como é que os/as terapeutas reagem perante estas situações desafiadoras, de modo a conseguirem estar completamente presentes para os/as seus/suas clientes, condição necessária para o sucesso terapêutico (Hayes & Vinca, 2017). Esta premissa, relativa à definição e eficácia de presença terapêutica para a terapia, é comprovada pelas investigações emergentes ao longo dos últimos anos (Bugental, 1987; Geller & Greenberg, 2002).

Presença terapêutica é estar completamente no momento em vários níveis, nomeadamente físico, emocional, cognitivo e espiritual, sendo considerado um mecanismo importante para a autenticidade, congruência, genuinidade e bem-estar (Geller, 2017; Geller & Greenberg, 2002; Greenberg & Geller, 2001). Colosimo e Pos (2015) definem presença terapêutica como uma questão comum aos/às terapeutas e fundamental para diversos processos e intervenções terapêuticas como a empatia, construção da aliança terapêutica, reestruturação cognitiva e processamento emocional.

Na terapia Centrada na Pessoa, Bozarth (2001) define que o objetivo principal é a promoção da mudança do/a cliente pela relação estabelecida entre este/esta e o/a terapeuta. De acordo com a sua experiência, este autor descreve o seu papel no caso de

Howard, referente à presença e mudança terapêutica como “(...) estar envolvido, responsivo e ajudá-lo a encontrar maneiras de implementar as suas decisões (...) confie nas suas decisões em todos os níveis. Eu estava disposto a estar com ele em seus termos, se eu duvidasse das suas decisões, teria partilhado isso com ele em profundidade, como fiz com muitos clientes” (pp.177-178). Acrescenta que quando não se avalia ou ordena algo ao/à cliente, transmitindo-lhe atenção, confiança, interesse e envolvimento, este/esta sente-se com autonomia para a mudança.

Watson (2019), ao fazer referência à presença terapêutica na Terapia Focada nas Emoções, refere que os/as terapeutas estão, de forma plena, aceitante, congruente, transparente, sintonizada e empática, focados nas suas interações e no relacionamento com os/as clientes, de forma a promover no/a mesmo/a auto-organização e capacidades de processamento emocional. A isto os autores denominam de descentração – capacidade dos/as terapeutas de colocarem de lado as suas perspetivas, valores e experiências, de forma a estarem disponíveis para transmitir aceitação e estar com e para o/a cliente. Desta forma, os/as clientes ao serem compreendidos/as, poderão tornar-se mais empáticos/as e aceitarão a sua experiência adquirindo formas mais positivas de a compreender e regular.

A presença terapêutica diz respeito ao facto de o/a terapeuta estar totalmente em contacto consigo mesmo/a, ao mesmo tempo que está aberto/a, recetivo/a e imerso/a em relação à experiência do/a cliente, com uma maior perceção e expansão da consciência, através de estar com e para os/as clientes. Para Hill (2009) existem duas habilidades básicas que os/as terapeutas devem possuir para efetivamente estarem com o/a cliente: atender e ouvir. Isto permite que os/as clientes tenham segurança durante a sessão para explorarem, comunicarem e expressarem os seus pensamentos e sentimentos, dando ao/à terapeuta mais informação da situação, do/a cliente e de si mesmo/a (Geller et al., 2012) e, consequentemente, promovendo o sucesso terapêutico (Geller, 2018; Hayes & Vinca,

2017). Naturalmente o contrário, isto é, a falta de presença terapêutica pode prejudicar o sucesso da terapia. Pouco contacto com a experiência, ansiedade, resistência, raiva, contra-transferência, dor física, hiper-intelectualização, fadiga, medo, reatividade (interpessoal ou intrapessoal) e a distração são exemplos de comportamentos que evidenciam a falta de presença de um/a terapeuta (Colosimo & Pos, 2015; Coutinho et al., 2011; Geller, 2018).

Para compreender a importância da segurança do/a cliente face à relação terapêutica, para este se poder abrir e relacionar com o seu/sua terapeuta surge uma explicação bio-comportamental - Teoria *Polyvagal*. Esta teoria trata-se de uma nova conceptualização de como o sistema autónomo e comportamental se relacionam entre si, isto é, foca-se na relação hierárquica entre três subsistemas do sistema nervoso autónomo, que estão envolvidos no suporte de comportamentos adaptativos em resposta a situações ambientais de segurança, perigo e ameaça de vida (Porges, 2011, como citado em, Geller & Porges, 2014; Geller, 2017; Geller, 2018; Porges, 2001). O nome *Polyvagal* surge, pois, os autores queriam perceber como é que a teoria articula dois sistemas de defesa (o sistema de luta ou fuga, associado à ativação do sistema nervoso simpático e o sistema de imobilização e dissociação associado à ativação de uma via vagal filogeneticamente mais antiga), ou seja, pretendiam referir-se a dois circuitos vagais – um associado à defesa e outro associado a estados fisiológicos relacionados ao sentimento de segurança e comportamentos sociais espontâneos (Geller & Porges, 2014; Porges, 2001, 2009). Deste modo, a teoria descreve os mecanismos neurais através dos quais os estados fisiológicos transmitem as experiências de segurança e ajudam o indivíduo a sentir-se seguro/a e a interagir de forma espontânea com os outros e, por outro lado, a sentir-se ameaçado/a e a criar estratégias de defesa (Geller, 2018; Geller & Porges, 2014).

Os três subsistemas autónomos referidos anteriormente estão filogeneticamente ordenados e comportamentalmente ligados a três domínios globais do comportamento. O primeiro domínio é a comunicação social através da expressão facial, vocalização e escuta. O segundo engloba as estratégias defensivas que dizem respeito à mobilização onde estão presentes os comportamentos de luta ou fuga. E, por fim, o terceiro domínio que engloba a imobilização defensiva como fingir morte, síncope vasovagal, paralisação comportamental e dissociação (Geller & Porges, 2014). Para Geller (2018) a comunicação social eficaz apenas surge quando as estratégias de defesa neurobiológica são inibidas, ou seja, perante a existência e a vivência de segurança pelo indivíduo.

A presença terapêutica é maioritariamente relacional, ou seja, o/a cliente, ao perceber o/a seu/sua terapeuta como presente, irá estar mais disponível para o relacionamento (Geller, 2013). Assim, de acordo com a teoria desenvolvida é importante que o/a terapeuta esteja presente, de forma calma, ativando o sistema de envolvimento social e conectando a ala vagal ventral do sistema nervoso parassimpático do/a seu/sua cliente, promovendo a sua segurança e potencializando os novos sistemas de envolvimento social e, com o tempo, estes acabam por se sentirem seguros e relaxados no relacionamento. As questões de segurança ou perigo são comunicadas de forma interpessoal através da parte superior da cara, contacto visual, postura corporal e tom de voz (Geller, 2018; Porges, 2001). Geller e Porges (2014) explicam que por meio da percepção de segurança interpessoal a presença interpessoal, o estabelecimento de vínculos e o próprio processo psicoterapêutico, são neurofisiologicamente facilitados.

Com base nas definições de presença terapêutica surge um modelo sugerido por Geller e Greenberg, em 2002, que divide o constructo em três domínios, de forma a explicar as suas dimensões. O primeiro domínio refere-se à preparação para a presença, isto é, os comportamentos *à priori* que podem aumentar a capacidade de presença em

sessão, o segundo diz respeito ao processo em que os/as terapeutas se envolvem de forma a estarem presentes em terapia, e por fim, a própria experiência de presença em sessão (Geller, 2013; Geller & Greenberg, 2002).

Os autores do modelo indicam, em primeiro lugar, que a preparação deverá ocorrer antes ou no início de uma sessão, isto é, o/a terapeuta deve, de forma intencional, propor-se a estar totalmente presente no momento da terapia, purificando o seu mundo interior, abandonando as suas preocupações, necessidades, experiências pessoais, expectativas, crenças, categorizações e teorias, antes e durante a sessão, de forma a abordar o/a cliente com mais abertura, interesse, curiosidade, aceitação e não julgamento (Erskine, 2011). Esta ideia é intensificada por Hill (2009) que indica que os/as terapeutas devem ouvir os/as clientes de forma atenta, empática, sem julgamentos, facilitar a exploração de sentimentos e o desenvolvimento de novas perspetivas sobre os problemas. Em segundo lugar, os autores do modelo salientam que a preparação deve ser realizada também no dia-a-dia, ou seja, o/a terapeuta precisa de atender às suas necessidades e preocupações pessoais num momento oportuno e fora da terapia, deve existir um compromisso com o crescimento pessoal e a presença deve também ser praticada no dia-a-dia, nomeadamente, nas relações com os pares. Estas questões podem ser melhoradas com a prática de meditação e auto-cuidado desenvolvendo e aumentando a capacidade de estar presente em sessão (Geller & Greenberg, 2002; 2012).

O segundo domínio refere-se ao processo de presença terapêutica, isto é, a atitude do/a terapeuta quando está presente em sessão. Este domínio é dividido em três subcategorias: recetividade, atenção interior e extensão/contacto (Geller & Greenberg, 2002).

Recetividade diz respeito ao compromisso de abertura e aceitação perante o/a cliente, ouvindo-o/a de forma profunda em todos os sentidos e percepções, de modo a

absorver a totalidade da sua experiência. Para Geller e Greenberg (2002, p.78) pode ser considerado “ouvir com o terceiro ouvido”, isto é, o/a terapeuta deve estar atento/a, não só, ao que é expresso verbalmente – às frases, mas ir além das mesmas, recebendo o que o/a cliente está a expressar – mas também, aos comportamentos, nomeadamente as expressões corporais. Hill (2009) refere que quando atendemos um/a cliente estamos a comunicar principalmente por meio de comportamentos não verbais. Deste modo, e embora a presença surja do interior, é expressa através de processos internos e comportamentos externos distintos, permitindo presença relacional e o desenvolvimento de conexão (Geller, et al., 2010). Para Giacco e colegas (2020) a comunicação do/a terapeuta é muito importante e está na base da mudança do/a cliente. O/a terapeuta, ao estar atento/a ao/à cliente, ao receber e ao interpretar os seus comportamentos verbais e não verbais ajuda o/a cliente a sentir-se seguro/a para interpretar a sua realidade de formas diferentes.

Atenção interior refere-se à experiência que é atendida internamente pelo/a terapeuta, onde este/a se usa a si próprio/a para compreender o/a cliente e saber como lhe dar resposta. Os/as terapeutas, ao estarem em contacto com a sua própria experiência, estarão conscientes da ausência de presença e distrações, podendo usar essa consciência para retomar ao momento presente, salientando que quando existem distrações podem ser perdidas algumas oportunidades para perceber e responder ao/à cliente. As informações internas podem ser experimentadas na forma de imagens, visões, intuições, vozes orientadoras, técnicas, emoções ou sensações corporais. Em terapia, os sentimentos do/a terapeuta estão sempre disponíveis, podendo este/a estar disposto/a a experimentá-los na relação terapêutica com o/a cliente, se for terapêuticamente benéfico para o/a mesmo/a (Geller & Greenberg, 2002).

Extensão significa o/a terapeuta alcançar emocionalmente, energeticamente e verbalmente o exterior e o/a cliente, oferecendo-lhe o seu eu interno, imagens, percepções ou experiências pessoais. Contacto significa encontrar a essência do/a cliente e atender-lhe diretamente, através de expressões verbais ou não verbais (silêncios) (Geller, 2013). A extensão e contacto permitem a transparência, isto é, a comunicação e expressão externas, da experiência interna do/a terapeuta para o/a cliente, de forma autêntica e genuína (Geller & Greenberg, 2002). Assim, o/a terapeuta deve estar recetivo/a de forma interna e externa, focando-se naquelas que são as experiências do/a cliente, comportamentos (verbais e não verbais) e o seu mundo multidimensional e, também estar consciente das suas próprias experiências comportamentais e corporais (Geller et al., 2010).

A experiência da presença envolve quatro subcategorias: imersão, expansão, sustentação (*grounded*) e estar com e para o cliente.

A imersão é a capacidade do/a terapeuta estar centrado/a no presente, estando intimamente envolvido/a e absorvido/a na experiência do/a cliente, tendo a consciência e foco no/a mesmo/a e no encontro terapêutico, tentando escutar e perceber o que lhe está a comunicar (Hill, 2009) o que permite um maior acesso e atenção aos detalhes (Geller & Greenberg, 2002; Geller et al., 2012). Esta subcategoria, envolve estar em sintonia com as nuances que surgem do/a cliente, dentro de si e do relacionamento, isto é, quando existe presença total, as respostas são sintonizadas, ou seja, são baseadas em sensações cinestésicas e emocionais da experiência do/a cliente e, também em relação à própria percepção e habilidades profissionais (Geller et al., 2010). Esta sintonia pode ser realizada através do olhar, do tom de voz, pelo ritmo e tempo. Tudo isto é possível apenas se o/a cliente interpreta e sente o seu/sua terapeuta como genuinamente presente no momento (Geller & Greenberg, 2012).

