



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2013

**PAULO ALEXANDRE
FERREIRA CHALÓ**

**BIOFEEDBACK NA PREVENÇÃO DA ANSIEDADE
EM ALUNOS UNIVERSITÁRIOS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho á minha esposa pelo carinho, motivação e confiança.

o júri

presidente

Prof. Doutora Sara Otilia Marques Monteiro

Professora Auxiliar convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Maria da Graça F. Aparício Costa

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira

Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Aos meus pais pelo apoio que sempre me prestaram.

À minha orientadora, Professora Doutora Anabela Pereira, pela disponibilidade, incentivo, apoio e confiança em mim depositada.

Ao Professor Luís Sancho, da ESSUA, por todo o auxílio prestado.

À Dra. Maria João Martins pela sua disponibilidade.

A todos os que, de forma voluntária, aceitaram participar neste estudo.

palavras-chave

Ansiedade; Stress; Biofeedback; STAI; ISEU; Estudantes Universitários

resumo

Muitos estudantes universitários manifestam elevados níveis de stress e ansiedade, com especial incidência no decorrer do primeiro ano, com impacto negativo a nível pessoal, social e de desempenho académico. Assim é importante o desenvolvimento de programas de intervenção que sejam eficazes, representem baixo custo e sejam de curta duração.

A evidência dos estudos realizados tem demonstrado bons resultados de programas com biofeedback, sendo este uma técnica não invasiva e não medicamentosa.

Teve-se como objectivo realizar um estudo exploratório para verificar a eficácia do biofeedback na redução e prevenção da ansiedade e stress em alunos que frequentam o primeiro ano da universidade.

Quarenta alunos foram divididos em 4 grupos. O grupo 1 com ansiedade elevada (N=7) e grupo 2 com ansiedade normal (N=11), foram submetidos a 5 sessões semanais de biofeedback. Nos grupos de controlo, grupo 3 com ansiedade elevada (N=10) e grupo 4 com ansiedade normal (N=12) não foi realizada qualquer intervenção. Como medidas de avaliação foram utilizados o STAI (Spielberger, 1983, versão portuguesa. Silva 2003) e o ISEU (Inventário do Stress do Estudante Universitário de Pereira et al, 2004).

Foram comparados os resultados do STAI e ISEU no início e final da intervenção. Nos grupos sujeitos ao biofeedback observou-se uma redução dos níveis de ansiedade, sendo significativa para o grupo 1, enquanto os grupos de controlo apresentaram um aumento não significativo dos seus valores. Ao nível do stress, enquanto nos grupos com treino em biofeedback não se observaram diferenças significativas, com ligeira redução dos valores no grupo 1 e pequeno aumento no grupo 2, ambos os grupos de controlo apresentaram aumento significativo dos seus níveis de stress.

Os resultados revelam bons indicadores das potencialidades da intervenção com biofeedback na redução da ansiedade e prevenção de stress. Abrem-se assim novas oportunidades para estudos futuros, com amostras maiores que venham validar estes resultados e desenvolver programas cada vez mais específicos na intervenção em perturbações da ansiedade.

keywords

Anxiety, Stress, Biofeedback; STAI; ISEU; College Students

abstract

Many college students express high levels of stress and anxiety, with special focus during the first year, with negative impact on personal, social and academic performance. It is important to develop intervention programs that are cost-effective and brief in time.

The evidence of previous studies have shown good results of biofeedback programs, with is a noninvasive and not pharmacological technique.

This exploratory study pretended to investigate the efficacy of biofeedback in the reduction and prevention of anxiety and stress in students attending the first year of university.

Forty students were divided into four groups. Group 1 with high anxiety (N = 7) and group 2 with normal anxiety (N = 11) were subjected to 5 weekly sessions of biofeedback. In control groups, group 3 with high anxiety (N = 10) and group 4 with normal anxiety (N = 12) was not performed any intervention. As evaluation measures, was used STAI (Spielberger, 1983, portuguese version Silva 2003) and ISEU (Inventory of Stress Student University of Pereira et al, 2004).

STAI and ISEU results where compared at the beginning and end of the intervention. Groups subjected to biofeedback showed a reduction in anxiety levels, being significant for the group 1, while control groups showed a non-significant increase of its anxiety values. On stress levels, while on subjects in the intervention groups were not observed significant differences, with slightly lower values in group 1 and small increased values on group 2, both control groups showed a significant increase in their stress levels.

These results reveal good indicators about the potential of biofeedback intervention in anxiety reducing and stress prevention. It opens new opportunities for further studies, with larger samples, in order to validate these results and to develop more specific intervention programs to anxiety disorders.

INDICE

1. INTRODUÇÃO	1
Ansiedade e Stress no ensino superior	1
O Biofeedback	2
Objectivo e Hipóteses.....	7
2. MÉTODO	7
Participantes.....	7
Instrumentos.....	8
<i>Biofeedback 2000^{x-pert}</i>	8
<i>Inventário de Ansiedade Estado-Traço</i>	9
<i>Inventário de Stresse nos Estudantes Universitários</i>	9
Procedimento.....	10
3. RESULTADOS	12
4. DISCUSSÃO	17
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

ANEXOS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide receptora, Carregador e módulo MULTI.....	8
Figura 2: Ligação dos sensores EDA, PULS e TEMP ao Modulo MULTI.....	11
Figura 3: Exemplo da representação gráfica observada pelos participantes	11
Figura 4: Comparação das medianas da STAI-Y Estado para todos os grupos nas condições Pré e Pós intervenção.....	14
Figura 5: Comparação das medianas da STAI-Y Traço para todos os grupos nas condições Pré e Pós intervenção	15
Figura 6: Comparação das medianas do ISEU para todos os grupos nas condições Pré e Pós intervenção	16

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características demográficas da amostra (N=40) e diferentes grupos: Idade e Género.....	12
Tabela 2: Médias, desvios padrão, medianas e testes Mann–Whitney para comparação das diferenças nas respostas aos questionários, entre os grupos sujeitos ao Biofeedback.....	13
Tabela 3: Médias, desvios padrão, medianas e testes Mann–Whitney para comparação das diferenças nas respostas aos questionários, entre os grupos de controlo.....	14
Tabela 4: Teste de Wilcoxon para comparação das diferenças nas respostas aos questionários entre a situação de pré teste e de pós teste para os grupos sujeitos ao Biofeedback.....	16
Tabela 5: Teste de Wilcoxon para comparação das diferenças nas respostas aos questionários entre a situação de pré teste e de pós teste para os grupos de controlo.....	17

1. INTRODUÇÃO

Ansiedade e Stress no Ensino Superior

Ansiedade e stress são duas perturbações com grande prevalência entre alunos do ensino superior. Se por um lado a entrada na Universidade pode ser encarada como a concretização de um sonho, esta transição é particularmente exigente, confrontando os alunos, com uma realidade difícil de gerir a nível da sua vida universitária, com novos e complexos desafios em diferentes áreas da sua vida (Almeida, 2004). Para a grande maioria destes alunos a entrada na universidade ocorre no final da adolescência, num período em que ainda se encontram numa fase de formação pessoal e social, sendo naturalmente marcado por alguma instabilidade pessoal e emocional (Pereira, 2004, Pereira, Monteiro, Santos & Vagos, 2007). Existe uma crescente preocupação face ao aumento das manifestações de stress e ansiedade, entre outras perturbações, que apesar de estarem presentes durante todo o percurso académico, apresentam uma maior prevalência entre os alunos do primeiro ano da universidade, com repercussões negativas a nível pessoal, social e de desempenho académico (Bayram & Bilgel, 2008; Kassim, 2008; Robothan, 2008; Teixeira, 2008; Zivin, 2009).

Estudos realizados nos últimos anos por Baglin (2003), Benton e colaboradores (2003), Goldman e Wong (1997) e especificamente em Portugal por Pereira e colaboradores (2005, 2007, 2009) têm evidenciado o aumento da ansiedade nos exames (Melo, 2007) e o aumento dos níveis de stress, chegando a preocupar os investigadores (Bayram & Bilgel, 2008; Wong et al., 2006; Vaez & Laflamme, 2008). Rodrigues & Pereira (2010) referem um estudo onde cerca de 32% de cerca de 50.000 estudantes em 74 campus universitários dos Estados Unidos identificam o stress como principal factor prejudicial ao bom desempenho académico. Robothan (2008) considera imprescindível o envolvimento das instituições de ensino com vista a fornecerem aos indivíduos recursos e ferramentas para que estes consigam gerir eficazmente o stress.

Atenta a esta realidade a universidade de Aveiro tem vindo a realizar vários estudos, inseridos no Laboratório de Estudo e Intervenção no Ensino Superior

(2006) e mais recentemente no StressLab (direccionado para a investigação e intervenção no stress em contexto académico). Vagos e colaboradores (2010) referem que desde o ano lectivo de 2002/2003 que foram levadas a cabo diversas iniciativas com vista à promoção do desenvolvimento pessoal e educação para a saúde com avaliações positivas e que desde o ano lectivo 2005/2006 têm vindo a ser realizados módulos de formação, abertos a toda a comunidade académica, que incidem especificamente sobre os sintomas, abordagens teóricas e estratégias de gestão de stress, com resultados que apontam para a utilidade e pertinência destes módulos sobre a gestão do stress.

Além de serem realizados vários projectos de identificação e de intervenção nas variáveis psicológicas que intervêm no sucesso escolar (Pereira, 2011), tem igualmente sido realizados vários módulos de formação especificamente sobre os sintomas, abordagens teóricas e estratégias de gestão do stress, acessíveis a estudantes e professores (Pereira, Monteiro, Santos & Vagos, 2007).

A investigação tem procurado dar resposta a estas questões, quer através de formas de diagnóstico mais precisas, quer com protocolos de intervenção mais eficazes, entre os quais se têm evidenciado a intervenção com biofeedback, uma técnica não invasiva e não medicamentosa.

O Biofeedback

O biofeedback é uma técnica de auto-regulação através da qual o paciente pode aprender a controlar de forma voluntária processos corporais, que em tempos se julgavam involuntários, com o objectivo de melhorar a saúde física, mental, emocional e espiritual (Franck, 2010). Esta técnica utiliza instrumentos para medir, amplificar e apresentar, de forma gráfica, informação sobre os processos fisiológicos, tais como: actividade muscular, temperatura, actividade electrodérmica (actividade das glândulas sudoríparas), respiração, ritmo cardíaco, variabilidade do ritmo cardíaco, pressão arterial, actividade eléctrica do cérebro ou corrente sanguínea. Esta informação permite ao individuo uma maior tomada de consciência sobre esses processos e a aquisição de um maior controlo sobre o

corpo e a mente (Moss, 1999; Schwartz, 2003; Yucha, 2004; Neto 2010). Segundo Singh (2007) enquanto o sujeito observa ou ouve o biofeedback, começa a tomar consciência dos pensamentos, sentimentos, e imagens mentais que influenciam as suas reacções fisiológicas. Posteriormente poderá utilizar esses mesmos pensamentos, sentimentos ou imagens, como lembranças para ficar mais relaxado, alterar o ritmo cardíaco, padrões de ondas cerebrais, temperatura e outras funções corporais. Através do treino o individuo aprende a controlar a resposta fisiológica alvo e conseqüentemente será capaz de reconhecer os sintomas problemáticos.

No que se refere à ansiedade e stress, funções como a temperatura, actividade electrodérmica (EDA: Electro Dermal Activity), variabilidade do ritmo cardíaco (HRV: Heart Rate Variability), ou electromiografia (EMG) estão entre as mais utilizadas. Schwartz (2003) esclarece de forma clara como estes indicadores reflectem uma maior ou menor ansiedade. Quando uma pessoa relaxa, ocorre a vasodilatação permitindo um maior volume de sangue em circulação, que resulta num aquecimento, primeiro do corpo e em seguida das extremidades (mãos e pés). Assim um aumento da temperatura corresponde a um aumento do relaxamento, ou se preferirmos uma redução da ansiedade. O HRV refere-se à medida dos padrões de frequência cardíaca, sendo medido o tempo entre cada batimento cardíaco e determinadas as alterações a esse tempo. Em pessoas saudáveis a variabilidade está sempre em alteração, enquanto em pessoas com menos saúde o HRV apresenta-se muito estável não alterando facilmente. O treino com biofeedback visa sobretudo ensinar os pacientes a alterar o seu HRV: medo, excitação ou exercício físico provocam um aumento do HRV, enquanto uma respiração lenta e relaxamento provocam a sua diminuição. A Condutância da pele é medida em função da resistência da pele à passagem de uma corrente eléctrica de baixa intensidade, na ordem dos μ siemens, imperceptível para o ser humano. Um aumento da ansiedade resulta num aumento da sudação e conseqüentemente uma menor resistência à passagem da corrente. O EMG é um instrumento que mede os impulsos eléctricos produzidos quando um músculo contrai. Uma redução da electricidade produzida pelos músculos representa um aumento do nível de relaxamento. É também possível identificar, por EMG,

grupos de músculos que apresentam dificuldades em relaxar, mesmo após resolvida uma situação de stress, permitindo ao terapeuta trabalhar com o paciente técnicas de relaxamento específicas para esse grupo de músculos em concreto.

