



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

**O PSICÓLOGO CLÍNICO EM CONTEXTO DE CENTRO DE DIA: DA
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA AO ACOMPANHAMENTO NÃO
DIRETIVO DA PESSOA MAIS VELHA**

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

Autor: Rui Pedro Mesquita Ventura

Orientador: Professor Doutor Tito Rosa Laneiro

Número do candidato: 30002260

Janeiro de 2025

Lisboa

Dedico o presente trabalho à minha mulher Patrícia por todo o amor e dedicação, sem ela nunca teria conseguido chegar ao fim, esteve sempre a meu lado, nunca me deixou em momento algum desistir.

Agradecimentos

O presente relatório de estágio académico para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento pela Universidade Autónoma de Lisboa é o culminar de uma jornada que iniciei há cerca de cinco anos pela Psicologia. Procurei que nele estivesse refletido não só as aprendizagens ao longo destes anos, como, também, a experiência no estágio, que procuro aqui relatar na primeira pessoa.

Durante o meu percurso académico tive o privilégio de conhecer a abordagem centrada na pessoa por quem mais tem investido, a nível nacional, no estudo, divulgação e ensinamento do pensamento rogeriano, o Senhor Professor Doutor João Hipólito, pelo seu modo brilhante e magnânimo de partilhar o seu saber, nas aulas em que foi convidado especial e tive a oportunidade de assistir, mas, também, pela profundidade das suas reflexões, só posso expressar a minha gratidão, pois irá continuar a ser para mim uma referência no meu desempenho profissional, enquanto futuro psicólogo.

Às Senhoras Professoras Doutora Odete Nunes e Doutora Rute Brites quero expressar o meu agradecimento pela orientação dada no âmbito dos seminários de apoio ao estágio.

À Senhora Professora Doutora Odete quero expressar o meu especial agradecimento pelo apoio que me deu no momento mais desafiante deste percurso. Graças a si e ao Senhor Professor Doutor Tito Laneiro, meu orientador, que tive o privilégio de ter, lado a lado, nesta caminhada, consegui chegar ao término desta jornada.

À orientadora do estágio, Dr.^a Ana, gostaria também de deixar um agradecimento. Nunca me senti com a Dr.^a Ana, em momento algum, um estagiário, mas sim colegas da mesma profissão. Deu-me plena autonomia, permitindo seguir a minha própria direção. Acolheu as minhas sugestões e as reflexões conjuntas, em torno dos casos clínicos, revelaram-se profícuas e enriquecedoras em termos de aprendizagem, graças ao seu conhecimento e experiência.

Gostaria, igualmente, de deixar um especial agradecimento aos utentes do centro de dia, em particular daqueles nos deram os consentimentos para os estudos de caso, que, ora, apresentamos, sem eles, por razões óbvias, a concretização do estágio académico não seria possível.

Por último, mas não por fim, agradeço aos meus filhos David, Luísa, Constança e Lourenço pela paciência que tiveram durante todo o tempo dedicado ao estudo.

“Tomemos como exemplo outro ser vivo, uma roseira, fazendo uma analogia do seu ciclo de vida com o ciclo de vida humana: cada rosa é resultado do processo de desabrochar de um botão da roseira e, assim, permanecerá durante algum tempo. A pouco e pouco, a rosa vai florescendo; depois de aberta, mostrando todo o seu esplendor, as suas pétalas começam a cair, aos poucos; o núcleo da rosa começa a secar, apresenta algumas rugas... Por fim, as sementes da rosa caem na terra, permitindo que nasçam outras roseiras. Também o ciclo de vida do Homem contempla o nascimento e a morte, a qual dará lugar a um novo nascimento, embora, frequentemente, seja angustiante para o Humano o confronto com os processos de envelhecimento e com a morte, sobretudo a compreensão do sentido da morte no sentido da vida”.

(Hipólito, 2011, p.162)

Resumo

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento pela Universidade Autónoma de Lisboa realizado num Centro de Dia, entre outubro de 2022 e junho de 2023. A realização do presente estágio possibilitou consolidar aprendizagens de cinco anos de percurso académico em Psicologia, bem como aprofundar a depressão no envelhecimento, através de dois casos clínicos, seleccionados entre acompanhamentos realizados no local do estágio.

De acordo com a literatura, a depressão coloca desafios ao diagnóstico, por um lado, pela crença de que tristeza e depressão fazem parte do envelhecimento, por outro, pela somatização e maior resistência em exprimir sentimentos de tristeza. A conceitualização dos dois casos clínicos, fizeram-se à luz da Abordagem Centrada na Pessoa.

Concluimos: 1) ambos os casos clínicos corroboram os problemas que estão na génese da perturbação depressiva, identificados nos estudos, como a doença crónica, a incapacidade funcional percebida, a perda de autonomia, a dependência, o fraco suporte social, o arrependimento por decisões do passado, as perdas e os lutos; 2) o confronto com o declínio decorrente do processo de envelhecer e a morte, os traumas e traumatismos nas condições biopsicossociais ao longo do desenvolvimento e na etapa tardia do ciclo da vida, a par da condição de valor, encontram-se na base dos diferentes graus de incongruência; 3) as condições de relação, compreensão empática, congruência e cuidado incondicional positivo, explicam o binómio bem-estar psicológico e psicopatologia. Por último, reflete-se sobre o papel do psicólogo clínico na identificação e mitigação da vulnerabilidade psicológica, propondo uma abordagem não diretiva, por reconhecer na pessoa mais velha os recursos internos e de direção em aceder por si-mesma à auto-compreensão, ajustando-se a um contexto, como o de Centro de Dia, onde não existe um *setting* terapêutico.

Palavras-chave: Abordagem Centrada na Pessoa; Centro de Dia; Envelhecimento; Psicologia Clínica; Perturbação Depressiva

Abstract

This report is part of the internship for a Master's degree in Clinical and Counselling Psychology from the Autonomous University of Lisbon, carried out in a Day-Centre Care between October 2022 and June 2023. This internship made it possible to consolidate knowledge from five years of academic study in psychology, as well as to delve deeper into depression due to ageing, through two clinical cases, selected from follow-ups carried out at the internship site.

According to the literature, depression poses challenges to diagnosis, on one hand due to the belief that sadness and depression are part of ageing, and on the other due to somatisation and greater resistance to expressing feelings of sadness. These two clinical cases were conceptualised in the light of the Person-Centered Approach.

We concluded that: 1) both clinical cases corroborate the problems that are at the root of depressive disorder identified in the studies, such as chronic illness, perceived functional incapacity, loss of autonomy, dependence, poor social support, regret for past decisions, losses and bereavements; 2) the confrontation with the decline resulting from the ageing process and death, the traumas in biopsychosocial conditions throughout development and in the late stages of the life cycle, together with the condition of value, are at the root of the different degrees of incongruity; 3) the conditions of connection, empathic understanding, congruence and unconditional positive regard explain the binomial of psychological well-being and psychopathology. Finally, we reflect on the role of the clinical psychologist in identifying and mitigating psychological vulnerability, proposing a non-directive approach, as it recognises the older person's internal resources and direction in accessing self-understanding on their own, adjusting to a context such as the Day-Center Care, where there is no therapeutic setting.

Keywords: Person-Centred Approach; Day-Center Care; Ageing; Clinical Psychology; Depressive Disorder

Índice

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	14
1.1. Local do estágio e atividades desenvolvidas	14
1.2. Papel do Psicólogo Clínico	18
1.3. Psicologia Clínica do Envelhecimento	21
PARTE II- DEPRESSÃO, ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA, TEORIA DO DESENVOLVIMENTO PSICOAFETIVO E DA PSICOPATOLOGIA	28
2.1. Depressão no Envelhecimento	28
2.2. Abordagem Centrada na Pessoa no envelhecimento	33
2.3. Pessoa mais velha em crise no sistema sócio-antropológico	39
2.4. Teoria do desenvolvimento psicoafectivo na etapa tardia da vida humana	42
PARTE III- DA AVALIAÇÃO AO ACOMPANHAMENTO NÃO DIRETIVO	55
3.1. Caso Clínico 1	55
3.1.1. Apresentação do Caso	55
3.1.2. Observação clínica, em contexto de centro de dia	55
3.1.3. Motivo de escolha do estudo de caso	56
3.1.4. Descrição Clínica	60
3.1.5. Avaliação Psicológica	75
3.1.6. Descrições das sessões de acompanhamento	84
3.1.7. Discussão de Caso	92
3.2. Caso Clínico 2	96
3.2.1. Apresentação do Caso	96
3.2.2. Observação clínica, em contexto de centro de dia	97
3.2.3. Motivo de escolha do estudo de caso	97
3.2.4. Descrição clínica	99
3.2.5. Avaliação psicológica	106
3.2.6. Descrição das sessões de acompanhamento	111
3.2.7. Discussão de Caso	130
PARTE IV- CONCLUSÃO	137
4.1. Reflexão sobre os Casos Clínicos	137
4.2. Reflexão sobre o Papel do Psicólogo Clínico no contexto de Centro de Dia	140
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143

Índice de Figuras

Figura 1- Perturbação depressiva à luz da ACP	52
Figura 2- Genograma	74
Figura 3- Genograma	106

Lista de Abreviaturas

ACE-R – *Addenbrooke's Examination Revised*

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

APA – *American Psychiatric Association*

AVD – Atividade de Vida Diária

BSI – *Brief Symptom Inventory*

CD – Centro de Dia

CID-11 – Classificação Internacional das Doenças, 11.^a Edição

DSM – V – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, 5.^a Edição

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

MOCA- *Montreal Cognitive Assessment*

OEC – Oficina de Estimulação Cognitiva

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

TO – Terapia Ocupacional

UAL- Universidade Autónoma de Lisboa

WAIS – *Weschler Adult Intelligence Scale*

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Resultados BSI.....	83
Gráfico 2 - Resultados BSI.....	110

Índice de Anexos

Anexo I- Consentimento Informado.....	152
Anexo II- Consentimento Informado.....	154
Anexo III- Excertos das entrevistas	156
Anexo VI- Excertos das entrevistas	195

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito de um estágio curricular para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento pela UAL, tendo sido realizado num Centro de Dia, estabelecimento de uma instituição pública de cariz social, durante o período de outubro de 2022 e junho de 2023.

O local de estágio encontrava-se em processo de requalificação para uma nova resposta dirigida a pessoas com demência. No início do estágio, foi-nos proposto, porém, que fizéssemos o acompanhamento psicológico dos utentes sem diagnóstico de demência, que transitaram da anterior resposta, dando especial atenção àqueles que apresentavam uma sintomatologia depressiva. A autonomia dada, no local de estágio, permitiu-nos adotar a abordagem centrada na pessoa, tendo sido uma oportunidade na consolidação das aprendizagens que foram feitas ao longo do percurso académico, dando enfoque ao envelhecimento e problemáticas associadas. A abertura dada deu-nos, igualmente a oportunidade de ensaiar a Abordagem Centrada na Pessoa nos espaços e momentos comuns de um CD, onde não existe um *setting* terapêutico, não obstante o espaço reservado à avaliação psicológica e aconselhamento sugerido por nós, acautelando sempre a necessária reserva de privacidade de cada pessoa.

Assim, a nossa experiência não se esgotou, apenas, na avaliação psicológica ou no acompanhamento psicológico, tendo a nossa implicação no quotidiano do CD, sido, igualmente, uma oportunidade de aprendizagem e de reflexão sobre o papel do psicólogo clínico neste contexto. Além da consolidação de saberes, a experiência de cerca de um ano foi uma oportunidade, também, de autoconhecimento e de crescimento pessoal.

Refletimos, igualmente, sobre o papel do psicólogo clínico, num contexto como o de CD, a partir da nossa própria experiência pelos vários espaços e participando nos diferentes momentos que acontecem no quotidiano de um CD, adotando uma abordagem fenomenológica.

Um maior enfoque na compreensão da experiência implicou, igualmente, o recolocar a pessoa em crise no centro do seu sistema sócio-antropológico, detendo-nos, é certo, um pouco mais no pormenor da descrição, com intenção de contribuir para uma maior reflexividade. A história de vida é, igualmente, detalhada, sobretudo a do primeiro caso clínico, em que o enfoque foi o da avaliação psicológica, aproveitando a boa reserva cognitiva que dispunha a pessoa acompanhada, o que nos permitiu formular um conjunto de hipóteses e conceptualizar o caso à luz do modelo-teórico da ACP, da personalidade ao desenvolvimento psicoafectivo, percorrendo diferentes etapas do seu ciclo de vida. O segundo caso clínico foi escolhido, entre outros, por nos ter permitido observar uma evolução ao longo do acompanhamento e, deste

modo, refletir sobre o modo como as condições nodais de relação, inspiradas na ACP, influenciaram a mudança.

A primeira parte do presente relatório é, deste modo, dedicada ao enquadramento do local de estágio e do papel do psicólogo clínico, passando pelo método clínico à história de vida. Na segunda parte do relatório, falamos da ACP da sua génese aos contributos mais recentes para a compreensão do binómio bem-estar e psicopatologia, havendo a preocupação, ainda, de ligá-lo ao processo de envelhecimento. A terceira parte contém dois estudos de caso, um primeiro em que o objetivo foi o da realização de uma avaliação psicológica, embora tenha havido lugar a um posterior acompanhamento, e o segundo de um acompanhamento psicológico que inicia com um pedido de ajuda em concreto, tendo tido lugar, também, uma avaliação psicológica, não prevista no plano de intervenção.

Por último, concluimos com uma reflexão, por um lado, em torno dos dois casos clínicos, concetualizados à luz do modelo-teórico da ACP e, por outro, do papel do psicólogo clínico e a abordagem não diretiva num contexto particular como o de CD, a partir da nossa própria experiência.

PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1.1. Local do estágio e atividades desenvolvidas

O presente estágio curricular realizou-se num contexto de CD, uma resposta social direcionada ao envelhecimento, prevista pela Segurança Social entre outras respostas como a de apoio domiciliário, centro de convívio, centro de noite, acolhimento familiar, estrutura residencial de utilização temporária ou permanente e de centro de férias e lazer (Gabinete de Estratégia, Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social [GEP-MTSSS], 2021). O CD é uma resposta social desenvolvida em estabelecimento para prestar serviços vários, com o objetivo de contribuir para a manutenção da pessoa mais velha no seu meio habitual de vida, visando, ainda, a promoção da autonomia e prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento (GEP-MTSSS, 2021). Procura satisfazer necessidades básicas, prestar apoio psicossocial e fomentar relações entre pares e inter-geracionais de forma a evitar o isolamento social (Bonfim & Saraiva, 1996).

O CD encontrava-se, quando iniciámos o estágio em processo de uma readaptação e requalificação recentes, tendo em vista orientá-lo para uma resposta social dirigida a pessoas com diagnóstico de demência, pelo que muito das características da anterior resposta, assim como do perfil de utentes, se mantiveram, durante praticamente todo o tempo da realização do estágio. O contexto bem como os perfis permitiu-nos, assim, extrapolar a outros CD, cuja dinâmica se assemelha.

Durante esse processo de transição que acontecera pouco antes do início do nosso estágio, o CD encerrara a atividade, devido, também a contingências relacionadas com a, então, situação pandémica, tendo esse período sido aproveitado para que decorressem obras de requalificação no edificado. Foram realizadas entrevistas às pessoas mais velhas, familiares e cuidadores informais, ao mesmo tempo que fora explicado o propósito da remodelação. Dessa circunstância, resultou o encaminhamento de utentes para outras respostas, de acordo com as necessidades avaliadas, mantendo-se um outro grupo de utentes, que optou por ficar no estabelecimento, correspondendo a cerca de metade, num universo de trinta utentes.

A estes foram realizados rastreios cognitivos, cujos resultados, na sua maioria, eram indicadores de um défice cognitivo ligeiro. Como tal, e dado o sentido de pertença existente relativamente ao espaço e à sua vontade em permanecer, ficara estabelecido que decorreria uma intervenção de prevenção com este grupo. Este grupo de pessoas mais velhas que permaneceu no CD acompanhou o processo de novas admissões, assim como a reestruturação da equipa técnica e a nova dinâmica. Quanto ao impacto das mudanças nos utentes mais antigos, quando

iniciámos o estágio, não existia um diagnóstico, que permitisse apurar eventuais efeitos no seu estado emocional.

Todavia, e em resultado do nosso acompanhamento, foi sendo possível aferir ressonâncias emocionais, cujas mudanças, pareciam ter efeitos nos utentes, que transitaram para a nova resposta, resultado, em grande medida, da convivência com os utentes recém-admitidos, com o diagnóstico de demência.

À equipa técnica colocava-se, deste modo, o desafio de responder às pessoas que iam sendo admitidas, ao mesmo tempo, que se afigurava de avaliar e mitigar a vulnerabilidade psicológica de alguns dos utentes, que tinham ficado no estabelecimento depois da requalificação. Foi sugerido, no âmbito do estágio, que a nossa intervenção incidisse, sobretudo, nos utentes que transitaram para a nova resposta, em especial daqueles que apresentassem maior vulnerabilidade psicológica ou, mesmo, uma sintomatologia depressiva, afim de libertar a equipa técnica para a avaliação, admissão e integração dos novos utentes, bem como para o desenvolvimento de um programa de estimulação neuropsicológica.

Propusemos, no local de estágio, que fosse reservado um espaço para avaliação ou acompanhamento psicológico, garantindo as condições necessárias de reserva de privacidade, uma vez que o acompanhamento psicológico nos moldes em que prevíamos, não constituía uma prática na resposta social.

O psicólogo afeto ao estabelecimento, estivera desde início, implicado na requalificação e readaptação da nova resposta, contribuindo com o seu parecer técnico no desenho, planificação e implementação do programa. Após a abertura da resposta e ao longo do funcionamento, o psicólogo assumiu a gestão dos processos dos utentes, atribuição que partilhava com o assistente social, responsável pela direção do estabelecimento. Assumia, ainda, o cargo de direção, também, nas ausências deste responsável, na gestão corrente, com vista a assegurar o normal funcionamento do CD.

Na admissão, o psicólogo entrevistava o candidato e o familiar ou cuidador informal, prestando-lhes todos os esclarecimentos necessários sobre a nova resposta, ao mesmo tempo, que recolhia todos os elementos para a constituição do processo. Fazia o acolhimento do novo utente, ajudando-o a adaptar-se à nova realidade, em conjunto com terapeuta ocupacional e o animador social. Já depois da integração, o psicólogo procedia à aplicação de testes de rastreio cognitivo, assim como de um instrumento para aferir da existência de perturbação depressiva. Em conjunto com a equipa técnica, delineava um plano de desenvolvimento individual. Pontualmente, participava em algumas das atividades, como as OEC, assegurando o

atendimento dos utentes que procuravam apoio psicológico. Ao longo da estadia do utente, e sempre que se revelava necessário, ou quando solicitado, prestava informação ao familiar ou ao cuidador informal. Em face do pedido que nos tinha sido dirigido, procedemos, então, à sinalização de situações que indiciassem perturbações psicopatológicas, entre os utentes que tinham transitado do anterior CD.

Os problemas associados à sintomatologia depressiva identificados iam ao encontro da literatura, em particular sobre o envelhecimento patológico, nomeadamente a incapacidade funcional, decorrente de perdas de mobilidade, de visão, de audição, entre outras, o sentimento de dependência face à perda gradual de autonomia, o sentimento de “ser um peso” (sic) para o familiar ou outro cuidador informal, o fraco ou inexistente suporte social, a perda de ente querido (cônjuge ou filho) e luto patológico, a solidão e o pensamento de morte.

Acrescia, ainda, à vulnerabilidade psicológica em que se encontravam, as mudanças que estavam a decorrer no estabelecimento, com especial relevo para o convívio diário com as pessoas com demência, que iam sendo admitidas, receando, de acordo com a partilha de alguns dos utentes, vir a ter um dia o mesmo diagnóstico.

O entrosamento no quotidiano do CD revelou-se necessário para criar uma relação de confiança com os utentes de modo a identificar situações que carecessem de um eventual acompanhamento psicológico, passando este apoio, ao fim de algum tempo, a fazer, também, parte de um programa de atividades, delineado por uma equipa técnica, constituída por um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um animador social, que enquadrava, igualmente, o trabalho dos cuidadores formais.

Esta resposta, sob a gestão de um assistente social, incluía, também, outros elementos externos, que dinamizavam sessões de movimento, musicoterapia e tango-terapêutico, a par de outras de estimulação cognitiva, multissensorial, em sala de *Snozelen* e Terapia Ocupacional (TO).