A expansão refere-se a uma experiência de expansividade interior tanto a nível corporal como de consciência. O estado interno do/a terapeuta influencia em larga escala a resposta do/a cliente. A experiência do/a terapeuta inclui sentir-se enraizado/a, centrado/a e em contacto consigo mesmo/a enquanto está imerso/a no momento com a dor e o sofrimento do/a cliente (Geller, 2018). Por um lado, se o/a terapeuta for realmente presente, genuíno/a e disponível para ouvir o/a seu/sua cliente, o/a cliente sente-se ouvido/a e aceite. Por outro lado, se o/a terapeuta não estiver presente, for rígido/a, julgar e tiver uma atitude defensiva é esperado que o/a cliente se sinta julgado/a e minimamente ouvido/a, dificultando a eficácia da terapia. Esta experiência de presença permite vivenciar o tom de voz, os gestos corporais do/a cliente e também os seus pensamentos, sentimentos e imagens com maior sensibilidade e detalhe (Geller & Greenberg, 2012; Geller et al., 2012). Elliott e colaboradores (2011) referem que os/as terapeutas que se mostram empáticos/as não só estão atentos/as ao conteúdo das expressões dos/as clientes, mas também a todo um conjunto de objetivos gerais e à experiência momento a momento.

Sustentação (*grounded*) é quando os/as terapeutas, apesar da existência de um conjunto de emoções difíceis, se mantêm centrados/as, estáveis e calmos/as (Geller & Greenberg, 2002).

Estar com e para o/a cliente é um dos aspetos cruciais da presença sendo esta a intenção para a cura do/a cliente. É importante demonstrar compaixão, carinho, profundo respeito e admiração pelo/a cliente enquanto pessoa (Geller & Greenberg, 2002). Elliott e colaboradores (2011) consideram que as respostas devem ser individualizadas e adaptadas consoante os/as clientes e as suas experiências, o que demonstra que o/a terapeuta está atento/a e disponível para o/a cliente, respondendo-lhe de forma adequada. Num estudo exploratório de Bedi e colaboradores (2005), os resultados sugerem que existem alguns mecanismos importantes que podem estar envolvidos no sucesso da

terapia como o contacto visual, sorriso, saudações, paráfrases, reflexão de sentimentos do cliente, que juntos podem contribuir para a presença do/a terapeuta.

De seguida irá ser abordada a situação de pandemia mundial que atualmente vivenciamos de modo a elaborar e refletir, percebendo e levantando algumas questões de como esta situação e todas as consequências decorrentes da mesma pode afetar e, de certa forma, relacionar-se com as dimensões referidas como fundamentais para a presença terapêutica.

## **1.2. Pandemia COVID-19, impacto e consequências ao nível saúde mental da população e dos profissionais de saúde**

De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2020) o Sars-Cov2 é o nome atribuído a um novo coronavírus que causa doença respiratória potencialmente grave, como a pneumonia. Este vírus foi identificado pela primeira vez em humanos na cidade chinesa de Wuhan, província de Hebei, tendo sido confirmados casos noutros países.

Em março de 2020, este vírus afetou Portugal Continental e a 11 de Março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) declarou pandemia de COVID-19, doença esta causada pelo novo coronavírus.

Vários investigadores já desenvolveram alguns estudos relativamente a este novo vírus e os impactos que este poderá ter para o ser humano e para o mundo em geral. Freitas e colaboradores (2020) afirmam que ainda não existem certezas em relação a alguns aspetos clínicos e epidemiológicos da doença, mas sugerem que pode ser de grande transmissibilidade e gravidade clínica.

Fiorillo e Gorwood (2020) referem que as pessoas que estiveram em contacto com o vírus, de forma direta ou indireta, as pessoas com problemas de saúde mental e vulnerabilidades pré-existentes a fatores de *stress* (biológicos ou psicossociais), os/as profissionais de saúde e as pessoas que constantemente se informam sobre a pandemia

através dos meios de comunicação, podem ser os grupos com graves consequências ao nível da saúde mental.

A pandemia, a implementação do estado de emergência e, conseqüentemente a imposição de quarentena obrigatória (para aqueles/as a quem o trabalho o permitisse) como medida de distanciamento social e físico, de forma a evitar o contágio (Faro et al., 2020), podem influenciar negativamente a saúde mental (Fiorillo & Gorwood, 2020), a segurança e o bem-estar, não só da população no geral, mas também, dos/as profissionais de saúde (Pfefferbaum & North, 2020), tendo impacto ao nível emocional da população onde prevalece um nível elevado de sofrimento e um aumento acentuado de perturbações psicológicas (Brooks et al., 2020), comportamentos inadequados e respostas defensivas (Asmundson & Taylor, 2020), fadiga (Geller, 2020), insegurança, estigma e não conformidade com as regras de saúde pública (Pfefferbaum & North, 2020). A solidão, a redução das interações sociais, as preocupações com a saúde pessoal e da família e a incerteza sobre o futuro (Fiorillo & Goodwood, 2020) parecem ter reações que podem traduzir-se em stress (e.g. perturbação aguda de stress), sintomas depressivos (e.g. irritabilidade, insónia, falta de concentração, fraco desempenho no trabalho, relutância em trabalhar ou até mesmo consideração de demissão), ansiedade (e.g. com medos associados), raiva, frustração, tédio e exaustão (Barari et al., 2020; Brooks, et.al., 2020; Duan & Zhu, 2020). A longo prazo podem desenvolver perturbação de pânico, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de stress pós-traumático e perturbação aguda de stress. Ideação suicida e necessidade de hospitalização psiquiátrica urgente podem ser também consequências da pandemia e do isolamento social (Pfefferbaum & North, 2020). Num estudo realizado por Wang e colaboradores (2020) sobre o impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental, mais de metade dos/as entrevistados/as referem o impacto psicológico como moderado a grave, mais de 25% referem sintomas de

ansiedade moderados a graves e cerca de 17% referem sintomas de depressão moderados a graves.

Relativamente aos/as profissionais de saúde, essencialmente aqueles que exerceram a sua profissão na linha da frente no combate à pandemia, em hospitais e unidades de saúde, estão em maior risco de exaustão emocional, diminuição da empatia, sintomas ansiógenos, irritabilidade, insónia e diminuição do desempenho (Lancet, 2020).

Os/as profissionais de saúde mental têm uma das profissões mais desafiantes e causadoras de maiores níveis de stress a nível mundial (Barnett et al., 2007; Dattilio, 2015; McCormack et al., 2018). No estudo realizado por Gilroy e colegas (2002) que tinha como objetivo perceber o impacto das reações emocionais nas suas práticas profissionais, é possível perceber que os/as psicólogos são uma população em risco de depressão pois, 62% dos/as participantes estavam deprimidos/as, ou seja, mais de metade. Num outro estudo desenvolvido por Edwards e Crisp (2017), realizado com estudantes e profissionais da área da saúde mental e que tinha como objetivo perceber as dificuldades para procurar ajuda psicológica, 71,9% dos/as participantes acredita que a qualidade do trabalho é prejudicada pelo estado mental. Para Tyssen e colaboradores (2004), problemas de saúde mental que não recebem a devida atenção e tratamento podem ter um efeito negativo na qualidade e eficácia do trabalho do/a profissional de saúde, afetando os/as clientes, os serviços de saúde e a sociedade no geral. Kaeding e colegas (2017) indicam que o excesso de trabalho e o não-atendimento às suas próprias necessidades pessoais podem fazer com que o/a profissional esteja mais predisposto/a ao esgotamento.

Barnett e colaboradores (2007) referem que angústia, ansiedade, *burnout*, traumatização vicária e diminuição da eficácia da competência profissional podem ser destacadas como consequências desta profissão. Neste sentido, durante a pandemia com o excesso de trabalho e as restrições ao seu contexto que, por sua vez, se podem sobrepor

aos aspetos positivos da terapia, os/as terapeutas podem ter maior probabilidade de esgotamento (Joshi & Sharma, 2020).

Num estudo realizado por Giusti e colegas (2020) com profissionais de saúde a trabalhar na emergência ao COVID-19 num hospital, que tinha como objetivo perceber os fatores psicológicos, estados de ansiedade, sofrimento psicológico, sintomas de stress pós-traumático (PTSD) e burnout, mais de metade dos/as participantes tiveram níveis moderados a graves de exaustão emocional e realização pessoal reduzida e um quarto da amostra apresentaram níveis moderados a graves de despersonalização.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2019), o burnout está presente na CID-11 como uma resposta a um fenómeno ocupacional e não corresponde a uma condição médica, ou seja, está associado a fatores de stress no local de trabalho e que, influenciam o estado de saúde ou o contacto com os serviços de saúde.

Os/as participantes pertencentes ao grupo com burnout do estudo desenvolvido por Turnbull e Rhodes (2019), em relação ao burnout, recuperação e bem-estar com psicólogos/as, indicam que esta condição ocorrera em vários momentos da sua profissão, começando maioritariamente no 2º ano de carreira, atribuindo-a a dificuldades pessoais, ao contexto de trabalho e à prática da psicologia.

Num outro estudo realizado com estudantes de graduação em psicologia e que tinha como objetivo perceber quais os fatores stressores, estratégias de coping e as dificuldades em praticar o auto-cuidado e o bem-estar, 70% dos/as participantes indicam existirem elementos stressores já nesta fase de aprendizagem, como preocupações académicas, dívidas, equilíbrio entre o trabalho e a vida escolar e, também familiar social e interpessoal (Kaeding et al., 2017), e ansiedade geral, que interferem no seu funcionamento e bem-estar (El-Ghoroury et al., 2012).

Pimble (2016) realizou um estudo com psicólogos/as que trabalham no auxílio a clientes, pelo menos 20 horas por semana, e que tinha como objetivo perceber a relação entre a percepção de stress do/a terapeuta e a eficácia da terapia e o burnout, considerando os anos de profissão e atuação. Assim, verificou-se que quanto mais tempo de atuação profissional, menos exaustão emocional pois calcula-se à partida, que é maior a sensação de realização pessoal.

Associado ao burnout podem estar sentimentos de exaustão emocional, despersonalização, redução da eficácia profissional (Turnbull & Rhodes, 2019). Estes problemas podem ter impacto no nível de atendimento ao/a cliente, na qualidade do seu trabalho, onde o/a profissional de saúde mental pode ter comportamentos desadequados e graves que podem ser potencialmente nocivos para os/as clientes (Barnett et al., 2007); Edward & Crisp, 2017; Posluns & Gall, 2020; Tyssen et al., 2004). Isto pode resultar na incapacidade do/a terapeuta utilizar eficazmente as suas competências acabando por prejudicar o sucesso da terapia (Sherman & Thelen, 1998), podendo até mesmo falhar no diagnóstico e a questão clínica do indivíduo não ser atendida (Edward & Crisp, 2017).

Deste modo, é considerável que, os programas de pós-graduação para os/as estudantes de psicologia estejam preparados para dar suporte aos/às seus/suas alunos/as (El-Ghoroury et al., 2012), apesar de que, para Turnbull e Rhodes (2019), frequentemente, a fase de treino não foca o/a terapeuta enquanto pessoa.

Além das consequências ao nível da saúde mental para a população e, especificamente para os/as profissionais de saúde, o isolamento implicou algumas mudanças nomeadamente ao nível da sua prática que, segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020) deve ser realizada sobretudo recorrendo à utilização de meios de comunicação à distância. Assim, a questão que se levanta é: sendo a presença terapêutica um dos elementos cruciais e chave no sucesso terapêutico e, por outro lado, estando os/as

próprios/as terapeutas, enquanto profissionais de saúde, eles/as próprios/as também em risco e comprometimento nesta fase de grande volume e fluxo de serviço, como conciliar estas realidades? Mais ainda, podendo não existir referências profissionais ou até acadêmicas para lidar com situações novas como esta, como poderão os/as terapeutas melhor adaptar-se a esta nova realidade sem comprometerem a sua presença terapêutica na relação?

### **1.2.1. Isolamento e telepsicologia**

A pandemia COVID-19 e, conseqüentemente, o isolamento como medida de prevenção acabou por alterar e afetar algumas dinâmicas de trabalho. A psicologia não ficou de fora nem à mercê de todas estas mudanças. Neste sentido e, para aqueles/as a quem o tipo de trabalho o permitisse, começaram a realizar teletrabalho. Maior parte dos psicólogos/as não foram exceção, ou seja, de acordo com Direção Geral de Saúde (2020), os psicólogos/as começaram a realizar a sua prática recorrendo maioritariamente a meios de comunicação à distância (e.g. teleconsulta, videochamada) (OPP, 2020), para as quais muitos dos/as psicólogos/as ainda não tinham muita experiência (Geller, 2020).

As intervenções à distância são consideradas bastante distintas das formas habituais de prestar cuidados de saúde, isto é, das formas presenciais, pois o carácter da interação terapeuta-cliente vê-se alterado (Gamito, 2019; Sjöström & Alfonsson, 2012).

Para Rochlen e colaboradores (2004), terapia online é “qualquer tipo de interação terapêutica profissional que faz uso da Internet para conectar profissionais de saúde mental qualificados e seus clientes” (p.270) e para a OPP (2017) é uma realidade profissional em desenvolvimento.

A prática psicológica à distância pode assumir diferentes terminologias nomeadamente *eMental health*, telepsicologia, ciberterapia, e-terapia, intervenções mediadas pelo computador/pela web, terapia/aconselhamento online e pode ser realizada

através do telefone, videoconferência – de forma síncrona, - mensagens instantâneas em chat ou e-mail - de forma assíncrona, - ou a combinação destes meios dependendo do propósito da intervenção (APA, 2013; McCord et al., 2020; Carvalho et al., 2019; Payne, et al., 2020; Riper & Cuijpers, 2016).