Historicamente o biofeedback emergiu no final da década de 1960, através da unificação de diversos campos da Psicologia, Neurofisiologia, Cibernética e Medicina. Em Outubro de 1969, no decorrer de uma conferência destinada a debater este novo campo de investigação e intervenção, Barbara Brown propõe o nome biofeedback, sendo então formado o Biofeedback Research Society (Moss, 1998; Neto 2010). Desde então tem captado a atenção de investigadores das mais diversas áreas, demonstrado a eficácia dos seus programas intervenção.

Yucha et al (2004, 2008) referem cerca de 45 condições clínicas onde o biofeedback tem apresentado resultados positivos, categorizando-as em função do nível de evidência científica (Nível 1: não suportado empiricamente; Nível 2: possivelmente eficaz; Nível 3: provavelmente eficaz; Nível 4: eficaz; Nível 5: eficaz e específico), com base em critérios criados pela Task Force of the Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback. Os campos de intervenção são tão diversificados como o alcoolismo, abuso de substâncias, artrite, diabetes, insónia, fibromialgia, perturbação de hiperactividade com défice de atenção, epilepsia, enxaqueca, dor crónica, autismo, perturbações depressivas, doença de Raynaud, obstipação, incontinência ou hipertensão. No que se refere à ansiedade, o biofeedback encontra-se no nível 4, reflexo de vários estudos de caso e estudos com grupos de tratamento, onde foram obtidos resultados clinicamente significativos em diversas perturbações relacionadas com a ansiedade. Muitos estudos apontam para uma equivalência entre a eficácia do biofeedback e relaxamento progressivo, métodos de auto-controlo para reduzir a ansiedade ou meditação. Entre os estudos referidos por Yucha, encontram-se os de Lehrer, Carr, Sargunraj & Woolfolk (1994), Hurley and Meminger (1992), Wenck, Leu & D'Amato (1996), Roome & Romney (1985), Scandrett, Bean, Breeden & Powell (1986) Rice, Blanchard & Purcell (1993), Sarkar, Rathee & Neera (1999), Hawkins, Doell, Lindseth, Jeffers & Skaggs (1980), Fehring (1983), Vanathy, Sharma & Kumar (1998), Hammond (2003), Goodwin & Montgomery

(2006), Gordon, Staples, Blyta & Bytyqi (2004), Corrado, Gottlieb & Abdelhamid (2003), Bont, Castilla & Maranon (2004), Coy, Cardenas, Cabrera, Zivot & Claros (2005), Dong & Bao (2005). A autora conclui que o biofeedback, em várias modalidades, é eficaz na redução da ansiedade, sendo frequentemente comparado de forma favorável com outras técnicas comportamentais, revelando-se ocasionalmente superior a essas técnicas isoladas ou a intervenções apenas farmacológicas.

Estudos mais recentes, como os referenciados por Rodrigues & Pereira (2010) têm reforçado a importância e eficácia de programas de biofeedback como tratamento isolado ou terapia coadjuvante no tratamento de perturbações ansiosas.

Agnihotri et al (2007) num estudo com vista a comparar duas técnicas de relaxamento através de biofeedback, usualmente utilizadas no tratamento da Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), concluíram que o treino com biofeedback pode ser efectivamente utilizado como parte de um tratamento multimodal da PAG. Para tal dividiram uma amostra de 45 participantes com PAG em 3 grupos. Dois foram submetidos a treino de relaxamento por biofeedback (um electromiográfico, outro alfa-electroencefalográfico) com a duração de 35 minutos, durante 12 dias consecutivos e um terceiro que funcionou como grupo de controlo.

Reiner (2008) realizou um estudo com vista a verificar a eficácia de um equipamento portátil de biofeedback de arritmia sinusal respiratória (RSA: Respiratory Sinus Arrhythmia) como coadjuvante de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Uma amostra de 24 sujeitos com diversas perturbações ansiosas, em tratamento com TCC, foi submetida a sessões diárias de biofeedback por RSA aproximadamente 20 minutos, durante 3 semanas. Os resultados revelaram melhorias nas dimensões avaliadas, incluindo ansiedade estado e traço, o que associado aos relatos subjectivos dos participantes levaram o autor a concluir que o equipamento utilizado poderá ser um coadjuvante útil nas terapias comportamentais, podendo ser um facilitador nos casos em que os sujeitos apresentam dificuldades em aderir ou realizar as técnicas tradicionais de relaxamento.

Pallavicini et al (2009) conduziram um estudo com vista a testar a utilização conjunta de realidade virtual, biofeedback e telemóveis no tratamento da PAG. Para tal constituíram 3 grupos, um grupo de controlo, um grupo com realidade virtual no telemóvel incluindo biofeedback e outro apenas com realidade virtual no telemóvel. Observaram melhorias em ambos os grupos sujeitos à exposição de realidade virtual, sendo essas melhorias mais expressivas no grupo que incluía o biofeedback.

Num outro estudo, Tan et al (2010) analisaram a eficácia de um programa de biofeedback baseado em HRV no tratamento da Perturbação de Stress Pós-Traumático em veteranos de guerra. Os resultados revelaram que após 8 sessões de 30 minutos, o grupo que foi submetido ao biofeedback como coadjuvante à sua terapia habitual apresentaram uma maior redução de sintomas quando comparados com o grupo que apenas realizou a terapia habitual.

Henriques et al (2011) levaram a cabo 2 estudos com vista a explorar a eficácia de um programa de computador com biofeedback por HRV na redução da ansiedade e do humor negativo em alunos universitários. O primeiro estudo consistiu em sessões de 20 minutos, 5 dias por semana, ao longo de 4 semanas. O segundo estudo decorreu também ao longo de 4 semanas, 5 sessões por semana com duração de 15 minutos cada, com os participantes a preencherem medidas de auto avaliação durante 9 semanas. Em ambos os estudos os autores encontraram resultados que indicam que as intervenções reduziram os níveis de ansiedade.

Ratanasiripong et al (2012), num estudo realizado com vista a investigar o impacto de um programa de biofeedback nos níveis de stress e ansiedade de um grupo de estudantes de enfermagem no decorrer do seu primeiro treino clínico, concluíram a eficácia desta abordagem. Observaram que, ao longo das cinco semanas em que decorreu o treino clínico, o grupo sujeito ao programa de biofeedback manteve estáveis os seus níveis de stress, conseguindo mesmo reduzir significativamente os índices de ansiedade, enquanto no grupo de controlo os níveis de stress aumentaram significativamente e os índices de ansiedade aumentaram moderadamente.

Objectivo e hipóteses

O presente estudo exploratório teve como objectivo verificar a eficácia do treino com biofeedback, quer na redução do stress e ansiedade, quer na sua prevenção em estudantes do primeiro ano do ensino superior.

Foram definidas como hipóteses: a) indivíduos com elevados índices de ansiedade sujeitos ao treino com biofeedback, apresentam redução dos níveis de ansiedade e stress; b) indivíduos com ansiedade normal sujeitos a intervenção com biofeedback mantêm estáveis os seus valores; c) os sujeitos que não foram alvo de nenhuma intervenção revelam um aumento dos níveis de stress e ansiedade.

2. MÉTODO

Participantes

A amostra, composta por 40 sujeitos, sendo 37 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, com média de idades de 18 anos, foi recolhida junto de alunos de 3 turmas do primeiro ano das Licenciaturas em Enfermagem e Terapia da Fala, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA).

Em função da disponibilidade e motivação de cada sujeito para as sessões de biofeedback, bem como do número previamente estabelecido de 6 sujeitos por turma que seriam submetidos ao biofeedback, foram constituídos dois grupos iniciais. O grupo de controlo ficou composto por vinte e dois alunos, dois do sexo masculino e vinte do sexo feminino, com média de idades de dezanove anos. Já no grupo experimental, que foi sujeito às sessões de biofeedback, a média de idades foi de dezoito anos, ficando constituído por dezoito elementos do sexo feminino e um elemento do sexo masculino.

Nenhum dos participantes reportou problemas de saúde graves, toma de medicação ou consumo de substâncias psicotrópicas. Aferiu-se ainda que nenhum se encontrava em processo psicoterapêutico.

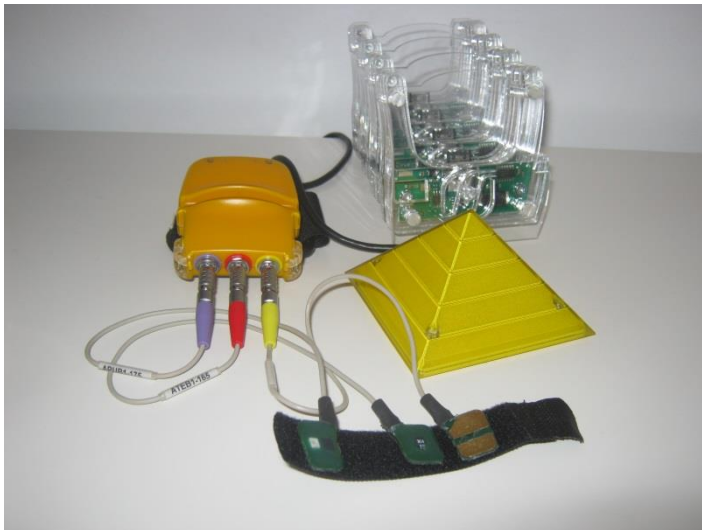
Instrumentos

Biofeedback 2000^{x-pert}

O Biofeedback 2000^{x-pert} é um equipamento portátil, desenvolvido e comercializado pela Schuhfried. Os módulos deste sistema recolhem sinais à superfície da pele, através de sensores não intrusivos, que são posteriormente filtrados, amplificados, digitalizados e transmitidos via Bluetooth[®] para um computador onde, num monitor, são representados os parâmetros fisiológicos de forma gráfica.

No presente estudo foi utilizado o módulo MULTI, que recolhe os seguintes sinais: actividade electrodérmica (EDA), temperatura corporal (TEMP), alterações na circulação sanguínea (PULS) e aumento da frequência de movimento (MOT). Dos diversos parâmetros que cada sinal permite obter foram seleccionados o nível de condutância da pele (SCL), a temperatura da pele (TEMP) e a pulsação (PULS).

Figura 1: Pirâmide receptora, Carregador e módulo MULTI



A condutância da pele é medida através do registo de potencial eléctrico. É aplicada na pele um sinal com uma frequência de 20Hz e uma amplitude de $\pm 1,42V$. A corrente eléctrica que percorre a pele é registada dando origem ao cálculo da SCL, com uma amplitude máxima entre 0 e 50 μS .

A temperatura da pele é obtida através dos dados processados de forma

directa e transmitidos digitalmente ao módulo. A amplitude de medição varia entre 0 – 40°C, com uma resolução de 0,01°C e uma precisão de 0,5°C.

O sensor da pulsação é composto por uma fonte e um receptor de luz infravermelha. Através das flutuações da intensidade de luz reflectida é calculado o parâmetro pulsação de volume de sangue (BVP), a partir do qual é obtido o parâmetro pulsação (PULS). A amplitude da medição da pulsação situa-se entre os 30 e os 200 bpm (batimentos por minuto) com uma resolução de 0,004 bpm.

Inventário de Ansiedade Estado-Traço

O Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI). O STAI (Spielberger, 1983, adaptado por Silva 2003) é uma medida amplamente utilizada na avaliação da ansiedade estado e ansiedade traço em duas subescalas, cada uma com vinte itens relativos à presença de ansiedade (por exemplo: estou tenso) e à ausência de ansiedade (por exemplo: sinto-me calmo). O formato de resposta caracteriza-se por duas escalas tipo Lickert de quatro pontos, que variam entre 1 (Nada) e 4 (Muito). A amplitude total dos resultados situa-se entre 20 e 160, com resultados parciais iguais nas duas subescalas mencionadas que variam entre 20 e 80. As qualidades psicométricas da medida reflectem valores de consistência interna que se situam entre .82 e .96, valores de teste-reteste de .84 e .83 para a STAI-Y Traço, e valores de .49 e .63 para a STAI-Y Estado.

Inventário de Stresse nos Estudantes Universitários

Inventário de Stresse nos Estudantes Universitários (ISEU). O ISEU (Pereira et al, 2004) pretende avaliar factores indutores de stress. É composto por vinte e quatro itens, organizados em quatro subescalas, com formato de resposta de tipo Likert que varia numa escala de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente). Os índices de consistência interna revelam-se adequados para todas as subescalas: Ansiedade de Avaliação ($\alpha=0.89$); Auto-Estima e Bem-Estar ($\alpha=0.85$); Ansiedade Social ($\alpha=0.80$), e Problemas Socioeconómicos ($\alpha=0.77$).

Procedimento

O estudo decorreu ao longo de oito sessões, com periodicidade semanal, durante o primeiro semestre do ano lectivo 2012/13. Foi levado a cabo nas instalações da ESSUA. A primeira e última sessão destinaram-se a todos os participantes. As restantes sessões decorreram, de forma individualizada, com os participantes do grupo experimental.