Não obstante o enfoque dado no estágio aos acompanhamentos psicológicos, fomos, igualmente, implicados na programação e dinamização de atividades quotidianas do CD. Participámos em iniciativas como as “conversas matinais” que se destinavam a restabelecer o contato psicológico com as pessoas com demência, semelhante à pré-terapia. Acompanhámos o psicólogo nas OEC e o terapeuta ocupacional numa intervenção programática, que visava, através de AVD, maximizar o desempenho e autonomia, prevenir a incapacidade e conservar as aptidões e papéis ocupacionais da pessoa com défice cognitivo ligeiro ou diagnóstico de demência. A participação no quotidiano do CD, permitiu-nos, também, uma observação da

pessoa num contexto diferente do acompanhamento psicológico, ajudando-nos à reflexão sobre o campo de possibilidades de atuação que se oferece ao psicólogo clínico.

Acompanhámos os cuidadores formais, que desenvolviam, junto dos utentes com demência, jogos, exercícios e tarefas de estimulação cognitiva. Fomos a alguns passeios recreativos e culturais no exterior, programados pelo animador social ou por nós propostos, no decorrer do estágio, de locais associados a memórias biográficas partilhadas por algumas das pessoas no âmbito dos acompanhamentos psicológicos. Participámos em outras iniciativas, nomeadamente alusivas a épocas e festividades, onde a comunidade era, por vezes, convidada, também, a participar.

A experiência quer dos acompanhamentos psicológicos, quer decorrente da nossa participação nas atividades e quotidiano do CD, permitiu-nos refletir sobre o papel do psicólogo clínico num contexto onde as relações múltiplas constituem uma realidade, desde logo, por constituir num espaço privilegiado de sociabilidades, e por ser, também, resposta em meio natural onde as relações de afetividade foram criadas no seio da comunidade envolvente, antes da admissão no CD.

As relações múltiplas têm implicações do ponto de vista ético, devendo ser evitadas, de acordo com o Artigo 5.8. “Relações múltiplas” do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, pese embora, por se tratar o CD de um meio pequeno e não existirem alternativas, possa iniciar-se um acompanhamento psicológico, sendo aconselhável que se fale com a própria pessoa sobre as limitações que podem decorrer de um conflito de interesses e das dificuldades que podem advir desse acompanhamento, sendo imperioso, também, informar e obter um consentimento informado (Ricou, 2014).

Mesmo com esta ressalva, não deixa, porém, de constituir um verdadeiro desafio ao psicólogo levar a cabo um acompanhamento psicológico, por fazer este parte integrante da equipa do CD. Decorrente das condições de contexto, o acompanhamento psicológico nos moldes previstos foi ao longo do estágio evoluindo, deixando de ocorrer exclusivamente no espaço que lhe fora destinado no âmbito do estágio para passar a ter lugar no contexto de uma OEC ou de uma atividade como “Conversas Matinais”, de um programa de TO de AVD ou, simplesmente, quando nos cruzávamos no dia-a-dia com um ou outro utente, independentemente do lugar se encontrava fosse na sala de convívio ou no pátio do CD. À medida que o tempo passava, a abordagem não diretiva parecia-nos a mais profícua, num contexto onde não existe um *setting* terapêutico, ajudando a cada pessoa num “abrir portas”

dentro de si, de modo a encontrar a resposta (solução) que, naquele momento, é mais possível e mais coerente com o seu estar-no-mundo” (Nunes, 1999, p.62).

A variedade de ações desenvolvidas por diferentes especialidades, permitiu-nos, também, refletir sobre a pertinência e importância da Psicologia na promoção do bem-estar da pessoa mais velha, assim como do lugar do psicólogo clínico e sua valia numa intervenção em psicogereontologia, que se perspetiva multidisciplinar.

1.2. Papel do Psicólogo Clínico

O apoio psicológico à pessoa mais velha traduz-se no aumento do bem-estar e na qualidade de vida, quer na fase da reforma, dos 65 aos 70 anos, quer na fase de resguardo, depois dos 80 anos, fase esta de lentas, ou súbitas, contrações dos recursos físicos, psicológicos e sociais, cuja intervenção deverá ser tranquilizante (Leal, 2011, pp. 278-282) e facilitadora da adaptação às doenças crónicas e perdas associadas ao envelhecimento normativo (Benavente, 2020).

No entanto, as pessoas mais velhas tendem a receber menos intervenções especializadas, quando comparadas com pessoas de outros grupos etários, sendo que, ao nível institucional, a maioria dos residentes, que necessita de cuidados de saúde mental, não chega a recebê-los ou, quando disponíveis, são prestados por um psiquiatra que trabalha individualmente, sem providenciar cuidados subsequentes (Santos, 2020).

Segundo Santos (2020), se, por um lado, existem, entre as pessoas mais velhas, perturbações subliminares que não atingem critérios de diagnóstico, apesar de contribuírem para a morbilidade e implicarem cuidados, por outro, as perturbações neuropsiquiátricas parecem, nesta etapa tardia da vida, ser subestimadas, devido a défices cognitivos, problemas físicos, idadeísmo, ou porque atribuem o sentir-se deprimido ao envelhecimento em si mesmo, sentindo-se desencorajadas a procurar ajuda ou a falar dos sintomas. A experiência do estágio permitiu-nos, em grande medida, refletir e confirmar o quanto oportuno é o papel do psicólogo clínico no envelhecimento, sobretudo em contextos onde faltam profissionais em saúde mental, na medida em que pode contribuir para distinguir o envelhecimento patológico do normal, e superar o estereótipo negativo associado à idade, refletido no subdiagnóstico e no subtratamento (Santos, 2020).

Leal (2011), a propósito da entrevista clínica à pessoa mais velha, refere que o papel do psicólogo não está centrado, apenas, na entrevista, mas numa outra função que nasce a partir dela, como é a do apoio psicológico (pp. 278-281). As diferentes respostas sociais dirigidas ao envelhecimento, anteriormente mencionadas, designadamente a de CD, podem assim beneficiar

da intervenção do psicólogo não só no rastreio, avaliação e intervenção, como, também, na aplicação de programas psicoeducativos e de prevenção, como membro de equipa em cuidados interdisciplinares e outras intervenções orientadas para necessidades clínicas e psicossociais (Santos, 2020).

A intervenção do psicólogo no envelhecimento é ampla, atuando, nomeadamente nos problemas de saúde psicológica, ansiedade e depressão, nos processos demenciais ajudando em fases iniciais da doença neurodegenerativa a construir estratégias de *coping* que permitam reduzir o *stress* e a otimizar as capacidades cognitivas remanescentes, na capacitação dos cuidadores informais, ensinando-lhes estratégias para lidarem com comportamentos e sofrimento daqueles que cuidam, na gestão das doenças crónicas, na adesão à terapêutica, em processos de perda e de luto, no ajustamento e adaptação a mudanças e fatores de *stress* associados à idade e cuidados paliativos (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2015). Os quadros depressivos que fomos observando, entre algumas dos utentes que se encontravam no local do estágio, e a oportunidade de mitigar algum do seu sofrimento psicológico, levou-nos a realçar o papel do psicólogo clínico, no contexto de CD, mesmo quando não se encontra previsto um *setting* que encerre em si diversos elementos, além do espaço onde se estabelece e se desenvolve a relação, se consideram os tempos, as regras e os limites no quadro da intervenção clínica (Faria et al., 2020).

O psicólogo clínico tem um domínio especializado no campo da Psicologia, trabalha diretamente com as pessoas em diferentes etapas do seu desenvolvimento, de forma individual ou em grupo, com recurso a diferentes abordagens, variedade de métodos, avaliação e intervenção com o objetivo de mitigar o sofrimento psicológico e promover a saúde mental.

O termo “clínico”, associado ao do psicólogo, remete-nos para o método, definido pela interação entre investigador e investigado, em que o investigador, através da teoria, constrói dinâmicas de forma estratégica para ir de encontro ao entrevistado (Leal, 2011). O método clínico é entendido como o instrumento basilar do psicólogo clínico na observação do paciente ou cliente, de modo a realizar uma avaliação e uma intervenção psicológica. O psicólogo clínico tem à sua disposição diferentes abordagens, que lhe confere uma identidade terapêutica, destacando-se, entre esses modelos o psicanalítico, o experimental, o cognitivista, o humanista e o método genético e qualitativo (Faria et al., 2020). A concetualização ou formulação dos casos tem por base um destas abordagens, que no caso da ACP, adotado por nós no âmbito do presente estágio, se distingue por permanecer no quadro de referência da pessoa e ter o potencial de obter uma visão sobre o seu campo experiencial único e singular, descortinando as

articulações entre dificuldades psicológicas ocorridas ao longo da vida. Ao mesmo tempo, a ACP entende, a formulação de caso como facilitadora da compreensão empática ao permitir clarificar o significado dos acontecimentos e seus efeitos cognitivos, emocionais, comportamentais e interpessoais, contribuindo para, assim, dissolver as condições de valor internalizadas de infância, negações e distorções da experiência e incongruências, que estão na gênese do sofrimento psicológico (Simms, 2011). O estudo de caso é a principal metodologia da clínica psicológica, permitindo que se dê a conhecer melhor o problema do paciente ou cliente e a tomar a melhor decisão para o encaminhamento da terapia (Leal, 2011). O método clínico compreende várias etapas, nomeadamente a primeira consulta, o planeamento e realização de avaliação, a de relatórios e devolução de resultados, o diagnóstico, o plano terapêutico, a intervenção e reavaliação, constituindo a observação a ferramenta de eleição do psicólogo clínico desde o início do acompanhamento (Faria et al., 2020), assim como a entrevista clínica para chegar a um diagnóstico, técnica esta validada pela investigação científica e guiada por métodos fundamentados na evidência (Leal, 2011).

Segundo Leal (2011) a entrevista clínica na ACP segue uma metodologia própria, em que pessoa do entrevistado e do entrevistador devem estar em contacto, sendo que cada uma delas é responsável por gerar uma diferença, explícita e implícita, no campo experiencial uma da outra. Enquanto o entrevistado se encontra num estado de incongruência, vulnerabilidade psicológica, o entrevistador deve se encontrar congruente na relação com o entrevistado, ou seja autêntico e presente na relação, sem estar à defensiva, devendo experimentar, ao mesmo tempo, um olhar positivo incondicional para com o entrevistado. Trata-se, fundamentalmente, de criar as condições relacionais que ajudem a pessoa, ao assumir a sua vulnerabilidade, a atualizar ou a desbloquear o acesso aos diferentes caminhos ou direções do seu processo de auto-organização (Nunes et al., 2018). O entrevistador concede um valor positivo a todas as manifestações da personalidade do entrevistado sem julgá-lo, procura uma compreensão empática a partir do quadro de referência do entrevistado, percebendo o quadro de referência interna de outra pessoa, com exatidão e com as componentes emocionais e significados, que a elas se relacionam, como se fosse a outra pessoa, mas sem jamais perder a condição “como se” (Leal, 2011). O entrevistado deverá perceber, na medida do possível, as duas condições precedentes, por um lado, a atenção positiva incondicional e, por outro, a compreensão empática do psicólogo ou terapeuta a seu respeito. Qualquer que seja, porém, a abordagem em que o psicólogo clínico se enquadre, as atitudes nodais de compreensão empática, cuidado incondicional e congruência não são exclusivas da ACP, sendo facilitadoras do processo do

cliente, contribuindo para o desenvolvimento de uma relação terapêutica (Nunes et al., 2018; Faria et al., 2020).

O papel do psicólogo clínico é, na medida em que desenvolve uma relação terapêutica, um agente facilitador de mudança, única e diferente atendendo ao caráter singular de cada pessoa, etapa do seu desenvolvimento e da própria relação terapêutica, que facilita a descoberta do si-mesmo e, por fim, a relação afetiva através do conhecimento progressivo do outro, integrando sentimentos de cuidado, compreensão, proximidade e compaixão que acompanham o percurso da pessoa, sem perder o rumo e profissionalismo (Faria et al., 2020). Não obstante a relação desenvolvida pelo psicólogo clínico ser de natureza terapêutica, importa, todavia, realçar que o tratamento da dimensão psicológica é do domínio da psicoterapia, com um enquadramento próprio da relação de ajuda, caracterizando-se por ser uma forma de tratamento nos casos que apresentam uma sintomatologia do foro psicopatológico, enquanto o *counseling*, pelo contrário, constitui uma relação de ajuda de ordem existencial, informacional ou de esclarecimento/clarificação desde que não apresentem patologia (Nunes, 1999).

Em relação à pessoa mais velha, quer na fase da reforma quer na fase de resguardo, a intervenção do domínio da Psicologia clínica pode ser de apoio com efeito tranquilizante (Leal, 2011). Apesar da relevância da intervenção psicológica em gerontologia, enquanto área independente da Psicologia clínica, a verdade é que se trata de um domínio muito recente, tendo existido durante muito anos preconceitos em relação aos eventuais benefícios terapêuticos no envelhecimento.

1.3. Psicologia Clínica do Envelhecimento

A Psicologia clínica, termo cunhado no início do século passado por Lightner Witmer, esteve desde a sua origem em relação próxima com a psiquiatria e pelo facto de ter adotado o método clínico acabara por ficar associada a uma Psicologia dirigida a pessoas que experienciam a doença mental (Faria et al., 2020). Os pensamentos do médico neurologista Jean-Martin Charcot e posteriores teorias de Freud em torno do inconsciente marcaram a Psicologia clínica, tendo a psicanálise, ainda que em rutura com o saber psiquiátrico, acabado por ser adotada pelos primeiros psicólogos clínicos e, também, psiquiatras que trabalhavam em contexto hospitalar. A Psicologia clínica era conotada como estando ao serviço da psiquiatria ou da psicopatologia (Faria et al., 2020). Se o reconhecimento de uma Psicologia clínica é relativamente recente na história da Psicologia, tendo a APA reconhecido a sua legitimidade teórica e prática nos finais da década de quarenta do século passado, graças ao desenvolvimento

que tivera entre as duas grandes Guerras Mundiais (Faria et al., 2020), ainda mais recente é o interesse da Psicologia no processo de envelhecimento.

Embora Freud não tenha abordado diretamente o envelhecimento, este introduz os temas do luto normal e melancólico com aquele relacionado, tendo mais tarde vindo a ser trabalhados por quem se tem dedicado a uma psicanálise do envelhecimento. O pai da psicanálise entendia que a idade avançada, por volta dos cinquenta, retiraria a possibilidade de benefício clínico, pela fraca plasticidade adaptativa (Altman, 2011), um ego, supostamente, defeituoso e uma biografia extensa para empreender um tratamento em relação ao tempo que resta para viver (Swildens, 2012), lançando, desta forma, um certo pessimismo, preconceito e reservas em torno desta etapa por comparação às outras do ciclo da vida humana.

Jung contrapõe a ideia de rigidez e inadaptação da pessoa mais velha com a noção implícita de individuação. Segundo Jung (2011a), a individuação consistiria num “mergulho” no *self* inconsciente, indo além do mundo consciente, sem perder, todavia, o contato com este, permitindo à pessoa tornar-se num ser único, singular, incomparável, no si-mesmo “*Verselbstung*” ou o realizar-se do si-mesmo “*Selbstverwirklichung*” (p.64). Numa conferência publicada na década de trinta do século passado, onde abordara os problemas pelas diferentes etapas da vida humana (Jung, 2011b), refere que a origem dos distúrbios neuróticos nas etapas da vida da meia-idade e da velhice resultam, antes, de um desejo de prolongar a Psicologia da juventude, ou seja, de permanecer inconsciente como na infância ou, então, consciente apenas do seu ego, rejeitando, ou sujeitando, tudo o que é estranho à sua vontade e satisfazer, assim, a ansia do prazer e do domínio. Por isso, constitui quase como um dever para quem envelhece, não estando a vida nem em ascensão nem em expansão, dedicar atenção ao si-mesmo, nesse processo de interior inexorável de contração, enquanto que para o jovem constituiria um perigo ocupar-se demasiado tempo consigo próprio (Jung, 2011b). Deste modo, a plenitude apenas será possível de atingir abandonando os objetivos extrovertidos da juventude e movimentar-se em direção introvertida da consciência expandida, contribuindo para um novo olhar em relação à sua própria finitude, a morte como meta natural, caso contrário, e caso tenha tido medo em enfrentar os problemas da vida nas fases anteriores, o medo da morte será mais proeminente na velhice (Jung, 2011b). Apesar de natural o anseio quanto à inevitabilidade do declínio da velhice e da morte, a plenitude só seria possível através da consciência da finitude da vida, alcançada por um processo de individuação, escrita com um sentimento de compaixão e amor pela natureza humana e não de repulsa ou de irremediabilidade (Maslow, 1968, p. 12).

Anos depois, de acordo com Jesuíno (2012), Erik Erikson enunciava uma teoria sobre o ciclo de vida, a epigénese da identidade, estando esta mais próxima de Jung do que de Freud por considerar que o desenvolvimento não terminaria na adolescência ou se não mesmo antes no final do Édipo, prosseguindo até aos últimos anos da vida (pp. 299-309).

O desenvolvimento assume particular importância nas últimas fases, a sétima, a generativa versus estagnação e a oitava, integridade versus desespero. Enquanto a generativa nos remete para uma preocupação em orientar a próxima geração, implicando criatividade – que faltando rápido se cai na estagnação -, a integridade, ocorrendo em idade mais avançada, envolve, no seu aspeto positivo, a aceitação do arco da vida percorrido pelo sujeito, integrando múltiplas conquistas anteriores, como a confiança, a autonomia, a identidade, a intimidade, sendo a sua antítese o desespero, expressa por todas as características negativas de todos os anteriores estádios, como a desconfiança, a vergonha, o isolamento, a estagnação, a autoabsorção, dificuldade em suportar-se a si-mesmos e aos outros, avaliando a vida que viveram como um fracasso (Jesuíno, 2012).

Segundo Jesuíno (2012), Erikson propôs, ainda, um último plano de realização, isto é o plano de sabedoria, acrescentando que nem todos são capazes de criar por si próprios a oportunidade de transcender as limitações da sua identidade em busca de um sentido meta-subjetivo ou mesmo transcendental (Jesuíno, 2012, p. 302).

Rogers nunca abordara explicitamente a questão da idade avançada na psicoterapia, a não ser como critério a ter em consideração numa primeira consulta, por constituir entrave, a par de outros, ao tratamento (Rogers, 1979a), até chegar aos 74 anos, quando inicia, ele próprio, uma psicoterapia (Swildens, 2012). Ao longo da sua carreira, entendeu existir certos critérios que deveriam ser ponderados ao iniciar uma psicoterapia, nomeadamente o estado de tensão interior da pessoa, a sua capacidade de enfrentar a situação e de assumir ações que alterassem o curso da sua vida, bem como da situação em si, isto é, se seria suscetível de ser alterada, atendendo, ainda, os aspetos natureza hereditária, biológica, psicológica, social, económica, cultural e educacional (Rogers, 1979a). Compreendia que seria provavelmente inútil a consulta psicológica caso a capacidade da pessoa fosse escassa, não desejasse ser ajudada ou não reconhecesse conscientemente de que precisaria de ajuda, devendo ser acautelados quaisquer outras condicionantes, que comprometessem a “torrente da expressão”, dando como exemplo o controlo da família, sobretudo em crianças e adolescentes (Rogers, 1979a). A etapa do desenvolvimento em que a pessoa se encontra constituiria um outro critério indicativo em que a psicoterapia seria (des)aconselhável, considerando ser a pessoa na etapa tardia da vida a

menos apta para se reorientar e reorganizar, embora entende-se, também, a idade cronológica como uma medida fraca para analisar a plasticidade (Rogers, 1979a). Nas suas palavras, a pessoa deveria ter idade suficiente para lidar de uma forma relativamente independente a sua vida e suficientemente jovem para conservar uma certa elasticidade de adaptação, situando para uma consulta psicológica ou psicoterapia, em termos da idade cronológica, os limites entre os dez e os sessenta anos (Rogers, 1979a, pp. 59-93).