Esta forma de prestar cuidados de saúde ainda não é muito utilizada pelos/as profissionais, pelo que se pode ver no estudo de Pierce e colegas (2019) que relatam que a maior parte dos/as participantes não utilizam a telepsicologia na sua prática profissional. No entanto, este formato de terapia à distância existe na teoria e na prática desde que os avanços tecnológicos permitem a sua existência (Payne et al., 2020). A OPP (2017) acrescenta que a terapia à distância deve surgir, sempre que possível, como complemento a uma abordagem presencial. Este formato de terapia encontra-se internacionalmente e devidamente enquadrada em termos legais. É orientada profissionalmente pela Sociedade Internacional para a Saúde Mental Online (ISMHO) e pela American Psychological Association (APA).

Neste sentido e, também no estudo realizado pela OPP (2017) sobre as consultas de videochamada, os autores salientaram que, em Portugal, já existiam várias páginas que disponibilizavam marcação de consulta de psicologia online tais como o *We care on*, *Zenklub*, *PsicoMind Care*, *Psic Home*, *Psicronos*, *Lapsis*, entre outros.

A prestação de serviços psicológicos à distância tem vantagens e limitações. As vantagens podem ser ao nível da acessibilidade nomeadamente para populações residentes em áreas rurais ou remotas e que têm dificuldades de mobilidade (física), barreiras financeiras e populações com estatuto socioeconómico baixo, flexibilidade e conveniência (Rochlen et al., 2004), podendo evitar tempos de espera e deslocações dispendiosas, isolamento social, ajudando deste modo, a combater as disparidades, promovendo a justiça social e defendendo a igualdade (Cooper, et al., 2019; Martin et al.,

2020; Carvalho et. al., 2019; Sjöström & Alfonsson, 2012). As limitações, ou seja, as questões centrais que se podem ver afetadas podem ser a segurança, a confidencialidade e a ausência de ambientes apropriados e seguros (Ballén, 2018), a falta de acesso a computadores ou dispositivos móveis ou à internet, a dependência da tecnologia, a baixa literacia informática, o difícil acesso aos comportamentos não verbais e, conseqüentemente, a possível leitura errada da experiência do/a cliente bem como possíveis dificuldades de intervenção em crise (Rochlen et al., 2004), e outras questões que dificultam a manutenção tanto do/a cliente como do/a terapeuta em consulta on-line (APA, 2013; Carvalho, et. al., 2019; Payne, et. al., 2020).

A questão central que se coloca em relação à telepsicologia diz respeito à formação e aquisição de competências para a prática da mesma. Muitos/as terapeutas não recorrem a esta prática pois não têm os conhecimentos necessários acerca do seu uso (Saenz et al., 2020). Assim, independentemente de qual o método utilizado, o/a terapeuta deve estar consciente das suas competências e ser capaz de prestar apoio. Para isto, deve ter treino, preparação, consultoria e supervisão durante todo o processo (APA, 2013; McCord et al., 2020; Carvalho et.al., 2019; Saenz et al., 2020). Também a Ordem dos Psicólogos Portugueses sugere que, para a prática online, os/as terapeutas devem continuar a respeitar os Princípios Éticos e o Código Deontológico da Ordem, desenvolver competências técnicas nos respetivos domínios. O recurso a estas técnicas deve ser ponderado no que diz respeito à sua adequabilidade, benefícios de utilização e validade clínica (Carvalho et. al., 2019).

### **1.2.2. Eficácia da Terapia Online e Presença Terapêutica**

Com os estudos desenvolvidos, verificaram-se algumas evidências científicas no que diz respeito à eficácia da terapia online, embora os autores admitam que existem limitações no que diz respeito à investigação sobre se este tipo intervenção psicológica é

eficaz para toda a população e em todas as situações (OPP, 2017). Assim, e relativamente à eficácia da comunicação nas terapias online e se esta facilita ou dificulta o estabelecimento da aliança terapêutica e o sucesso da terapia, existiam, em 2012, de acordo com o estudo de Sjöström e Alfonsson, poucas pesquisas. No entanto, Capner (2000) identifica algumas experiências positivas no que concerne à utilização de meios de comunicação à distância, nomeadamente videoconferência, para a intervenção terapêutica. Weinberg (2020) refere que se pode alcançar presença terapêutica no formato de consulta online, no entanto existem vários constrangimentos como por exemplo a barreira tecnológica (computador, telemóvel...). Um estudo desenvolvido por Ballén (2018) refere que existem estudos empíricos que sugerem eficácia no atendimento por videoconferência.

Joshi e Sharma (2020) veem a pessoa do/a terapeuta enquanto presente, objetivo e estável, como um desafio pois Alvandi (2019) considera que as condições essenciais para o sucesso da terapia, como o a presença terapêutica, o desenvolvimento de aliança terapêutica e empatia, parecem ser prejudicadas neste contexto.

Aafjes-van Doorn e colaboradores (2020) referem que muitos/as terapeutas relatam que a relação terapêutica se mantém estável e metade da amostra referiu que se conseguem encontrar emocionalmente com os/as seus/suas clientes, sendo que, a outra metade refere menos capacidade ao nível deste encontro emocional.

Geller (2020), reflete sobre a presença terapêutica em consultas à distância e de que forma se pode cultivar a mesma, referindo que existem alguns desafios para criar presença terapêutica e garantir a construção de relacionamentos vantajosos e seguros com os clientes. A autora refere que, na consulta virtual, a distância física limita a comunicação não verbal e limita o acesso aos sinais físicos das emoções do/a cliente, pelo que, existe uma menor capacidade para o/a terapeuta expressar a sua presença através do corpo, não

existindo tanta sintonia e transmissão de sensações de segurança e confiança para o/a cliente. Pode ainda haver uma maior probabilidade de contratransferência afetando a capacidade de estar totalmente presente com o/a cliente. Porém, também fornece muitas pistas sobre como cultivar a presença terapêutica nestes contextos: é importante verificar que existe segurança e proteção nos meios de comunicação online tanto para o/a terapeuta como para o/a cliente; o/a terapeuta e o/a cliente devem manter a consistência do local da realização das sessões de forma a garantir têm um ambiente privado onde se sintam seguros e não sejam interrompidos, com luz adequada e longe de distrações e que mantenham a câmara ligada de forma a facilitar a segurança e para ter acesso a comportamentos verbais e não verbais; deve ser mantida uma distância segura entre o ecrã de forma a manter a visão ao nível do mesmo; o/a terapeuta antes da terapia deve reservar algum tempo para se preparar e se concentrar, embora ao longo deste período em particular, deva praticar o auto-cuidado diariamente; o/a terapeuta deve aumentar o uso das autorrevelações (Weinberg, 2020), ser transparente e fazer uso das as expressões faciais, do contacto ocular, dos gestos, do tom e ritmo da voz e atender à experiência do/a cliente, observando as nuances e microexpressões dos/as clientes.

Os/as terapeutas, para além de estarem perante um período de dificuldades e incertezas provenientes da pandemia COVID-19 e das suas consequências, ao estarem disponíveis para atender os/as clientes de forma virtual, estão também expostos aos seus problemas e angústias que podem ter que ver com as consequências da pandemia e do isolamento ou problemas anteriores que estavam a ter atenção do/a terapeuta por via presencial. Os mesmos autores referem que grande parte dos/as terapeutas apresentaram sinais de angústia e cansaço nas suas sessões realizadas ao longo da pandemia e, consequentemente, poderá ter existido uma diminuição da confiança ao nível das suas competências enquanto profissional (Aafjes-van Doorn et al., 2020). Deste modo, os/as

terapeutas, ao acompanharem clientes no contexto de consulta à distância que, de certa forma se encontram ansiosos e com emoções desadaptativas relativamente à pandemia e às questões relacionadas com o futuro, podem experimentar sentimentos semelhantes. Isto pode causar stress intenso que, com o tempo, pode levar ao burnout (Joshi & Sharma, 2020).

Este aspeto recentemente revelado pela literatura deve ser um alerta particular e importante na medida em que os resultados apontam para que os psicólogos/as possam estar de facto a experimentar mais sintomas de esgotamento quando sentem que não estão a ser eficazes com os/as seus clientes, prejudicando o decurso da terapia e, conseqüentemente, isto poderá levar a uma diminuição da empatia, aumento do desinteresse e rejeição do/a cliente (Pimble, 2016).

### **1.3. Prevenção e promoção da saúde mental: autocuidado**

Como vimos até aqui, o autocuidado parece ser um ponto crítico associado à capacidade de presença terapêutica. Deste modo, responder às suas próprias necessidades e evitar o desenvolvimento de perturbações mentais ou sintomatologia clínica deve ser a principal preocupação dos/as estudantes (El-Ghoroury et al., 2012) e dos/as profissionais de saúde mental nesta fase. A investigação recente recomenda que os/as terapeutas nesta fase, mais que em qualquer outra devem privilegiar o uso de estratégias de bem-estar e praticar o autocuidado, nomeadamente ao nível da consciência – estratégias cognitivas (Sim et al., 2016), equilíbrio, flexibilidade, saúde física, apoio social e espiritualidade (Posluns & Gall, 2020). Isto é extremamente importante principalmente para profissionais no início da carreira, devendo fazer parte do desenvolvimento e treino ao longo da mesma (Bears et al., 2013).

O autocuidado pode ser visto como uma estratégia para lidar com o stress, o excesso de trabalho e as emoções desadaptativas, que eventualmente podem levar ao

burnout, sendo que, a procura por bem-estar psicológico é uma questão ética importante (Barnett et al., 2006). O/a terapeuta ao praticar o autocuidado para além de melhorar a sua vida pessoal pode também melhorar a qualidade da sua terapia para com os/as seus/suas clientes (Barnett et al., 2007; Sim et al., 2016). O autocuidado pode incluir exercício físico, atenção plena (Myers et al., 2012), contacto com a natureza, espiritualidade, usufruir de tempo de qualidade com amigos e família, lidar com o isolamento, tanto a nível pessoal, profissional como espiritual, estabelecimento e respeito de limites, supervisão contínua de qualidade e procura de terapia (Harrison & Westwood, 2009; Thériault et al., 2015; Turnbull & Rhodes, 2019). Um estudo realizado com estudantes de graduação indica que o apoio social é muito importante para este processo de formação (Myers, et al., 2012). Pimble (2016) sugere que uma maior dedicação ao autocuidado pode contribuir para a diminuição da exaustão emocional e despersonalização e, conseqüentemente, o aumento de realização pessoal.

A literatura indica que os/as profissionais de saúde mental têm dificuldades em afirmar e expor que estão com problemas e que vivenciam sofrimento psicológico, não existindo muita informação sobre a procura de ajuda profissional por parte deste grupo (Edwards & Crisp, 2017). Para estes autores é esperado que os/as terapeutas se sintam confortáveis para pedir ajuda, tanto a nível pessoal como profissional. Já para os/as estudantes de graduação, a falta de procura de ajuda ou de estratégias para ultrapassar os elementos stressores pode ser justificada pela falta de tempo (El-Ghoroury et al., 2012).

No estudo realizado por Bearse e colaboradores (2013), 59% dos/as participantes indicaram que em algum momento poderiam ter beneficiado de psicoterapia de modo a crescerem a nível pessoal e profissional e, por diversos fatores, como por exemplo o estigma profissional e pessoal, dificuldade em selecionar um/a terapeuta aceitável, falta

de tempo e/ou de recursos financeiros, dificuldades em aceitar e admitir que precisam de ajuda, não a procuraram.

Em suma, sabe-se que tendo os/as terapeutas que intervir no formato de consulta à distância, a relação entre terapeuta e cliente pode ficar comprometida, implicando desafios e dificuldades acrescidas para ambos. A competência e a prática do/a profissional de saúde mental está sujeita a sofrer influência do autocuidado e, portanto, dependente da utilização ou não de estratégias adequadas para lidar com o sofrimento na vida pessoal e profissional. O/a terapeuta estar ciente de si mesmo e do seu autocuidado parece ser crucial e decisivo para o seu próprio bem-estar e, conseqüentemente, para a sua capacidade e presença e, em última análise, isto poderá comprometer o sucesso e eficácia da própria terapia. Estar consciente de si parece assim constituir-se como princípio fundamental que permite ao/à terapeuta ser autêntico/a, cordial, atuar com genuinidade, com empatia, compaixão e curiosidade – atitude essencial para a presença terapêutica (Barnett et al., 2007).