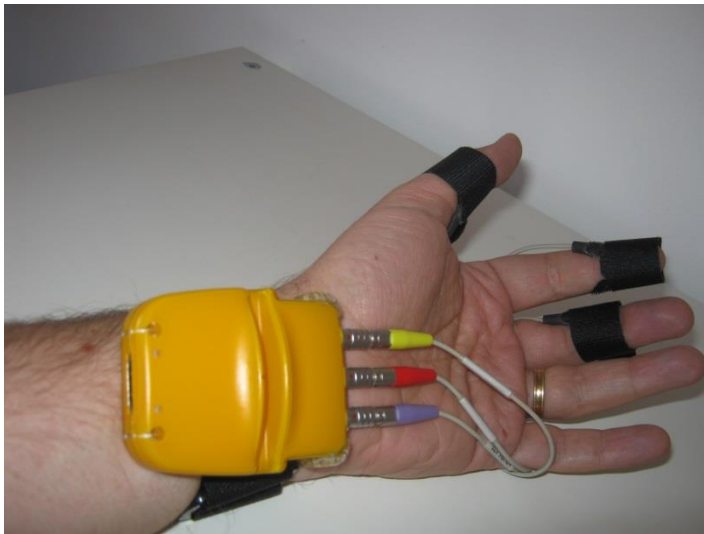
As sessões de biofeedback decorreram numa sala isolada, contigua a uma sala de aula, onde se encontravam apenas o sujeito e examinador. As condições de luminosidade eram adequadas, mas verificaram-se algumas falhas ao nível do isolamento acústico que permitiam que no local fosse audível o que se estava a passar na sala contigua.

Durante a primeira sessão foi apresentado o estudo, tendo-se explicado o seu objectivo e os procedimentos que seriam adoptados. Após obtenção do consentimento informado das pessoas que se voluntariaram para o estudo, procedeu-se à divisão dos participantes pelos grupos experimental e de controlo. Todos os participantes preencheram a bateria constituída pelos dados demográficos, STAI-Y e ISEU.

A segunda sessão destinou-se ao primeiro contacto com equipamento de biofeedback. Individualmente os participantes eram conduzidos à sala onde se encontrava o equipamento. Após uma breve descrição sobre o funcionamento do material e a representação dos dados no monitor, os participantes foram ligados ao equipamento durante um período de cinco minutos, com vista a ficarem familiarizados com o material.

Entre a terceira e a sétima sessão o procedimento foi comum. Cada sujeito dirigia-se individualmente à sala onde se encontrava o equipamento de biofeedback. Os sensores EDA, PULS e TEMP eram ligados, pelo examinador, conforme as instruções contidas no manual do equipamento: ligados na mão não dominante, o sensor EDA colocado na segunda falange do dedo médio, o sensor PULS na primeira falange do dedo indicador e o sensor TEMP colocado na segunda falange do polegar.

Figura 2: Ligação dos sensores EDA, PULS e TEMP ao Modulo MULTI



Era então iniciada a sessão de treino Lines (multi-feedback) com duração de dez minutos. Aos participantes era pedido que olhassem para o monitor, que tentassem manter-se tão calmos quanto possível e tentassem identificar de que forma o seu corpo reagia à medida que ficavam mais, ou menos, ansiosos. Os dados fisiológicos: nível de condutância da pele (SCL), temperatura (TEMP) e pulsação (PULS), eram representados em tempo real na forma de gráfico. O examinador permanecia na sala, durante a sessão.

Figura 3: Exemplo da representação gráfica observada pelos participantes



Na oitava e última sessão os participantes preencheram novamente a bateria constituída pelos instrumentos de auto-avaliação utilizados na primeira sessão.

Posteriormente os grupos foram novamente divididos em função dos resultados apresentados na escala ansiedade traço na situação pré intervenção. Foi considerado como ponto de corte o valor de 48, correspondente a um desvio padrão acima da média, resultando em quatro grupos, dois experimentais que foram sujeitos a intervenção com biofeedback, um com ansiedade elevada (BFBA) e outro sem ansiedade (BFBN). O mesmo critério foi utilizado para formar dois grupos de controlo, um com ansiedade elevada (GCA) e o outro sem ansiedade (GCN). Optou-se por realizar esta operação apenas no final da intervenção para evitar que o conhecimento prévio destas condições pudesse, de alguma forma, condicionar quer os sujeitos quer o examinador.

Toda a estatística foi realizada com recurso ao software IBM® SPSS® Statistics versão 21.

3. RESULTADOS

Em virtude da dimensão reduzida da amostra, foi necessário utilizar a estatística não paramétrica.

Na Tabela 1 podemos observar as características demográficas, em termos de idade e género, para cada um dos grupos formados.

Tabela 1: Características demográficas da amostra (N=40) e diferentes grupos: Idade e Género.

	IDADE		GÉNERO		TOTAL
	Média	DP	Masculino	Feminino	
BFBA	18.0	0.58	0 (0%)	7(100%)	7
BFBN	18.0	0.54	1 (9.1%)	10 (90.1%)	11
GCA	18.6	1.90	0 (0%)	10 (100%)	10
GCN	19.7	4.10	2 (16.7%)	10 (83.3%)	12
TOTAL	19.6	2.49	3 (7,5%)	37 (92.5%)	40

Existe uma homogeneidade da amostra total, com a média de idades a variar

entre os 18 e os 19,7 anos, com uma maior prevalência de sujeitos do sexo feminino que correspondem a 92,5% da amostra total.

Numa primeira instância foram calculadas a média, desvio padrão e mediana dos resultados obtidos nos inventários preenchidos nas situações de pré e pós intervenção.

Em seguida compararam-se os resultados entre os grupos dentro de cada uma das condições (experimental e controlo) com vista a verificar quais as diferenças existentes entre os grupos com e sem ansiedade no início e no final da intervenção. Para tal foi realizada uma análise através do Teste Mann-Whitney. As tabelas 2 e 3 apresentam os dados acima referidos.

Tabela 2: Médias, desvios padrão, medianas e testes Mann–Whitney para comparação das diferenças nas respostas aos questionários, entre os grupos sujeitos ao biofeedback.

	BFBA (N=7)			BFBN (N=11)			U	P
	Média	D P	Mediana	Media	D P	Mediana		
STAI-Y Estado Pré	50.29	5.155	50.00	49.27	4.101	49.00	35	.791
STAI-Y Estado Pós	48.43	5.623	49.00	48.18	6.478	47.00	37.5	.930
STAI-Y Traço Pré	54.43	4.077	55.00	39.09	5.665	38.00	0	.000
STAI-Y Traço Pós	45.89	7.647	48.00	39.82	9.548	38.00	23.5	.179
ISEU Pré	76.71	11.615	81.00	63.55	16.639	64.00	19.5	.085
ISEU Pós	76.86	11.768	80.00	68.73	9.603	67.00	25	.246

Da análise dos dados da tabela 2 observamos diferenças estatisticamente significativas nos resultados da escala STAI-Y Traço, entre os grupos sujeitos ao biofeedback, na situação pré intervenção [U=0; p=.000]. Na situação pós intervenção já não foram encontradas diferenças significativas na ansiedade em virtude de uma redução dos índices de ansiedade do grupo BFBA. Nas restantes medidas não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para as situações pré e pós intervenção.

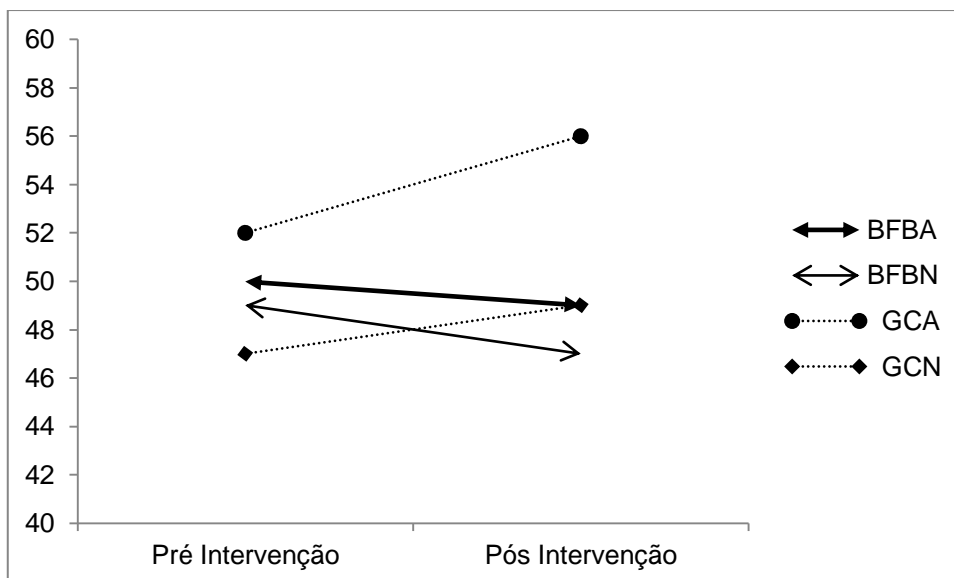
Tabela 3: Médias, desvios padrão, medianas e testes Mann–Whitney para comparação das diferenças nas respostas aos questionários, entre os grupos de controlo.

	GCA (N=10)			CGN (N=12)			U	P
	Média	D P	Mediana	Media	D P	Mediana		
STAI-Y Estado Pré	53.60	6.381	52.00	47.33	3.846	47.00	24.0	.017
STAI-Y Estado Pós	54.30	5.638	56.00	49.25	4.224	49.00	27.0	.030
STAI-Y Traço Pré	55.80	7.642	53.00	37.25	4.901	36.50	0	.000
STAI-Y Traço Pós	54.20	8.892	55.00	39.83	10.408	39.50	16.0	.003
ISEU Pré	79.40	11.965	79.50	57.42	15.524	54.50	18.0	.004
ISEU Pós	85.80	13.555	84.50	62.83	16.759	64.50	17.5	.003

Na tabela 3, para a condição de controlo, encontraram-se diferenças significativas entre os grupos com e sem ansiedade para todas as escalas nas situações pré e pós intervenção.

Em seguida comparam-se os resultados, das diferentes medidas, entre as situações pré e pós teste para cada grupo, com vista a verificar a evolução da ansiedade e stress.

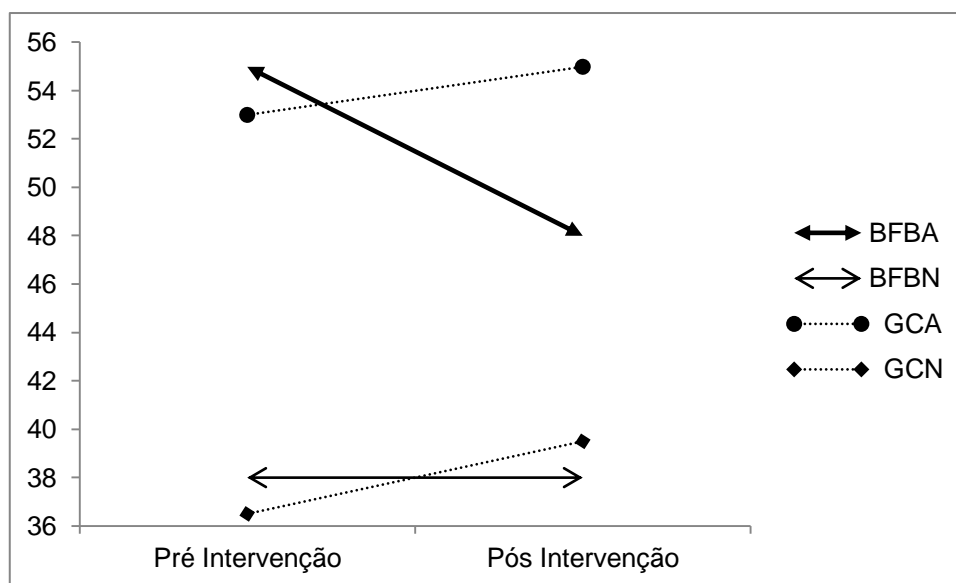
Figura 4: Comparação das medianas da STAI-Y Estado para todos os grupos nas condições Pré e Pós intervenção



Na figura 4 é verificado um aumento da ansiedade estado nos 2 grupos de controlo. Os grupos submetidos ao biofeedback apresentaram uma redução da

ansiedade estado. Apesar destes últimos apresentarem, no início do estudo valores ligeiramente superiores ao grupo de controlo com ansiedade normal, no final do estudo observamos que o grupo BFBA apresenta valores muito próximos do grupo de controlo referido, enquanto no grupo BFBN esses valores são mesmo inferiores.