O entendimento que tinha em relação à utilidade da psicoterapia dirigida à pessoa mais velha muda, assim como, a ideia de crescimento da pessoa na fase tardia da vida, tendo Rogers passado por um processo psicoterapêutico na sua idade mais avançada (Swildens, 2012). Nos finais da década de oitenta, Rogers, de acordo com (Swildens, 2012), faz uma retrospectiva dos dez anos que mediam o que designa o fim da vida produtiva e início da reforma, isto é, dos seus sessenta e cinco, até aos setenta e cinco anos, e como experienciara o envelhecer. Rogers (1980) começa por descrever o seu próprio confronto com os primeiros sinais físicos do envelhecimento, que o informara da sua finitude. Ciente de que estava a envelhecer, refere que continuava, todavia, a manter o mesmo prazer pelas suas caminhadas, a realizar as suas rotinas diárias, sem manifestações de fraqueza, experienciando, ao mesmo tempo, os mesmos desejos e paixões da sua juventude. Sentia-se, por isso, a mesma pessoa, nem velha nem jovem. Refere que, nesta sua etapa da vida, fora capaz de iniciar e embarcar em novos projetos com o mesmo entusiasmo, de quando foi mais novo, sobretudo quando alguém lhe propunha um novo desafio. Mesmo na fase tardia da vida, não deixara de se abrir à experiência e de arriscar, com algumas das suas iniciativas, como, um grupo de encontro (Rogers, 1976) onde reuniu cerca oitocentas pessoas, tendo permitido que experienciassem mudanças significativas em si mesmas (Rogers, 1980).

Nesta sua fase da vida, refere que valorizara novas experiências que envolviam riscos, atribuindo ao ambiente estimulante vivenciado entre amigos e pessoas que trabalhavam consigo, uma afinidade com a juventude e de um estilo de vida emergente mais orientado para o “mundo interior”, bem como o desejo de sair da zona de conforto e de um certo tédio que se instalara em si, desenvolvendo um gosto pelo risco e por novas experiências, que lhe permitiriam, através de uma aprendizagem, continuar a expandir-se (Rogers, 1980). A escrita passara a ser para si a expressão dessa sua curiosidade e do gosto que tem em explorar as implicações das suas ideias e dos outros em si, como uma ramificação do seu pensamento, confessando que lhe tinha permitido, também, ultrapassar uma certa timidez, que lhe vinha desde tenra idade (Rogers, 1980).

Menciona ter passado a cuidar mais de si, libertando-se da responsabilidade dos seus projetos, que confiara a outros; uma desresponsabilização que refere ter feito sem culpa (Rogers, 1980). Os dez dias em que estivera sozinho numa casa de praia foi uma oportunidade para descobrir o quanto gostava de estar consigo mesmo, tendo, ainda, sido capaz de pedir ajuda. Iniciou, nesta sua etapa da velhice, um processo psicoterapêutico, em resultado da doença da sua mulher e problemas conjugais, realçando que todo este processo não correspondera a uma quietude expetável da velhice, mas do entusiasmo por embarcar em novos desafios e de arriscar, experienciando emoções e sentimentos com mais intensidade, talvez pela maior sensibilidade, adquirida nos grupos de encontro (Rogers, 1980). Talvez esta etapa da vida seja, também, a mais controversa na obra de Rogers, inclusive de entre alguns dos seus seguidores, por se ter aberto de forma empolgante a novas ideias oriundas da parapsicologia, admitindo a possibilidade de fenómenos como a precognição, a telepatia, as experiências fora-do-corpo ou projeção da consciência, entre outros, mais uma vez ciente do risco que poderia correr em relação à reputação (Rogers, 1980), imbuído pelo *Zeitgeist* onde uma quarta força, contracorrente, da Psicologia emergia no seio da Psicologia, uma Psicologia “mais elevada, transpessoal, transumana, centrada mais no cosmos do que nas necessidades e interesses humanos, indo além do humanismo, da identidade, da individuação” (Maslow, 1968, p. 12) e focada no potencial curativo e heurístico dos estados invulgares de consciência (Grof, 2007).

Rogers (1980) discorre como lidara com a doença da mulher das tensões que experienciara entre o cuidar e o decidir viver a sua própria vida, como de outras experiências, positivas, com filhos, netos e amigos próximos, os prazeres da jardinagem e das caminhadas e reconhecimentos públicos, reflete, por fim, sobre o sentido da morte, entendendo que esta não constitui para si uma “tragédia” por si, talvez porque tenha vivido a sua vida com um grau satisfatório de plenitude, ter legado a outros a suas ideias, havendo aspetos de si, quando morrer, ainda vivam. Um pensamento de imortalidade que, de alguma forma, lhe era agradável, contribuiu também, nesta sua etapa da vida, o acesso à investigação desenvolvida por Moody (1988) com base numa centena de testemunhos de pessoas que experimentara a morte clínica, relatos estes, semelhantes entre eles, e que pareciam fornecer uma prova da sobrevivência do espírito depois da morte.

Rogers (1980) refere que esta investigação o levava de uma forma mais séria a equacionar a morte como uma abertura à experiência, uma continuação da vida, uma busca que vem depois da morte da mulher e da sua experiência de luto, ou de convites, numa fase tardia da sua vida, a novas reflexões sobre fenómenos da consciência humana, referindo sentir-se mais

velho e crescendo. A nova perspectiva de Rogers em torno do envelhecimento viria a dar novas pistas para uma reflexão em torno dos benefícios quer em termos terapêuticos quer do ponto de vista do desenvolvimento através da psicoterapia centrada na pessoa, que ele próprio vivenciara. A sua experiência pessoal, após o que chamou de fim da idade produtiva, demonstrara, precisamente, o contrário, fora produtivo, continuara a escrever, a formar e a dinamizar grupos de encontro, revelando, ainda, estar mais aberto a novas experiências, arriscando por novas fronteiras do saber, que abordam a capacidade da pessoa em se transcender e de criar novas direções, mais espirituais da sua evolução (Rogers, 1979b), antes por si subestimadas, deixando um legado atual à ACP, sobretudo por aqueles que entendem ser tão importante acompanhar as experiências emocionais, no aconselhamento ou na psicoterapia, como as sagradas e, de uma forma mais abrangente, as espirituais (Leijssen, 2008). Caso tivesse antevisto anos antes esta sua etapa da vida, certamente teria tido uma opinião diferente sobre o envelhecimento, quanto aos limites de aplicabilidade da terapia centrada no cliente, deixando de limitar-se a crianças dos dois anos aos adultos de sessenta e cinco anos, entendendo haver menor probabilidade de reorganização da personalidade numa etapa adiantada da vida humana (Rogers, 2004, p.233). Ainda que o declínio do organismo decorrente do processo do envelhecimento tenha implicações nos processos mentais, cognitivos e emocionais, não dependendo, unicamente, das condições de valor, a tendência à atualização e crescimento é um contínuo ao longo da vida, desde que haja abertura às experiências, tanto externas como organizmicas, sem quaisquer proibições ou censura em relação ao autoconceito ou outros bloqueios (Swildens, 2012).

Hipólito (2011), na sua teoria do desenvolvimento psicoafectivo, recorre à metáfora de uma roseira para fazer uma analogia com o ciclo da vida humana, descrevendo o processo desde o desabrochar do botão da roseira, passando pelo florescer até à queda das sementes após o núcleo da rosa secar, permitindo que outras roseiras nasçam. Segundo Hipólito (2011), tal como a roseira, o ciclo da vida humana também contempla o nascimento e a morte para dar lugar a um renascer. A angústia diante do declínio de um corpo que envelhece e da morte pode constituir uma oportunidade de auto-compreensão do sentido da morte no sentido da vida (p.162). Coloca-se, então, a questão terá a pessoa mais velha na etapa tardia da vida, a velhice, por si-mesma os meios para alcançar esse sentido de vida de que refere Hipólito (2011) ou de sentir-se mais velho e crescendo, como afirmara Rogers a partir da sua própria experiência, e em que medida a ACP pode ajudar nesse processo de envelhecer a alcançar o sentido da auto-compreensão e crescimento, quando focado em questões existenciais, através do *counselling*, ou a quando da mitigação de uma perturbação psicopatológica, pela psicoterapia.

Passaremos, em revista na segunda parte do presente relatório, os princípios da ACP, ligando aos contributos mais recentes sobre a sua perspectiva do envelhecimento, iniciando com uma revisão de estudos sobre a depressão nesta etapa do ciclo de vida.

PARTE II- DEPRESSÃO, ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA, TEORIA DO DESENVOLVIMENTO PSICOAFETIVO E DA PSICOPATOLOGIA

2.1. Depressão no Envelhecimento

Apesar da demência de quadro irreversível quando instalada ser a mais comum no processo de envelhecimento patológico (Benavente, 2020), e o local de estágio se direcionar a esta problemática, entendemos, porém, apresentar, no presente relatório de estágio, dois casos clínicos sem diagnóstico de demência com depressão, por ser esta uma psicopatologia, no envelhecimento patológico, a que coloca ao nível do seu diagnóstico desafios, sobretudo pela falsa crença dos profissionais de saúde, da família e do próprio doente de que a tristeza e a depressão são parte natural do envelhecimento, assim como a tendência para exibir queixas somáticas e pela sua maior relutância em exprimir sentimentos de tristeza (Nogueira, 2016).

A perturbação depressiva, tal como todas as restantes perturbações, é organizada de acordo com uma abordagem categorial apresentada em manuais diagnóstico o CID-10 (World Health Organization [WHO], 2019) e o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), permitindo o clínico diferenciar várias síndromes em que a sintomatologia depressiva está presente, auxiliando-o no diagnóstico e na terapêutica.

O CID-10 (WHO, 2019), classificação de referência em muitos países da Europa, incluindo Portugal, caracteriza a depressão por uma diminuição do humor, redução de energia, e diminuição da atividade. A capacidade de prazer, interesse e a concentração são reduzidas. O cansaço acentuado é comum, depois de um esforço mínimo. O sono é geralmente perturbado e o apetite diminuiu. A autoestima e a autoconfiança são quase sempre reduzidas e, mesmo na forma suave, algumas ideias de culpa ou inutilidade estão, frequentemente, presentes. O humor varia pouco de um dia para o outro, não responde a circunstâncias e pode ser acompanhado como a perda de interesse e de sentimentos prazerosos. O paciente acorda várias horas antes do horário habitual e tem uma lentificação ou agitação acentuada da psicomotricidade, perda de apetite, perda de peso e perda de libido.

Enquanto no CID-10 (WHO, 2019) o episódio depressivo é classificado de acordo com o grau de gravidade, de leve, moderada ou grave, dependendo do número e da gravidade dos sintomas, o DSM-5 (APA, 2023) inclui a depressão depressiva major, num conjunto de outras perturbações depressivas (desregulação do humor disruptivo, distímia, disfórica pré-menstrual, induzida por substância ou medicamento ou devida a outra condição médica, uma outra especificação ou não especificada), utilizando critérios operacionais.

A APA (2023) conceptualiza, ainda, as perturbações mentais como uma síndrome comportamental psicológica, associada ao mal-estar e à incapacidade funcional, sendo que para o diagnóstico da perturbação depressiva major, são necessários:

A. Pelo menos, cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante duas semanas consecutivas, sendo que um deles é, obrigatoriamente, (1) humor deprimido ou (2) perda de prazer ou de interesse (APA, 2023):

1. Humor depressivo durante a maior parte do dia, durante quase todos os dias, sendo referido pelo próprio que se sente triste, vazio ou sem esperança ou observado por terceiros que parece choroso (APA, 2023);

2. Diminuição clara do interesse ou do prazer em todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (APA, 2023);

3. Perda do peso, não estando a fazer dieta, ou aumento significativo do peso (5% do peso corporal num mês) ou aumento ou diminuição significativo do apetite quase todos os dias;

4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias (APA, 2023);

5. Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias (APA, 2023);

6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias (APA, 2023)

7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante), quase todos os dias (APA, 2023);

8. Diminuição da capacidade de pensar ou de concentração ou, ainda, indecisão quase todos os dias (APA, 2023);

9. Pensamentos acerca da morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente e sem planos específicos ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio (APA, 2023).

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou défice social e ocupacional ou em qualquer outra área no funcionamento (APA, 2023);

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou condição médica (APA, 2023);

D. A ocorrência de episódio depressivo major não é explicada por perturbação esquizoafetivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, perturbação delirante ou do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou outras perturbações psicóticas (APA, 2023);

E. Inexistência de um episódio de maníaco ou de um episódio hipomaníaco (APA, 2023).

O DSM-5 contempla, ainda, um especificador de gravidade, considerando como critério o episódio ser único ou recorrente (de ligeiro, a moderado e grave), com características psicóticas, remissão parcial e total e não especificado, habitualmente útil na caracterização e na definição do prognóstico de cada caso (APA, 2023).

Na pessoa mais velha a depressão, apesar de ser a perturbação mais comum, é pouco reconhecida, apresenta dificuldades de diagnóstico por questões relacionadas com o processo de envelhecimento do ponto de vista sintomático e fenomenológico, biológico, psicológico, comorbilidades físicas, apresentando um quadro, em comparação aos adultos mais jovens, associado a taxas mais elevadas de morbilidade e mortalidade, aumento da utilização de cuidados de saúde e de custos económicos (Pocklington, 2017).

Num estudo epidemiológico nacional em saúde mental, em Portugal, iniciado em outubro de 2008 e concluído a novembro de 2009, das entidades nosológicas, a perturbação depressiva major assume o maior valor, com 16,7%, sendo o escalão etário superior aos 65 anos aquele em que esta perturbação é, estatisticamente, a mais prevalente face às restantes entidades nosológicas e por comparação aos restantes grupos etários, com uma estimativa de 12% (Almeida et al., 2013).

Segundo Nogueira (2016), existem diferenças sintomatológicas entre pessoas mais velhas e mais jovens, exibindo aquelas alterações neurodegenerativas proeminentes, de apetite, perturbações de sono, falta de concentração e lentificação psicomotora, maior agitação e ideias sobrevalorizadas de natureza hipocondríaca, menor verbalização das emoções e sentimentos de culpa, minimização ou refutação do humor deprimido, preocupação com sintomas somáticos, declínio cognitivo, perda de autonomia e de capacidade funcional, perda de esperança, maior ansiedade, agitação e sintomas psicóticos (delírios de culpa, niilistas, persecutórios e de ruína). Além destes sintomas, as pessoas mais velhas, com perturbação depressiva major, aprestam sintomas gastrointestinais e perda de interesse sexual (Hegeman et al, 2012). Vários estudos apontam fatores sociais, alterações neuroendócrinas e multiplicidade de patologias médicas na base da depressão em pessoas mais velhas. Uma pesquisa com vista a caracterizar a depressão na idade avançada, a partir de estudos longitudinais, indica diferenças de género, com maior prevalência nas mulheres do que nos homens, em idade mais avançada, nas pessoas com baixa escolaridade e baixo nível socioeconómico, suporte social fraco ou inexistente, morbilidades crónicas, multimorbilidades, funções cognitivas comprometidas, comportamentos aditivos, alcoolismo, e o sedentarismo. Realça, ainda o estudo, que a depressão resulta das experiências de vida acumuladas ou, então, das circunstâncias que a podem desencadear (Völz et al., 2020).

Um outro estudo, através de uma meta-análise da literatura científica produzida entre 2018 e 2020, com vista a identificar as implicações biopsicossociais na depressão da pessoa mais velha, refere a institucionalização, a carência de relações interpessoais afetivas, a distância ou a menor frequência de visita de familiares, a disfuncionalidade familiar acompanhado de violência emocional e verbal, o género, a idade avançada, os baixos níveis de escolaridade e socioeconómicos, a dependência funcional para realizar atividades básicas de vida diária em resultado de fragilidade física, os défices visuais, auditivos, cognitivos, as comorbilidades, a reduzida participação social, cultural, educacional, recreativa e de lazer, desportiva, realçando que o conjunto de muitos fatores mencionados estão, igualmente, na base da ideação suicida (de Figueiredo Medeiros et al., 2020).

Ainda segundo Almeida e Quintão (2012), a depressão tem-se mostrado como a perturbação mental mais preocupante entre as pessoas mais velhas, sendo o suicídio a sua consequência mais grave, assumindo no panorama nacional taxas de suicídio mais elevadas do que restantes grupos etários. O estudo desenvolvido por estes autores com o objetivo comparar pessoas mais velhas, institucionalizadas e não institucionalizadas, revelam que as primeiras não apresentavam maior depressão, solidão, ideação suicida nem menor nível de atividade e lazer, apesar de serem menos independentes. As pessoas mais velhas com ideação suicida mais elevada eram as que apresentavam mais depressão, uma autoperceção de pior saúde e mais solidão. Pelo contrário, uma maior atividade e mais lazer relacionaram-se com menos ideação suicida. Como já tivemos oportunidade de ver anteriormente, os quadros depressivos na pessoa mais velha ocorrem em resultado de perdas de vária ordem pela morte de cônjuge ou parentes próximos, de autonomia e dependência de terceiros, alterações de papéis sociais e estatuto, alteração de imagem corporal, agravamento de patologias crónicas. Consideram-se, ainda, como principais fenómenos, que contribuem para a depressão em idade avançada, os biológicos não só de género, como genéticos, anomalias no gene do transportador de serotonina, endócrinos, elevação prolongada dos níveis de cortisol, vasculares, alterações vasculares subcorticais, depressão vascular, patologias médicas, enfarte agudo do miocárdio, fatores psicológicos como a personalidade, o elevado neuroticismo, estilo cognitivo, ruminação, défices cognitivos, fatores sociais, anteriormente referidos, eventos de vida, morte de familiar, baixo nível socioeconómico, a solidão e reduzida perceção de suporte social. O declínio cognitivo está presente numa porção importante destes doentes e, embora possa cessar quando o episódio depressivo está ultrapassado, é um fator de risco importante para o desenvolvimento posterior da doença de Alzheimer (Nogueira, 2016).

Todas as problemáticas mencionadas tem sido objeto de investigação, algumas vezes, elegendo como variável mediadora a desregulação emocional e a dependente como a ansiedade, que parece ser explicada, por exemplo, pela incapacidade percebida (Peres & Espírito-Santo, 2020). Também a agressividade se correlaciona com a desregulação emocional, nomeadamente nas pessoas mais velhas institucionalizadas residentes em meio urbanos (Queda, 2020). A desregulação emocional e alexitimia explicam a agressividade autopercebida, sendo esta uma outra manifestação, além da ansiedade, comum em pessoas mais velhas que se encontram institucionalizadas (Gonçalves, 2020).

A história de vida e certas memórias parecem, igualmente, ser impactantes, contribuindo para uma sintomatologia ansiosa, depressiva, especialmente, quando associada ao arrependimento no agora. Num estudo em que se procurou explorar a associação do arrependimento com a sintomatologia depressiva, ansiosa e déficit cognitivo, constatou-se que a maioria das pessoas mais velhas com um valor médio de arrependimento apresentava ansiedade e depressão (Maçarria, 2015). Os arrependimentos relativos ao último mês e em toda a vida associados a inações, algo que não se fez, encontra-se associado a uma emoção negativa com graves consequências ao nível psicológico, de ansiedade e depressão (Maçarria, 2015).

O comprometimento cognitivo pode ser resultado de uma depressão, confundindo-se, por vezes, com a demência. Num estudo realizado com quarenta e quatro pacientes de ambos os sexos com uma média de 76,5 anos que sofriam de pseudodemência depressiva foram tratados para a depressão. Após o tratamento, a função cognitiva voltou ao nível pré-mórbido. Os doentes foram regularmente entrevistados e testados, em intervalos de seis meses, durante quatro a dezoito anos. Alguns pacientes durante o período de seguimento reincidiram, tendo novamente sido tratados em relação à depressão com sucesso. No final do período de observação, 39 dos 44 pacientes (89%) tinham desenvolvido uma síndrome demencial do tipo Alzheimer (Kral & Emery, 1989). Estudos comprovam que a depressão pode constituir um fator de risco para o declínio cognitivo e a demência (Jorm, 2000), sendo desejável não relativizar o humor depressivo na pessoa mais velha.

Segundo Nogueira (2016) a avaliação diagnóstica e funcional na pessoa mais velha deverá basear-se numa história clínica cuidada, na identificação criteriosa da psicopatologia e recolha exaustiva da informação respeitante a patologia médica e neurológica, a hábitos medicamentosos, a fatores de *stress*, psicológico e a incapacidade decorrente do episódio depressivo, devendo contemplar procedimentos de avaliação da depressão, nomeadamente: a avaliação da gravidade dos sintomas com recurso a um instrumento psicométrico como a GDS;

a identificação de episódios depressivos prévios, antecedentes patológicos, antecedentes familiares, hábitos medicamentosos, estado funcional e *stressores* psicológicos e sociais; a avaliação de défices cognitivos com recurso a testes de rastreio como o *Mini Mental State Examination* (MMSE) e exame neurológico; o exame físico; a avaliação bioquímica, hemograma, provas tiroideias, eletrocardiograma (ECG), vitamina B12 e ácido fólico (pp. 257-266).