Neste sentido e perante a importância do autocuidado, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020) foi desenvolvendo algumas ferramentas e estratégias para ajudar os/as profissionais de saúde, membros do grupo a enfrentar esta nova fase. Fazem parte destas formas de ajuda o fórum “Autocuidado” onde os/as terapeutas podem partilhar experiências, fazer questões e procurar respostas, colocar dúvidas e dificuldades, tentando manter os/as profissionais mais unidos, facilitando e dando suporte aos/às terapeutas de forma a que estes/as consigam lidar com a sobrecarga emocional que pode surgir da sua prática. Desenvolveu ainda um documento com o apoio da Direção Geral de Saúde com o nome de "Autocuidado e bem-estar dos profissionais de saúde durante a pandemia" que clarifica a importância dos/as profissionais de saúde respeitarem o seu ritmo, reconhecerem as suas dificuldades, procurarem apoio nos restantes colegas e nos

familiares e de pedirem ajuda, sempre que necessário. Foi também neste sentido que a Administração Regional de Saúde do Norte desenvolveu uma Linha de Apoio Psicológico dirigida e disponível para todos os utentes das unidades de saúde da ARS Norte, e paralelamente, esta mesma linha disponibiliza uma ala de atendimento restrito e dirigido apenas aos/às profissionais de saúde. Isto precisamente por saber-se que estes/as são geralmente resistentes a solicitar ajuda e muitas vezes os que estão expostos a um maior risco. A teleconsulta passou, neste grupo de intervenção a ser a única modalidade de atendimento e resposta (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

Ao longo desta revisão de literatura verificou-se que a presença terapêutica, caracterizada em grande parte, no facto estar com e para o cliente, transmitindo-lhe segurança para que este se possa expressar emocionalmente e não tenha inseguranças em se abrir para com o/a terapeuta sobre os seus problemas, é muito importante e faz parte de um leque de aspetos necessários para o sucesso de terapia e mudança do/a cliente. Neste sentido e perante a pandemia COVID-19 que, de certo modo, tendo como medida de prevenção da transmissão do vírus que está na sua origem, exigiu também uma adaptação dos formatos de consulta realizada pelos/as terapeutas. Sabe-se também que a realização de consultas online apesar de já conhecida e utilizada por alguns profissionais de saúde mental, ainda são poucos/as aqueles/as que usam e têm os conhecimentos e prática necessários para a sua realização e não só, também não existe literatura científica suficiente que justifique como este formato pode afetar a presença do/a terapeuta, a sessão em si e acabar por prejudicar o sucesso da terapia. O estudo empírico que se desenvolve de seguida visa investigar como esta mudança e adaptação foi vivenciada pelos/as profissionais, especialmente ao nível da saúde mental e como estas questões podem afetar a presença terapêutica.

## **Capítulo II: Apresentação do Estudo Empírico**

### **2.1. Objetivos**

A pandemia COVID-19 e, conseqüentemente, o isolamento de grande parte da população, incluindo psicólogos/as, trouxe a estes profissionais da área da saúde mental vários desafios, um deles: a suspensão das consultas psicológicas presenciais e respetiva transição com a concordância dos/as clientes, pelas consultas à distância recorrendo a diversas tecnologias. Neste sentido, este estudo teve como objetivo principal explorar de que forma este isolamento foi vivido pelos/as psicólogos/as e qual o impacto das consultas realizadas à distância na sua presença enquanto terapeuta.

Por este ser um tema recente e, por isso, pouco explorado na literatura, os objetivos específicos centram-se em explorar, através de uma metodologia quantitativa, alguns efeitos de diversas variáveis, nomeadamente, as variáveis sociodemográficas, as variáveis relativas à profissão, os níveis de presença terapêutica, os níveis de ansiedade e a sintomatologia depressiva. Porque queríamos aceder de forma mais profunda à perceção dos/as participantes em relação às práticas utilizadas para lidar com a ansiedade e possível burnout, recorreremos também a uma metodologia qualitativa com análise de conteúdo a questões abertas inseridas no próprio formulário.

### **2.2. Método**

Esta investigação de natureza mista (quantitativa e qualitativa) tem um carácter exploratório e descritivo pois, o que se pretende é estudar um fenómeno recente e, por isso, ainda pouco explorado na literatura. Para o efeito, procedeu-se a uma descrição e conceptualização do fenómeno com base na análise dos dados recolhidos por questionário preenchido através de uma plataforma digital e não de hipóteses teóricas já pré-determinadas, pese embora, tenhamos formulado o problema desta investigação como de que forma a perceção da presença terapêutica dos/as psicólogos/as que transitaram a sua atividade clínica para consultas à distância foi afetada.

De seguida, é descrita a amostra de participantes e a sua caracterização e seleção, os instrumentos utilizados para o estudo e os procedimentos utilizados para a investigação.

### 2.2.1. Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 101 participantes, sendo que a sua maioria corresponde ao género feminino (87,1%), estão casados/as ou em união de facto (52,5%) e têm idades compreendidas entre os 24 e os 67 anos (Média=38,37; D.P. =8,65). No que diz respeito ao número de filhos em idade escolar, a maior parte dos/as inquiridos/as não tem filhos (61,4%).

**Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra**

		N	Percentagem	Média	D.P.
Género	Feminino	88	87,1%		
	Masculino	12	11,9%		
	Outro	1	1,0%		
Idade				38,37	8,65
Estado Civil	Solteiro	38	37,6%		
	Casado/União de Facto	53	52,5%		
	Divorciado/Separado	10	9,9%		
Número de filhos em idade escolar	0	62	61,4%		
	1	19	18,8%		
	2	12	11,9%		
	3	4	4,0%		
	4	3	3,0%		
	6	1	1,0%		

### 2.2.2. Instrumentos

Para a recolha dos dados gerais foi utilizado um questionário sociodemográfico constituído por questões de resposta fechada, relativamente a variáveis sociodemográficas (e.g. género, idade, número de filhos, experiência profissional, especialização). Foram também utilizados o Inventário de Presença Terapêutica (versão

terapeuta), o Questionário sobre a Perturbação de Ansiedade (GAD-7) e o Questionário de Saúde do Paciente -9 (PHQ-9).

**Presença Terapêutica** – Inventário de Presença Terapêutica (versão terapeuta) – versão original de Geller e colaboradores (2010) traduzida para português com a devida autorização da autora pela equipa de investigação do projeto presença terapêutica e psicoterapia do ISMAI, que a autora deste trabalho integrou.

Esta é uma medida de autorrelato do processo da sessão e da experiência da presença terapêutica (duas últimas categorias do modelo de presença terapêutica) tanto da perspectiva do/a terapeuta quanto do/a cliente.

A primeira categoria do modelo – preparação para a presença – não foi incluída na medida utilizada neste estudo, pois o inventário foca-se na presença terapêutica durante a sessão e também existiam dificuldades em medir os compromissos e comportamentos ao nível da vida pessoal e a relação com a presença na sessão.

Vários autores que estudaram e utilizam a medida sugerem que esta tem boas qualidades psicométricas (Colosimo & Pos, 2015; Geller et al., 2010). O  $\alpha$  de Cronbach para a amostra do estudo original é de .94 o que indica boa confiabilidade, consistente em todos os tipos de terapia. O valor de  $\alpha$  de Cronbach deste estudo é de .88 o que também indica uma boa confiabilidade.

Geller e colaboradores (2010), no seu estudo, sugerem que a comparação de aspetos comportamentais como o tom de voz, postura corporal, expressão facial, contacto visual nos/as terapeutas, mudanças na fisiologia e nos/as clientes, podem ser indicadores de maior ou menor presença terapêutica.

Este instrumento não se encontra ainda validado para a população portuguesa, no entanto, este pode ser o primeiro passo para a sua concretização, embora não seja esse o objetivo desta investigação. Foi realizada a tradução (de inglês para português) e a

retrotradução – após a tradução de inglês para português foi realizada novamente a tradução para inglês por uma pessoa de origem inglesa.

A versão original do IPT (Geller et al., 2010) tem 21 itens em que 11 estão formulados de forma positiva e 10 formulados de forma negativa, pontuados numa escala de Likert de 7 pontos onde 1 corresponde a “de algum modo” e 7 a “completamente”.

**Ansiedade** – *Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale* (versão original: Spitzer et al., 2006; Questionário de Ansiedade Generalizada de 7 itens; versão portuguesa, Sousa et al., 2015).

De forma a responder a questões relacionadas com a ansiedade foi utilizado o Questionário de Ansiedade Generalizada. Esta escala é composta por 7 itens que avaliam a presença de sintomas de ansiedade nos últimos 14 dias. As respostas são dadas numa escala de Likert que varia entre 0 e 3, referente à frequência dos sintomas (0 = nunca, 1 = em vários dias, 2 = em mais da metade do número de dias e 3 = em quase todos os dias). A pontuação total varia de 0 a 21, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior gravidade da sintomatologia ansiosa. Os valores iguais ou superiores a 5 pontos são considerados como indicadores de perturbações de ansiedade, sendo que, pontuações entre 5 a 9 pontos correspondem a sintomatologia ansiosa leve, 10 a 14 pontos preenchem um quadro de sintomatologia ansiosa moderada e, por fim, 15 a 21 pontos é considerada sintomatologia ansiosa grave (Sousa et al., 2015).

O  $\alpha$  de Cronbach obtido para os sete itens do GAD-7 têm um valor de .88 o que é considerado um valor adequado. O valor de  $\alpha$  de Cronbach deste estudo é também de .88 o que indica uma boa confiabilidade.

**Depressão** – *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* (versão original: Kroenke et al., 2001; versão portuguesa: Torres et al., 2016)

Para avaliar questões relacionadas com a saúde e eventual depressão dos/as participantes foi utilizado a versão portuguesa do PHQ-9. O questionário é constituído por 9 itens que avaliam a presença de sintomas depressivos nos últimos 14 dias. As respostas são dadas numa escala de Likert que varia entre 0 e 3, referente à frequência dos sintomas (0 = nunca, 1 = em vários dias, 2 = em mais da metade do número de dias e 3 = em quase todos os dias). O resultado final varia entre 0 e 27 pontos, sendo que a uma maior pontuação indica maior gravidade da sintomatologia depressiva. Deste modo pontuações entre 0 a 4 correspondem sintomatologia depressiva leve, 5 a 9 pontos sintomatologia depressiva moderada, 10 a 14 pontos é considerado sintomatologia depressiva moderadamente grave e 15 a 27 sintomatologia depressiva grave (Torres et al., 2016).

O estudo de validação para a população portuguesa revelou boas características psicométricas, nomeadamente consistência interna adequada (alfa de Cronbach de .86) e confiabilidade do teste-reteste (coeficiente de correlação de .87). O valor de  $\alpha$  de Cronbach deste estudo é de .86 o que também indica uma confiabilidade razoável, igual ao do estudo de validação do instrumento.

### **2.2.3 Procedimentos de recolha de dados**

Os dados deste estudo foram recolhidos por meio de um questionário disponibilizado numa plataforma online “*Google Forms*” e disseminado pelas redes sociais e contactos de e-mail de psicólogos/as. A participação foi voluntária, pelo que, os/as participantes tinham a possibilidade de recusar ou desistir a qualquer momento. Os dados resultantes da mesma foram sempre trabalhados e analisados de forma cuidadosa de forma a manter o anonimato e a confidencialidade dos/as terapeutas. O processo de recolha e análise dos dados seguiu, de forma rigorosa, o código de ética da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e da Associação Americana de Psicologia (APA), tendo o

questionário sido iniciado com um consentimento informado onde foram explicitados os objetivos do estudo e importância da sua participação. Todos os procedimentos do estudo foram apresentados à Comissão de Ética do ISMAI tendo sido o projeto aprovado para a sua execução.

### Capítulo III: Apresentação e discussão de resultados

#### 3.1. Resultados

Para o tratamento e realização das análises estatísticas recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for The Social Sciences (SPSS)* versão 26 e o nível de significância utilizado foi de .05.

Iremos dar início à apresentação dos resultados descritivos que nos permitem caracterizar os dados sociodemográficos do/as participantes bem como os dados relativos à sua formação em psicologia. Neste sentido, os critérios de inclusão da amostra para este estudo foram psicólogos/as a exercer psicologia clínica em Portugal, sendo que, a amostra recolhida tem entre um (5,9%) a 30 anos (2%) de experiência profissional em psicologia e, em média têm 10,8 anos de experiência e grande maioria dos/as participantes formou-se desde 2010 até à atualidade.

**Tabela 2. Caracterização das variáveis relativas à profissão**

	N	Percentagem	Média	D.P.
Ano de formação				
Até 1999	17	16,8%		
2000-2009	38	37,6%		
2010-atualidade	46	45,5%		
Anos de experiência profissional			10,88	7,98

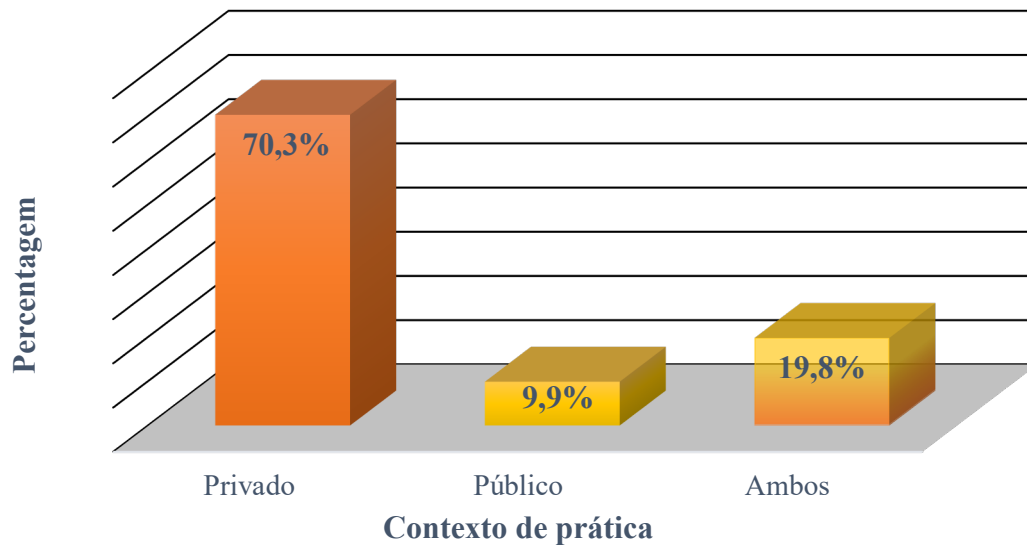
No que concerne à especialidade em psicoterapia reconhecida pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, é possível verificar que a maioria dos/as inquiridos/as (69,3%)

não tem essa especialização (gráfico 1). O contexto de prática (gráfico 2) de atuação mais referido pela amostra é o contexto privado (70,3%).