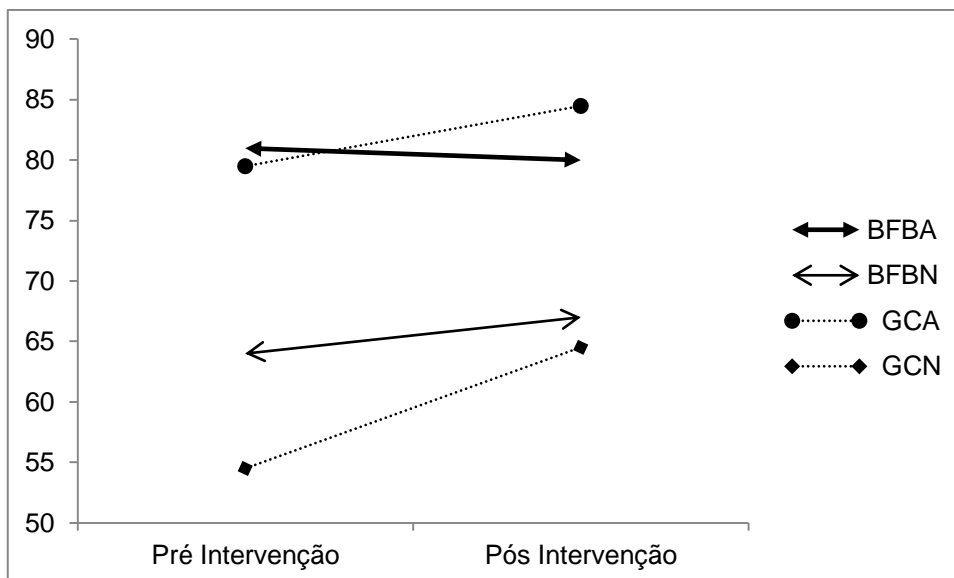
Figura 5: Comparação das medianas da STAI-Y Traço para todos os grupos nas condições Pré e Pós intervenção



Também ao nível da ansiedade traço (figura 5) se observou um aumento dos valores em ambos os grupos de controlo. Nos grupos submetidos ao biofeedback os valores mantiveram-se semelhantes no grupo sem ansiedade, tendo-se verificado uma redução no grupo com ansiedade elevada. Destaca-se ainda que os grupos experimentais iniciaram o estudo com valores mais elevados que o grupo de controlo equivalente, tendo no final do estudo apresentado valores inferiores.

Já ao nível do Stress, nos resultados da escala ISEU (figura 6), verificou-se um aumento para ambos os grupos de controlo e também para o grupo sem ansiedade sujeito ao biofeedback, ainda que menos acentuado neste último. No grupo com ansiedade elevada sujeito a intervenção houve uma ligeira redução dos valores.

Figura 6: Comparação das medianas do ISEU para todos os grupos nas condições Pré e Pós intervenção



Foram então realizados testes de Wilcoxon com vista a identificar se as diferenças encontradas em cada grupo entre os resultados iniciais e finais seriam significativas. As tabelas 4 e 5 apresentam-nos os resultados desse estudo.

Tabela 4: Teste de Wilcoxon para comparação das diferenças nas respostas aos questionários entre a situação de pré teste e de pós teste para os grupos sujeitos ao biofeedback.

	BFBA (N=7)					BFBN (N=11)				
	Posit. Ranks	Negat. Ranks	Ties	Z	p	Posit. Ranks	Negat. Ranks	Ties	Z	p
STAI-Y Estado Pós-Pré	4	3	0	-0.938	.348	6	5	0	-0.760	.447
STAI-Y Traço Pós-Pré	7	0	0	-2.371	.018	6	5	0	-0.356	.722
ISEU Pós-Pré	4	2	1	-0.105	.916	4	7	0	-1.379	.168

Na tabela 4 verificamos que a redução ao nível da ansiedade traço para o grupo BFBA é significativa [$Z=-2371$; $p=.018$], com todos os sujeitos a apresentarem uma melhoria ao nível da ansiedade traço, não se verificando o mesmo para a diminuição dos valores nas restantes escalas. No grupo BFBN, as diferenças evidenciadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 5: Teste de Wilcoxon para comparação das diferenças nas respostas aos questionários entre a situação de pré teste e de pós teste para os grupos de controlo.

	GCA (N=10)					GCN (N=12)				
	Posit. Ranks	Negat. Ranks	Ties	Z	P	Posit. Ranks	Negat. Ranks	Ties	Z	p
STAI-Y Estado Pós-Pré	3	6	1	-0.475	.635	4	7	1	-1.207	.227
STAI-Y Traço Pós-Pré	6	4	0	-0.510	.610	4	7	1	-0.935	.350
ISEU Pós-Pré	1	9	0	-2.552	.011	2	10	0	-2.436	.015

Para os grupos de controlo, os resultados apontam para um aumento dos valores de ansiedade e stress em todas as escalas. A tabela 5 demonstra que apenas ao nível do Stress o agravamento foi significativo, quer para o grupo com ansiedade elevada [$Z=-2.552$; $p=.011$], quer para o grupo com ansiedade normal [$Z=-2.436$; $p=.015$].

4. DISCUSSÃO

A transição para o ensino superior é exigente e confronta os alunos com novos desafios. Com a adaptação a uma nova realidade académica, por vezes associada ao sair de casa, com distanciamento de familiares e amigos, os estudantes são submetidos a diversas formas de pressão, levando ao experienciar de reacções emocionais e consequente aparecimento de perturbações de humor e estados ansiosos. Vários estudos apontam que mais de metade dos alunos que ingressam no ensino superior revelam dificuldades nesta transição e outros sugerem mesmo um aumento da psicopatologia, especialmente depressão e ansiedade (Almeida 2004, Pereira 2004, Bayram 2008, Teixeira 2008).

O presente trabalho teve como objectivo validar a utilização do biofeedback, junto de estudantes do primeiro ano do ensino superior, como forma de intervenção nos quadros de ansiedade e stress elevados e também verificar a potencialidade deste instrumento na utilização como treino preventivo no

desenvolvimento destas problemáticas.

Para tal foram criados 4 grupos. Um grupo com ansiedade elevada sujeito ao treino com biofeedback, onde se pretendeu observar uma redução dos níveis de stress e ansiedade; um grupo com ansiedade normal, sujeito a biofeedback com vista a verificar uma eventual manutenção, dos níveis de ansiedade e stress; e dois grupos de controlo, com e sem ansiedade, nos quais, com base na literatura, se esperava observar um aumento dos níveis de stress e ansiedade.

Ao nível do stress verificou-se um aumento estatisticamente significativo, em ambos os grupos de controlo, dos valores finais do ISEU face aos valores iniciais, confirmando o aumento de stress previsto para os grupos que não foram alvo de intervenção. Já ao nível da ansiedade observou-se um ligeiro aumento nos valores finais, contudo não significativo do ponto de vista estatístico. Ratanasiripong (2012) num estudo com 60 alunos do primeiro ano de enfermagem chegou a resultados semelhantes, observando, no grupo de controlo, um aumento significativo dos índices de stress e um aumento moderado, não significativo, ao nível da ansiedade. Estes resultados estão em linha com Almeida (2004) que afirma ser no decurso do primeiro ano que os alunos manifestam mais frequentemente elevados níveis de stress e ansiedade. Também segundo Bayram (2008) e Robothan (2008) vários estudos apontam para serem os estudantes do primeiro e segundo ano os que apresentam os resultados mais elevados de ansiedade, depressão e stress, sendo os alunos do primeiro ano os que apresentam um risco maior de desenvolver estas perturbações.

No grupo com ansiedade elevada sujeito ao treino com biofeedback verificou-se uma redução significativa dos valores de ansiedade traço e uma redução não significativa dos valores de ansiedade estado; já ao nível do stress observou-se uma ligeira redução dos valores no ISEU. Estes resultados estão também em concordância com estudos anteriores, ainda que as diferenças ao nível da ansiedade estado não tenham sido mais expressivas. Fehring (1983) e Ratanasiripong (2012) verificaram uma redução significativa da ansiedade estado, tendo neste último estudo sido observado também um ligeiro aumento não significativo dos valores de stress; Agnihotri (2007), Reiner (2008), Henriques (2011) e Sanchez (2012) obtiveram reduções significativas da ansiedade estado e

ansiedade traço. Também Yucha (2008) refere vários estudos que apontam para a eficácia do biofeedback na redução da ansiedade. Face aos estudos apresentados é importante salientar as diferenças quer ao nível da dimensão da amostra, quer ao nível da duração da intervenção com biofeedback, o que associado ao facto do equipamento utilizado ser diferente em todos os estudos, poderá explicar as diferenças nos resultados ao nível da ansiedade estado, que ainda assim não parece suficiente para se considerarem contraditórios os resultados obtidos. Quanto aos valores de stress, apesar de ter sido encontrada uma tendência inversa face ao estudo de Ratanasiripong (2012), a baixa variação dos resultados em ambos os estudos parece estar relacionada com uma manutenção dos níveis de stress e não com aumento ou diminuição dos mesmos.

No que se refere ao grupo sem ansiedade com intervenção em biofeedback, os resultados apontam para uma redução ligeira dos valores de ansiedade estado e manutenção dos valores de ansiedade traço, com os níveis de stress a apresentarem um ligeiro aumento. Estes resultados encontram-se dentro das expectativas iniciais, com manutenção da ansiedade e stress, dado que a inclusão deste grupo pretendia apenas observar as potencialidades preventivas desta abordagem.

Os resultados obtidos no presente estudo revelam que, mesmo com 5 sessões, divergindo um pouco de McKee (2008) que refere que o início do benefício é obtido entre a 8^o e a 12^o sessão, a intervenção com o biofeedback revelou-se adequada na redução da ansiedade em sujeitos com níveis de ansiedade elevados e na sua prevenção em sujeitos que não apresentam ansiedade.

Quanto ao stress, os resultados realçam boas potencialidades ao nível da prevenção, traduzidas pelo aumento estatisticamente significativo do stress em ambos os grupos de controlo, enquanto nos grupos com intervenção de biofeedback se verificou um ligeiro aumento no grupo sem ansiedade e um ligeiro decréscimo no grupo com ansiedade, ambos não estatisticamente significativos. Ao nível da intervenção não se revelou tão eficaz, traduzindo-se, conforme referido, numa ligeira redução dos valores no grupo com ansiedade elevada. Ainda assim deveremos ter em conta que este foi o único grupo onde se verificou

redução dos valores de ansiedade.

Face a algumas limitações inerentes ao próprio estudo, são necessários mais estudos e alguma precaução quer na interpretação, quer na generalização dos resultados. A dimensão da amostra, o facto de ter sido realizado apenas numa Universidade, o espaço físico disponível para a realização do estudo são aspectos a melhorar em estudos futuros. Também o número de sessões, apesar da sua escolha ter como objectivo verificar se com um número reduzido se conseguiriam obter resultados positivos, poderá ter interferido nesses resultados.

Desta forma os resultados apresentam bons indicadores das potencialidades do biofeedback na prevenção e intervenção em ansiedade, bem como na prevenção ao nível do stress. Estudos futuros, do tipo longitudinal, com amostras de maior dimensão, alargados a outras universidades e com um aumento do número de sessões, são necessários para dar continuidade ao trabalho que tem vindo a ser desenvolvido ao nível da intervenção com biofeedback. Foi para nós muito gratificante termos desenvolvido este estudo pioneiro em Portugal envolvendo a avaliação de variáveis psicofisiológicas, o qual contribuiu para o avanço do conhecimento desta área.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agnihotri, H., Paul, M. & Sandhu, J. (2007). Biofeedback approach in the treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, 2, 90-95.
- Almeida, L. & Soares, A. (2004). Os estudantes universitários: sucesso escolar e desenvolvimento psicossocial. In Mercuri & A. J. Polydoro (orgs.). *Estudante universitário: características e experiências de formação*. São Paulo: Cabral Editora e Livraria Universitária, 15-40.
- Baglin, N. (2003). Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 30, 127-133.
- Bayram, N. & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university

- students. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 43, 667-672. doi: 10.1007/s00127-008-0345-x
- Benton, S., Robertson, J., Tseng, W., Newton, F., & Benton, S. L. (2003). Changes in counselling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (1), 66-72.
- Fehring, R. (1983). Effects of biofeedback-aided relaxation on the psychological stress symptoms of college students. *Nursing Research*, 32, 362-366.
- Frank, D., Khorshid, L., Kiffer, J., et al. (2010). Biofeedback in medicine: who, when, why and how? *Mental Health in Family Medicine*, 7, 85–91.
- Goldman, C. & Wong, E. (1997). Stress and the college student. *Education*, 117 (4), 604-611.
- Henriques, G., Keffer, S., Abrahamson, C. & Horst, S. (2011). Exploring the effectiveness of a computer-based heart rate variability biofeedback program in reducing anxiety in college students. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, 36, 101–112.
- Kassim, M., Hanafi, R., & Hancock, D. (2008). Test anxiety and its consequences on academic performance among university students. *Advances in Psychology Research*, 53, 75-95.
- McKee, M. (2008). Biofeedback: an overview in the context of heart–brain medicine. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75, S31–S34.
- Laboratório de Estudo e Intervenção no Ensino Superior (2006). *Relatório de Actividades. Linha 6 – Promoção do Desenvolvimento Pessoal e Educação para a Saúde e Bem-Estar*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Melo, C. (2007) *Ansiedade aos Exames em contexto universitário*. Dissertação de mestrado em Psicologia Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistémica. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Moss, D. (1999). *Humanistic and Transpersonal Psychology: A Historical and Biographical Sourcebook*. Westport, CT: Greenwood Publishing.
- Neto, A. (2010). Biofeedback em terapia cognitivo-comportamental. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 55 (3), 127-132.
- Pallavicini, F., Algeri, D., Gorini, A. & Riva, G. (2009). Biofeedback, virtual reality