Os tratamentos da depressão em pessoa mais velhas têm por objetivo a redução da sintomatologia e de recaídas, a prevenção do risco de suicídio, bem como a melhoria da função cognitiva e a adaptação aos fatores de *stress* psicossocial, sendo as modalidades de tratamentos recorrentes a psicofarmacologia, através da prescrição farmacológica dos inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS), os antidepressivos tricíclicos (ADT), a reabilitação funcional e a eletroconvulsão, a psicoterapia das abordagens advogadas para esta faixa etária, a cognitivo-comportamental (Nogueira, 2016) ou a ACP (Von Humboldt e Leal, 2012a; Von Humboldt e Leal, 2012b).

2.2. Abordagem Centrada na Pessoa no envelhecimento

São três os pilares da ACP, a não diretividade, a tendência atualizante e as seis condições necessária e suficientes no processo terapêutico. Começando pela primeira, segundo Rogers (1979a) a questão fundamental entre uma abordagem diretiva e não diretiva consiste em saber, entre *counsellor* ou cliente, quem escolhe a direção. Na primeira, as metas, entendidas como as desejáveis ou socialmente aceites, seriam escolhidas para a pessoa, que, mediante uma ajuda, deveria atingi-las. Quanto à segunda opção, a escolha é deixada à própria pessoa, na expectativa de que ela o fará de forma acertada, desde que sinta compreensão da parte do *counsellor*. Nesta perspetiva, é reconhecido o valor ao direito de escolha, em ser psicologicamente independente e de manter a integridade psíquica, em vez de uma passividade do menos apto, que diante da supremacia do mais apto delega neste o poder de dirigir a direção da sua própria vida. Enquanto a abordagem diretiva centra os esforços no problema, na não diretiva o enfoque é na pessoa, que através de uma ajuda na compreensão da sua relação com a situação real, autocompreensão, será capaz de escolher o meio de se adaptar e conseguir, desde que tenha essa capacidade, soluções adaptadas para os seus problemas (Rogers, 1979a, pp.15-40).

A tendência à atualização constitui, além da não diretividade, o segundo pilar da ACP, ambos os pilares indissociáveis. Este pilar está associado à tendência de autoconservação do organismo, da assimilação de alimentos à defesa em face de uma ameaça, de autorrealização, traduzida na direção de uma maior diferenciação de órgãos e funções, como de maturação, de

crescimento e expansão de si mesmo, de reprodução, de maior independência e autorresponsabilidade, válido nos processos orgânicos não-conscientes ou em funções intelectuais humanas, como a escolha de um projeto de vida (Rogers, 1957, 1979a). A tendência atualizante remete, assim, para a vida do organismo individual, da concepção à maturidade, em qualquer nível de complexidade orgânica. O que diferencia a abordagem não diretiva da diretiva reside, precisamente, em confiar nessa força, que nasce com a pessoa, isto é, na tendência orgânica de luta, sofrimento, em direção ao crescimento, procurando proporcionar condições que facilitem a sua simbolização (Rogers, 2004) ou tomada de consciência desses processos orgânicos que se desenvolvem dentro da pessoa, de modo a manter a harmonia orgânica, transformando-se numa harmonia e em totalidade humana, pela simples razão de que a nossa espécie é capaz de uma maior riqueza de experiência do que qualquer outra; composta, portanto, por um organismo e pessoas dignas de confiança (Rogers, 1957, 1979a, 2004).

Rogers (1979a) afasta-se, deste modo, de Freud e da sua perspectiva de um consciente antagônico ao organísmico, propondo, pelo contrário, que a pessoa plena e integrada confia na direção que, inconscientemente, escolhe e na experiência, da qual só tem na sua consciência planos parciais. Acontece, porém, que internamente o organismo segue uma direção diferente ao da vida consciente, em resultado do amor, dado condicionalmente pelos pais ou de outras pessoas de referência, e receio em perdê-lo, o amor do qual depende, negando ou distorcendo a vida orgânica. A incongruência resulta da discrepância entre as crenças, estruturas estáticas e rígidas internalizadas desde infância e o curso do organismo, resultando, na maioria dos casos, em patologia psicológica, sendo também a base, sobretudo na cultura ocidental, da patologia social (Rogers, 1979a, 2004).

Face ao declínio normativo do organismo, decorrente do processo de envelhecimento, importará compreender em que medida a atualização segue o seu ritmo, ao limite máximo das potencialidades (possibilidades), e plasticidade, em todas as etapas da vida, incluindo na velhice, até à morte do organismo, em paralelo com a tendência direcional do universo a uma ordem superior de complexidade e interdependência, isto é, desde um nível abaixo da consciência, passando pela percepção consciente do organismo e mundo externo até à percepção transcendente, em harmonia com o todo cósmico (Rogers, 1979b).

Chegámos, deste modo, ao terceiro pilar da abordagem centrada na pessoa, as seis condições necessárias e suficientes para a mudança da personalidade (Rogers, 1955), sendo estas, designadamente: o contato psicológico, o estado de incongruência da pessoa que pede ajuda, refletida na vulnerabilidade psicológica ou em ansiedade, as condições de relação criadas

pelo *counsellor* ou psicoterapeuta, assumindo três atitudes nucleares (*core conditions*), que se manifestam em comportamentos de congruência ou forma autêntica em que está na relação, de olhar positivo incondicional e de compreensão empática, sobre o quadro de referência do cliente e comunicação desta compreensão empática, minimamente, alcançada.

Segundo Rogers (1958) a primeira das seis condições remete para a necessidade do contacto psicológico entre duas pessoas de modo que ambas façam a diferença no campo perceptivo uma da outra. Entende ser uma condição tão simples que equacionou remetê-la para uma condição prévia, de modo a distingui-la das restantes. Inclui, porém, o contato psicológico entre as condições necessárias e suficientes, na medida em que todas as outras deixariam de ter significado sem ela, mas sem investir, também, na definição.

Prouty (2002), virá mais tarde, a investir na sua definição e desenvolve uma teoria e prática do contacto psicológico, a que designou por pré-terapia por força da sua experiência com pessoas que não se encontravam capazes de manter relações por dificuldades no contacto, por experienciar uma doença, crónica, uma doença psiquiátrica como a esquizofrenia ou uma psicose, uma deficiência intelectual ou neurodegenerativa como a demência, descrevendo o contacto psicológico em três níveis, nomeadamente: o trabalho pelo terapeuta, o processo do cliente e o comportamento, elemento de mediação do contato. O trabalho pelo terapeuta respeita a um conjunto de técnicas do contacto empático, quando o cliente se encontra incapaz de um contacto com a realidade, implicando uma sensibilidade à particularidade pré-expressiva (Prouty, 2002). Entre as técnicas considerou os reflexos situacionais de facilitação ao contato com a realidade, ambiente ou meio social, os reflexos faciais de ajuda ao contacto afetivo em atenção à atrofia ou entorpecimento defensivo da expressão afetiva pelo isolamento psicossocial ou institucional, os reflexos corporais que possibilitam regressar à experiência e a viver no seu corpo, superando a alienação corporal, os reflexos palavra-por-palavra como tentativa não só de desenvolver o contato comunicativo, mas sobretudo de demonstrar empatia pelo esforço do cliente e, por último, os reflexos reiterativos, uma repetição de um reflexo particular (Prouty, 2002). Além de integrar a pessoa na sua existência e trazê-la ao concreto, restaurando as funções de contacto afetivo, isto é de humor, sentimentos e emoções, e de contato comunicativo, relacionado com a simbolização do mundo e do *self* para o outro, a pré-terapia impediria, ao mesmo tempo, que a prática cause involuntariamente a incongruência de uma pessoa por não discernir nem abordar o que a pessoa está a sentir na altura (Prouty, 2002) .

A segunda condição remete-nos para o estado de incongruência do cliente. Segundo Rogers (1958) a incongruência é uma construção básica na teoria da ACP, referindo-se a uma

discrepância entre a experiência real do organismo e a imagem que a pessoa tem de si própria, ou, então, da contradição entre essa experiência e a representação simbólica, que faz distorcida. Quando a pessoa não tem consciência de tal incongruência, fica vulnerável, desorganizada. Caso se aperceba de tal incongruência, mesmo que de forma vaga, ocorre um estado de tensão, que é conhecida como ansiedade.

A incongruência não precisa de ser sentida de forma aguda, basta que seja percebida, isto é, como ameaçadora, sem qualquer consciência do conteúdo dessa ameaça (Rogers, 1958). A ansiedade é observada na terapia quando a pessoa se aproxima da consciência de algum elemento desta experiência, que está em forte contradição com o seu autoconceito.

Swildens (2012) refere exigências excessivas do *self* ideal ou *self* desejado, que colocam a pessoa mais velha em contradição polarizada com o *self* percebido, *self* real, manifestando-se em bloqueios emocionais, que restringem a possibilidade de sentir as suas próprias experiências, decorrentes do processo de envelhecimento. A culpa ou arrependimento em relação às decisões, ou à falta delas, no passado, acontecimentos traumáticos que ocorreram ao longo da vida, foram temas frequentes ao longo das nossas sessões de acompanhamento psicológico, devendo ser tido em linha de consideração, durante as sessões, de que a pessoa mais velha necessita de mais tempo, repete-se frequentemente, sendo, por vezes, menos flexível para mudar de assunto, permanecendo, aí, afastada do agora (Swildens, 2012)

De acordo com Swildens (2012), revelar-se-ia necessário, ainda, trabalhar o novo papel de viúvo(a), e não o luto, considerando que um acompanhamento demasiadamente longo no tempo pode não se revelar útil. Não obstante, e mesmo num evento traumático ocorrido no passado, a iniciativa deve partir sempre da própria pessoa. Vários são os problemas trazidos pela pessoa mais velha em sessões de psicoterapia na ACP, mais ou menos comuns, que dão conta da incongruência, nomeadamente os conflitos dentro do casal, com filhos e netos, com vizinhos, assim com profissionais de saúde e do trabalho social (Swildens, 2012). Menciona, ainda Swildens (2012), que os lutos de amigos e familiares, perdas que podem levar a reações de luto patológico ou perturbações depressivas, assim como existenciais de culpa, falta de sentido de vida, levam frequentemente ao pedido de ajuda.

Von Humboldt e Leal (2012a) identificaram, além das perdas e dos lutos, um conjunto de outros problemas, em sessões de psicoterapia na ACP, como a transição após a reforma e a mudança de papéis, a falta de controlo percebido sobre a sua própria vida, a incapacidade ou perda funcional e comprometimento da sua autonomia, a dependência em relação a terceiros,

a culpa ou arrependimento em relação à falta de decisões no passado, o enfraquecimento do suporte social e o isolamento, a solidão.

Von Humboldt e Leal (2012b) entendem que a psicoterapia da ACP facilita a tendência atualizante na pessoa mais velha, onde atuam as forças de auto-cura, das potencialidades (possibilidades) e hiper-complexificação (Hipólito, 2011), ajudando a harmonizar a cognição com a emoção, a melhorar a qualidade dos relacionamentos interpessoais, reforçando, ainda, a autoestima.

Além do ajustamento psicológico, a ACP ajuda, ainda, a enfrentar o envelhecimento de forma realista e a superar, além dos efeitos dos estereótipos associados à idade, o idadismo, a angústia existencial (Humboldt e Leal, 2012b), sendo tema igualmente relevante o da espiritualidade diante do processo de envelhecer e da morte, na medida em que as suas expectativas em relação ao futuro próximo vão diminuindo (Swildens, 2012; Hipólito, 2011). Tal significa, todavia, ir além da religiosidade, tratando-se de uma visão do que está para além do *Self*, isto é que o transcende. As pessoas mais velhas que se encontram a rever as suas vidas ou que tentam fazê-lo com a ajuda, perguntam-se a si próprias de que modo toda a sua vida faz parte de um todo maior, tratando-se não de pensamentos de morte, presentes numa sintomatologia depressiva, mas antes de uma busca de sentido de morte no sentido de vida (Hipólito, 2011).

Segundo Swildens (2012) são muitas e diversas as reflexões em contexto psicoterapêutico partilhadas por pessoas na etapa tardia da vida humana, desde históricas e cosmológicas, ecológicas ou políticas, religiosas ou exotéricas, filosóficas ou budistas. Deverá ser feita sempre uma distinção entre as formais mais maduras, como reflexões mais pessoais, ecológicas ou sociais, às formas mais primitivas, a criação de uma árvore genealógica por exemplo, revelando-se, em qualquer uma das formas, benéfico continuar a refletir com a pessoa e acompanhá-la no caminho que ela iniciou sobre si-mesma, ouvi-la quando ela quiser expressar a sua falta de esperança, mas de uma forma alguma impor soluções (Swildens, 2012).

A terceira, quarta e quinta das condições referem-se às atitudes nodais do psicólogo¹ (*core conditions*), tratando-se fundamentalmente, de condições relacionais que ajudam a pessoa, após reconhecer a sua vulnerabilidade, a atualizar ou a desbloquear o acesso aos diferentes caminhos ou direções do seu processo de auto-organização (Rogers; 1957; Nunes et al., 2018). A congruência, a terceira condição, remete-nos para a relação do psicólogo com o

¹ Substituímos, no presente relatório, o terapeuta ou o *counsellor* constantes dos textos originais pelo psicólogo, por atendermos que tais atitudes vão além de um *setting* terapêutico, do aconselhamento à psicoterapia, aplicável a qualquer que seja o contexto de intervenção.

cliente, da forma como aquele está e experiência a relação. Nesta relação o psicólogo deverá ser o que realmente é, na relação, estar de forma autêntica e verdadeira, ser transparente e sem subterfúgios com a sua experiência real, organísmica ou estar consciente de si próprio na hora da relação terapêutica (Rogers; 1957; Nunes et al., 2018). O olhar positivo incondicional significa que o psicólogo procura estar de forma calorosa na relação, aceitando cada aspecto da experiência do cliente, sem condições, exprimindo um cuidado para com o cliente, mas não de forma possessiva (Rogers; 1957; Nunes et al., 2018). Significa cuidar dele como pessoa distinta, premindo-lhe ter e expressar todos os seus sentimentos e experiências, sem julgamentos (Nunes et al., 2018). Na quinta condição, o psicólogo experimenta uma compreensão empática da consciência que o cliente tem de si mesmo e da sua própria experiência. Trata-se de um sentir do mundo interno do cliente como se fosse o seu próprio mundo, mas sem nunca perder a condição “como se fosse” (Rogers; 1957; Nunes et al., 2018). Quando o psicólogo passa a se mover livremente pelo mundo interno do cliente e lhe é claro, então estará em condições de comunicar-lhe a compreensão do que conheceu, dando voz aos significados da experiência do cliente, alguns dos quais este tem pouco ou nenhuma consciência (Rogers; 1957; Nunes et al., 2018). Depois, a consequência, o seguir em frente, a reflexão. Na última das condições, o cliente percebe, num grau mínimo, a aceitação e a empatia, do psicólogo, da forma como este a experienciou para ele. Se não houver uma comunicação das atitudes nodais, estas não existem na relação com o cliente e o processo terapêutico não acontece ou será (Rogers; 1957; Nunes et al., 2018). Uma vez que as atitudes não podem ser percebidas diretamente, talvez seja um pouco mais correto afirmar que, de alguma forma, o psicólogo o aceita e o compreende (Rogers; 1957; Nunes et al., 2018).

Em que medida tais condições de relação podem ser transpostas para outros contextos, sem que haja um *setting* psicoterapêutico. Pörtlner (2015) propõe a ACP em contexto institucional, como é o de um CD, o que não significa de todo transformá-lo num *setting* psicoterapêutico. Passaria, então, simplesmente por adotar os mesmos princípios básicos, assim como as atitudes de compreensão empática, congruência e cuidado incondicional positivo. Nas palavras desta psicoterapeuta, formada na sociedade suíça da ACP, importará rejeitar qualquer tipo de ideia preconcebida da pessoa ou do que ela deveria ou não ser, isto é, de levá-la a sério na sua forma singular de ser e de se expressar, ajudando-a a encontrar dentro em si a sua própria forma de controlar a realidade no limite máximo das suas potencialidades (possibilidades), de não procurar caminhos e soluções para a pessoa, mas com ela, de não interpretar e explicar, mas sobretudo compreende-la e não fazer as coisas, mas torná-las possíveis (Pörtlner, 2015).

Nesta perspectiva, trata-se em adotar as mesmas condições relacionais baseadas nas atitudes nodais da ACP, independentemente dos papéis, funções e tarefas específicas assumidas, procurando acautelar preconceitos em relação à pessoa, presentes entre profissionais, sobretudo de ideias preconcebidas sobre o que a pessoa mais velha deveria ser, mas, antes pelo contrário, reconhecendo nela o potencial, a sua individualidade, ajudando-a a encontrar, dentro dos limites das suas capacidades, a forma de dominar a realidade, sem procurar caminhos ou soluções para a pessoa, mas com ela, sem interpretar ou explicar, mas compreendê-la, não fazer por ela, mas tornar possível (Pörtner, 2015).

2.3. Pessoa mais velha em crise no sistema sócio-antropológico

Observar a pessoa mais velha dentro do seu sistema sócio-antropológico implica colocá-la no quotidiano dos acontecimentos, tal como ela os vive, experimenta e os apreende. O sistema socioantropológico na etapa tardia da vida pode compreender o ambiente institucional onde se insere, do serviço de apoio domiciliário ao de CD, abrangendo aquele o conjunto de relações entre pares e cuidadores formais, mas, também, o meio natural, incluindo as relações com familiares, cuidadores informais e a comunidade, de um modo geral. Significa, também, compreender cada etapa da história de vida enquadrada no sistema sócio-antropológico, a que lhe correspondeu no espaço e no tempo. O modo como a pessoa mais velha experienciou a fase da reforma, a transição de uma vida ativa para a idade da reforma ou uma situação de desemprego na meia-idade é, igualmente, influenciado por um sistema socioeconómico dominante e formações sociais à época, nomeadamente das organizações, abrangendo as empresas, os sindicatos, as entidades do setor público, à reprodução das relações sociais dominantes (Caldeira et al., 1977).

Num sistema de produção em que o corpo é tratado como uma espécie de mercadoria, em que se investe ou se dilapida (Caldeira et al., 1977), à medida que a pessoa se confronta com o envelhecimento, prevalece o receio de perda de reputação, de reconhecimento, de um lugar, manifestando-se em sofrimento psicológico, sobretudo se na juventude a aposta foi uma carreira (Swildens, 2012).

Neste caso, o medo de perder o lugar que lhe faz merecer o reconhecimento (de Gaulejac et al., 2005), ou, mesmo, a perda efetiva desse lugar, é experimentado como um fracasso pessoal, uma exclusão não merecida, uma vulnerabilidade narcísica que se manifesta num sentimento de impotência geradora de uma sintomatologia depressiva (de Gaulejac, 2009, p.210).

Numa sociedade em que impera a ideologia da *performance* (de Gaulejac, 2009) e onde o reconhecimento de uma carreira é pré-requisito absoluto para uma verdadeira existência, o declínio do reconhecimento, se a pessoa tem um traço de personalidade narcísica (de Gaulejac, 2009) e na juventude apostou na carreira tem efeito devastador na autoimagem (Swildens, 2012) e, subsequente, estima de si.

Mesmo depois da reforma, ela pode continuar a deixar-se afetar por uma ideologia paradoxal de ter de permanecer ativa, após ter passado pelo declínio do reconhecimento, ao mesmo tempo, que a mesma sociedade que a cria e impele para essa autonomia exigida, não disponibiliza os meios para que continue “ativa” (Swildens, 2012).

Entendemos, por outro lado, que o conhecimento sobre o modo como a pessoa mais velha apreendeu os acontecimentos enquadrados no sistema sócio-antropológico de cada etapa da sua história de vida, poderá ajudar a compreender a incongruência em que vive, uma vez que o *self* do sujeito-singular é colocado diante de um universo de significações construído na relação com os outros, uma família como sistema aberto e permeável ao macrosociológico (Caldeira et al., 1977). O modo como cada pessoa percebe o mundo e se projeta (subjetivo-sincrónico) depende do seu sistema de relações interpessoais, enquadrada na dimensão objetiva da história (diacrônica). O conhecimento do sistema sócio-antropológico, através da história de vida familiar e pessoal, permite-nos, assim, compreender não só como a pessoa dentro da sua singularidade apreendeu, ao longo das diferentes etapas do ciclo de vida, o mundo e os acontecimentos, dando, igualmente, pistas para compreensão das suas inconsistências internas no agora, resultado das discrepâncias entre um *self* desejado que a pessoa projetara como ideal e um *self* real.

Recuando através da sua biografia, a vinculação é a ligação primordial ao sistema sócio-antropológico, para alguns mantendo-se ao longo da vida, quando ela passa de um sentimento organísmico pleno para a percepção do outro significativo, a progenitora. É nesta altura que internaliza a condição de valor, ao se consciencializar da necessidade do amor do outro, do qual depende e sem o qual não consegue sobreviver. Aprende, ao mesmo tempo, a modelar as suas percepções de acordo com os parâmetros da aceitação da mãe (Hipólito, 2011).