**Gráfico 1. Percentagens relativas à especialização em Psicoterapia reconhecida pela Ordem dos Psicólogos Portugueses**



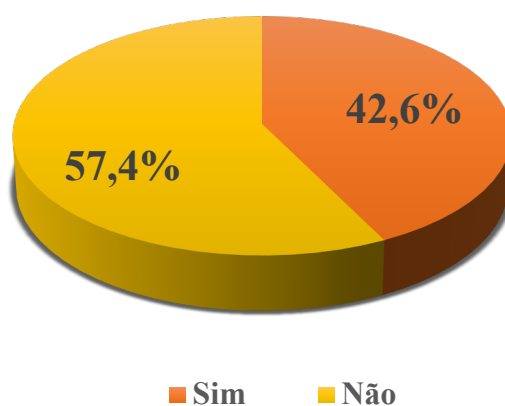
**Gráfico 2. Contexto de prática onde os/as participantes desenvolvem a sua profissão**



No gráfico 3 é possível verificar que a maioria dos/as inquiridos/as não tem qualquer tipo de experiência prévia no formato de consulta à distância (57,4%). Aqueles/as que têm (42,6%) realizaram a sua prática neste formato durante pouco tempo (24,8%) – gráfico 4 - e de forma esporádica (21,8%) – gráfico 5.

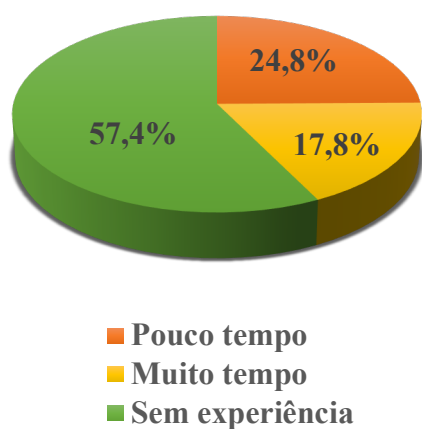
**Gráfico 3. Experiência no formato de consulta à distância antes do período de isolamento**

**Experiência prévia em consulta à distância**



**Gráfico 4. Duração da experiência no formato de consulta à distância antes do isolamento**

**Duração da experiência prévia**



**Gráfico 5. Tipo de prática na experiência prévia à distância**

**Tipo de prática**



Nas tabelas 3 e 4 é possível retirar que, em média, os/as participantes realizaram 1,56 consultas semanais à distância antes do isolamento e 10,42 consultas à distância durante o isolamento. Os/as participantes realizaram, em média, 12,72% de consulta em formato presencial e 86,08% em formato à distância, durante o período de isolamento.

**Tabela 3. Média de consulta semanais à distância realizadas antes e durante o isolamento**

	Média	Desvio padrão
Média de consultas semanais à distância antes do isolamento	1,56	3,23
Média de consultas semanais à distância durante o isolamento	10,42	10,53

**Tabela 4. Percentagem média de consultas presenciais e à distância durante o isolamento**

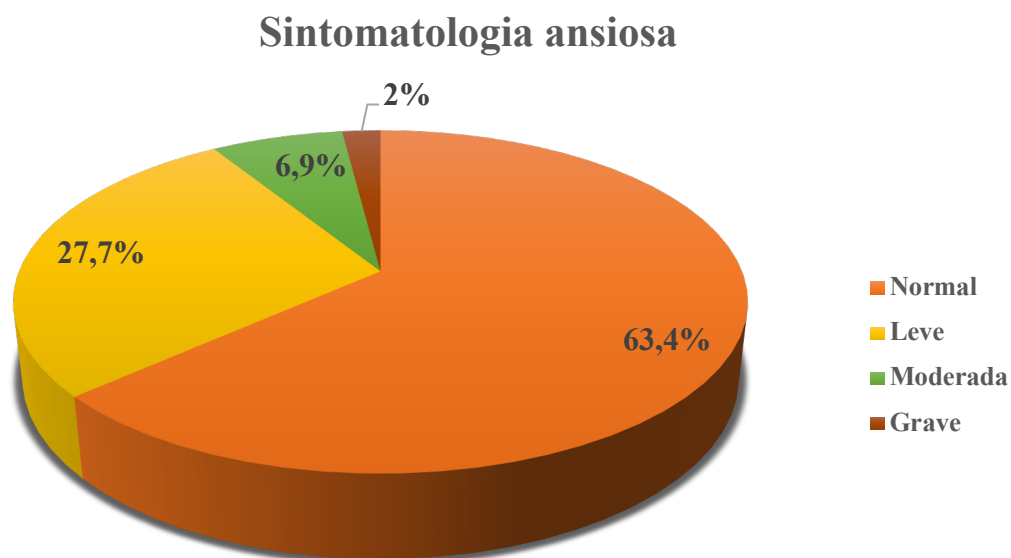
	% Média	% Desvio padrão
Percentagem de consultas presenciais durante o isolamento	12,72	21,49
Percentagem de consultas à distância durante o isolamento	86,08	24,32

De seguida, são apresentados os resultados relativos aos níveis de presença terapêutica, de sintomatologia ansiosa e depressiva da amostra.

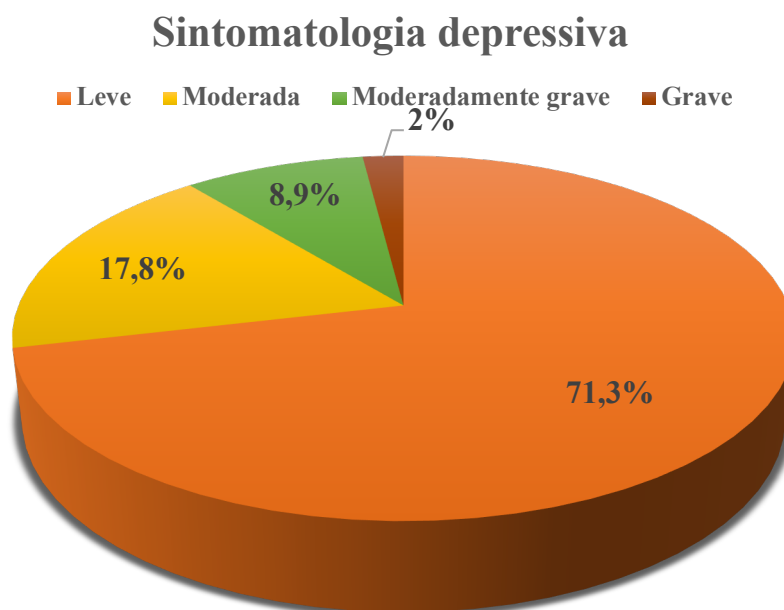
Os/as participantes, relativamente aos níveis de presença terapêutica, avaliados através do Inventário de Presença Terapêutica (IPT), têm uma média de 117,96 (DP=18,47), variando os níveis de presença terapêutica totais entre 2 e 147 pontos. No que diz respeito à sintomatologia ansiosa durante o período de isolamento, avaliada através do Questionário de Ansiedade Generalizada (GAD-7), os/as participantes obtiveram uma pontuação média de 4,06 (DP=3,64), variando entre 0 e 18 pontos. Utilizando o ponto de corte proposto por Sousa et al., (2015) nos 5 pontos, verifica-se que os/as participantes, em média não apresentam sintomatologia ansiosa clínica. No gráfico

6 são apresentadas as percentagens relativas à sintomatologia ansiosa. É possível verificar que 36,6% dos/as inquiridos/as apresenta sintomatologia ansiosa considerada clínica.

**Gráfico 6. Apresentação das percentagens relativa à intensidade da sintomatologia ansiosa**



Por fim, no que concerne à sintomatologia depressiva calculada através do Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9), os/as participantes apresentam uma média de 3,69 (DP=3,85), variando entre 0 e 16 pontos. De acordo com o ponto de corte de 5 pontos proposto por Torres et al., (2016), verifica-se que os/as participantes não apresentam sintomatologia depressiva clínica. O gráfico 7 apresenta as percentagens relativas à sintomatologia depressiva. É possível verificar que 28,7% dos/as inquiridos/as apresenta sintomatologia depressiva considerada clínica.

**Gráfico 7. Apresentação das percentagens relativa à intensidade da sintomatologia depressiva**

De forma a responder aos objetivos específicos do estudo, inicialmente foram exploradas se existiam diferenças na amostra relativamente aos níveis de presença terapêutica, níveis de ansiedade e intensidade da sintomatologia depressiva entre os indivíduos com filhos em idade escolar e os indivíduos sem filhos em idade escolar. Neste sentido foi utilizado um *teste t* de amostras independentes, visto que se pretendem comparar médias entre variáveis quantitativas escalares (níveis de presença terapêutica, níveis de ansiedade e intensidade da sintomatologia depressiva) e uma variável nominal e dicotómica (existência de filhos em idade escolar, onde existe o grupo com filhos em idade escolar – sim - e o grupo sem filhos em idade escolar – não). Os resultados relativamente aos níveis de presença terapêutica e intensidade de sintomatologia depressiva não serão apresentados pois não revelaram diferenças estatisticamente significativas. Já os resultados relativos aos níveis de ansiedade mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $t=-1,798$ ;  $p=.037$ ) sendo

que no grupo de participantes com filhos em idade escolar os níveis de ansiedade são significativamente superiores ao grupo de participantes sem filhos em idade escolar.

**Tabela 5. Comparação de médias relativamente aos níveis de ansiedade entre os/as participantes com filhos e sem filhos em idade escolar**

Níveis de ansiedade (GAD-7)		N	Média	Desvio Padrão	<i>t teste</i>	Valor P
Filhos em idade escolar	Sim	39	4,87	4,43	-1,798	.037
	Não	62	3,55	2,97		

Foram também exploradas, através do cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*, as relações entre idade e os três constructos, no entanto, não foi verificada nenhuma associação estatisticamente significativa, o que sugere que os níveis de presença terapêutica, os níveis de ansiedade e a intensidade da sintomatologia depressiva não se alteram consoante a idade.

De forma a explorar as diferenças relativamente aos níveis de presença terapêutica no género, foi utilizado um *teste t* de amostras independentes. Os resultados estatísticos deste cálculo não são apresentados pois não existem diferenças significativas.

Para analisar as diferenças relativamente aos níveis de ansiedade e à sintomatologia depressiva no género foi utilizado, para ambas as análises, o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, pois as variáveis não seguiam a normalidade. Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade entre o género feminino e o género masculino (U de Mann-Whitney=338,000; p=.042) sendo que estes são maiores nas mulheres.

**Tabela 6. Comparação de médias relativamente aos níveis de ansiedade nos homens e nas mulheres**

Níveis de ansiedade (GAD-7)		N	Média	Desvio Padrão	U de Mann- Whitney	Valor P
Género	F	88	4,36	3,73	338,000	.042
	M	12	2,17	2,08		

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no género em relação à intensidade da sintomatologia depressiva (U de Mann-Whitney=275,000; p=.007). Os sintomas depressivos nas mulheres são significativamente maiores do que nos homens.

**Tabela 7. Comparação de médias relativamente à intensidade da sintomatologia depressiva nos homens e nas mulheres**

Sintomatologia depressiva (PHQ-9)	N	Média	Desvio Padrão	U de Mann-Whitney	Valor P
Género					
F	88	4,00	3,89	275,000	.007
M	12	1,75	3,02		

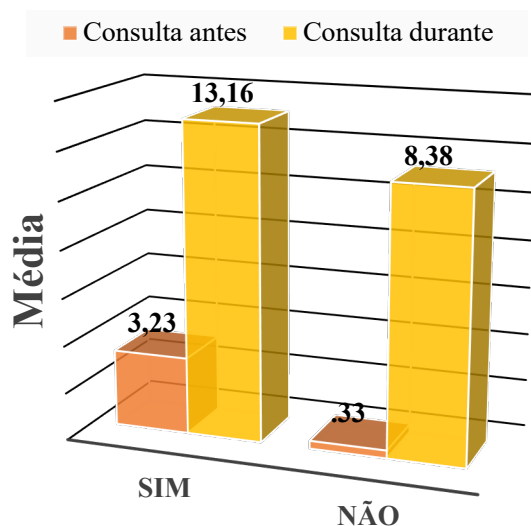
Ainda de modo a explorar os efeitos das variáveis sociodemográficas relativamente aos diversos constructos – níveis de presença terapêutica, níveis de ansiedade e intensidade da sintomatologia depressiva – foi analisada a possível existência de diferenças entre os indivíduos solteiros, casados/união de facto e os indivíduos divorciados/separados e, também foram exploradas as diferenças nos constructos nos indivíduos com mais e menos anos de formação. Para isto foi utilizado o teste não paramétrico *Kruskall-Wallis* de amostras independentes. Os resultados não são apresentados pois não revelam diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito às variáveis relativas à profissão, inicialmente foram analisadas as diferenças em relação à realização de consulta à distância antes do isolamento nos grupos com e sem experiência prévia em consulta à distância e, posteriormente, foram analisadas as diferenças nos grupos durante o isolamento. Para isto recorreu-se a um teste *t* de amostras independentes.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na realização de consulta à distância antes do isolamento nos indivíduos com experiência prévia neste formato de consulta em relação aos indivíduos sem experiência (t= 4,972; p=.000) e, também foram

verificadas diferenças estatisticamente significativas no mesmo grupo no período de isolamento ( $t=2,305$ ;  $p=.023$ ).