- and mobile phones in the treatment of generalized anxiety disorder (GAD): A phase-2 controlled clinical trial. *Journal of Cybertherapy and Rehabilitation*, 2, 315 – 327.
- Pereira, A., Vaz, A., Medeiros, J., et al. (2004). Características psicométricas do inventário do stresse em estudantes universitários – estudo exploratório. In C. Machado et al (org.), *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (15-18 de Setembro)*. Braga: Psiquilíbrios Edições, 326-329.
- Pereira, A., Monteiro, S., Gomes, A. & Tavares, J. (2005). Educação para a saúde e bem-estar: Avaliação de um programa de intervenção no ensino superior. *D@es – Docência e Aprendizagem no Ensino Superior*. Retirado a 9 de Dezembro de 2007 de http://www2.ii.ua.pt/uiccpsf/daes_saude_e_bem_estar.pdf.
- Pereira, A., Monteiro, S., Santos, L. & Vagos, P. (2007). O Stress do estudante: Identificar, treinar e otimizar. *Psicologia e Educação*, 7 (1), 55-61.
- Pereira, A., Vasconcelos, G., Vagos, P. et al (2009) Mediação psicológica e Second Life: A LUA na Second UA – Resultados de uma experiência. In J. Tavares & A.P. Cabral (Orgs), *Actas do II Congresso Internacional CIDInE*. Aveiro: Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional.
- Pereira, A. (2011). Modelos de Desenvolvimento do Jovem Adulto e Promoção do Bem-Estar em Estudantes do Ensino Superior. In Isabel Gonçalves, Conselho Pedagógico & Gabinete de Apoio ao Tutorado do IST (Eds), *Programa de Monitorização e Tutorado: oito anos a promover a Integração do Sucesso Académico no IST*,19-27. Lisboa: IST Press
- Ratanasiripong, P., Ratanasiripong, N. & Duangrat, K. (2012). Biofeedback Intervention for Stress and Anxiety among Nursing Students: A Randomized Control Trial. *ISRN Nursing*, 2012. doi:10.5402/2012/827972.
- Reiner, R. (2008). Integrating a portable biofeedback device into clinical practice for patients with anxiety disorders: results of a pilot study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33, 55-61. doi: 10.1007/s10484-007-9046-6.
- Robothan, D. (2008). Stress among higher education students: towards a research

- agenda. *High Education*, 56, 6, 735-746.
- Rodrigues, H., Pereira, A. (2010) O stress e a ansiedade aos exames: contributo de biofeedback. In *Apoio psicológico no Ensino Superior: modelos e práticas: Actas do I Congresso Nacional da RESAPES-AP*, 89-95.
- Sanchez, D., Collins, T., Stone, R. & Woolley, S. (2012). Cellular phone-based Biofeedback to treat physical and mental disorders. In *e-Health Networking, Applications and Services (Healthcom), 2012 IEEE 14th International Conference on (pp. 411-414)*. IEEE.
- Schuhfried. (2006). *Biofeedback 2000x-pert Software-Manual (Versão 3.0)*. Viena: Autor.
- Schuhfried. (2008). *Biofeedback 2000x-pert Manual de Hardware (Versão 3.0)*. Viena: Autor.
- Schwartz, M. & Andrasik, F. (2003). *Biofeedback: A practitioner's guide (3rd ed.)*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Silva, D. & Spielberger, C. (2007). *Manual do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI)*. Menlo Park, C.A.: Mind Garden.
- Singh, G., Kaur, J. (2007). Biofeedback and its clinical efficacy in patients with anxiety disorders-a brief review. *Eastern Journal Psychiatry*, vol 10, 1&2, 47-49.
- Spielberger, C. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y) ("Self-Evaluation Questionnaire")*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, Inc..
- Tan, G., Dao, T., Farmer, L., Sutherland, R. & Gevirtz, R. (2011). Heart rate variability (HRV) and posttraumatic stress disorder (PTSD): A pilot study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 36 (1), 27-35.
doi: 10.1007/s10484-010-9141-y.
- Teixeira, M., Dias, A., Wottrich, S. & Oliveira, A. (2008). Adaptação à universidade em jovens calouros. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12 (1),185-202.
- Vaez, M. & Laflamme, L. (2008). Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement: a longitudinal study of Swedish university students. *Social Behavior and Personality*, 36 (2), 183-196
- Vagos, P., Santos, L., Monteiro, S., et al (2010) Gestão do stress académico: Evidências do passado e desafios para o futuro. In *Apoio psicológico no Ensino*

Superior: modelos e práticas: Actas do I Congresso Nacional da RESAPES-AP, 74-81.

- Wong, J., Cheung, E., Chan, K., Ma, K., & Tang, S. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 777-782.
- Yucha, C. & Gilbert, C. (2004). *Evidence-based practice in biofeedback and neurofeedback*. Wheat Ridge, CO: Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback.
- Yucha, C. & Montgomery, D. (2008). *Evidence-based practice in biofeedback and neurofeedback*. Wheat Ridge, CO: Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback.
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. & Golberstein, E. (2009) Persistence of Mental Health Problems and Needs in a College Student Population. *Journal of affective disorders*, 117, 180-185.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de dados demograficos e consentimento informado

O presente trabalho pretende estudar as problemáticas dos estudantes, nomeadamente o *stress* e a ansiedade e a forma como estes interferem no desempenho académico. Será realizado um programa para o qual contamos com a vossa presença, colaboração e exemplares contributos que possam dar para o avanço do conhecimento desta temática. O programa é confidencial e os resultados serão utilizados só com fins de investigação. Comprometemo-nos a fornecer os materiais necessários para a formação e a dar *feedback* dos resultados obtidos. Para qualquer dúvida e questão poderá contactar os seguintes professores: Doutora Anabela Pereira e Dr. Luís Sancho.

Nº Mecanográfico: _____ Sexo: M___ F___ Idade: _____

Está deslocado da sua residência: Sim___ Não___

Com quem reside (tempo de aulas): _____ Bolseiro: _____

Tipo de Intervenção: Controlo *Biofeedback*

Pré-Teste: Pós-Teste:

Consentimento Informado

Declaro que tomei conhecimento dos objectivos, procedimentos, limites de confidencialidade do presente trabalho e que aceito participar no mesmo voluntariamente, podendo desistir a qualquer momento se assim o entender.

Data: ____/____/____

Anexo 2: Inventário do Stresse em Estudantes Universitários-ISEU

INVENTÁRIO DO STRESSE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS-ISEU (Anabela Pereira e Equipa do GAP_SASUC, 2004)

- a. O curso que frequentas corresponde à tua opção vocacional? Sim Não
- b. O curso que frequentas corresponde às tuas expectativas? Sim Não
- c. Média das notas obtidas no ano lectivo passado: _____

Por favor, assinala com um X o valor que consideras mais adequado.

1. Mínimo **5. Máximo**

		1	2	3	4	5
1	Habitualmente ando muito stressado(a).					
2	Fico muito ansioso(a) quando tenho provas de avaliação (testes, exames).					
3	As orais enervam-me muitíssimo.					
4	Fico muito ansioso(a) com as minhas notas/classificações.					
5	Quando tenho de me relacionar com os meus colegas /amigos sinto-me muito ansioso(a).					
6	Se não tenho boas condições de estudo sinto-me abalado(a).					
7	Fico perdido(a) se não tenho material para estudar/trabalhar.					
8	Os problemas da minha família provocam-me tensão.					
9	Os problemas económicos agastam-me muitíssimo.					
10	Quando tenho de falar para um grupo de colegas/professores sinto-me muito inseguro(a).					
11	Deixar tudo para a última hora deixa-me enervadíssimo(a).					
12	A falta da prática de desporto faz-me andar irritado(a).					
13	Os problemas de natureza psicológica são para mim uma fonte de mal-estar.					
14	Os problemas de saúde física influenciam o meu ritmo de vida universitária.					
15	A falta de tempo para estudar põe-me nervoso(a).					
16	Fico inibido(a) perante pessoas que conheço mal.					
17	As situações inesperadas põem-me nervoso(a).					
18	Sinto-me mal quando estou sozinho(a) em locais públicos.					
19	A situação política ou económica provoca-me instabilidade.					
20	Não ter um horário pessoal de estudo, devidamente organizado, provoca-me stresse.					
21	Ter uma auto-estima baixa faz-me sentir muito inseguro(a).					
22	Não gostar do meu corpo provoca-me mal-estar.					
23	Não ter amigos faz-me sentir muito infeliz.					
24	A minha falta de motivação para estudar preocupa-me muito.					

Anexo 3: Inventário de Ansiedade Estado-Traço

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

De Charles D. Spielberger

STAI Forma Y-1

Forma adaptada por

Danilo R. Silva e Sofia Correia

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos neste momento.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente, ando preocupado com desgraças que possam vir à acontecer .	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado	1	2	3	4
10. Estou descansado	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Sinto-me inquieto	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO
STAI Forma Y-2

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente em geral. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente geralmente.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio	1	2	3	4
24. Quem me dera ser feliz como os outros parecem sê-lo	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30. Sou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
32. Não tenho muita confiança em mim	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade	1	2	3	4
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz	1	2	3	4
36. Estou contente	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem	1	2	3	4
38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes	1	2	3	4

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. FORMAÇÃO ACADÉMICA	1
Monografia de Licenciatura	2
Estágio Académico	2
Suporte Teórico	3
Constituição da equipa	5
O papel do psicólogo na instituição	5
Testes de avaliação psicológica utilizados	5
Actividades Desenvolvidas	7
3. ESTÁGIO PROFISSIONAL	13
4. PRÁTICA PRIVADA	14
5. PROJECTOS LIGADOS À FORMAÇÃO	15
6. ORIENTAÇÃO DE ESTÁGIOS	16
7. TRABALHOS APRESENTADOS	17
8. REFLEXÃO FINAL	19
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

1. INTRODUÇÃO

Desde a decisão de fazer carreira na área da Psicologia, em 1984 ainda no ensino secundário, até ao presente momento passaram largos anos, de um percurso nem sempre fácil, mas sempre pautado por um elevado investimento pessoal e profissional.

A entrada no ensino superior em 1999, adiada por alguns anos por razões de ordem pessoal, marca o início de um caminho que tenho vindo a percorrer e que muito tem contribuído para o meu crescimento enquanto psicólogo, mas sobretudo enquanto pessoa.

O presente relatório visa resumir este percurso.

Atendendo a que o seu objectivo primordial se prende com a equivalência ao estágio académico, será dado um maior destaque ao realizado no decorrer da minha Licenciatura, não menosprezando contudo todo o caminho por mim percorrido desde 2005.

2. FORMAÇÃO ACADÉMICA

Em 1999 dá-se o ingresso na Licenciatura em Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa. A escolha desta universidade prendeu-se com o facto de ter horário pós laboral, condição essencial na altura, proximidade da minha residência e boas referências de terceiros.

O curso era composto por 3 anos de formação comum a todos os alunos de psicologia, após os quais o aluno optaria por uma de 5 áreas para os dois anos seguintes: Psicologia Clínica e de Aconselhamento; Psicologia da Educação e Orientação Vocacional; Psicologia do Desporto e Actividades Físicas; Psicologia Criminal e do Comportamento Desviante; e Psicologia das Organizações e do Trabalho.

Após os 3 primeiros anos, foi dada continuidade aos meus estudos optando pela área da Psicologia Clínica e de Aconselhamento. O curso foi concluído no

ano lectivo 2004/05 com média de 16 Valores. Pode-se considerar o balanço da formação obtida muito positivo. O conteúdo programático bastante rico e diversificado, o grau de exigência elevado e o corpo docente composto por profissionais de grande qualidade, foram essenciais para os primeiros passos no mundo da Psicologia.

Monografia de Licenciatura

No seminário de investigação (monografia) foi realizado um estudo experimental subordinado ao tema “Estudo do Traço Agressivo na Activação Fisiológica em Diferentes Estímulos Visuais”. Tratou-se de um estudo onde se pretendeu verificar a existência de diferenças na activação fisiológica (Resposta Electrodérmica e Batimento Cardíaco), enquanto manifestação emocional, entre sujeitos com diferentes níveis de agressividade. Para tal realizamos dois estudos. O primeiro destinou-se a seleccionar 15 imagens de valências positiva, neutra e negativa, baseado na aplicação de 25 imagens do IAPS (International Affective Picture System), a grupos de estudantes universitários, num total de 80 sujeitos de ambos os sexos. No segundo foi medida a resposta electrodérmica e o batimento cardíaco, durante a apresentação individual das 15 imagens, numa amostra constituída por 63 sujeitos. Como principal resultado conclui-se não existirem diferenças significativas que permitam considerar o Traço Agressivo como um factor mediador na reactividade emocional. Esta experiencia proporcionou um contacto real com a área da investigação, tendo sido extremamente enriquecedora ao nível da preparação e contacto com as condicionantes deste tipo de estudos. Fez também despertar o interesse pela área da investigação.