Pensar no “sentimento de inutilidade” expresso numa das sessões de acompanhamento psicológico por alguém que se vê confrontado com o declínio resultante do processo de envelhecimento, leva-nos a percorrer a sua história de vida e a compreender por exemplo o modo como a pessoa mais velha vivenciou o projeto que os pais sonharam e projetaram nele ou da carreira profissional. Através da história de vida, poderemos, assim, colocar várias hipóteses

sobre o modo como edificou um ideal de *self* em resultado da condição de valor formada desde tenra idade, a partir da vinculação com a progenitora, passando pelos sonhos e projetos dos pais (Hipólito, 2011), sem descurar que as condições de relação se encontram ligadas a um sistema mais abrangente, o sócio-antropológico.

A família constitui-se, deste modo, por uma certa estrutura que contribui e mantém uma dada organização social, mas é, também, uma organização coletiva de afetos (Caldeira et al., 1977). Como refere Pagès (1982), um antigo discípulo dissidente de Rogers, num grupo, como a família, os sentimentos são partilhados por todos os membros, sendo aqueles em geral inconscientes. Manifestam-se em todos os níveis da vida do grupo, sendo que os sentimentos individuais estão em relação com os sentimentos coletivos (Pagès, 1982, p.265), formando-se, por sua vez, um sistema de defesas que atuam por recalçamento dos desejos, assegurado por quem detém o poder de punir ou de gratificar, com vista a formar atitudes (Caldeira et al., 1977).

Em diferentes etapas da vida, ocorrem receios de perda do reconhecimento por ter sido incapaz de concretizar um projeto que o pai desejava para si ou na passagem para a reforma, sendo com a fase do resguardo na velhice a resignação a esta perda pode resultar num sentimento de frustração e inutilidade social, dando-nos conta de vários graus de incongruência ao longo da vida.

Fala-nos o sociólogo clínico de Gaulejac (2016) de um “complexo de inferioridade” de alguém que ascende a uma nova condição social da posição da família de origem, pelo projeto parental, diante de um novo campo de relações sociais a que ascendeu, um mercado da distinção social em permanente movimento (Bourdieu, 2010), expressando sentimentos de ambivalência, entre a vergonha da sua origem e culpa de escondê-la, ciente que a sua ascensão foi o resultado dos sonhos e projetos que os pais tiveram para si; manifestação de uma neurose de classe (de Gaulejac, 2016).

Não obstante se concordar, ou não, com este olhar, onde a psicanálise e a sociologia se cruzam, a verdade é que passagem para a etapa de adulto jovem é um facto marcante no ciclo de vida da pessoa, do ponto de vista desse reconhecimento, pela abertura a uma quarta dimensão do sistema sócio-antropológico, a sociedade, deixando de ficar circunscrito apenas ao sistema de relações familiares, abrindo-se, deste modo, ao organizacional, progredindo, por fim, chegada à vida adulta, ao institucional e societário (Hipólito, 2011). A partir daqui a questão central do reconhecimento, ou a condição de valor, assume novos contornos, progredindo até à idade avançada. A baixa estima de si não resultará assim num complexo de inferioridade, inconsciente, mas de um emaranhado complexo entre condições de relação, com origem num

sistema sócio-antropológico, condições biológicas, abrangendo também traumas e traumatismos de desenvolvimento e uma tendência de atualização, expressas em forças de autocura e hipercomplexificação.

A antropoanálise proposta por Caldeira et al., (1977) e Campiche, et al., (1992), adotada e desenvolvido por Hipólito (2011), constitui uma teoria equiparada à proposta de construção de um espaço clínico entre a sociologia e a psicoterapia, realçando o fato social internalizado na pessoa (de Gaulejac, 2017).

Entendemos equiparada, porque considera que, tal como na antropoanálise, entre o homem e a sociedade as influências e as interações são profundas, ou seja, cada sujeito contribui para produzir a sociedade, que o produz (de Gaulejac, 2017). Nesta perspectiva, importa compreender as influências recíprocas entre os processos sociais e os processos psíquicos na história de vida e identificar, assim, a gênese dos conflitos intrapsíquicos.

Tal como na sociologia clínica, a antropoanálise, há um pensamento crítico, sobretudo, em relação à violência simbólica exercida sobre a pessoa em crise (Caldeira et al., 1977; Hipólito, 2011) e em luta não de lugares ou com outras pessoas fazendo estas parte de uma classe social contra outra, mas enquanto pessoa singular e solitária contra a sociedade para encontrar ou reencontrar nela um lugar, um *status*, uma identidade, um reconhecimento, uma existência social (Gaulejac et al., 2005). No sistema socioantropológico o institucional-societal faz parte de um construto teórico e prático, correspondendo às dimensões objetiva e histórica, sendo que a antropoanálise permite uma leitura da interação dessa dimensão com o sujeito-singular, pessoal, e o sistema de relações (Caldeira et al., 1977, Hipólito, 2011).

Partindo deste construto poder-se-á considera a seguinte hipótese, em que medida as condições de relação são propiciadoras para a atualização das potencialidades (possibilidades) ao longo do ciclo de vida à fase tardia.

Segundo Swildens (2012), a transição de uma sociedade moderna para a pós-moderna não ajudou a pessoa mais velha a encontrar o seu lugar, antes pelo contrário, dentro da alienação cultural que impera, fica para ela difícil tomar consciência da etapa da vida em que se encontra, estando dependente, ao mesmo tempo, da nova geração, que é responsável por essa alienação hostil ao tempo de que a pessoa mais velha necessita para envelhecer, mas crescendo.

2.4. Teoria do desenvolvimento psicoafectivo na etapa tardia da vida humana

Hipólito (2011) desenvolve a teoria do desenvolvimento humano com base na perspectiva da ACP, abrangendo as perturbações psicológicas que se manifestam ao longo da vida em constante atualização, do nascimento, passando pelo envelhecimento até à morte.

Refletimos sobre a atualidade do seu contributo com a evidência científica recente, sem descurar a base teórica de partida, que o sustenta, designadamente a teoria rogeriana da personalidade.

Rogers (2004) propôs a sua própria fundamentação em torno da dinâmica da personalidade, num período áureo em formulações teóricas, com base no contato que foi tendo com casos clínicos na prática psicoterapêutica, propondo um conjunto de proposições, na sua maioria hipóteses suscetíveis de serem confirmadas, ou refutadas, através da investigação. Os avanços nas neurociências sobre o conhecimento do cérebro humano, vieram dar a oportunidade de uma formulação atualizada desses. Lux (2011) explora a associação entre alguns dos contributos da neurociência e a ACP, assim como de algumas das proposições da teoria rogeriana da personalidade, propondo, que a memória de trabalho constitui uma estrutura neuropsicológica central na estrutura do *self*, utilizada para armazenar conteúdos mentais de curto prazo e fornecer um espaço de trabalho aos processos cognitivos de compreensão, planificação da ação, raciocínio, bem como de representação de conteúdos ou simbolização daquilo que o organismo experimenta e do que a pessoa acede, através da consciência. Afirma, no que diz respeito aos conceitos da ACP, que a memória de trabalho é a estrutura neuropsicológica, onde os processos de simbolização têm lugar (Lux, 2011). Os três primeiros pressupostos da teoria da personalidade na ACP referem que se uma necessidade se torna centro de interesse a pessoa acede a ela, através da consciência, mas apenas a uma parte desse seu campo experiencial, simbolizando aquilo que o organismo experimenta. Ficam de fora todas as outras “sensações viscerais” (Rogers, 2014), que não constituem uma necessidade ou, então, são impedidas de emergirem à consciência. Apesar da limitação no acesso ao campo fenomenal, apenas a pessoa poderá conhecê-lo autêntica e integralmente. A “realidade” é a sua percepção, podendo ser confrontada com as percepções de outras pessoas ou, então, reforçada. Em todo o caso, a percepção é útil na medida em que confere segurança e previsibilidade, estando sujeita a uma validação permanente pela experiência, possibilitando confirmar ou modificá-la. Enquanto o organismo prossegue na sua ação como um todo organizado, interdependente e orientado para um fim e uma compensação fisiológica e as tensões e necessidades presentes são as únicas que este se esforça para reduzir ou satisfazer, o desenvolvimento do *self* introduz alterações algumas vezes contra o organismo, com implicação ao nível emocional, que passa a ter um grau de intensidade maior pela implicação do *self* e menor do organismo (Rogers, 2004). Ao longo da vida, parte dessas experiências são armazenadas na memória autobiográfica, possibilitando-lhe uma recordação consciente (Lux, 2011), tanto ou mais precisa, em relação a mundo da

experiência, quanto menor for a sua atitude defensiva, premindo-lhe maior compreensão sobre o seu comportamento (Rogers, 2004).

A teoria do desenvolvimento psicoafectivo elaborado por Hipólito (2011) inicia pela tendência formativa, apresentado como um dos conceitos-chave de Rogers (1978), em que este afirma ter ganho cada vez maior relevo, constituindo um dos alicerces da ACP, a par da tendência atualizante, uma característica da vida orgânica, entendido como a tendência formativa do universo, como um todo (*holos*). Essa, encontra-se atuante, em direção a uma ordem de complexidade (Hipólito, 2011). Segundo Hipólito (2011) o processo de expansão e evolução que resulta da tendência formativa antecede a tendência atualizante, estando esta presente na célula primordial de um ser humano, desencadeando-se, a partir desta, a tendência atualizante, desenvolvendo-se o organismo num processo de complexificação contínuo de acordo com a herança genética. A existência de condições ótimas de natureza biológica e psíquica, facilitam o desenvolvimento do embrião, no máximo das suas potencialidades, encontrando-se este vulnerável e sujeito a traumas nas potencialidades, mas que dotado de *lócus* de controlo interno, prossegue o seu curso, autonomamente do exterior, no sentido da maturação do seu sistema neurológico, formando-se, ao longo da gestação, um *self* embrionário, a partir de experiências sensoriais, até ao nascimento (Hipólito, 2011). Durante os primeiros meses de vida, o campo perceptivo do bebé é a totalidade das suas próprias experiências e, a partir dos oito meses, este *self* orgânico vai deixando de existir à medida que começa a percecionar a existência de um outro significativo, a progenitora, distinguindo-a dos demais, enquanto cresce a consciência da necessidade do seu amor do qual depende a sua sobrevivência (Hipólito, 2011).

Esta necessidade de amor é expressão da tendência fundamental do organismo para atualizar, manter e realçar a experiência orgânica, tal como a de se conservar a si mesmo para assimilar alimentos, comportar-se defensivamente em face da ameaça ou realizar a autoconservação, mesmo quando o caminho habitual está impedido (Rogers, 2004). A resposta da progenitora, nem sempre são coincidentes com as suas necessidades, nem sempre são aceites, aprendendo, por isso, a modelar as perceções em função parâmetros de aceitação daquela, por medo de perder o seu amor (Hipólito, 2011).

Importará realçar que antes, porém, de se constituírem como sentimentos simbolizados, este não apelo ou rejeição por parte da progenitora às suas necessidades de autoconservação pode ser percecionada como ameaça contra a própria existência. O medo é desencadeado diante de uma ameaça, tratando-se de uma representação que alia memórias de longo prazo

recuperadas e esquemas de emoções a respostas fisiológicas e comportamentais (LeDoux & Brown, 2017).

Segundo LeDoux e Brown (2017), existem várias outras formas de medo, o medo existencial, o medo diante da falta de sentido da vida ou da eventualidade da morte, a ansiedade, sem que ativem os circuitos de sobrevivência. As formas de medo podem ser acompanhadas de excitação cerebral e respostas corporais ou, então, são puramente cognitivas e existenciais. Estas experiências podem implicar a memória explícita, isto é, de caráter simbólico ou, então, ficar-se apenas pela ativação de estímulos subliminares, implicitamente avaliadas pelo organismo, sem uma representação em concreto (LeDoux & Brown, 2017), confirmando a hipótese da teoria rogeriana da personalidade, de que o comportamento poder surgir de experiências orgânicas e necessidades que não foram simbolizadas, inconsistentes com a estrutura do *Self* (Rogers, 2004).

Lux (2011) entende que a memória de longo prazo explícita assume uma função primordial na simbolização da experiência, constituindo a memória autobiográfica, onde ao longo da vida as experiências são armazenadas, aquela, que permite a recordação consciente. Além disso, fazem, igualmente, parte da memória autobiográfica todos os objetivos alcançados durante a vida, estando o *self* ligado, igualmente, às funções executivas responsáveis por planejar, antecipar acontecimentos, resolver problemas, regular emoções e comportamentos.

A criança com ano e meio de idade, ainda, não distingue o real do imaginário, uma capacidade que só adquire entre os quatro e oito anos de vida (Hipólito, 2011), ainda assim, desde muito cedo a sua função executiva parece já ter picos de desenvolvimento entre os dois e os cinco anos de idade e depois aos doze anos, sendo a qualidade dos cuidados parentais fundamentais para a modelação desta função (Doelinger, 2017).

Poder-se-á estabelecer, aqui, uma ligação com a décima segunda proposição da teoria da personalidade, em que refere parte das formas de comportamento adotadas pelo organismo são aquelas que se encontram consistentes com o *self* (Rogers, 2004).

Hipólito (2011) procurou enquadrar a “psicopatologia” na sua teoria do desenvolvimento afetivo, à luz da teoria da personalidade de Rogers (2004), propondo uma definição, que remete para a articulação de traumatismos nas potencialidades ocorridos ao longo da existência e na atualização das potencialidades, onde entram em ação forças de autocura, como expressão da tendência à hipercomplexificação atuante na pessoa (Hipólito, 2011).

Também, os sintomas somáticos, neuróticos e, mesmo, os da ordem da psicose, em que face da gravidade do trauma há perda significativa de contato psicológico (coma, autismo ou

catatonia), assumem a finalidade de manter o melhor funcionamento possível do organismo (Hipólito, 2011).

Lux (2011) considera que a incongruência, na ACP, é o terreno fértil para as perturbações psicopatológicas, pelo que a abertura de aceitação e atenção a tudo o que se manifesta no corpo constitui uma das características fundamentais do pleno funcionamento da pessoa. Entende Lux (2011), por isso, que o processo organísmico de avaliação é expressão da tendência atualizante para manter e melhorar o funcionamento do organismo, baseado na totalidade das experiências e se expressa pelos sentimentos. Ter em atenção os sentimentos e as mensagens do corpo são fundamentais para uma boa saúde mental. Assim, a congruência, realçada na ACP, significa que as experiências emergem livremente para a consciência e são simbolizadas com exatidão, ou, em termos da Neuropsicologia, que os objetivos prosseguidos pelas funções executivas são consistentes com a avaliação que faz com os “sentimentos viscerais”, ou “marcadores somáticos”, que, segundo Damásio (2021), são sinais corporais que refletem emoções relacionadas com as experiências, que a pessoa teve no passado em determinada categoria de situações, permitindo-lhe avaliar as oportunidades de ação. As categorias fornecem amplas provas de que o conhecimento está relacionado com as emoções, constituindo-se como marcadores somáticos na tomada de decisões quotidianas e preditores de bem-estar.

À semelhança de Hipólito (2011), também Warner e Roseau (2007) procuraram acrescentar contributos à teoria da personalidade de Rogers, indo além de uma ideia de psicopatologia – incongruência – centrada, unicamente, nas condições de relação necessárias e suficientes (p.53).

Neste sentido, Warner e Rosseau (2007), inspirando-se na perspetiva de Gendlin, consideram que, em vez de um sistema computacional automático, os organismos humanos apresentam implicitamente algum tipo de mecanismo de busca, progredindo a partir do momento que encontra algo que o complementa (Gendlin, 1964, 1968, 1997, como citado em Warner & Rosseau), introduzindo a definição de *processing* para uma teoria abrangente do bem-estar e da psicopatologia à luz da ACP, reconhecendo que a experiência humana progride de processos fisiológicos e sensações corporais para uma experiência subjetiva, evoluindo de sensações vagas a versões articuladas subjetivas relativamente a uma situação. A atenção dada a tais processos subtis conduz a uma evolução no sentido de uma maior articulação de significado, contribuindo para que a pessoa desenvolva a sua congruência.

Segundo Warner e Rosseau (2007), o *processing* fornece as bases para a formulação de um modelo-teórico de bem-estar e dos distúrbios psicopatológicos, na medida em que, de acordo com esta perspectiva, a pessoa responde às pressões da vida, através de modos de compreensão e estratégias pré-estabelecidas que permitem um ajustamento, sem recorrer a um novo *processing*. Assim, a pessoa corre o risco de sofrimento psicológico, quando não consegue recorrer às suas capacidades de *processing* para encontrar soluções mais eficazes de ajustamento (Warner & Rosseau, 2007).

De acordo com Warner e Rosseau (2007) as condições relacionais necessárias e suficientes de Rogers – de congruência, de compreensão empática e olhar positivo incondicional – fornecem o suporte às capacidades de *processing* com origem profunda na natureza humana para desenvolver e melhorar as possibilidades (potencialidades) de resposta às pressões da vida. Tais condições de relação são criadas na relação terapêutica, mas também em relações quotidianas. Os problemas de *processing* têm origem em lacunas no seu desenvolvimento na infância, nas estruturas e processos orgânicos que estão na base do *processing* e em traumas e traumatismos que ocorreram ao longo do desenvolvimento afetando o *processing* (Warner & Rosseau, 2007). Qualquer perturbação dos processos fisiológicos ou bioquímicos do cérebro podem dificultar o um normal *processing*, todavia, o organismo humano está profundamente orientado para um esforço na busca de sentido em relação à experiência e dispõe de outros meios de *processing*, sendo as condições necessárias e suficiente de Rogers essenciais para facilitar o *processing* com recurso a todas as potencialidades biológicas disponíveis na pessoa, contribuindo para uma simbolização correta da experiência.

Warner e Rosseau (2007) propõe, ainda, substituir o termo de *self* por *selfing*, na perspectiva de processo e evolução constante de identificação com certas formas de “ser” o que se é “realmente”, procurando através da linguagem (simbolização) articular a experiência com a qual a pessoa se possa identificar com o seu “verdadeiro eu”, base da congruência. Nesta medida, a incongruência significa precisamente o contrário, que as experiências são negadas ou incorretamente simbolizadas, uma situação que tem consequências para a integridade do controlo comportamental, o que significa que, conscientemente, estamos a ir numa direção, enquanto o organismo está a ir noutra (Rogers, 2004).

Segundo Hipólito (2011) num desenvolvimento pleno, sem restrições e com uma atualização máxima das potencialidades a pessoa seria plenamente funcionante, com um campo de perceção sem restrições e em que o *self* organismico seria idêntico ao *self* real e ao *self* ideal. Trata-se, na verdade, de uma visão onírica, na medida em que a pessoa inevitavelmente irá

confrontar-se um dia com os processos do envelhecimento, onde o declínio progressivo e irreversível do organismo assume um papel tão importante como as condições de valor (Hipólito, 2011; Swildens, 2012).

Poder-se-ia considerar, então, existir diferentes graus de incongruência? Haverá algum grau de incongruência que permita o crescimento e um outro que contribua para uma destruturação permanente?

Segundo Odier (2013), na perspectiva biomédica, a doença é remetida para o diagnóstico, o tratamento e, possível, cura, sendo que quaisquer dificuldades psicológicas são entendidas como patológicas, de natureza neurótica ou psicótica, e uma etiologia da herança genética, passando pela biologia e o psicossocial, abrangendo a situação familiar e a cultura, até ao ambiente. Propõe, em oposição da perspectiva biomédica, a ACP, entendendo a perturbação incluída na totalidade da pessoa, sem ser um exclusivo de uma das partes. Introduce, ainda, a noção de fluidez, um movimento interno em busca contínua de adaptação, ou seja, de equilíbrio e congruência, não havendo lugar à fixidez, mas a uma autorregulação constante, sendo a incongruência transitória.

De acordo com Odier (2013), o termo patologia não tem lugar na ACP e o diagnóstico torna-se inútil, uma vez que a pessoa é concebida segundo uma perspectiva holística, em que todos os elementos interagem, sendo dado enfoque às forças de auto-cura do organismo e não no tratamento ou na cura da doença. Por isso, ACP, vai além da psicopatologia ou das categorias nosográficas, restritivas, centrando-se na tendência atualizante inerente a toda a pessoa, fermento da sua evolução. A adaptação requer um clima de facilitação, uma resposta à necessidade de amor da criança, uma necessidade, essencial, primária e indispensável para a criança e, posteriormente para o adulto, para que se possa afirmar, ganhar autoconfiança e florescer (Odier, 2013), já que uma aceitação condicionalmente positiva - condições de valor - desencadeiam na criança uma dissociação em si, entre o que experiencia e aquilo que simbolizará no campo perceptivo (Hipólito, 2011).