**Gráfico 8. Contraste entre os/as participantes com experiência prévia e sem experiência prévia na realização de consultas à distância nas consultas realizadas antes e durante o isolamento**



No gráfico 6 é possível verificar que o grupo com experiência prévia (Média=3,23; DP= 4,32) realiza, em média, mais consultas do que o grupo sem experiência prévia (Média= .33; DP=.94) no período pré-isolamento. No período de

isolamento, o número de consultas à distância aumenta em ambos os grupos, no entanto o grupo com experiência prévia em consulta à distância (Média=13,16; DP= 8,91) continua a realizar mais consultas à distância do que o grupo sem experiência (Média=8,38; DP=11,23).

Analisou-se o contraste nos níveis de presença terapêutica, ansiedade e sintomatologia depressiva nos diferentes contextos de prática através do teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*. Apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente aos níveis de ansiedade ( $p=.037$ ) sendo que estas diferenças são mais significativas entre o contexto privado e o público ( $p=.020$ ).

**Tabela 8. Comparação de médias relativamente aos níveis de ansiedade nos diferentes contextos de prática**

Níveis de ansiedade (GAD-7)		N	Média	Desvio Padrão	Valor P
Contexto de prática	Privado	71	3,56	3,56	.037
	Público	10	4,80	3,19	
	Ambos	20	5,45	3,89	

Ainda no que diz respeito às variáveis relativas à profissão, explorou-se a existência de diferenças relativamente aos níveis de presença terapêutica, níveis de ansiedade e intensidade de sintomatologia depressiva, entre os/as profissionais com experiência prévia e os/as profissionais sem experiência prévia, em consultas à distância. Para isto foi utilizado o *teste t* de amostras independentes.

Os resultados obtidos mostram que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de presença terapêutica, entre o grupo de profissionais com experiência prévia e o grupo de profissionais sem experiência prévia, em consultas à distância, ( $t=2,56$ ,  $p=.006$ ). É possível afirmar que os níveis de presença terapêutica nos/as profissionais com experiência em consultas à distância são significativamente superiores ao grupo dos/as profissionais sem experiência prévia.

**Tabela 9. Comparação de médias relativamente aos níveis de presença terapêutica nos grupos de profissionais com e sem experiência prévia em consulta à distância**

Níveis de presença terapêutica (IPT)		N	Média	Desvio Padrão	<i>t teste</i>	Valor P
Experiência prévia em consulta à distância	Sim	43	123,28	17,08	2,56	.006
	Não	58	114,02	18,62		

Os resultados relativamente à comparação de médias dos níveis de ansiedade e sintomatologia depressiva não são apresentados pois não são estatisticamente significativos.

Através do *teste t* de amostras independentes foram comparadas as médias do grupo de profissionais com especialidade avançada em psicoterapia com o grupo de profissionais sem especialidade avançada em psicoterapia no que diz respeito aos níveis de presença terapêutica, níveis de ansiedade e intensidade da sintomatologia depressiva.

Através dos resultados obtidos verificam-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de presença terapêutica entre o grupo de profissionais com especialidade avançada e o grupo de profissionais sem especialidade

avançada, em consultas à distância, ( $t=1,944$ ;  $p=.028$ ). É possível afirmar que os níveis de presença terapêutica nos/as profissionais com especialidade avançada em psicoterapia são significativamente superiores ao grupo dos/as profissionais sem especialidade avançada.

Os resultados para os níveis de ansiedade e sintomatologia depressiva não são apresentados pois não são estatisticamente significativos.

**Tabela 10. Comparação de médias relativamente aos níveis de presença terapêutica nos grupos de profissionais com especialidade avançada em psicoterapia e sem especialidade avançada**

Níveis de presença terapêutica (IPT)				N	Média	Desvio Padrão	<i>t teste</i>	Valor P
Especialidade em Psicoterapia	Avançada	em	Sim	31	123,26	17,52	1,994	.028
			Não	70	115,61	18,52		

Por fim, foram realizadas correlações não paramétricas – Correlação de *Spearman*, para perceber a associação entre os constructos nomeadamente a relação dos níveis presença terapêutica com os níveis de ansiedade e a relação de presença terapêutica com a intensidade da sintomatologia depressiva. Foi realizado esse cálculo, uma vez que as variáveis em questão não seguiam uma distribuição normal.

Os resultados obtidos apontam para a existência de uma associação estatisticamente significativa entre os níveis de ansiedade e os níveis de presença terapêutica ( $r_s = -.285$ ;  $p=.004$ ).

**Tabela 11. Correlação de *Spearman* entre os níveis de ansiedade e os níveis de presença terapêutica**

Coefficiente de correlação de Spearman	-.285
Valor p	.004

O valor de correlação entre as variáveis é negativo, o que significa que as variáveis tendencialmente evoluem no sentido inverso, isto é, através da *Correlação de Spearman* é possível confirmar que quanto maiores forem os níveis de ansiedade menores serão os níveis de presença terapêutica.

Verificou-se também uma associação estatisticamente significativa entre a intensidade dos sintomas depressivos e os níveis de presença terapêutica ( $r_s = -.334$ ;  $p = .001$ ).

**Tabela 12. Correlação de Spearman entre a intensidade dos sintomas depressivos e os níveis de presença terapêutica**

Coeficiente de correlação de Spearman	-.334
Valor p	.001

O valor de correlação entre as variáveis é negativo, o que significa que as variáveis tendencialmente evoluem no sentido inverso - quanto mais intensos forem os sintomas depressivos menores serão os níveis de presença terapêutica.

Por meio da análise de conteúdo exploratória (Bardin, 2011) foram analisadas duas questões abertas presentes no questionário utilizado para a recolha de dados. Utilizou-se esta análise de forma a retirar as percepções e atitudes dos/as participantes em relação aos objetivos da presente dissertação. O processo de formação de categorias realizou-se de acordo com o sugerido por Bardin (1977), e após a seleção do material e de uma leitura atenta, a exploração foi realizada através de codificação: em função da repetição de palavras, posteriormente constituição em unidades de registo e, no final, categorias progressivas.

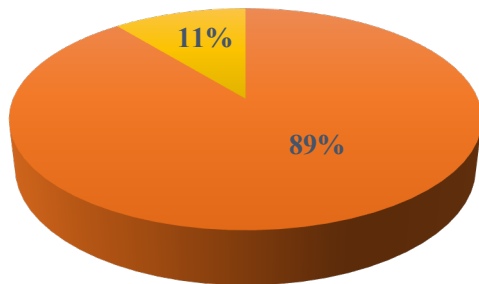
Neste sentido, analisaram-se as percepções dos/as participantes relativamente às estratégias utilizadas para lidar com a ansiedade e com o stress proveniente do isolamento e da realização de consulta à distância através das respostas às perguntas “Como lidou com a ansiedade?” e “Como se sentiu em relação ao burnout? Como lidou com isso?”

Nas respostas da pergunta relativa à ansiedade, através da análise realizada, verifica-se que a ansiedade é um sintoma presente na maioria dos/as participantes (89%) manifestado principalmente por insónias e irritabilidade ou devido a um acontecimento de vida (*life events*) que não está diretamente relacionado com o período de isolamento e

realização de consulta à distância – gráfico 9. Também, na sua maior parte, existiram dificuldades de gestão da sintomatologia ansiosa (65%) – gráfico 10.

**Gráfico 9. Manifestação de sintomatologia ansiosa no período de isolamento**

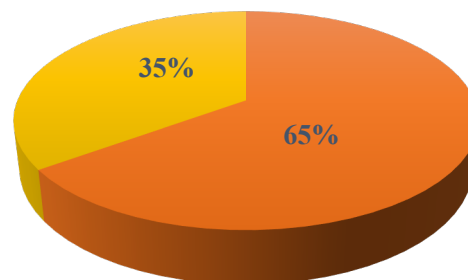
### Manifestação de ansiedade



■ Manifestação de ansiedade ■ Ausência de ansiedade

**Gráfico 10. Gestão da sintomatologia ansiosa no período de isolamento**

### Gestão de ansiedade

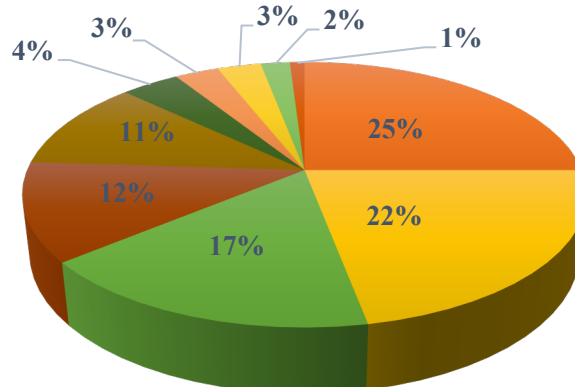


■ Dificuldades de gestão da ansiedade  
■ Gestão normal e habitual da ansiedade

No gráfico 11 é possível identificar que a maioria dos/as participantes lidou com a ansiedade recorrendo a formas de autocuidado como estratégias de relaxamento, a adaptação e gestão das rotinas diárias, exercício físico, estratégias de autoconhecimento e suporte de amigos e familiares.

**Gráfico 11. Estratégias para lidar com a sintomatologia ansiosa referidas pelos/as participantes**

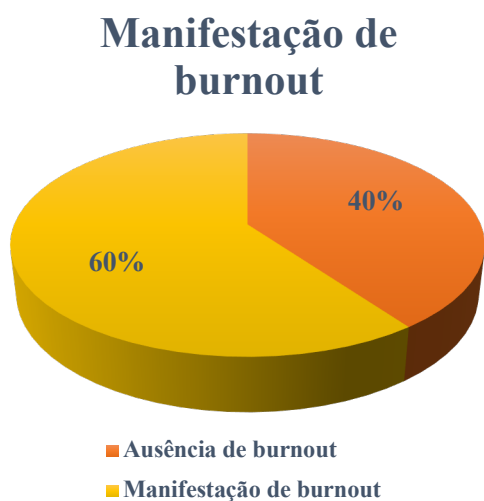
### Como lidou com a ansiedade?



■ Estratégias de relaxamento  
■ Adaptação e gestão de rotinas diárias  
■ Exercício físico  
■ Estratégias de autoconhecimento  
■ Suporte de amigos e familiares  
■ Estratégias de reestruturação cognitiva e coping  
■ Psicofármacos  
■ Supervisão contínua  
■ Psicoterapia  
■ Evitamento à exposição mediática

Por fim, nas respostas da pergunta relativa aos sintomas de stress verifica-se que 60% dos/as participantes referem ter níveis de stress intenso durante o período de isolamento, manifestado principalmente por exaustão emocional e cansaço extremo - gráfico 12. Porém, a maioria geriu estes sintomas da mesma forma que geria antes do período de isolamento (63%) – gráfico 13.

**Gráfico 12. Manifestação de burnout no período de isolamento**

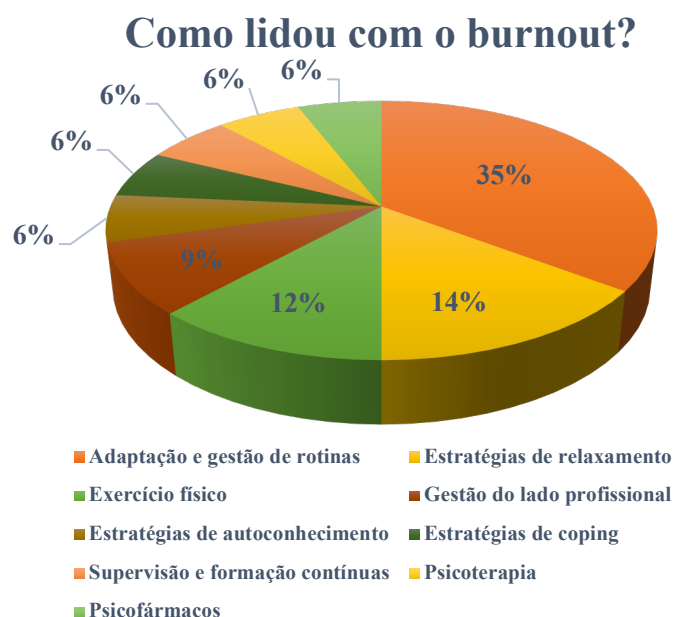


**Gráfico 13. Gestão do burnout no período de isolamento**



No gráfico 14 destacam-se principalmente a adaptação e gestão de rotinas diárias, estratégias de relaxamento, exercício físico e gestão do lado profissional como formas de

**Gráfico 14. Estratégias para lidar com os sintomas de burnout no período de isolamento**



autocuidado utilizadas pelos/as participantes para lidar com os níveis de stress intensos provenientes do período de isolamento e consequentemente da realização de consulta à distância.

### **3.2. Discussão**

Assumindo que a presença terapêutica é um fator essencial e quase indispensável para o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz e para o sucesso terapêutico este estudo foi desenvolvido devido à necessidade e importância de explorar algumas variáveis altamente relacionadas com o/a psicólogo/a, com as suas práticas, com a sua saúde mental e os seus efeitos na presença terapêutica, perante o momento pandémico e que obrigou a algumas mudanças nomeadamente uma adaptação ao formato de terapias à distância.