Estágio Académico

A realização do estágio académico é um momento único na formação de qualquer profissional. Permite a aplicação prática de conhecimentos teóricos,

métodos, técnicas de avaliação e intervenção na área da psicologia clínica, com vista à preparação para o exercício profissional.

Pessoalmente foi das experiências mais enriquecedoras vivenciadas, permitindo a aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos adquiridos ao longo da formação académica, resultando numa melhor preparação para o exercício da profissão como Psicólogo. De realçar as aulas de seminário de estágio, a cargo do Professor Doutor Edgar Pereira que nos fez reflectir de uma forma diferente sobre a Psicologia e a condição humana, e contribuíram para que seja uma melhor pessoa e consequentemente um melhor psicólogo.

O estágio foi realizado na UCCPO (Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas) do Hospital Júlio de Matos, em Lisboa, unidade responsável pela resposta do hospital na área geográfica de Odivelas e por todos os casos de internamento relacionados com alcoologia. Esta unidade tinha como serviços de retaguarda os internamentos em Lisboa, sendo a restante actividade realizada em Odivelas.

Suporte Teórico

O enquadramento teórico em que assentava a intervenção resultava da multidisciplinaridade da equipa, bem como da história da própria UCCPO.

Verificava-se uma intervenção baseada num Modelo de Intervenção Comunitário, de inspiração Psicodinâmica. Os objectivos não se encontravam apenas centrados no alívio da sintomatologia e patologia, mas abrangiam questões relacionadas com reabilitação psicossocial.

O termo de Psicologia Comunitária é ainda bastante novo e amplo, sendo por vezes difícil a sua conceptualização, variando em função do referencial teórico considerado e do psicólogo que a define. Andrey (citado por Gomes, 1999) define Psicologia Comunitária como “a instrumentalização de conhecimentos e técnicas psicológicas que possam contribuir para uma melhoria na qualidade de vida das pessoas e grupos distribuídos nas inúmeras aglomerações humanas que compõem a grande cidade”.

Segundo Majlin (2005) a reabilitação psicossocial é um processo, que permite a todos aqueles que sofrem de doença mental, uma oportunidade de conseguir

um nível óptimo funcionamento autónomo na comunidade. Este processo implica em especial o melhoramento das possibilidades do indivíduo enfrentar quer as suas dificuldades, quer as do meio que estão na origem da sua doença. Encontra-se associada à reinserção do doente na comunidade num nível de eficiência e proveito máximo. Podemos dizer que se trata de ajudar o doente a passar de um ambiente hospitalar protegido para uma nova vida independente na comunidade, por meio de uma alteração da identidade social que se resume na passagem de uma identidade de doente para uma identidade de cidadão capaz de produzir.

Os serviços específicos da UCCPO, fornecidos por uma equipa multidisciplinar, procuravam dar resposta não só na relação que o utente estabelecia com a doença, mas também na relação doente/comunidade, prevenindo a desinserção, fomentando a reabilitação psicossocial, aproximando os utentes da comunidade e procurando, simultaneamente, envolver a comunidade em todo este processo com vista à destigmatização da doença mental. Estes serviços apenas eram possíveis enquanto resultado do trabalho de uma equipa multidisciplinar. A título de exemplo pode-se referir, contudo sem abranger a totalidade de acções: os contactos e parcerias com diversas instituições e entidades empregadoras; intervenção junto de familiares; promoção de acções informativas sobre a doença mental junto das escolas; realização de actividades recreativas e desportivas com utilização de espaços comunitários, incluindo promoção de encontros entre os utentes e famílias com outros grupos da comunidade; a utilização de espaços públicos para exposição e eventual venda dos trabalhos realizados no atelier de artes.

A intervenção psicológica nas diversas valências encontrava-se centrada na realização de grupos terapêuticos. Esta intervenção assentava no pressuposto de um espaço de discussão onde os utentes se reuniam para falar de seus sentimentos, angústias e sofrimentos e, no próprio grupo, com a orientação da equipa técnica, encontrar apoio e suporte necessários para partilhar suas questões e vivências. Este trabalho tinha como objectivo estimular a criação de vínculos entre as pessoas resgatando o sentimento de pertença e tentando construir uma "teia" solidária de apoio para àqueles que possuíam algum sofrimento psíquico.

Constituição da equipa

A equipa multidisciplinar era constituída por uma chefia de serviço; uma coordenadora; 3 enfermeiras; 8 psiquiatras, 3 como médicos residentes na unidade e 5 por turnos; uma técnica de serviço social; duas terapeutas ocupacionais; um monitor de artes; três auxiliares de acção médica; dois técnicos administrativos; um vigilante; uma psicóloga do Hospital Júlio de Matos responsável pela coordenação da equipa de psicologia; duas psicólogas dos quadros da Câmara Municipal de Odivelas; uma psicóloga responsável pela dançoterapia; dois psicólogos a efectuarem estágio de carreira na especialidade de psicologia clínica; cinco psicólogos a realizarem estágio profissional, em regime de voluntariado a tempo parcial; um psicólogo voluntário com funções na consulta de cessão de hábitos tabágicos; e dez estagiários de psicologia em estágio curricular.

O papel do psicólogo na instituição

Era da sua responsabilidade a realização da consulta de triagem de todo os casos que eram enviados por várias entidades, como por exemplo médico de família ou pelos serviços de urgência de diversos hospitais como Hospital Curry Cabral ou Hospital de Santa Maria. Realizava acompanhamento psicoterapêutico quer em casos sinalizados na triagem, quer por pedido da consulta externa de psiquiatria. A avaliação psicológica era outra das suas responsabilidades, dando resposta aos mais diversos pedidos, tais como: pedidos de reforma ou subsídio por invalidez do foro psiquiátrico, pedidos da consulta externa de psiquiatria nas situações em que o médico sentisse necessidade de uma avaliação baseada em estudo de caso e diagnóstico diferencial; peritagens de âmbito médico-legais solicitadas pelos tribunais. Por último era também parte integrante do trabalho multidisciplinar nas restantes valências, desenvolvendo um trabalho de parceria onde todos partilham do objectivo comum, exercendo funções adaptadas às normas de funcionamento da instituição.

Testes de avaliação psicológica utilizados

Ao nível da avaliação psicológica os técnicos da U.C.C.P.O. tinham à sua disposição um leque variado de provas e testes. Uma descrição de todos eles tornaria o presente relatório demasiado extenso, pelo que se optou por apresentar apenas o material mais utilizado.

Teste da atenção visual externa de Toulouse-Piéron (A.V.T.-T.P.). Destinado a avaliar a capacidade de concentração, o poder de realização, o rendimento de trabalho e a resistência à fadiga (capacidade do sujeito se manter atento a uma tarefa monótona e pouco atraente).

Figura Complexa de Rey (F.C.Rey). Destina-se á avaliação da percepção visual e elaboração dessa percepção, bem como memorização visual, através da cópia de uma figura geométrica complexa, sem significado aparente, de fácil realização gráfica e posterior reprodução por memória (três minutos após a cópia).

Escala Clínica de Memória de Wechsler (E.M.W.). Permite uma avaliação rápida e precisa da memória do indivíduo. Determina o Quociente Mnésico (Q.M.), avalia a deterioração da memória em comparação com o Q.I. e identifica défices especiais de memória.

Matrizes Progressivas de Raven (M.P.R.). Avalia o factor G (capacidade mental geral: integrador sintético de toda a actividade intelectual), baseando-se na concepção de inteligência de Spearman. É uma forma de avaliação do desenvolvimento intelectual, permitindo a comparação entre indivíduos relativamente às suas capacidades de observação, percepção, clareza de raciocínio e reflexão. Avalia a aptidão do indivíduo para apreender figuras sem significação definida (percepção) e para descobrir as relações existentes entre elas, examinando-as e completando-as, através de um raciocínio por analogia (reflexão).

Mini-Mental State (M.M.S.). É uma escala simplificada que avalia funções cognitivas. A avaliação do significado das incapacidades evidenciadas por esta escala deverá ser complementada com outras fontes de informação (história clínica, exames gerais, exames neurológicos, etc.).

Lista de Sintomas de Hopkins (S.C.L.-90-R). Permite uma avaliação multidimensional da psicopatologia, em nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais.

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE). É um inventário de auto-avaliação dos índices clínicos depressivos do indivíduo em determinado momento da sua vida. Este inventário tem como pressuposto que a gravidade de uma depressão varia em função do número de sintomas assinalados e da intensidade que atingem.

Psicodiagnóstico de Rorschach (R.C.H.). Técnica projectiva, aplicada individualmente, destina-se à avaliação dinâmica e holística da personalidade normal ou patológica, em crianças, adolescentes e adultos. O modelo utilizado tinha por base a abordagem psicanalítica, segundo a escola francesa.

Teste de Frustração de Rosenzweig (P.F.-RW). Tem por base a teoria da frustração desenvolvida por Rosenzweig em 1934, que se encontra bastante próxima dos paradigmas da psicanálise. Avalia o tipo de reacções a situações passíveis de originar frustração e/ou stress, bem como a sua agressividade, fornecendo uma visão abrangente da personalidade do indivíduo.

Actividades Desenvolvidas

A UCCPO fornecia um leque amplo e variado de serviços, que se encontram divididos em várias valências, todas elas apoiadas por Cuidados de Enfermagem e Assistência Social, fornecidos por técnicos especializados. Apresenta-se em seguida uma breve descrição de cada uma delas e das funções desempenhadas,

começando pela descrição da consulta de triagem, dado que esta marcava o início do processo de admissão de qualquer utente.

A consulta de triagem abrangia todos os utentes referenciados pelos Centros de Saúde, Hospitais ou do Clínico Geral/ Médico de família, acompanhados pela respectiva credencial.

Tinha por base a entrevista clínica, através da qual o psicólogo tentava apurar os motivos que levaram ao pedido, quais as necessidades e especificidades do caso, com vista a realizar o encaminhamento adequado.

Esta entrevista era dividida em três momentos: um inicial em que se explicava o que era a consulta de triagem e qual o seu objectivo e se abordavam as questões éticas e deontológicas; um segundo em que se tentava compreender qual a problemática adjacente, que incluía, sempre que necessário, um primeiro suporte à crise adaptada a cada situação; e um terceiro em que se apresentava o tipo de encaminhamento considerado adequado. Neste último momento explicava-se ao utente qual o encaminhamento proposto, sendo este efectuado com o acordo do paciente.

O contacto com as Consultas de Triagem iniciou-se no dia 16 de Novembro. Devido à especificidade desta consulta, o período de observação decorreu até ao dia 1 de Março, data em que foi realizada a primeira triagem individual. Neste primeiro período foi possível assistir a dez consultas bastante diversificadas a nível de patologia, características da pessoa e necessidades terapêuticas. A observação e consequente discussão dos casos permitiram a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências que concorrem para uma melhor preparação para este tipo de consultas. Após o período de observação e até ao final do estágio ocorreram mais 12 triagens a nível individual.

A Consulta Externa de Psicologia destinava-se aos utentes que eram encaminhados pelas consultas de triagem, psiquiatria ou psicoalcoologia. Este encaminhamento poderia caracterizar-se como um pedido para acompanhamento psicoterapêutico e/ou avaliação psicológica.

No âmbito da valência da consulta externa foram acompanhados directamente

alguns casos. Por questões relacionadas com o funcionamento da instituição, bem como opções da orientadora institucional, os acompanhamentos não tinham observação de terceiros, sendo a orientação dos casos realizada com periodicidade semanal. Foram realizados um total de 4 processos de avaliação psicológica: 3 destinados a verificação de incapacidade e outro a pedido da consulta de psicoalcoologia; que permitiram um primeiro contacto com o contexto de aplicação de provas psicológicas e realização de relatórios clínicos. Ao nível de acompanhamentos psicoterapêuticos corresponderam 3 casos relacionados com perturbações ansiosas e depressivas.

Foi ainda possível a realização de uma visita ao internamento, onde foi presenciada uma reunião de equipa e a uma consulta de intervenção psicológica. Tratou-se de uma experiência que permitiu verificar as condições em que o internamento era realizado, quais os problemas com que os técnicos se debatiam e, mais especificamente, as dificuldades associadas à intervenção psicológica devido ao facto das pessoas se encontrarem fortemente sedadas.

A Consulta de Psicoalcoologia tinha por base o tratamento de problemáticas relacionadas com o consumo de álcool. Após encaminhamento pela consulta de triagem, a admissão era realizada através de nova triagem pelos técnicos que faziam parte da equipa de alcoologia. A equipa técnica da consulta era composta por um psiquiatra, duas psicólogas, uma enfermeira e técnica de serviço social. A consulta era em simultâneo grupo terapêutico (aberto) e atendimento individualizado para avaliação e acerto de terapêutica medicamentosa. Encontrava-se dividida em dois grupos, um de acompanhamento a pessoas que se encontravam em abstinência e outro grupo de pessoas que, não se encontravam em abstinência, ou apesar de abstinentes ainda não reuniam condições para passar para o primeiro grupo.

No contacto com a valência de Psicoalcoologia estivemos presentes, como observadores, na consulta semanal destinada aos utentes do segundo grupo descrito. Verificou-se uma participação mais activa nas reuniões de equipa onde se realizava a avaliação semanal de cada utente e era efectuada a discussão dos casos. A esta valência encontra-se associada uma das avaliações psicológicas

realizadas.