A criança ao experienciar a contradição diante da condição de valor da progenitora, a simbolização será em consonância com os parâmetros da progenitora, suprimindo, plena ou parcialmente, da consciência a sua própria experiência, constituindo-se como campo de percepção restrito. Pode, ainda, dissimular a experiência para poder ser aceite mediante uma simbolização distorcida. A criança passa, deste modo, a vivenciar uma tensão entre a experiência dos fenómenos (*locus* de controlo interno) e as decisões do outro a seu respeito

(*locus* de controlo externo), entre o *self* organísmico, *self* real, *self* percecionado com o *self* ideal ou *self* desejado, entre a cognição e a emoção (Hipólito, 2011).

Odier (2013) refere que a pessoa, ao procurar satisfazer as necessidades de amor e segurança para uma evolução ótima, vai internalizando valores externos, em detrimento dos seus, formando-se um conceito de *self*, parcialmente afastado dos valores organísmicos. Em determinadas situações não conseguirá manter a coerência entre a experiência e o autoconceito, passando a funcionar em dois modos, o modo organísmico e modo socialmente adaptado, em desacordo com o primeiro. Assim, a incongruência entre o autoconceito e a experiência imediata é, na ACP, a fonte das distorções, causa de todas as perturbações psicológicas, uma integração parcial da personalidade real, que limita o acesso à autoconsciência e bloqueia a tendência à atualização.

A incongruência tem uma duração e uma intensidade própria de cada pessoa, que encontra a sua resolução apenas numa exploração íntima e numa compreensão de si mesmo (Odier, 2013). A incongruência é responsável pelo aparecimento dos distúrbios psicológicos e tem uma intensidade, duração e rigidez variável dependendo da importância dos distúrbios. Enquanto Odier (2013) propõe um *modelo continuum* de atualização da pessoa, na vez das classificações clássicas das perturbações e Warner e Rosseau (2007) defende um modelo de vulnerabilidade de *processing* onde inclui modos de compreensão e estratégias pré-estabelecidas de resposta às pressões de vida, problemas de desenvolvimento nas capacidades de *processing* na infância e as condições de relação de suporte ao *processing*, Hipólito (2011) reconhece sintomas físicos (somáticos) e psicológicos (neuróticos e psicóticos), que resultam não só da incapacidade do organismo em equilibrar a tensão, mas cuja finalidade é a manutenção do melhor funcionamento possível do organismo. Hipólito (2011) refere, como exemplo, enquanto a discrepância entre um *self* percecionado e o *self* desejado contribui para uma menor estima de si, a dissociação entre a cognição e a emoção pode desencadear o sintoma de alexitimia ao nível da perceção ou da expressão (Hipólito, 2011).

A perspetiva de Odier (2013) não considera nem os fenómenos de *processing*, nem o sintoma físico ou psicológico como uma resposta do organismo para equilibrar a tensão, mas introduz algo de interessante para uma teoria da psicopatologia, designadamente os diferentes graus de incongruência. Considera que a incongruência é um estado mais ou menos instalado, em resultado de um processo da evolução ou desorganização, que varia consoante os acontecimentos e a consciência. Com base na identificação de vários itens da teoria rogeriana da personalidade (2004), fornece pistas para identificar os graus de incongruência,

nomeadamente: a autoconsciência; a consciência da incongruência, a coesão, a fluidez, a rigidez ou vulnerabilidade do autoconceito, o nível de ansiedade, a dificuldade de perceber e simbolizar a experiência imediata, o contato com o centro interno de avaliação, a estima de si, autonomia em relação ao olhar do outro, a dificuldade em assumir o controlo de si, a aceitação ou a renúncia da responsabilidade e do próprio pensamento (Odier, 2013).

Odier (2013) considera, a partir do modelo continuum de atualização da pessoa, que se poderá “cair” de um alto grau de maturidade para um grau inferior, o que não significa para si adoecer, mas da busca por um novo equilíbrio. Neste modelo continuum de atualização da pessoa, procura-se ir além dos rótulos do “normal” e do “patológico”. Os níveis de incongruência poderiam, em seu entender, ser considerados como uma descrição das principais etapas de amadurecimento psicológico, o que não difere das etapas do processo terapêutico (Odier, 2013).

Segundo Odier (2013) o modelo continuum de atualização da pessoa está sustentado em quatro pilares essenciais:

- a) A incongruência; a única fonte de problemas, cuja finalidade é tornar suportável a ansiedade causada pelo conflito entre a experiência imediata e o autoconceito, devendo este último manter-se coerente.
- b) As defesas; a distorção, rejeição ou negação (abaixo do nível da consciência) da experiência imediata;
- c) As consequências; as defesas influenciam a percepção da experiência imediata, simbolizando parcialmente, distorcendo pela racionalização (simbolização distorcida) ou rejeitando, mantendo fora do campo da consciência (não simbolizado)
- d) Os distúrbios; a manifestação da incongruência.

Destes mecanismos resultam disfunções na pessoa, cujos sinais observáveis são múltiplos, através de diversos sintomas: a fragilidade, a irritabilidade, a confusão, as reações emocionais, ausentes ou extremas, a inquietação, a agressividade, as emoções e sentimentos que parecem descompassados com a experiência imediata, a perda de sentido, a perda de contato com a realidade (comumente partilhada), entre outros (Odier, 2013).

Atrás dos sintomas, encontra-se, ainda, a ansiedade que, segundo Rogers (2004), corresponde a uma consciência latente do sujeito do conflito existente entre o *self* e a totalidade da sua experiência, constitui a reação do organismo à subcepção desse estado de desacordo e ao perigo de tornar-se consciente, o que exigiria uma modificação da estrutura do *self*.

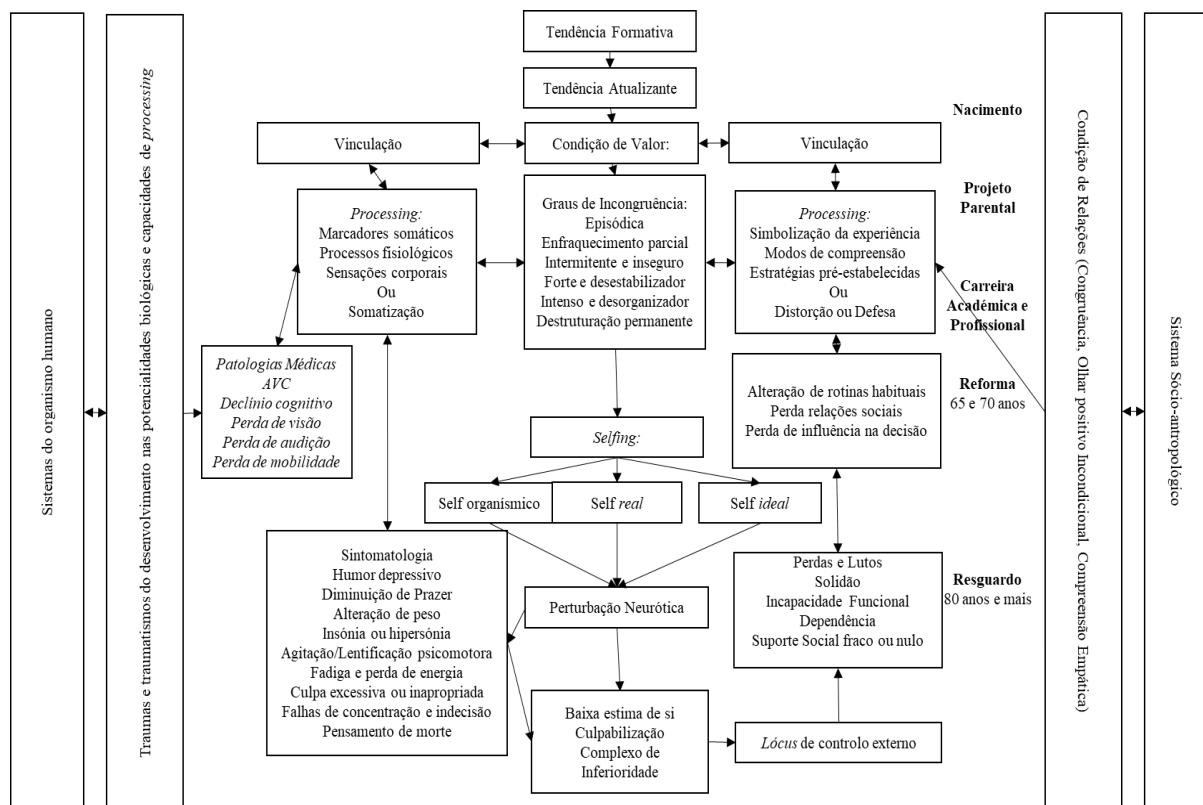
Segundo Odier (2013) o continuum estende-se desde o primeiro grau de consciência mínimo até ao grau mais alto, intolerável. Compreende, assim, a integração ou estado de completude e interioridade até ao estado de desorganização, estado de descompasso com a experiência imediata, fragmentação, um estado onde o indivíduo pode perder até o sentimento de existência. Os critérios são matizados com a sua expressão, a sua presença ou ausência são tomados de acordo com a sua intensidade e fornecem uma indicação do grau de incongruência. Em cada estágio desse continuum, as pessoas podem ter as mesmas atitudes, dificuldades ou defesas, variando apenas a duração da sua manifestação (Odier, 2013). Um estado de incongruência temporário e leve pode corresponder a um crescimento e adaptação em alguém ou instalar-se e piorar numa outra pessoa que está num nível de incongruência alto (Odier, 2013).

A consciência, no primeiro caso, permite enfrentar e aceitar a realidade, correspondendo a pessoas que funcionam bastante bem, que estão bem integradas e, na maioria das vezes, confiam no seu próprio julgamento, mas, também, podem ter distúrbios ocasionais seguidos de uma estabilização mais ou menos rápida (Odier, 2013). No segundo caso, é muito perigoso reconhecer o conflito e as realizações são mais difíceis ou podem não ocorrer, podendo, porém, ter consciência seguida de integração. Neste sentido, quanto maior o grau de incongruência, maior o perigo e mais raras as realizações. Segundo Odier (2013) os diferentes graus de incongruência permitem identificar a expressão inibida e os comportamentos desadaptativos, como manifestações de um conflito interno que o cliente tenta lidar, procurando um novo equilíbrio, variando os graus: de incongruência de estruturação episódica, de incongruência leve a médio ou de enfraquecimento parcial; de incongruência de grau moderado a significativo. intermitente e inseguro; de incongruência de grau significativo a profundo, forte e desestabilizador; de incongruência de grau profundo a extremo, intenso e desorganizador; até de incongruência de grau extremo a intolerável, de estruturação permanente. Assim, segundo esta perspectiva, qualquer indivíduo, de acordo com as suas experiências, pode se encontrar em diferentes graus de incongruência ao longo da sua existência, sendo estes transitórios, sendo que, quanto mais próximo do grau de incongruência menor, mais a pessoa estará congruente e funcionará no seu melhor (Odier, 2013), contribuindo as condições de relação – as atitudes nodais da ACP de congruência, olhar positivo incondicional e compreensão empática - na capacidade de *processing*, diante das pressões da vida (Warner & Rosseau, 2007). De acordo com Warner e Rosseau (2007), estas condições de relação podem ser, igualmente, encontradas nas relações sociais.

A investigação em neurociências, comprova a ocorrência de alterações neurobiológicas com as condições de relação, compreendendo a atitudes nodais da psicoterapia da ACP, nomeadamente aumentam a produção de ocitocina, este, um neurotransmissor produzido no hipotálamo e armazenado na hipófise, que ajuda a aumentar a confiança (Lux, 2011). As condições de relação ajudam, igualmente a baixar os níveis emocionais relacionados com o medo e regulados pela amígdala, diminuem a reação diante de uma ameaça, associada ao sistema nervoso simpático e baixam a ansiedade, aumentando, por sua vez, os mecanismos implícitos pré-reflexivos (neurónios-espelho) que interagem com o processo explicitamente controlado na formação da empatia, ajudando no contato psicológico (Lux, 2011). Aumentam, ainda, a calma e a confiança, facilitando a abertura à experiência e a interação pessoal (Lux, 2011).

Procurámos com uma representação esquemática apresentar uma síntese dos contributos anteriores, com enfoque especial na perturbação depressiva, no envelhecimento.

Figura 1- Perturbação depressiva à luz da ACP



Partimos, do pressuposto de Hipólito (2011), segundo o qual a pessoa com uma atualização máxima das potencialidades e mínimas de condição de valor teria atingido o desenvolvimento pleno e integrado, alcançando um campo de percepção sem restrições, em que

o *self* organísmico seria idêntico ao *self* real e ao *self* ideal, num cenário hipotético sem traumas, para depois refletirmos sobre o envelhecimento.

Quando a pessoa envelhece descobre, porém, sinais decorrentes do envelhecimento, rugas, entradas, veias salientes, manchas na pele, ainda jovem e forte, dá-se conta do declínio natural do envelhecimento (Swildens, 2012).

O envelhecimento e a, própria, morte, leva-nos a questionar sobre o processo de complexificação e a tendência atualizante até à etapa adiantada da vida (Hipólito, 2011). A nova imagem corporal com que a pessoa se vê confrontado começa a fazer parte da sua constituição e o confronto com uma nova realidade pode resultar numa despersonalização (Swildens, 2012).

A pessoa mais velha passa a julgar, a despersonalizar e a condenar o corpo a ser um elemento do mundo, como uma espécie de vingança, com sofrimento e fragilidade psicológica e a dor passa a vir para se anunciar a si própria, ou seja, o corpo está presente e preenche todo o campo perceptivo (Swildens, 2012), sendo a somatização resultante da incongruência, a manifestação das forças atuantes de auto-cura, como expressão da tendência à hipercomplexificação, via ao melhor funcionamento do organismo (Hipólito, 2011).

O grau de incongruência varia, de acordo com a capacidade de *processing*, isto é, em função dos modos de compreensão e de estratégias pré-definidas, que foram adquiridas desde tenra idade e evoluíram ao longo de todo o seu desenvolvimento (Warner & Rosseau, 2007), abrangendo desde os processos fisiológicos aos subjetivos.

O sofrimento diante da incapacidade funcional percebida e da dependência em face da pressão da vida e diante de um corpo, que antes era um corpo de transporte, mesmo que velho, se vai tornando num corpo tão pesado que não se pode fazer a economia dele e ter de suportá-lo, varia entre um maior ou menor grau de incongruência. Este corpo pesado pode assumir cada vez mais importância, retirando da própria pessoa certos elementos da sua autonomia (Swildens, 2012), podendo contribuir a um agravar da incongruência.

Aqui, o passado assume cada vez mais importância, a pessoa mais velha é sempre ao mesmo tempo memória e passado. Se nesse passado a pessoa internalizara uma condição de valor, que a levava a uma necessidade narcísica de aceitação e reconhecimento social ao longo da vida, em função do seu sistema sócio-antropológico (Caldeira et al., 1977; Campiche et al., 1992; Hipólito, 2011), então a vulnerabilidade é proporcionalmente maior.

Contribuíram para edificar esse ideal de *self* que o afastam no agora ao *self* real, também os sonhos que os progenitores projetaram para si (Hipólito, 2011) a promoção social, através da carreira, tendo estado presente, por vezes um sentimento de vergonha em relação às origens

e de culpa em relação àquele sentimento (Gaulejac, 2016), experimentadas no agora, etapa tardia da vida, um arrependimento ao passado do que deixara de fazer. Ao estar ancorado a um passado, quase não resta espaço para o *self* real, porque tanto o corpo como a memória autobiográfica não param de crescer de importância (Swildens, 2012).

As condições de relação, de autenticidade, de olhar positivo incondicional e empatia, podem contribuir para um aproximar ao *self* real, nesse processo de evolução de identificação com certas formas de “ser” o que se é “realmente” (*sefling*), procurando através da linguagem (simbolização) articular a experiência com a qual a pessoa se possa identificar com o seu “verdadeiro eu” (Warner & Rosseau, 2007), mais próxima do *self* orgânico, deixando gradualmente ficar ancorada à memória biográfica e aos sentimentos de arrependimento em relação a acontecimentos do passado, à “fatalidade do destino” e da resignação (*locus* de controlo externo) de circunstâncias presentes, vivendo e evocando a si a direção da sua vida (*locus* de controlo interno) e busca do propósito e sentido da sua vida.

Conforme refere Swildens (2012) a vida da pessoa mais velha é, essencialmente, passada no presente, o futuro torna-se, cada vez mais, curto, os planos a longo prazo são muitas vezes inexistentes (Swildens, 2012). A vida da pessoa mais velha é vivida cada vez mais passivamente à medida que o tempo passa, tornando-se o próprio tempo. A pessoa mais velha parece, muitas vezes, não ter controlo sobre o tempo vivido, relegando-o para o lugar da memória e para o passado (Swildens, 2012).

A pessoa mais velha vive com o tempo, é ele o próprio tempo e sente que o seu raio de ação está a tornar-se cada vez mais limitado, por isso se torna difícil improvisar e, sobretudo, antecipar, o que requer não só espaço, mas, também, tempo (Swildens, 2012).

As condições de relação podem ajudar a pessoa mais velha a deixar de estar num grau de incongruência permanente ou intenso para aos poucos ir alcançado uma incongruência de estruturação episódica, mais próxima da congruência (Odier, 2013), expressando uma maior estima de si e uma busca meta-subjetiva de vida (sabedoria), que procura o sentido da morte, no sentido da vida (Hipólito, 2011), de quem está a envelhecer, mas crescendo (Rogers, 1980), manifestação da tendência de atualização das potencialidades (possibilidades) biopsicossociais e hipercomplexificação (Hipólito, 2011), na etapa tardia do ciclo de vida humana.

PARTE III- DA AVALIAÇÃO AO ACOMPANHAMENTO NÃO DIRETIVO

3.1. Caso Clínico 1

3.1.1. Apresentação do Caso

Casanova² tem oitenta e três anos, é do género masculino, natural da região das beiras, proveniente de uma família caucasiana de nível socioeconómico médio alto. Tem o antigo curso comercial concluído, o equivalente ao secundário, tendo sido empregado bancário, desde os seus vinte anos até à reforma com cinquenta e sete anos. Foi revisor de material escrito de jornais e de revisas, em regime de part-time, atividade que manteve por alguns anos, mesmo após a reforma. Vive com a filha, desde a separação com a ex-mulher, tendo esta falecido durante a pandemia. A filha, funcionária numa fundação, tem vindo a assumir, desde que o pai teve os dois AVC, em 2017, o papel de cuidadora informal.

3.1.2. Observação clínica, em contexto de centro de dia

Casanova entra pela porta da sala de convívio do CD pela manhã dez e trinta, hora habitual da sua chegada ao estabelecimento, onde alguns dos seus pares já se encontravam. Desloca-se com muita dificuldade e lentamente, em grande esforço, apoiado num andarilho sem rodas, arrastando a perna esquerda, dando pequenos passos, suportando, com os membros superiores e mãos firmes nos apoios, um corpo com um peso corporal acima da média para uma altura de cerca de um metro e oitenta. Senta-se a custo, necessitando da ajuda da cuidadora formal, que lhe segura o braço para ampará-lo. Casanova mantém uma postura corporal um pouco fletida para a frente, apoiando-se sobre um dos braços da cadeira, com ombros descaídos e cabeça ligeiramente inclinada para o lado, parco e vagaroso de movimentos e gesticulação limitada. Apesar da máscara lhe cobrir parte do rosto³, ainda assim observa-se a sua expressão facial triste e olhar melancólico, manifestando fadiga e falta de energia, que vai além, do esforço, momentaneamente, despendido. Apesar de estarem reunidas condições de atualização das potencialidades (possibilidades), que recebe da instituição, o apoio domiciliário e da filha, enquanto cuidadora informal, confronta-se, diariamente, com a incapacidade funcional em assegurar as AVD, dependendo frequentemente de terceiros para ajudá-lo. Este confronto é diário, logo pelas manhãs, quando as cuidadoras formais do apoio domiciliário entram em sua casa para lhe prestarem os cuidados de higiene pessoal. A este propósito, refere, numa das sessões, que se senta, cuidadosamente, numa cadeira dentro do poliban, enquanto esta

² Casanova foi o pseudónimo atribuído para garantir o anonimato da pessoa por nós acompanhada. Do mesmo modo se ocultaram nomes de familiares ou pessoas próximas dos círculos sociais, locais e outros elementos que pudessem identificar a pessoa no corpo do texto do presente relatório.