Os/as participantes desta investigação sendo psicólogos/as a exercer em Portugal, são maioritariamente do sexo feminino, trabalham no contexto privado e têm uma média de idades de 38 anos, facto expeável segundo os censos realizados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses aos membros efetivos, em 2014. No presente estudo a maioria dos/as participantes formou-se desde 2010 até à atualidade, isto parece ser devido ao crescimento das formações em psicologia nos últimos anos, se continuarmos a seguir o padrão que se verificou em 2012 onde houve um aumento de quase 8000 licenciados em psicologia a quase 23000 entre os anos de 2000 a 2010. A maior parte dos/as inquiridos/as não tinham experiência prévia em consulta à distância, no entanto estes resultados não são muito divergentes pois existe uma diferença de apenas 14,8% dos/as profissionais com experiência prévia dos/as profissionais sem experiência prévia, o que pode significar que, com o avanço das novas tecnologias e com o uso destas para promover o bem-estar da população, cada vez mais os/as profissionais possam estar a complementar os seus serviços com meios de comunicação à distância. Naturalmente, os/as participantes com

experiência prévia em terapia à distância realizavam mais consultas neste formato antes do isolamento do que os/as profissionais sem experiência que, por sua vez, realizavam pouco ou quase nenhuma consulta à distância antes do isolamento, sendo que, este número aumentou consideravelmente no período de isolamento, de uma média de .33 para 8.38 consultas semanais realizadas. Isto pode-se dever ao facto de inicialmente as consultas à distância se desenvolverem como complemento aos meios tradicionais de terapia e, quando surgiu a pandemia, este fosse o serviço mais recomendado em detrimento dos atendimentos presenciais de modo a respeitar as normas e diretrizes de saúde sugeridas pela DGS (OPP, 2020) e também devido ao facto de só os/as profissionais com os conhecimentos e competências necessárias para o seu uso o deverem fazer (Saenz et al., 2020).

A especialização em psicoterapia reconhecida pela OPP é uma garantia pelo reconhecimento de competências e qualificação e um fator de regulação da atividade, sendo que os/as psicoterapeutas recebem supervisão, componente obrigatória na formação e que atua como recurso para uma forma mais adaptada e completa de responder às necessidades dos/as clientes, aumentando as competências na prática clínica, o conhecimento e melhor entendimento do/a cliente com quem desenvolve uma relação terapêutica, contribuindo para perceber melhor os seus próprios comportamentos enquanto terapeuta, para a sua distinção, para o seu desenvolvimento pessoal e promoção da qualidade do exercício profissional (OPP, s.d.). Assim parece possível considerar que também devido à experiência e desenvolvimento contínuo de competências ao nível da sua formação, os/as profissionais com experiência prévia na modalidade de terapia à distância e com especialidade avançada em psicoterapia, tenham também maiores níveis de presença terapêutica, tal como se verificou nos resultados do presente estudo. Beidas e Kendall (2010) indicam que o treino do/a profissional tem influência no conhecimento,

nas atitudes e no comportamento do/a terapeuta e, por sua vez, pode ter impacto na psicoterapia, sendo o/a profissional colaborador/a na mudança do/a cliente. Estes resultados estão ainda de acordo com APA (2013), Carvalho e colegas (2019), Centore e Milacci (2008) e McCord e colaboradores (2020), que nos indicam que a formação, aquisição de competências prévia para a prática de consulta à distância, treino e supervisão e, familiarização com o modelo, são fundamentais.

Através dos resultados deste estudo, podemos concluir que a sintomatologia ansiosa e depressiva não estão diretamente relacionadas com a ausência ou pouca formação dos/as profissionais de saúde mental mas provavelmente com o momento pandémico que todo o mundo está a vivenciar. Isto pode afetar a saúde mental da população, da qual os/as profissionais de saúde mental não são exceção, ora por questões relacionadas com o isolamento e diretamente com o momento atípico que estamos a vivenciar, ora por questões relacionadas com a sua prática que se viu um pouco alterada através da utilização maioritariamente de meios de comunicação à distância, com o excesso de trabalho e pelo facto de estarem expostos/as a uma população já vulnerável e, por fim, devido à ausência de autocuidado nas suas vidas diárias (Edwards & Crisp, 2017; Joshi & Sharma, 2020). Neste sentido e, apesar da maioria dos inquiridos não apresentar sintomatologia ansiosa ou depressiva considerada clínica, ainda se destacam alguns indivíduos com pontuações relativas à sintomatologia acima do ponto de corte de cinco pontos, nomeadamente 28,7% com sintomatologia depressiva considerada clínica e 36,6% com sintomatologia clínica ansiosa devem ser alvo de atenção. Estes resultados são particularmente alarmantes na medida em que a amostra é representativa da classe de profissionais de ajuda ao nível da saúde mental, os/as quais se encontram, em grande parte, afetados pelo período atípico vivenciado, podendo estes/as precisar também de apoio psicológico profissional. E não só, o trabalho dos/as profissionais, considerando o

estado mental dos/as mesmos/as pode ser especialmente afetado, impactando o nível de atendimento ao/à cliente podendo dificultar a mudança do/a mesmo/a e, também, perante as dificuldades de atendimento, impedir dar resposta ao fluxo de trabalho, aumentando assim os níveis de exaustão emocional. Para conseguir atuar como facilitador/a da mudança do/a cliente, é importante que o/a terapeuta beneficie de estratégias de bem-estar e de autocuidado, nomeadamente, procura de terapia (Barnett et al., 2007; Turnbull & Rhodes, 2019). Salienta-se ainda, as mulheres e os grupos de profissionais com filhos em idade escolar com sintomatologia agravada de ansiedade e depressão. Estes resultados vão de encontro ao sugerido por Astbury (2001), numa publicação para a OMS sobre as disparidades de género na saúde mental, onde salienta que a depressão e a ansiedade são diagnósticos com maior prevalência nas mulheres do que nos homens ao longo da vida, podendo haver comorbilidade entre os dois diagnósticos. Gaspar (2020) refere que com o surgimento da pandemia e por questões relacionadas com o isolamento os pedidos de apoio por parte de famílias com filhos/as aumentaram significativamente. O facto de estarem 24h por dia em casa, as mudanças, as constantes adaptações, os novos desafios tiveram impacto na saúde mental das famílias com filhos/as destacando níveis de ansiedade mais elevados.

Verificaram-se ainda níveis de ansiedade superiores em relação ao contexto de prática público. Isto pode dever-se também ao período que se está a vivenciar onde existe uma maior procura de apoio ao nível de saúde mental e, perante a crise económica que se faz sentir, a população opte maioritariamente pelo serviço público nomeadamente a nova linha de atendimento disponibilizada pela ARS do Norte. Naturalmente, os profissionais de saúde mental que exercem no setor público têm um maior fluxo de trabalho o que, se pode traduzir numa sobrecarga física, emocional e profissional (SNS, 2020). Estas condições, isto é, o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva, podem ainda

afetar a presença do/a terapeuta enquanto profissional de saúde mental e facilitador do bem-estar e saúde mental dos/as seus/suas clientes (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Edwards & Crisp, 2017). Este estudo demonstra que quanto mais intensos forem os sintomas de ansiedade e depressão menores serão os níveis de presença do/a terapeuta. A presença do/a terapeuta é particularmente difícil de manter com a existência de uma condição de saúde mental associada, fruto de questões associadas à pandemia, ao excesso e fluxo de trabalho e, conseqüentemente, à ausência de autocuidado. Estas questões, de acordo com Barnett e colaboradores (2007), Edwards e Crisp (2017), Joshi e Sharma (2020) e Kaeding e colegas (2017) podem-se sobrepor aos aspetos positivos da terapia, impactando o nível de atendimento ao cliente, a qualidade do trabalho do/a profissional podendo condicionar a utilização adequada das suas competências, não atingindo sucesso terapêutico e ter maiores probabilidades de esgotamento. Os/as terapeutas quando sentem que não estão a ser eficazes podem ser menos empáticos/as, desinteressados/as e até mesmo ter atitudes de rejeição do/a cliente (Pimble, 2016; Sherman & Thelen, 1998). O autocuidado sendo importante para a manutenção da presença terapêutica é visto como fundamental para lidar com o stress e o excesso de emoções desadaptativas, podendo melhorar a sua vida pessoal e qualidade da terapia com os/as seus/suas clientes (Barnett et al., 2006; Barnett et al., 2007; Sim et al., 2016).

Com a análise de conteúdo exploratória das respostas dos/as participantes conclui-se que os/as mesmos/as se sentiram ansiosos/as e desenvolveram níveis intensos de stress devido a um evento sob o qual não tiveram controlo – pandemia, isolamento e que, de certa forma os/as obrigou a ajustarem e adaptarem a sua prática – consulta à distância. Não só isto é particularmente importante como também se verifica que a ansiedade e os níveis de stress intenso podem não ser provenientes do momento pandémico mas serem atribuídos a acontecimentos de vida (*life events*). Verifica-se particularmente nesta

resposta “Atualmente voltei a sentir-me ansiosa mas está associado a uma situação de vida que não está relacionado com a pandemia (SIC)”. De acordo com Luhmann et al., 2012), *life events* podem ser vistos da perspetiva de um acontecimento stressante ou da perspetiva de desenvolvimento que destaca transições de vida específicas (e.g. casamento, divórcio). Ambos podem prejudicar a rotina diária. De acordo com APA (2020) um acontecimento crítico de vida é um evento que necessita de adaptação ao nível de comportamentos e que tem impacto na formação de atitudes e crenças (e.g. perda). Estes acontecimentos como causadores de ansiedade e stress podem acabar por prejudicar, como já referido acima, os níveis de presença terapêutica e a qualidade do sucesso da terapia. Ainda na análise de conteúdo exploratória realizada destacam-se algumas formas de autocuidado referidas pelo/as terapeutas e que, de certa forma, traduzem um conjunto de estratégias para lidar com os sintomas de ansiedade, depressão e stress e considerando que precisam de estar bem psicologicamente para estarem disponíveis e presentes também para os/as seus/suas clientes (Barnett et al., 2006; Barnett et al., 2007; Sim et al., 2016).

### **3.3. Considerações finais**

Este estudo exploratório foi realizado considerando a presença terapêutica, a pandemia covid-19 e as suas consequências na prática e ao nível da saúde mental dos psicólogos/as. Por ser um estudo exploratório procurou-se realizar e explorar efeitos entre algumas variáveis nomeadamente variáveis sociodemográficas, variáveis relativas à profissão e variáveis relacionadas com a saúde mental.

Parece contribuir para destacar (1) a importância da adaptação e desenvolvimento constante de competências e enriquecimento das mesmas com treino e supervisão, nomeadamente pelo facto de ainda muitos/as profissionais de saúde mental ainda não estarem familiarizados/as com o método de consulta mediada por meios de comunicação

à distância; (2) que os/as profissionais de saúde mental podem igualmente estar afetados/as ao nível da saúde mental, podendo igualmente desenvolver problemas e perturbações provenientes do isolamento social, da sobrecarga de trabalho e da modalidade preferencialmente utilizada e pouco conhecida pelos/as mesmos/as; (3) que o isolamento, as práticas de terapia à distância e, conseqüentemente, o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa pode ter impacto na presença terapêutica e, em larga escala, no sucesso da terapia; (4) e salientar o valor do autocuidado como medida de promoção de saúde mental, especialmente quando se tratam de profissionais de ajuda que precisam de estar psicologicamente e emocionalmente estáveis para conseguir proporcionar ao/à cliente um momento seguro e que lhe facilite a mudança.

Este estudo tem limitações no que diz respeito ao Inventário da Presença Terapêutica ainda não estar validado para a população portuguesa, no entanto e como já referido, este pode ser o primeiro passo na concretização da validação. O estudo desenvolveu-se durante o contexto pandémico, o qual também impossibilitou a concretização do projeto inicial e, dentro das circunstâncias foram delineados outros objetivos e foi criado um projeto de investigação de raiz para, de certa forma, explorar e dar resposta ao que estava a ser vivido a nível mundial – pandemia COVID-19. Neste sentido, é um estudo exploratório pelo que não é esperado comprovar ou verificar alguma hipótese anteriormente pré-determinada. Relativamente aos resultados sugestivos de ansiedade e depressão, como não existe um pré e um pós pandemia não se consegue determinar se já existiam e se é um padrão ou se esses sintomas são efetivamente fruto da pandemia, o que não deixa de ser grave e alarmante. É um estudo também limitado à pandemia COVID-19 onde a amostra foi voluntária e conduzida exclusivamente por sistema online, e, pode não captar a experiência dos/as psicólogos/as que não aderiram aos meios digitais.