A ligação a esta valência modificou por completo visão sobre a dependência de substâncias, mais especificamente do álcool. A constatação das dificuldades sentidas pelos doentes, os seus projectos, as suas conquistas e frustrações, bem como a sua reactividade emocional e a resposta da equipa técnica contribuíram para que uma das áreas que inicialmente menos interesse despertava, tenha acabado por ter um impacto superior na experiência total.

A Área de Dia era um serviço com vista à reabilitação psicossocial. Um espaço onde os utentes participavam diariamente em actividades organizadas, que decorria todos os dias úteis, essencialmente no período da manhã e se destinava a utentes sinalizados pelas consultas de triagem e de psiquiatria, com indicação para este serviço, nomeadamente doentes psicóticos com défices cognitivos acentuados, mas com possibilidade de reabilitação. A admissão era precedida de uma consulta de triagem, realizada pelo psicólogo da valência, onde se verificava se o utente reunia as condições para integrar o grupo da Área de Dia e se obtinha o seu consentimento informado, sendo estabelecido um contrato terapêutico. Tinha como objectivos primordiais o suporte psicossocial, promoção da reinserção sócio-familiar, profissional e também a prevenção de desinserção e de internamentos. A equipa era composta por uma psicóloga, uma psiquiatra, uma dançoterapeuta, um monitor de atelier e uma terapeuta ocupacional que asseguravam actividades diversas e com objectivos específicos, sendo ainda parte integrante os cuidados de enfermagem e assistência social.

Todas as segundas-feiras era realizado o grupo terapêutico, onde estava presente toda a equipa. Em seguida realizava-se a reunião de equipa com vista discussão das diversas situações relacionadas com o estado actual de cada utente e intervenção. Mensalmente ocorria uma reunião psico-pedagógica com as famílias, como objectivo de tentar compreender o quotidiano e a dinâmica familiar de cada utente, ajudar as famílias na vivência com a doença, promover alterações no sistema familiar.

Na nossa permanência na Área de Dia mantivemo-nos como observadores no grupo terapêutico, participando de forma mais activa na reunião da equipa, que

decorria após a realização deste. Acompanhamos ainda as actividades realizadas no atelier de artes, onde foi possível observar a realização de diversos trabalhos e participar nos preparativos da festa de Natal, permitindo uma maior aproximação dos utentes e técnicos.

A presença, enquanto observadores, numa reunião de famílias permitiu verificar o tipo de trabalho realizado a este nível, bem como observar o contraste existente entre as ideias e esperanças de famílias que tomaram um contacto relativamente recente com a doença mental, comparativamente a famílias com utentes que se encontravam na Área de Dia há vários anos.

Foi também proporcionada a participação numa sessão de dança-terapia, experiência enriquecedora que permitiu verificar algumas interacções e relações entre utentes, que não se encontravam tão patentes nos contextos do Grupo Terapêutico e no Atelier, em virtude do processo facilitador da expressão de sentimentos através do movimento corporal, em associação com a música.

O Hospital de Dia destinava-se a prestar cuidados multidisciplinares nas situações clínicas que necessitavam de uma intervenção mais diferenciada, não apenas limitadas à consulta, contudo sem necessidade de internamento, nomeadamente a utentes com situações clínicas sub-agudas, ou utentes que provinham de internamentos.

Tinha como objectivos gerais o envolvimento do utente num processo terapêutico, composto por um conjunto de actividades organizadas e organizadoras, visando a sua reinserção comunitária, bem como a diminuição do número e duração de internamentos.

A equipa era constituída por uma psiquiatra, duas psicólogas, enfermeira, monitor de atelier, terapeuta ocupacional e dançoterapeuta, existindo ainda apoio do Serviço Social assegurado pela assistente social.

O serviço funcionava todos os dias durante o período de funcionamento da UCCPO. Os utentes participavam em diversas actividades com vista ao cumprimento dos objectivos terapêuticos.

O grupo terapêutico tinha uma frequência bissemanal, supervisionado e orientado pela psicóloga, psiquiatra e enfermeira, onde a perspectiva dinâmica e

sistémica estava patente. Semanalmente era realizada a reunião de equipa com vista à discussão dos casos, admissão de novos doentes, tendo a equipa o poder de decisão.

Devido a uma maior exigência de tempo por parte das actividades relacionadas com a valência da Consulta Externa de Psicologia, apenas foi possível observar o grupo terapêutico que decorria nas manhãs de segunda e quinta-feira, bem como participar na reunião de equipa. O contacto com doentes que apresentavam características bastante diferentes da Área de Dia, permitiu verificar o contraste na forma como os doentes vivem, sentem e pensam a sua doença, bem como as diferenças nos objectivos e intervenção por parte da equipa.

Outras valências da UCCPO, mas nas quais não participamos, mas cuja sua referencia poderá ser importante para descrever a abrangência dos serviços que eram prestados por esta unidade, eram:

A Consulta de Cessão de Hábitos Tabágicos resultado de uma parceria com o Centro de Saúde de Odivelas. Tratava-se de um projecto ainda em fase experimental, que se baseava em diversos modelos de intervenção na área. Era uma consulta em grupo que visava a desabitação tabágica através de intervenção psicológica, muito raramente coadjuvada por intervenção farmacológica.

A Consulta de Psiquiatria, efectuada por psiquiatras, que prestavam cuidados de assistência em ambulatório aos utentes encaminhados pela consulta de triagem.

A Consulta de Recurso, também efectuada por psiquiatras, destinava-se aos utentes que, na consulta de triagem, eram sinalizados com necessidade de intervenção rápida de cuidados psiquiátricos e cujo tempo de espera para a consulta de psiquiatria era elevado para a sua situação actual. Tratavam-se, sobretudo, de quadros iniciais e/ou de risco de descompensação, que sem

representarem uma situação de urgência imediata, era necessário estabilizar.

3. ESTÁGIO PROFISSIONAL

Entre Julho de 2006 e Julho de 2007 foi realizado o estágio profissional em Psicologia, ao abrigo do PEPAP (Programa de Estágios Profissionais na Administração Pública). Este estágio decorreu na Segurança Social de Aveiro, serviço local de S. João da Madeira.

Marca o início da actividade profissional enquanto psicólogo, permitindo dar continuidade ao desenvolvimento de competências práticas e aquisição de novas experiências, de forma devidamente supervisionada.

No decorrer deste estágio ocorreu um contacto com realidades totalmente diferentes. Depois da experiência num grande centro urbano proporcionada pelo estágio curricular, foi tomado o contacto com realidades tanto em meio urbano mais pequeno, como em meio rural profundo.

No estágio profissional foi realizado o acompanhamento de casos principalmente relacionados com perturbações depressivas, tendo também acompanhado um caso de alcoolismo e outro de intervenção na crise e auxílio no luto, num caso associado a um acidente do qual resultou uma morte violenta, com grande impacto na comunidade local.

Os utentes eram encaminhados pelas assistentes sociais que sinalizavam os casos. Foi com num desses casos que pela primeira vez surgiu o desafio de um utente depressivo com forte ideação suicida, tendo sido um marco no decorrer desta experiência, quer pelo desafio profissional que constituiu, quer pelo seu desfecho (positivo).

Foi também no decorrer deste estágio que foram acompanhadas pela primeira vez crianças e adolescentes. Entre as problemáticas trabalhadas encontravam-se perturbação de hiperactividade, abandono escolar, comportamentos de risco, crianças vítimas de maus tratos e perturbações emocionais.

Foi também prestada assistência à equipa social, nomeadamente no acompanhamento de famílias beneficiárias do Rendimento Social de Inserção,

avaliação de situações de emergência social, elaboração de pareceres sobre famílias que se propunham ser família de acolhimento e apoio à EMAT.

Pode-se considerar como tendo sido um estágio bastante enriquecedor. A tomada de contacto com uma realidade diferente conduziu ao aprofundar dos conhecimentos, alargando os horizontes. O trabalho de campo, nomeadamente a visita às escolas e contacto com os professores (nos casos de acompanhamento de crianças e adolescentes), ou a visita domiciliária nos casos em que a mesma se impôs, proporcionou novas vivências e aprendizagens. Por fim, e talvez mais importante, este estágio ajudou a descobrir as temáticas para as quais é sentida uma maior vocação enquanto psicólogo e a identificar as áreas onde existem maiores limitações, ajudando a definir os limites da intervenção.

4. PRÁTICA PRIVADA

Após o final do estágio profissional iniciou-se a actividade como Psicólogo numa clínica. Fruto do trabalho realizado foram surgindo convites de médicos para o desempenho de funções em outras clínicas. Actualmente existe ligação a 4 clínicas do distrito de Aveiro. Sou membro efectivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses com a cédula profissional nº 1474.

Nestes últimos 6 anos têm sido acompanhados diversos casos, a sua grande maioria relacionada com questões emocionais em adolescentes e adultos. Esporadicamente têm sido aceites alguns casos com crianças, mas por se tratar de uma faixa etária onde o investimento teórico tem sido menor, trata-se de situações muito específicas, bem delimitadas e sempre numa faixa que corresponde ao final da infância, entrada na adolescência, fazendo-se o encaminhamento para colegas nos restantes pedidos.

Tem também sido dada resposta a diversos pedidos de avaliação psicológica, quer em adolescentes, quer em adultos.

A prática baseia-se numa orientação cognitivo-comportamental, estando actualmente a serem aprofundados os conhecimentos numa das chamadas terapias de 3ª geração, a ACT (Acceptance and Commitment Therapy).

Tem vindo a ser desenvolvido um interesse especial pelas problemáticas da depressão e ansiedade, sendo estas as minhas áreas de eleição.

5. PROJECTOS LIGADOS À FORMAÇÃO

Durante o ano de 2008 verificou-se a ligação ao Instituto de Educação e Cidadania. Trata-se de uma instituição sem fins lucrativos, situada na Freguesia da Mamarrosa que se assume como uma "escola moderna" de ciências, tecnologias, artes, humanidades, e de divulgação do conhecimento científico e da cultura em geral. Tem como principais objectivos criar uma comunidade informada, com acesso a bens e conhecimentos que a sociedade moderna disponibiliza; incentivar nas camadas escolares o gosto pelo conhecimento como arma para o sucesso; promover o nível educacional das populações; combater a exclusão dos cidadãos; promover o desenvolvimento regional; promover actividades lúdicas ligadas às Artes, à Ciência e Tecnologia, às Humanidades, à Saúde, ao Ambiente e à Cultura em geral; contribuir para a autonomia e excelência das escolas.

Durante esse período a ligação estendeu-se a 3 projectos, dois orientados para a formação de adultos e um terceiro dirigido a crianças do 1º Ciclo.

Programa Novas Oportunidades

Ligado ao Centro Novas Oportunidades de Oliveira do Bairro, este programa tinha como principal objectivo elevar os níveis de qualificação de base da população com mais de 18 anos que não concluíram o 9º ano de escolaridade ou o ensino secundário, tendo em vista aumentar as suas qualificações, através do sistema de RVCC ou os cursos EFA. No âmbito deste programa ocorreu a colaboração numa equipa multidisciplinar com vista à delineação e implementação do programa de sensibilização da população, acompanhando o processo até à fase final da inscrição.

Programa Os Pais Regressam à Escola

Tratou-se de um programa que tinha como objectivo uma aproximação dos familiares, que mais contactam com a criança, ao projecto educativo desta, através de um processo de sensibilização da família para a importância do seu papel na vida académica do aluno.

Tinha por base um modelo de acção de formação em 8 sessões.

Em conjunto com a restante equipa foram delineados os conteúdos programáticos e preparação das respectivas sessões. Ficou ainda a cargo dos participantes da psicologia a dinamização da 4ª sessão, subordinada ao tema “Métodos e hábitos de estudo”, destinada a sensibilizar os pais para a importância de bons hábitos de estudo, transmitindo-lhes conhecimentos e estratégias que visem a sua optimização.

Programa Aprender a Estudar

Direccionado para alunos do Primeiro Ciclo, o “Aprender a Estudar” pretendeu intervir onde se verificam as primeiras necessidades, procurando desde o início da vida académica promover metodologias de estudo favoráveis à aprendizagem. Visou ajudar os alunos a promover a aquisição de métodos e técnicas de estudo e de trabalho, de modo a poderem realizar com maior autonomia as suas aprendizagens e a desenvolverem capacidades de “aprender a aprender”. Abordou temáticas como: Planificação do estudo e organização do tempo, memória, processos de leitura e escrita, como sublinhar, o modo e forma de tirar apontamentos, a elaboração de resumos e esquemas.

Desenvolvido em conjunto com uma colega da Psicologia da Educação, foi utilizado um modelo de 8 sessões, cada uma destinada a uma temática diferente, onde através de diversas actividades se sensibilizava e dotava os alunos de estratégias que lhes permitiam optimizar o estudo.

6. ORIENTAÇÃO DE ESTÁGIOS

No decorrer do último ano surgiu o convite para realização de orientação de

um estágio profissional de admissão à Ordem dos Psicólogos Portugueses.