³ Faziam parte das medidas durante o período da pandemia, COVID-19, entre outras, o uso da máscara.

(cuidadora formal) lhe dá o banho. Depois de ajudá-lo a vestir, acompanha-o à carrinha, que o transporta até ao CD. Casanova apresenta-se todos os dias em termos da sua higiene pessoal cuidada, mas da imagem pouco investida, da indumentária ao seu cabelo branco despenteado e barba mal aparada. Diariamente, vem com um fato de treino e de ténis, presumindo ser uma opção confortável e para facilitá-lo nas suas rotinas diárias. Enquanto aguarda pelo café, vai cumprimentando quem está mais próximo, mas sem desenvolver grande conversação. Senta-se todos os dias no mesmo lugar da sala de convívio, assim como outros seus pares, que se juntam em grupos, de acordo com as suas afinidades, sobretudo aqueles que o acompanham, desde que entrou há cerca de 4 anos no CD. É uma sala acolhedora e com bastante luz do dia e muitas das atividades, do movimento à terapia pelo tango, acontecem naquele espaço. Casanova participa nessas atividades, momento em que interage com os seus pares. Goza, por vezes, de um humor sarcástico durante as atividades programáticas do CD, mas, fora destas, pouco ou quase nada interagia, permanecendo a maior parte do tempo sozinho, pelo menos durante algum tempo em que decorreu o acompanhamento, ora folheando uma revista ou jornal, ora jogando ao solitário com um baralho de cartas, que trazia de sua casa. Havia um tempo, também, em que se encontrava quieto com um olhar fixo para o vazio, provavelmente, num vaguear de pensamento.

3.1.3. Motivo de escolha do estudo de caso

Casanova abordara-nos na sala de convívio, com comentários sobre o teor da revista que se encontrava a ler, sobre a realeza britânica. Fez questão de referir ter conhecido a princesa Diana e os dois filhos, na ilha da Sardenha, numa ocasião em que lá estivera por volta de 1976, em trabalho, tendo mantido esse contato por alguns anos. Refere ter trabalhado como empregado bancário, praticamente toda a sua vida até à reforma, e em part-time como revisor de textos de revistas, onde conheceu algumas pessoas públicas importantes, atividade que manteve algum tempo, depois da reforma. Parece-nos, naquele momento, que a carreira terá sido relevante na sua história de vida pelo modo como se apresenta, dando-nos a entender ser um meio de reconhecimento social. A riqueza do seu discurso, bem como de alguns elementos que ia partilhando da sua biografia, poderiam eventualmente explicar o seu isolamento em relação aos seus pares, nomeadamente pelo capital educacional e cultural que o diferencia dos demais (Bourdieu, 2010). Desabafa sobre o seu desânimo relativo ao parco convívio, referindo estar num ambiente “*pouco estimulante*” (sic). Além do seu humor deprimido a boa reserva cognitiva poderia nos dar um material interessante para o nosso estudo de caso, sobretudo ao nível da história de vida, que pretendíamos concetualizar à luz da ACP. No entanto, naquele momento, não lhe fizemos o convite para a participar do nosso estudo. Era comum haver

momentos de partilha como este que acontecera na sala de convívio, onde algumas pessoas presentes falavam de si, por vezes sobre assuntos íntimos e sensíveis, que colocava a necessidade por razões éticas de encontrar um espaço reservado, que fosse mais securizante e garantisse maior privacidade. A Casanova, bem como aos seus pares, tinha-lhes sido transmitido que o CD passara a ter acompanhamento psicológico, caso sentissem essa necessidade, esperando que um ou outro “utente” viesse ao nosso encontro com um pedido de ajuda; facto que nunca viera a suceder nos moldes previstos, acontecendo normalmente nos espaços comuns e no quotidiano do estabelecimento, a partir de uma conversa informal, sem que houvesse um *setting* terapêutico específico

Primeira Sessão. Em meados de novembro, encontrávamo-nos na sala de convívio pela manhã entre as saudações habituais, quando pede para falar. Parecia expressar um mal-estar e uma inquietação pelo olhar aberto e vivo e uma gaguez mais acentuada que a habitual, que justificaria a nossa intervenção. Acompanhámo-lo, depois de lhe sugerir um outro local, mais reservado, que tivera sido disponibilizado às avaliações psicológicas e os acompanhamentos no âmbito do estágio. Era uma sala pequena, habitualmente fechada, com janelas para o espaço da receção, sem luz natural, parca em elementos decorativos, mas que, apesar de tudo, permitiria garantir maior reserva da privacidade. A escolha do lugar onde sentar foi deixada ao seu critério. Sentou-se num dos dois pequenos sofás colocados por nós, quase frente um do outro, apenas, com uma ligeira inclinação, tendo em atenção que o estar de frente poderia se revelar um pouco intimidatório. Foi-lhe proporcionado a possibilidade, caso se sentisse confortável, de retirar a máscara e tempo para que se recompusesse e ficasse um pouco mais sereno. O retirar da máscara permitiu uma melhor leitura das suas mico-expressões e da comunicação interpessoal. Opta por retirar a máscara parecendo naquele momento evidenciar algum alívio.

Casanova apresentava-se com uma grande barba, mal aparada, tendo a boca encovada por falta da prótese dentária. Veio mais tarde a confirmar ter uma prótese em casa, referindo que por seu desleixo deixara de usá-la. Manteve durante a sessão uma postura ligeiramente curvada, uma gesticulação pobre, expressando fadiga, parca energia, desânimo e tristeza. Foi-lhe reforçado o motivo de estar numa outra sala e o nosso dever ético e deontológico de confidencialidade. A prioridade, naquele momento, não era iniciar um acompanhamento psicológico, embora fosse esse um dos principais objetivos do estágio, mas em mitigar a ansiedade em que parecia se encontrar, a relação de ajuda em linha com a ACP. Casanova, entretanto, acomodado, começa por falar da mágoa face às palavras de zanga da sua filha, proferidas pela manhã, antes deste sair de casa; na verdade, um desabafo em relação ao cansaço

e falta de tempo que sente para ela, imputando a culpa ao pai. As palavras parecem ter tido uma ressonância emocional negativa em si, acentuado ainda mais a percepção que tem da sua incapacidade funcional, elevando, ainda, a baixa estima de si ao expressar sentir-se “um inútil” (sic) e um “um peso” (sic) para uma filha dedicada e afetuosa, que sempre esteve a seu lado e por sua causa tem adiado o projeto de vida dela, carreira e família.

Expressa que sua condição compromete o futuro da filha, culpabilizando-se. Vive apenas com a sua filha de 52 anos, administrativa numa fundação, que assume o papel de cuidadora informal, desde que sofreu, em 2017, o AVC isquêmico, e, três dias depois, o AVC hemorrágico. Os traumas nas potencialidades biológicas resultaram na paralisia da perna esquerda e numa afasia expressiva, que indiciam diferentes localizações das lesões cerebrais, nomeadamente no hemisfério direito e a outra na área de broca, tendo-lhe afetado a fala. Na sequência destes traumas, esteve em internamento e, posteriormente, num centro de reabilitação, tendo beneficiado da terapia da fala e de fisioterapia, permitindo recuperar a fala. Ajudaram-no, ainda, a diminuir o *handicap* da locomoção com recurso de ajudas técnicas. Casanova é repetitivo no conteúdo, focando o seu pensamento no tempo de espera por uma resposta para iniciar a fisioterapia, que vê adiada. A incapacidade funcional percebida e a dependência para realizar as AVD, acrescidas desse tempo de espera para que já pouco tempo tem, aumentam a angústia e a ansiedade. A condição física continua a constituir para si um entrave, limitando-o na sua autonomia e, sobretudo, na liberdade de decisão e escolha, dependendo sempre do apoio de alguém. Condiciona-o na atualização das suas potencialidades psicossociais (ou possibilidades), outrora ricas, mas confinada, no agora, ao seu novo papel social e novos círculos de sociabilidades, entre o domicílio e o CD. Casanova refere que o quotidiano é para si parco de convívio por não encontrar afinidade ou estímulo intelectual, reportando-se aos seus pares que frequentam o CD, exprimindo um sentimento de vazio e solidão. Acresce, ainda, à vulnerabilidade psicológica em que se encontra, as perdas de quem lhe era muito próximo e com quem convivia, amigos e, recentemente, a irmã mais nova. Diz que a filha tivera dificuldade em lhe dar a notícia do óbito da irmã, temendo o provável efeito emocional em si. Diz sentir-se também só em casa, valendo-lhe a companhia de um cachorro de quatro meses, que a filha foi buscar a uma associação zoófila para substituir a perda de um outro animal doméstico, que tivera. Este sentimento de solidão e de perdas que o vai acompanhando ao longo do tempo, coexistem com um sentimento de arrependimento por decisões que deixara de tomar no passado, nomeadamente o pedido de divórcio com a mãe da filha, falecida durante a pandemia com a COVID-19, de quem refere não sentir pesar. A

percepção que fica da sua expressão é de cólera e zanga, quando refere nunca se ter sentido, no casamento, um “*homem pleno*” (sic), procurando fora, em relações extraconjugais ocasionais e efêmeras, compensar a ausência dessa “realização” (sic), o que, também, nunca acabou por alcançar nessas relações fugazes. Atribui a razões financeiras não se ter separado, o que impediu de ter encontrado alguém e, provavelmente, hoje não estaria só, como refere. Sente-se com o mesmo desejo sexual que sempre tivera, falando da atração que sente por uma vizinha com trinta e seis anos e de outras mulheres mais novas, mas num corpo que segundo a sua percepção já não responde da mesma forma de quando era mais jovem. A este propósito, fala da sua abstinência sexual, da dificuldade em ter uma ereção, da falta de excitação e de já não sentir o mesmo prazer em se masturbar como sentia, apesar do desejo de ter uma ejaculação. A sexualidade é algo que o perturba, profundamente, e lhe causa grande sofrimento psicológico. Teve uma única experiência em que acabou por “pagar para ter sexo” (sic), quando regressou a casa, logo após o internamento na sequência dos dois AVC. Casanova fala abertamente da sua sexualidade, tendo aliás sido uma constante ao longo das sessões, descrevendo ao detalhe as experiências do passado, bem como das suas fantasias atuais. Partilha que continua a “cortejar mulheres mais jovens” (sic), revelando a forte vontade de uma experiência íntima ou, mesmo, de um compromisso, quem sabe mais sério, mas “sem sucesso” (sic) por uma ou outra causa, “é casada” (sic). O seu discurso foi circular entre a culpa por se sentir um peso na vida da filha, a sua incapacidade funcional, uma resposta de um centro de reabilitação que vê adiada, um arrependimento pela decisão que não tomou em relação ao facto de não se ter divorciado há mais tempo da sua ex-mulher, os tempos e espaços quotidianos parcos em oportunidades de encontros, as perdas, a solidão, uma provável masculinidade traída pela gradual fraqueza das potencialidades biológicas, como se a direção da sua própria vida tivesse ficado em suspenso e entregue ao próprio destino (*locus* de controle externo), que o impede, ao mesmo tempo, de se experienciar no agora, num grau de incongruência intenso e desorganizador (Odier, 2013). Casanova vê-se confrontado com um corpo em declínio e a impossibilidade em reparar o passado, experimentando sentimentos de culpa e arrependimento. Guardava em si muitos outros motivos “mascarados”, base do seu sofrimento psicológico, indo muito além do desabafo que tivera em relação às palavras da filha, que lhe causara mágoa. Foi possível na sessão mitigar um pouco desse seu sofrimento psicológico, sem, contudo, ir a fundo, manifestando vontade, no final da sessão, em voltar.

3.1.4. Descrição Clínica

Segunda Sessão. Casanova aguardava na sala de convívio, encontrando-se mais sereno e menos ansioso do que na primeira sessão. Tal como na primeira sessão, é convidado a ir até à sala reservada ao acompanhamento psicológico, escolhendo o mesmo lugar onde se sentara da primeira vez. Depois de se acomodar, entrega um papel, que continha o nome da medicação que, habitualmente, toma, referindo, ainda, ter tido, quando a sua ex-mulher esteve grávida da sua filha, consultas psicológicas, as únicas ao longo da vida. Refere que o psicólogo era formado pela Sorbonne e que ficara seu amigo. Era psicólogo da sua ex-mulher que tinha pedido ajuda por ter “pavor ao parto” (sic). Encontrava-se grávida da sua filha. Casanova procurara apoio psicológico para a sua ex-mulher e refere que, embora tivesse tido consultas também, as sessões eram agradáveis, conversas de uma amizade que ficou, sem ter por base uma queixa. Fomos indagando sobre os 6 medicamentos escritos no papel e, em concreto, sobre o *Zopildem* e o *Trazadona*, nomeadamente em que momento lhe foram prescritos. Casanova refere, sem precisar o tempo certo, que tinha sido depois dos AVC e início da pandemia. Refere que tempos depois de vir para casa sentia uma grande angústia, um desânimo e uma falta de sentido de viver. Começou a ter dificuldades em dormir, tinha insónias iniciais e intermédias. Desde, então, mantém essa toma de medicação, com receita médica. Ao questionar sobre os seus hábitos de sono e alimentares, refere não ter, atualmente, insónias iniciais, intermédias ou terminais, mantendo o apetite, sendo provável que a terapêutica psicofarmacológica continue a atuar ao nível de alguns dos sintomas, tendo-se alcançado algum equilíbrio, sem atuar, contudo, nos processos naturais de amadurecimento e de autocura (Hipólito, 2011). Em termos das suas rotinas e hábitos noutros contextos sem ser o de CD, refere que sai à rua com a filha para dar um pequeno passeio, mas raramente o faz, passando a maior parte do tempo com o seu cachorro numa marquise, sobretudo de manhã, a ouvir a rádio Amália, já que as tardes são passadas a dormir, longas sesta, até ao final do dia, altura em que acorda para uma refeição ligeira, enquanto vê um pouco do noticiário, pois gosta de se manter informado. Depois volta a deitar-se. À medida em que se conhece um pouco mais sobre as suas rotinas, a dúvida em relação ao seu quadro clínico parece persistir, não sendo claro se as longas sesta ao fim de semana são o resultado de um desinteresse por atividades que, anteriormente, lhe eram agradáveis (anedonia), efeitos da medicação para dormir ou do antidepressivo ou, ainda, pela condição física atual, que o “aprisiona” e o “priva”, em grande medida, do encontro com outras pessoas ou do sair, simplesmente, para dar um passeio na rua com o seu animal de estimação; algo que refere sentir tristeza por não conseguir fazer. Pela observação, em ocasiões especiais no CD (aniversários,

arraiais, outras celebrações), apresenta um apetite sôfrego, persistindo a dúvida sobre os seus hábitos alimentares em casa, atendendo ao seu peso corporal, acima da média. Procura-se saber como terá sido o período após a reforma de modo a compreender como preenchia o seu quotidiano e quais os seus focos de interesse. Procurámos aos poucos colocar algumas questões, seguindo uma entrevista semiestruturada, com o intuito de obtermos a sua história de vida⁴. Casanova refere que se reformou aos cinquenta e sete anos. Depois da reforma, manteve-se, durante algum tempo, ativo como revisor de textos de um jornal e de revistas, uma atividade que gostava muito, garantindo-lhe, ao mesmo tempo, uma fonte de rendimento. Foi uma transição fácil, nas suas palavras, uma vez que procurou estar sempre ativo, tendo prazer em todas as suas atividades, nomeadamente as longas caminhadas que fazia, até ter tido os AVC. O traumatismo decorrente das lesões cerebrais, a sua nova condição após o internamento, a adaptação a uma nova realidade, depois da admissão no CD, contribuiria para a sintomatologia depressiva. Apesar da terapêutica psicofarmacológica, alguns dos sintomas depressivos parecem persistir. Em termos da sua história clínica, em geral, refere que, além dos AVC, a única doença que teve foi, apenas, o sarampo na infância. Foi sempre saudável sem doenças congénitas ou adquiridas, traumáticas, convulsões e nunca fora, até à altura em que sofreu os dois AVC, submetido a uma intervenção cirúrgica ou hospitalizado. Casanova não menciona, também, até a essa altura, questões de saúde mental.

Terceira Sessão. Casanova inicia a sessão evocando uma memória associada à primeira experiência com a morte, pelos cinco anos de idade, da avó materna, de quem se recorda ter tido para consigo uma relação afetiva e carinhosa, lembrando-se dos seus abraços. Descreve ao detalhe o episódio, referindo que um dia chegara a casa da sua avó materna, apercebendo-se de que algo de menos normal se passava. Viu muita gente, duas velas acesas e no centro da sala, uma urna onde se encontrava a avó, agarrando-se a esta de imediato de tal forma que foi difícil tirá-lo do local. Após o funeral, questionara a mãe, pois queria saber para onde iam as pessoas quando morriam. A mãe levou-o ao cemitério para visitar a campa da avó e, durante algum tempo, visitou-o, recordando-se chamar por ela. Ao falar da sua avó materna emociona-se, ficando em silêncio durante alguns minutos. Entretanto, questionamo-nos sobre o motivo subjacente à evocação daquela memória episódica na sessão, do grau de detalhe do episódio numa etapa do seu ciclo de vida, os cinco anos, em que só aí se começa aos poucos a discernir entre o real e o imaginário, mas que, ainda, se confundem. Qual o motivo da evocação da

⁴ No anexo III, poderemos ler alguns desses excertos transcritos das entrevistas, tendo sido obtido o consentimento informado, também em anexo (anexo I).

memória e de começar por ela no seu “romance familiar”, terá este evento em que contacta com a morte pela primeira vez e perde alguém que lhe foi querido constituído um trauma no seu desenvolvimento, ou de um questionamento, no agora, sobre sentido da morte, no sentido da vida (Hipólito, 2011). Embora fosse objetivo naquela sessão iniciar a recolha da sua história familiar, procurámos, na medida do possível, acompanhá-lo, tendo em atenção não quebrar a linha de pensamento e a expressão das suas emoções. A nossa percepção, era de que ao falar desta e de outras memórias episódicas, procurava, ao mesmo tempo, dar-lhes uma significação, com a qual se identificava como seu “verdadeiro eu” (Warner & Rosseau, 2007). Uma abordagem não diretiva implicaria acompanhá-lo, sendo ele único responsável na direção da sessão, contudo cabia-nos colocar questões sobre a sua história de vida para prosseguirmos com a nossa avaliação. Procurámos, deste modo, partir da partilha inicial sobre esta perda que o marcara, colocando questões sobre esta sua avó, para assim introduzi-lo, ao poucos, na sua genealogia, dando-lhe uma direção. Casanova prossegue, então, referindo que a sua avó era doméstica e de que o seu avô trabalhava nos caminhos de ferro, como inspetor, tendo estado muitos anos em Espanha, onde nasceram duas das suas filhas, irmãs da sua mãe. A sua mãe já nascera em Portugal, na região das Beiras, tendo frequentado um colégio, até ao quarto ano de escolaridade. Desde nova, começara a trabalhar em casa, eram seis filhos. Uma das irmãs era viúva e uma outra solteira. A mãe trabalhava muito em casa como doméstica e, tal como a sua avó materna, era católica, mas não “*beata*” (sic). Refere, inclusive, que a avó se opôs ao convite de um padre de um colégio interno em Lisboa, onde frequentaram duas das suas filhas, que uma delas fosse para freira. Tudo se passou na primeira década do século XX. Passadas duas semanas as filhas acompanhadas por freiras acabaram por ir para casa, tendo sido estas deixadas à porta com os seus pertences, “*nem sequer bateram à porta*” (sic). Uma das suas tias casou com dezasseis anos com um empregado de uma companhia de seguros e tiveram onze filhos e uma outra casou aos dezassete anos com um encarregado de uma sapataria, tendo tido cinco filhos. O relato da sua história familiar deve ser enquadrado à época em que a mulher casava muito jovem para ter filhos, ficando em casa para cuidar da família e o homem era visto como quem sustentava a família com o seu trabalho. Casanova provinha dessa família tradicional, católica, de uma classe social média, o pai, nascera em Lisboa, tinha, na região das Beiras, duas fazendas e umas casas, que eram do seu avô paterno, onde acabou por ir viver, com pouco mais de vinte anos. Trabalhou como ajudante de guarda livros, numa firma de produção de azeite. Conheceu a mãe por intermédio de uma irmã, que trabalhava numa casa muito rica. A irmã do pai apresentou-a na rua, como “...uma rapariga ajuizada e que este iria gostar dela” (sic).