## Referências

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2020). Psychotherapists' vicarious traumatization during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), S148-S150. doi.org/10.1037/tra0000868
- Alvandi, E. O. (2019). Cybertherapogy: A Conceptual Architecting of Presence for Counselling via Technology. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, *6*(1), 30-45.
- APA (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, *68*(9), 791–800. doi:10.1037/a0035001
- APA (2020). Acedido a 10 de dezembro em <https://dictionary.apa.org/critical-life-events>
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of anxiety disorders*, *70*, 102196.
- Astbury, Jill (2001) *Gender disparities in mental health*. In: Mental health. Ministerial Round Tables 2001, 54th World Health Assemble, 2001, Who, Geneva, Switzerland.
- Ballén, S. A. G. (2018). Intervención psicoterapéutica online: Una revisión de la literatura. Facultad de Ciencias Humanas.
- Barari, S., Caria, S., Davola, A., Falco, P., Fetzer, T., Fiorin, S., Hensel, L., Ivchenko, A., Jachimowicz, J., Kraft-Todd, G., Ledda, A., MacLennan, M., Mutoi, L., Pagani, C., Reutkaja, E., & Slepoi, F. R., (2020). Evaluating COVID-19 public health messaging in Italy: Self-reported compliance and growing mental health concerns. doi:10.1101/2020.03.27.20042820
- Barnett, J. E., Johnston, L. C., & Hillard, D. (2006). Psychotherapist wellness as an ethical imperative. In L. VandeCreek & J. B. Allen (Eds.) *Innovations in clinical*

- practice: Focus on health and wellness* (pp. 257– 271). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(6), 603.
- Bearse, J. L., McMinn, M. R., Seegobin, W., & Free, K. (2013). Barriers to psychologists seeking mental health care. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(3), 150.
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Arvay, M. J. (2005). The client's perspective on forming a counselling alliance and implications for research on counsellor training. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 39*(2).
- Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). *Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. Clinical Psychology: Science and Practice, 17*(1), 1–30. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x
- Bozarth, J. D. (2001). The art of “being” in psychotherapy. *The Humanistic Psychologist, 29*(1-3), 167-203.
- 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*. doi:10.1016/s0140-6736(20)30460-8
- Bugental, J. F. T. (1987). *Art of the Psychotherapist*. NY: WC Norton&Company.
- Capner, M. (2000). Videoconferencing in the provision of psychological services at a distance. *Journal of Telemedicine and Telecare, 6*(6), 311-319.

- Carvalho, R. G., Fonseca, A. D., Dores, A. R., Santos, C. M., Batista, J., Salgado, J., & Sousa, M. (2019). Linhas de Orientação para a Prestação de Serviços de Psicologia Mediados por Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC). *Ordem dos Psicólogos Portugueses*.
- Centore, A. J., & Milacci, F. (2008). A study of mental health counselors' use of and perceptions of distance counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(3), 267–282. [doi.org/10.17744/mehc.30.3.q871r684n863u75r](https://doi.org/10.17744/mehc.30.3.q871r684n863u75r)
- Colosimo, K. A., & Pos, A. E. (2015). A rational model of expressed therapeutic presence. *Journal of psychotherapy integration*, 25(2), 100.
- Cooper, S. E., Campbell, L. F., & Smucker Barnwell, S. (2019). Telepsychology: A primer for counseling psychologists. *The Counseling Psychologist*, 47(8), 1074-1114.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). *Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study*. *Psychotherapy Research*, 21(5), 525–540. doi:10.1080/10503307.2011.587469
- Dattilio, F. M. (2015). The self-care of psychologists and mental health professionals: A review and practitioner guide. *Australian Psychologist*, 50(6), 393-399.
- Direção Geral de Saúde (DGS, 2020). Acedido a 30 de julho em <https://covid19.min-saude.pt/isolamento-2/>
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302.
- Edwards, J. L., & Crisp, D. A. (2017). Seeking help for psychological distress: Barriers for mental health professionals. *Australian Journal of Psychology*, 69(3), 218-225.

- El-Ghoroury, N. H., Galper, D. I., Sawaqdeh, A., & Bufka, L. F. (2012). Stress, coping, and barriers to wellness among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology, 6*(2), 122.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*(1), 43–49. doi/10.1037/a0022187
- Erskine, R. G. (2011). Attachment, relational-needs, and psychotherapeutic presence. *International Journal of Integrative Psychotherapy, 2*(1).
- Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive regard. *Psychotherapy, 48*(1), 58.
- Faro, A., Bahiano, M. D. A., Nakano, T. D. C., Reis, C., Silva, B. F. P. D., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas), 37*.
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry, 63*(1).
- Freitas, A. R. R., Napimoga, M., & Donalisio, M. R. (2020). Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 29*, (2).
- Gamito, A. M. P. (2019). A prática de intervenção psicológica à distância em Portugal (Dissertação de Doutorado).
- Gaspar, D. (2020). E depois da Covid-19. Manuscrito Editor
- Geller, S. M. (2013). Therapeutic presence as a foundation for relational depth. *Relational depth: New perspectives and developments, 175-184*.
- Geller, S. M. (2017). *A practical guide to cultivating therapeutic presence*. American Psychological Association.
- Geller, S. M. (2018). Therapeutic presence and polyvagal theory: Principles and practices for cultivating effective therapeutic relationships. *Clinical applications of the polyvagal theory, 106-126*.

- Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-17.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic Presence: therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association.
- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599-610.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178.
- Geller, S., Pos, A., & Colosimo, K. (2012). Therapeutic presence: A fundamental common factor in the provision of effective psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 47(3), 6-13.
- Giacco, L., Anguera, M. T., & Salcuni, S. (2020). The Action of Verbal and Non-verbal Communication in the Therapeutic Alliance Construction: A Mixed Methods Approach to Assess the Initial Interactions With Depressed Patients. *Frontiers in Psychology*, 11, 234.
- Gilroy, P. J., Carroll, L., & Murra, J. (2002). A preliminary survey of counseling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(4), 402.
- Giusti, E. M., Pedroli, E., D'Aniello, G. E., Badiale, C. S., Pietrabissa, G., Manna, C., Stramba-Badiale, M., Riva, G., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2020). The

- psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, *11*.
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, *42*(4), 421.
- Greenberg, L. S., & Geller, S. (2001). Congruence and therapeutic presence. *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice*, *1*, 131-149.
- Hayes, J. A., & Vinca, M. (2017). Therapist presence, absence, and extraordinary presence.
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *46*(2), 203.
- Hill, C. E. (2009). *Helping skills: Facilitating, exploration, insight, and action* (3rd ed.). American Psychological Association.
- Honda, G. C., & Yoshida, E. M. P. (2013). Mudança em psicoterapia: indicadores genéricos e eficácia adaptativa. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *18*(4), 589-597.
- Joshi, G., & Sharma, G. (2020). Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. *Asian journal of psychiatry*, *54*, 102300.
- Kaeding, A., Sougleris, C., Reid, C., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Dorrian, J., & Simpson, S. (2017). Professional burnout, early maladaptive schemas, and physical health in clinical and counselling psychology trainees. *Journal of clinical psychology*, *73*(12), 1782-1796.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, *16*(9), 606-613.

- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Lancet, T. (2020). COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet (London, England)*, 395(10228), 922.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592–615. [doi.org/10.1037/a0025948](https://doi.org/10.1037/a0025948)
- Martin, J. N., Millán, F., & Campbell, L. F. (2020). Telepsychology practice: Primer and first steps. *Practice Innovations*.
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C., & Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1060-1082.
- McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O'Shea, D., Herring, M. P., & Campbell, M. J. (2018). The prevalence and cause (s) of burnout among applied psychologists: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 9, 1897.
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 55.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (s.d). Formação em psicoterapia. A formação inicial para o início da psicoterapia.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2012). Um País de Psicólogos? Revista Oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses N°2.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2014). Os números da ordem. Resultado do Censo dos Membros Efetivos.

- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2017). Sobre as Consultas de Psicologia através de Videochamada. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). Intervenção Psicológica à distância durante a pandemia Covid-19. *Documentos de Apoio à Prática OPP - Covid-19*.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). Acedido a 14 de Novembro em <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/covid19/faq>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). Acedido a 14 de novembro em <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/2762>
- Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020). Acedido a 30 de Julho em <https://www.sabado.pt/mundo/detalhe/oms-declara-pandemia-de-coronavirus>
- Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019). Acedido a 29 de Setembro em: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/)
- Payne, L., Flannery, H., Kambakara Gedara, C., Daniilidi, X., Hitchcock, M., Lambert, D., Hitchcock, M., & Christie, D. (2020). Business as usual? Psychological support at a distance. *Clinical child psychology and psychiatry*, 25(3), 672-686.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*.
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., & McDonald, S. D. (2019). Demographic, organizational, and clinical practice predictors of US psychologists' use of telepsychology. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Pimble, C. (2016). Therapeutic Effectiveness, Stress, and Burnout in Mental Health Professionals.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International journal of psychophysiology*, 42(2), 123-146.

- Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 76(2), S86.
- Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1-20.
- Riper, H., & Cuijpers, P. J. (2016). Telepsychology and eHealth.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269-283.
- Saenz, J. J., Sahu, A., Tarlow, K., & Chang, J. (2020). Telepsychology: training perspectives. *Journal of clinical psychology*, 76(6), 1101-1107.
- Serviço Nacional de Saúde (2020). Acedido a 30 de julho em <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/?t=como-se-transmite-2#como-se-transmite-2>
- Serviço Nacional de Saúde (2020). Acedido a 14 de novembro em <http://www.arsnorte.min-saude.pt/noticias/linha-de-apoio-psicologico-ars-norte-22-04-11-200/>
- Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional psychology: Research and practice*, 29(1), 79.
- Sim, W., Zanardelli, G., Loughran, M. J., Mannarino, M. B., & Hill, C. E. (2016). Thriving, burnout, and coping strategies of early and later career counseling center psychologists in the United States. *Counselling Psychology Quarterly*, 29(4), 382-404.
- Sjöström, J., & Alfonsson, S. (2012). Supporting the therapist in online therapy.

- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, C. A., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 50.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Thériault, A., Gazzola, N., Isenor, J., & Pascal, L. (2015). Imparting self-care practices to therapists: What the experts recommend. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 49(4).
- Torres, A., Monteiro, S., Pereira, A., & Albuquerque, E. (2016). Reliability and validity of the PHQ-9 in Portuguese women with breast cancer. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences.*, 411-423.
- Turnbull, M. G., & Rhodes, P. (2019). Burnout and growth: Narratives of Australian psychologists. *Qualitative Psychology*.
- Tyssen, R., Rovik, J. O., Vaglum, P., Gronvold, N. T., & Ekeberg, O. (2004). Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(12), 989-993.
- Valente, I. C. B. P. (2015). *Momentos de não saber em sessões desafiantes: um estudo qualitativo com psicoterapeutas* (dissertação de doutoramento).
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.

Watson, J. (2019). Role of the therapeutic relationship in emotion-focused therapy.

Weinberg, H. (2020). Online group psychotherapy: Challenges and possibilities during COVID-19—A practice review. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 24(3), 201-211. doi.org/10.1037/gdn0000140

## Anexos

### **Anexo 1. Codificação através de análise de conteúdo das respostas dos/as participantes relativa à sintomatologia ansiosa**

Unidades de registo	Categoria final
Sem ansiedade	Ausência de ansiedade
Não senti ansiedade	
Não me identifico	
Excessos alimentares	Manifestação de ansiedade
Irritabilidade	
Insónias	
Acontecimentos adversos de vida	
Lidei bem	Gestão normal e habitual da
Normalmente	ansiedade

### **Anexo 2. Codificação através de análise de conteúdo das respostas dos/as participantes relativa às estratégias utilizadas para lidar com a ansiedade**

Unidades de registo	Categoria final
Calma	Estratégias de relaxamento
Pausas	
Autorregulação	
Meditação	
Mindfulness	
Guided Relaxation	
Estar ao ar livre	
Relaxamento muscular progressivo	

Testar rotinas e encontrar o bem-estar	Adaptação e gestão das rotinas
Adaptação	diárias
Ocupações e atividades que suscitam interesse como ler, cozinhar, fazer sabonetes	
Estabelecer novas rotinas	
Descanso	
Definição de prioridades	
Exercício físico	Exercício físico
Desporto	
Yoga	
Identificar a origem da ansiedade	Estratégias de Autoconhecimento
Journaling	
Regulação e reconhecimento de emoções	
Auto-compaixão	
Auto-observação e auto-análise	
Auto monitoramento	
Com recursos internos	
Videochamadas com amigos e familiares	Suporte de amigos e familiares
Tempo de qualidade com a família	
Estratégias de reestruturação cognitiva e estratégias de coping	Estratégias de reestruturação cognitiva e coping
Medicação, ansiolíticos	Psicofármacos
Partilha com colegas	Supervisão e formação contínua
Formações à distância	
Procura de ajuda	Psicoterapia

Evitar notícias e redes sociais	Evitamento à exposição dos media
---------------------------------	----------------------------------

### **Anexo 3. Codificação através de análise de conteúdo das respostas dos/as participantes relativa ao stress**

Unidades de registo	Categoria final
Sem stress intenso	Ausência de burnout
Não tive burnout	
Assoberbado	Manifestação de burnout
Não abrandar o ritmo de trabalho	
Muito trabalho e dificuldades em gerir o tempo e as emoções	
Instabilidade	
Maiores níveis de cansaço	
Exaustão física e psicológica	
Ansiedade	
Medo pelo contágio de familiares	
Lidei bem	Gestão normal e habitual da
Normalmente	ansiedade

### **Anexo 4. Codificação através de análise de conteúdo das respostas dos/as participantes relativa às estratégias utilizadas para lidar com o stress**

Unidades de registo	Categoria final
Atividades lazer, hobbies	Adaptação e gestão de rotinas
Descanso	diárias
Fazer coisas que gostam	
Atividades que antes não eram possíveis	

---

Atividades que promovam o bem-estar	
Meditação	Estratégias de Relaxamento
Mindfulness	
Estar ao ar livre	
Resiliência	
Caminhadas	Exercício físico
Desporto	
Não colocar pressão	Gestão do lado profissional
Foco no trabalho	
Dia de folga do “online”	
Autogestão permanente	Estratégias de autoconhecimento
Autocuidado possível	
Gestão e regulação emocional	
Partilha com colegas	Supervisão e formação continua
Construção de portfólios com materiais	
Procura de ajuda	Psicoterapia
Estratégias para lidar com as dificuldades	Estratégias de coping
Mudar o pensamento negativo para positivo	
Medicação	Psicofármacos

---