As sessões de orientação basearam-se sobretudo na orientação teórica, recomendação de bibliografia, discussão e orientação de casos, procurando operar na pessoa sob a orientação a oportunidade de desenvolvimento que tinha sido proporcionada pelas diversas experiências já vivenciadas.

Foi um desafio bastante gratificante, que também constituiu para um processo de aprendizagem diferente.

7. TRABALHOS APRESENTADOS

No decorrer da Licenciatura em Psicologia, foi possível realizar um trabalho que resultou:

- Apresentação de Poster com o tema “Evaluation of Electrodermal Responses in Individuals with Different Levels of Aggressiveness”, no “45th Annual Meeting of the Society for Psychophysiological Research”, que decorreu em Lisboa entre 21 e 24 de Setembro de 2005.

Já no decorrer do presente mestrado, do qual este relatório é parte integrante, foi possível realizar trabalhos que resultaram em:

- Apresentação de Poster com o tema “Biofeedback e redução do stress e ansiedade em contexto académico”, no “8º Encontro Nacional da APPE”, que decorreu em Aveiro, nos dias 12 e 13 de Abril de 2013.
- Comunicação com o tema “Anxiety prevention and intervention in university students: the impact of a brief biofeedback program”, no “1º Congresso Mundial de Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenis”, que decorreu em Viseu entre os dias 23 e 25 Maio de 2013.
- Comunicação com o tema “A eficácia do biofeedback na prevenção e redução do stress e ansiedade em alunos no primeiro ano do ensino superior: Estudo Exploratório”, no “VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia” que decorreu em Aveiro entre os dias 20 e 22 de Junho de

2013.

- Comunicação com o tema “Promoção da saúde no ensino superior: revisão sistemática”, no “VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia” que decorreu em Aveiro entre os dias 20 e 22 de Junho de 2013.
- Poster com o tema “Brief biofeedback intervention program in university students with high anxiety level”, na “34th STAR conference”, que decorreu em Faro entre os dias 2 e 4 de Julho, de 2013.

Destas apresentações emergiram as seguintes publicações:

Pereira, A., Chaló, P., Sancho, L., Vagos, P. & Direito, I. (2013) Brief biofeedback intervention program in university students with high anxiety level. in Saul Jesus & Tobal, J. (2013) Conference Presentations of the 34th STAR Conference (Stress and Anxiety Research Society) Abstracts and Papers, Faro: University of Faro [Abstract]. (ISBN: 978-989-20-3935-0).

Chaló, P., Pereira, A., Sancho, L. (2013) Brief biofeedback intervention program in university students with high anxiety level. *Atencion Primária*, 45, Especial Congresso I, (p. 31) Abstract.

Chaló, P., Sancho, L., Martins, M. e Pereira, A. (2013). A eficácia do biofeedback na prevenção e redução do stress e ansiedade em alunos no primeiro ano do ensino superior: estudo exploratório. in M. Calheiros, A. Pereira, P. Vagos, I. Direito, M. Garrido, & D. Lopes (Orgs.) (2013) *Livro de Resumos do VIII Simpósio Nacional da APP* (p.138) Abstract Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia (ISBN: 978-989-96606-2-5)

Chaló, P., Sancho, L., Martins, M. e Pereira, A. (2013). A eficácia do biofeedback na prevenção e redução do stress e ansiedade em alunos no primeiro ano do ensino superior: estudo exploratório. in A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. Silva, & A. Gomes (Org.). *Livro de Atas VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp 309-499) Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia (ISBN: 978-989-96606-1-8)

Coutinho, J., Pereira, A., Vagos, V., Direito, I., Castanheira, H., Amaral, V., Vasconcelos, G., Martins, M., Chaló, P., Albuquerque, C., Cunha, M., Aparício,

M. & Chaves, C. (2013) Promoção da saúde no ensino superior: revisão sistemática. in M. Calheiros, A. Pereira, P. Vagos, I. Direito, M. Garrido, & D. Lopes (Orgs.) (2013) Livro de Resumos do VIII Simpósio Nacional da APP (pp 245-246) Abstract Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia (ISBN: 978-989-96606-2-5)

Coutinho, J., Pereira, A., Vagos, V., Direito, I., Castanheira, H., Amaral, V., Vasconcelos, G., Martins, M., Chaló, P., Albuquerque, C., Cunha, M., Aparício, M. & Chaves, C. (2013) Promoção da saúde no ensino superior: revisão sistemática. in A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. Silva, & A. Gomes (Org.). Livro de Atas VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (pp 902-915). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia (ISBN: 978-989-96606-1-8)

Brites, J., Chaló, P. & Baptista, A. (2005) Evaluation of Electrodermal Responses in Individuals with Different Levels of Aggressiveness. In Psychophysiology (2005), Abstracts of Papers to be Presented at the Forty-Fifth Annual Meeting of the Society for Psychophysiological Research. Psychophysiology, 42, S1. doi: 10.1111/j.1469-8986.2005.00316.x

8. REFLEXÃO FINAL

Desde muito cedo, ainda no ensino secundário, foi delineada a profissão de Psicólogo como parte do futuro profissional.

A entrada no Curso de Psicologia, em 1999, constituiu a realização de um primeiro objectivo e o início de um novo caminho. Os três primeiros anos de formação permitiram a aquisição de conhecimentos sólidos e uma visão abrangente sobre os diversos ramos da Psicologia, diversas correntes e modelos de intervenção, preparando-nos para qualquer área de especialização a seguir. Foi com alguma naturalidade que a opção recaiu pela vertente clínica, a área de eleição desde sempre. Os dois anos seguintes vieram complementar a formação inicial.

A tese de monografia foi uma experiência muito positiva. Não apenas pelo estudo em si, mas também pela oportunidade de participação num grande evento

de investigação, o que despertou a motivação pela investigação em Psicologia.

A realização do estágio curricular na UCCPO foi um objectivo traçado no início do 4º Ano, em virtude das boas referências dos alunos que tinham realizado o seu estágio naquela unidade de saúde. Conforme referido no relatório de estágio: “as expectativas iniciais, já de si elevadas, foram largamente superadas”. Tratou-se de um ano de grande aprendizagem e crescimento. A oportunidade de contactar com diversas áreas de intervenção, trabalhar com profissionais com larga experiência, como o Dr. Cabral Fernandes ou a Dra. Noélia Canudo, a forma como as equipas se articulavam e trabalhavam, proporcionaram o integrar dos conhecimentos teóricos com a componente prática. Não é possível esquecer a forma como Dr. Susana Lopes, orientadora institucional, sempre nos apoiou, com a autonomia suficiente para que crescêssemos como Psicólogos de uma forma apoiada. Foi também um ano de viragem na orientação teórica. Através das aulas de seminário de estágio, além de todo o trabalho de discussão de casos e formação, as reflexões críticas promovidas, pelo professor Edgar Pereira, a quem serei eternamente grato por tudo o que nos fez aprender, levaram a adoptar cada vez mais uma orientação cognitivo-comportamental.

Terminada esta etapa era altura de começar a delinear a carreira profissional. Foi então que surgiu a decisão de mudança de residência para Aveiro, um desejo que crescia há vários anos.

O estágio profissional em Psicologia veio complementar a formação académica. Através das oportunidades que foram oferecidas foi possível aprofundar e ampliar os conhecimentos teóricos e práticos já adquiridos. Contudo a grande aprendizagem ocorreu na adaptação a novas realidades em áreas cujo contacto ocorreu pela primeira vez, ajudando a definir melhor os limites da actuação enquanto Psicólogo.

Ao nível da prática privada, têm sido, ao longo dos últimos anos, acompanhados diversos casos. Fazendo uma avaliação de todos eles, numa visão retrospectiva considera-se o balanço muito positivo. O profissionalismo com que cada caso é encarado levam à procura constante de actualização dos conhecimentos, e os pequenos lapsos cometidos, todos sem prejuízo para o paciente, ajudaram na evolução profissional.

Também o desafio que lançado ao nível da orientação de em estágio profissional de admissão à Ordem dos Psicólogos Portugueses, obrigou à reflexão e reorganização de algumas ideias. Ao desafio de dar resposta às solicitações da colega que estava a ser orientada, adicionava-se o de conseguir transmitir as experiências, ideias e conhecimentos de forma clara.

A passagem pelo Instituto de Educação e Cidadania foi também uma etapa interessante do percurso. A possibilidade de envolvimento em projectos destinados à população e de delinear sessões de formação permitiu vivenciar novas experiências. Foi também nesta fase do trajecto que começou a ganhar forma a possibilidade de regresso à Universidade com vista à realização do mestrado e procurar atingir o objectivo de ligação à área da investigação.

Esse regresso viria a ocorrer no presente ano lectivo. Até ao momento tem sido uma experiência bastante agradável. A aquisição de novos conhecimentos e a realização da dissertação em áreas que são do total agrado têm conduzido à apresentação de alguns trabalhos e contribuído para aumentar a vontade em continuar a ligação à área da investigação.

Este ano além de ser um período de novas aprendizagens e actualização de conhecimentos na área da Psicologia Clínica e da Saúde, foi também uma oportunidade para parar, analisar e reflectir sobre as práticas e teorias da actuação enquanto psicólogo, facilitando assim um tempo de amadurecimento, de avaliação e reflexão crítica da experiência profissional. Tais reflexões sobre a carreira, permitiram identificar, seleccionar e avaliar retrospectivamente a nossa acção da qual emanam novas directrizes e mudanças construtivas visando a qualidade da nossa experiência de psicologia e a necessidade de um processo contínuo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências ao longo da vida alicerçada na investigação.

Para o futuro estão traçados como objectivos a manutenção da prática clínica, procurando dar continuidade quer ao percurso académico quer ao trabalho na área da investigação.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais: DSM-IV-TR (4ª ed., texto revisto)*. Lisboa: Climepsi.
- Antony M., & Barlow, D. (2002). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Bond, F., Dryden, W. (2002) *Handbook of Brief Cognitive Behavior Therapy*. Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Bourgès, S. (1975). *Approche génétique et psychanalytique de l'enfant. Tome I: Choix et interpretation des épreuves*. Paris: Librairie Riche.
- Caballo, V. & Caballo, V. (Eds.). (1998). *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders*. Oxford, UK: Pergamon.
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na Clínica do Adulto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Corcoran, K, & Fisher, J. (2000). *Measures for clinical practice*. (vol. 2). New York: The Free Press.
- Cunha, J. (1993). *Psicodiagnóstico-R*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Detry, B., Castro, M. (1990). *O Teste de Frustração de S. Rosenzweig, forma Adultos: Adaptação, estudo de Normas e Análise de Validade*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica: Centro de Psicologia da Universidade do Porto.
- Dobson, K. (2000). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- Fonseca, V. (1999). *Insucesso escolar: Abordagem psicopedagógica às dificuldades de aprendizagem (2.ª ed.)*. Lisboa: Âncora Editora
- Gonçalves, M., Henriques, M. (2000). *Terapia narrativa da ansiedade*. Coimbra: Quarteto.
- Gomes, A. M. A (1999). *Psicologia Comunitária: Uma Abordagem Concensual*. Retirado em 18 de Março de 2005 de <http://www.mackenzie.com.br/universidade/psico/publicacao/revista1.2/art10.PDF>.
- Graziani, P. (2003) *Ansiedade e perturbações da ansiedade*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Griez, L., Faravelli, C., Nutt, D. & Zohar, J. (2001). *Anxiety disorders: an introduction to clinical management and research*. Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York : Guilford Press.
- Joyce-Moniz, L. (1979). *A modificação do comportamento: Teoria e prática da psicoterapia e psicopedagogia comportamentais*. Lisboa: Horizonte.
- Kendall, P. (2006). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Leal, I. (2004). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio (3ª Ed)*. Lisboa: ISPA.
- Majlin, M. (2005). *Rehabilitación Psiquiátrica Comunitária*. Retirado em 19 de Março de 2005 de <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?20541>.
- McLean, D. & Woody, R. (2000). *Anxiety disorders in adults: an evidence-based approach to psychological treatment*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Olivares, J. & Méndez, F. (2000). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Payne, R. (2002). *Técnicas de relajación. Guía práctica (3ª Ed)*. Barcelona: Paidotribo.
- Pichot P. & Danson, S. (1966) *Le Test de Frustration de Rosenzweig*. Paris: Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Rey, A (1959). *Manuel test de copie et reproduction de mémoire de figures géométriques complexes*. Paris: Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Rocha, A. & Coelho M. (1988) *Teste de Cópia de Figuras Complexas*. Lisboa: Cegoc
- Serra, A (1994) *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Sprinthall, N. & Sprinthall, R. (1993). *Psicologia educacional*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Toulouse & Pierón (sem data) *Test D'Attention Barrage de Signe*, Manuel BATP-C.
- Trabenberg, N. (1970). *La Pratique du Rorschach*. Paris: PUF.

Wechsler, D. (1969). *Manuel D'Échelle Clinique de Mémoire de Wechsler*. Paris: Les Éditions du Centre de Psychologie appliquée.

Wiens, A., & Brazil, P. (2000). Structured clinical interviews for adults. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (pp. 387-412). Oxford: Elsevier Science.