Namoraram e pouco tempo depois casaram. O pai tinha estudado num seminário em Santarém e concluiu o curso comercial em Lisboa. Casanova refere-se ao pai com expressão de admiração, referindo-se a ele como “um homem culto que sabia até tocar piano de ouvido” (sic). Apesar de terem bens, o avô paterno era um “avarento” (sic). Recorda-se, apenas da sua avó paterna, referindo-se a ela como uma “uma mulher fantástica” (sic), muito religiosa, quando se dirigia à igreja o polícia sinaleiro no seu palanque mandava parar o trânsito para deixá-la passar, talvez pelo estatuto do seu o avô, um funcionário público. Já do avô, Casanova não nutria a mesma admiração. O avô paterno tinha “o vício da bebida e (jogo) das cartas” (sic). Recorda-se de ir com o seu pai visitar os seus avôs, visitas que duravam cerca de duas horas. Acabavam por estar apenas com a avó, pois o avô encontrava-se com os amigos no jardim a jogar às cartas e a beber. Depois de algum tempo de espera pelo avô, o pai acabava por vir embora consigo, desolado. Casanova exprime, naquele momento, sentimentos de cólera em relação à atitude do avô paterno para com o pai; um avô que nunca chegara a conhecer. Pensávamos no pai de Casanova e deste emaranhado complexo que leva ao desejo de aceitação, cuja raiz ontológica reside pouco tempo depois do nascimento com a internalização da condição de valor, uma necessidade de afeto e de sobrevivência, que mais tarde se manifesta em necessidade de reconhecimento social. A incongruência é resultante da negação de aceitação e reconhecimento, um complexo de inferioridade e baixa estima de si, que se estende por várias esferas sociais, e ameaçam a própria existência, tal como a condição de valor nos primeiros tempos de vida se transmite ao longo da história familiar, precedendo o nascimento, como “uma espécie de “árvore” que se perde na noite dos tempos, da qual faz parte os pais, avós e antepassados” (Hipólito, 2011, p. 128) através de lealdades invisíveis (Schützenberger, 2015). A ausência deste avô na vida do pai parece ter ressonâncias emocionais em si pelo modo como descreve a tristeza do seu pai, referindo que depois da visita, ia com o pai jantar, recordando-se de umas variedades que animavam durante o jantar, amenizando aquela tensão que ficara. Quando o seu avô paterno morreu, frequentava ainda a formação na instituição militar. Foi com o pai e os irmãos ao velório, recordando-se dos tempos em que foi ao cemitério visitar a sua campa, expressando uma certa melancolia por um tempo que parecera marcante na sua vida. Falámos dos pais, para avançarmos na sua história de vida, cientes, no entanto, que muito haveria a explorar. Os pais conheceram-se, namoraram e, pouco tempo depois, casaram pela igreja católica. As gravidezes não foram planeadas, tendo os filhos nascido todos seguidos, com uma diferença de um ano entre eles. Casanova foi o quinto filho de uma fratria de seis, tendo a mãe tido um parto normal. Casanova foi um recém-nascido saudável. A única doença que se

recorda ter tido em criança foi o sarampo. Refere ter tido uns “pais maravilhosos, uma família fantástica” (sic). Teve sempre uma boa relação com o seu pai. Este, esteve muito presente na sua vida. A mãe era um pouco mais reservada. Teve, igualmente, uma boa relação com os irmãos. A irmã mais velha assumia, depois do falecimento da mãe, o papel matriarca. O ambiente familiar era muito bom e os pais estavam sempre de acordo um com o outro. Refere, também, que existia afeto e amor entre os pais. O pai tinha uma grande paixão pela mãe, “uma cegueira completa” (sic). Os pais gostavam muito de levá-los a si e aos irmãos a piqueniques, para o campo junto a um riacho. Refere que a casa de família era abastada, nada lhes faltou, tendo sido proporcionado a todos os seus irmãos um percurso académico. A sua irmã mais velha formou-se em engenharia química, o irmão mais velho frequentou a escola do exército. Casanova também frequentou uma instituição militar dedicada ao ensino e à formação profissional. Viviam em casa de família duas tias, irmãs da mãe. Uma era viúva a outra solteira. Esta sua tia, tivera em criança uma meningite. Tinha uma deficiência intelectual. Ambas as tias ajudaram na sua educação e dos seus irmãos. Refere ter tido sempre uma grande proximidade com a mãe, uma mulher afetiva. Casanova tinha muitas conversas com o pai. Enquanto o pai falava mais com os rapazes, a mãe falava mais com as raparigas. Os pais eram muito conhecidos, “*quando a família passeava na rua todas as pessoas ficavam encantadas*” (sic). Os pais, não sendo abastados, eram de uma classe social acima da média, sobretudo o pai tinha muitos bens. Iam à igreja, à celebração eucarística dominical, e estavam, igualmente, presentes na missa do galo. Recorda-se que o pai acompanhava a eucaristia e sabia “papaguear tudo” (sic). Casanova tal como os irmãos fizeram a catequese, a profissão de fé e foi crismado. Refere ter estado na catequese por ser um “miúdo vivaço” (sic), partilhando um episódio em que fora advertido pela catequista pela sua irreverência. A catequista reagiu, imediatamente, acabando por fazer queixas à mãe, dizendo-lhe que não o queria mais a frequentar a catequese. À noite o pai chama-o para falar sobre o sucedido, advertindo-o para que não voltasse a ter o mesmo comportamento. O pai não era de castigar e só o fez uma vez. Conta que uma ocasião, em que se encontrava em exibição no cinema um filme de *cowboys*, os irmãos manifestaram à mãe vontade de ir ao cinema, ao qual esta disse para falarem com o seu pai. Decidiram, no entanto, irem ao cinema, sem o seu consentimento. Enquanto assistiam ao filme veio ter com eles um dos contínuos, avisando-lhes que à porta do cinema estava o pai. Este, aguardava-os dentro do carro. Entraram no carro e foram para casa. Foram para o sótão. Subiram as escadas de uma casa de quatro andares e o pai disse-lhes para entrarem no quarto. Entraram no quarto e já lá estava a mãe a aguardar, assim como as suas tias. O pai começou, então, por repreendê-los pela

desobediência. Entretanto, o pai bate ao mais velho, aquele que tomara a iniciativa. O pai, também, se dirigiu a Casanova. Lembra-se que ficava sempre muito encarnado quando era repreendido pelo pai, parecendo ter um ataque cardíaco iminente. Nesse dia acabou, também, por levar uma “palmada” (sic), refere. Uma das tias tentou colocar-se entre os miúdos e o pai, que estava furioso. O irmão ficou transtornado e zangado, até falou em matar-se com uma arma. Casanova tentou acalmá-lo. Foi o primeiro e único episódio, em que o pai lhe bateu. Passados uns dias o pai falou com eles dizendo-lhes que estes tinham sido bastante desobedientes e, sobretudo, tinham mentido à mãe. O pai disse-lhes ser seu desejo que houvesse mais diálogo com ele. Casanova acabara por dar razão ao seu pai, tendo ficado naquela altura com um sentimento de arrependimento, até hoje. Refere emocionado ter o melhor pai do mundo e que aquele episódio acabara, também, por afetá-lo.

Quarta Sessão. Casanova trazia com ele um envelope onde retira umas fotografias de família por sua iniciativa. Embora fosse objetivo recolher a história pessoal e manter um certo ritmo ao longo da sessão, afigurava-se, porém, essencial não quebrar aquela sua iniciativa. Assim, ao pegar diante de si numa dessas suas fotografias, que parecia ser da casa da família, fica, naquele momento, com um olhar congestionado de emoção. Talvez se a nossa abordagem tivesse sido outra, desvalorizando a sua iniciativa, teríamos perdido a oportunidade de uma partilha autêntica e emocionada, provavelmente pensada, preparada e aguardada por ele para aquela sessão. Começa, então, por descrever a fotografia, falando da casa onde nasceu, contigua a um palacete, em que guarda, ainda, na memória existir lá um coche. Ao lhe ser dito que aquela fotografia pela sua expressão parecia trazer-lhe saudades, este confirma com um ligeiro aceno com a cabeça, seguido de silêncio. A sua mãe, depois de se casar, ficou logo grávida tendo todos os seus irmãos nascido naquela casa, sendo ele o quinto de uma fratria de seis. Todos os seus irmãos foram, igualmente, desejados pelos pais. Os partos foram todos em casa com a ajuda de uma parteira, “*uma mulher homem... arrancou-os a todos*” (sic). Quando nasceram os gémeos, primeiro foi o rapaz, em relação à rapariga a parteira já teve que chamar o médico, “*um velhote*” (sic). Casanova, também, nasceu de parto natural e sem complicações. Foi um bebé saudável e com um percentil a cima da média. Foi amamentado com o leite materno, assim como todos os seus irmãos. A mãe dizia que ele tinha sido um “*bebé mamão*” (sic). Foi “*muito amado*” (sic), refere enquanto esboça um sorriso. A única doença que teve foi aos cinco anos o sarampo, atacou-o fortemente. Também nunca teve problemas respiratórios. Até aquele momento da partilha, a sua descrição dava conta que crescera num ambiente saudável, aparentemente uma infância sem juízos depreciativos aparentes, relativos a si por parte das suas figuras de

referência. Recorda-se de gostar de brincar, de ter brinquedos no quarto como carrinhos, inclusive um cavalo de papelão, que gostava muito. O pai procurava que não faltasse nada aos filhos. Gostava de brincar na rua ao berlinde e à bogalha. Partilhava o quarto com os irmãos. As irmãs mais velhas tinham um outro quarto e a mais nova um outro. Ao todo existiam quatro quartos em casa. A partilha do quarto entre os irmãos era tranquilo. Em criança brincava mais com o irmão mais novo, tinham pouca diferença de idade. Costumavam jogar à bola, mais uns colegas de escola. Um deles, o pai era agente da tabaqueira. Foi esse seu amigo que lhe incutiu o vício do tabaco, tinha nove anos. Fez a sua comunhão solene aos onze anos. Nessa altura vivia na casa dos avós maternos. Era uma casa muito grande, refere. O avô materno era inspetor dos caminhos de ferros e a avó doméstica. Tiveram 8 filhos. Esteve em Espanha, tendo aí nascido três das suas tias. Em casa sempre se falou espanhol e francês. Quando inicia a instrução primária recorda-se de ter levado uma várias vacinas como a do tétano pela Direção Geral da Saúde, que na altura passava pelas escolas. Acredita que as vacinas o deixaram-no imunizado até hoje. Antes de ir para a instrução primária teve até aos 4 anos sempre com a mãe e duas tias, que a ajudaram a criá-lo até ir com cinco anos para uma pré-primária. Foi aí que aprendeu as letras, o alfabeto e a fazer o cordão de bilres. Aos 6 anos, entra para a escola de instrução primária. Quando foi para a escola já sabia o alfabeto, o nome das serras e dos rios, pois havia uma professora na pré-primária, que lhe foi dando “algumas luzes” (sic) para que fosse melhor preparado para o primeiro ciclo. Fez a instrução primária, onde as turmas, ainda, eram divididas por género. Era um bom aluno, em matérias como o cálculo mental, história e geografia. Refere ter tido na escola uma professora primária “fantástica” (sic). Lembra-se da sua professora ter partido réguas na sua mão, pois era bastante “traquinas” (sic) em sala de aula, “só queria brincar” (sic). Embora fosse irrequieto, nunca teve dificuldade na aprendizagem. Ia com alguns dos colegas para casa da professora ter explicações num “caramanchão grande” (sic). Dava-lhes bolos e pão com manteiga, memórias que se recorda com nostalgia. Na terceira classe com nove anos, começou a andar atrás das raparigas. Namorou com uma delas, altura em que deu o seu primeiro beijo. Diz, sorrindo que “*era filha de um médico lá de casa ... nessa altura eram só uns beijinhos*” (sic). Aos onze anos conclui o segundo ano com aproveitamento, mas à tangente, nomeadamente a matemática. Andou no liceu com os seus irmãos e gostou de lá andar, principalmente, pela camaradagem. Tinha um reitor muito autoritário, que não queria que os alunos andassem nos cafés. Casanova pouco se importava com aquela figura de autoridade e ia na mesma para o café jogar ao bilhar, desobedecendo, o que acabou, também, por se refletir no fraco desempenho escolar. Teve um professor de matemática que fazia duas provas por mês.

Recorda que numa teve dez valores e numa outra nove. Passou à tangente com um dez. Lembra-se da sua adolescência aos doze anos de ir correr tudo com os seus amigos, tiravam fotografias uns aos outros. Um desses seus amigos incutiu-lhe aos nove anos o vício de fumar. O pai desse seu amigo, era agente de uma tabaqueira. Começaram a fumar tabaco americano, que era muito forte. Fumavam às escondidas dos pais. Diz que os cigarros eram uns seguidos de outros até ficarem com “tonturas” (sic). Nessa altura perde o interesse no estudo, apenas queria se divertir, ao contrário de irmãos mais velhos, que “eram alunos de quadro de honra” (sic). Casanova e os gémeos não foram tão bons alunos. A mais velha era “marrona” (sic) e a mais nova, também, sempre foi uma aluna de excelência. Foi quando o pai lhe fala que era da sua vontade que frequentasse um dos cursos profissionais, que havia numa instituição militar, tendo acabado por ter sido uma opção. Casanova não gostava de andar no liceu e por receio de desapontar o pai, caso não lhe fizesse essa sua vontade, mesmo ficando longe da sua casa, acabou por ingressar nessa instituição militar. O pai tinha esse “sonho” para si, a par de outros, provavelmente, até, antes do seu nascimento, tal como acontece com outras crianças em que são investidas antes do nascer dos sonhos e projetos dos seus progenitores (Hipólito, 2011). O pai queria que ele tivesse um ofício. Na altura, essa instituição militar tinha vários cursos. Entra na instituição com doze anos, teve carpintaria, serralharia, forja e fundição, “*uma bagagem fantástica*” (sic). Foi quando alguém disse que havia um bom curso, “uma maravilha” (sic), só de prática, apenas com duas disciplinas, que era o de ótica. Acabou por ser a sua escolha, bem aceite pelo pai. Faziam as lentes, poliam o vidro, os prismas para binóculos, refere que era um trabalho como deve ser, só tinham duas disciplinas, ótica do ramo da física, que estuda os fenómenos luminosos, a outra de tecnologia de materiais. Durante esse tempo, o irmão mais velho, também, esteve em formação numa instituição militar. À sexta-feira ia ter com ele. Comia e dormia com o irmão, que tinha o seu próprio quarto. O irmão mais velho obrigava-o a estudar, referindo-se que ele era rígido, mas “era um bom irmão” (sic). Chegou a ser o melhor aluno de cavalaria da escola do exército. O pai começa a estar, também, mais presente na sua vida. Recorda-se de irem a um restaurante com o pai, com uma vista fabulosa. Nesta altura o pai mostra-lhe o local, onde nascera, recordando-se emocionado de passear fardado com ele pela cidade. Foram “momentos maravilhosos” (sic), referindo ter tido um pai fantástico. Nesse momento de partilha, pede uma folha e faz a sua rubrica e a do pai, realçando as semelhanças. Guarda grande admiração por ele. Diz ser, ainda, hoje uma referência para si. O curso era de cinco anos, mas chegou ao terceiro ano e desistiu, tendo o pai ficado com grande desgosto, referindo-se com um sentimento de arrependimento e culpa por ter desiludido o pai, reflexo da condição de valor que

internalizara. Recordar-se da conversa que teve na altura com o pai, em que lhe dizia faltar apenas dois anos. Casanova reitera, nessa altura, o seu descontentamento e vontade em desistir daquele projeto que o pai idealizara para si, dizendo que “estava farto dos vidros” (sic). O pai acabou por aceitar a sua decisão, não obstante o investimento já feito, da compra de um uniforme, na altura cinco contos e oitocentos, e de uma mensalidade de 600 escudos, manifestando tristeza e receio de ter magoado o pai. Apesar de tudo quando volta a casa, volta a estudar à noite, ajudando o pai durante o dia. Teve algumas equivalências e acabou por fazer o curso comercial completo, com bom aproveitamento. Foi sempre um aluno médio bom, como refere. Conclui o curso comercial com 17 anos.

Quinta Sessão. Casanova faz uma revelação, recuando um pouco na sua história de vida, que relatara na sessão anterior. Conta que o pai, certo dia, o chama ao escritório e lhe pergunta se já tinha tido uma experiência sexual, tendo ficado bastante acanhado. Casanova tinha treze anos. O pai procurara colocá-lo à vontade, dizendo-lhe que “afinal eram homens” (sic). O pai dá-lhe um contato de uma pessoa sua amiga de infância, que geria uma “casa de meninas” (sic). Diz-lhe para se apresentar lá como seu filho, uma vez que já estaria tudo combinado. Dirigindo-se até ao portão, a dona da casa perguntou-lhe quem era e ele apresenta-se. Ao entrar na sala, esta pede que aguarde convidando-o a sentar. Quando regressa vem acompanhada com uma rapariga lindíssima, refere, com pouco tempo a trabalhar naquele espaço, apenas dias. Partilha que no quarto foi uma “loucura” (sic), esboçando um sorriso. Depois, quis pagar, mas a dona não quis receber dinheiro. Depois da “fantástica experiência” (sic) como diz, passados dois dias, continuou a frequentar o espaço. Na altura já jogava a dinheiro, e pagou-lhe, vinte escudos, o que naquele tempo representava uma módica quantia, refere. Chegou, ainda, a andar com a rapariga, verbalizando que “estava preso pelo beicinho” (sic). O pai quis falar com ele passado algum tempo. Disse-lhe que sabia que tinha gostado da experiência. O pai sentia-se, porém, desagradado pelo filho continuar a frequentar a “casa de meninas” (sic), dizendo-lhe que ele estava cada vez mais magro. Casanova respondeu-lhe que gostava da rapariga, mas o pai mandara-o calar, repreendendo-o ordenando que se comportasse com juízo. Um dia o pai chamou-o à atenção. Na altura, tinha dinheiro, que “ganhava do jogo King, Sueca, Poker” (sic). Chegara a ganhar 800 contos tendo feito um depósito bancário de 600 contos e transferido para a conta dos pais. Era prática neste tempo, adolescentes do género masculino iniciarem-se na vida adulta com uma primeira experiência sexual com mulheres adultas, normalmente em casas de prostituição, por intermédio de familiares e amigos próximos, que frequentavam aqueles espaços, como um rito de passagem a adulto e de prova da masculinidade, “o tornar-se homem”

(sic). As experiências extraconjugais por parte de homens eram, também, frequentes e socialmente aceites. Casanova refere que o pai, sua figura de referência, foi tendo alguns casos extraconjugais durante o tempo em que fora casado com a mãe. Esta, encobria os “casos do pai” (sic), os encontros mais íntimos com uma criada de servir, num anexo em casa, onde havia um divã. A sua mãe ordenava que os filhos fossem para o escritório e ficassem à espera. Casanova refere que era uma situação em que a mãe sofria em silêncio, um segredo que ele mantivera durante anos e que revelara, durante sessão, com um sentimento de mágoa, vergonha, zanga em relação ao pai, provavelmente emoções ambíguas a essa figura de referência que ainda não expressara, até àquele momento na sessão. Havia um portão com um badalo e quando o pai não abria a porta, era porque estava ocupado com essa criada de servir, diz que “a mãe não mereceu essa traição do pai” (sic). Apesar de saber, o pai só mais tarde veio a revelar o segredo a si e aos irmãos rapazes, já tinha os seus trinta e sete anos, mostrando-se arrependido. O pai referia que apesar de ter tido outros casos, a mãe estava para ele em primeiro lugar. Recorda as palavras do seu pai que lhe dizia que a mãe mesmo com a sua parca saúde, esteve sempre disponível para aquele. O pai dizia-lhes que “a mãe era uma mulher extraordinária e única” (sic). Casanova emociona-se, enquanto umas lágrimas lhe correm pelo rosto, acabando por se referir ao pai como um “libertino” (sic), seguido de uns minutos em silêncio. Apesar do pai ter sido uma referência para si, agora parece julgá-lo pela sua conduta, manifestando mágoa e zanga pelo sofrimento que causara à mãe, experienciando um conflito interior de ambiguidade.

Sexta Sessão. Casanova traz uma fotografia da avó materna e dos pais. Partilha que tem por ritual todos os dias de manhã dar um beijo nas fotografias e que coloca a fotografia do pai frente ao da mãe, como se tivessem a dar um beijo. A mãe era asmática e tinha crises. O pai procurou um médico, que receitou cortisona à mãe. Tomou injeções de cortisona durante dezoito anos, dos cinquenta e cinco aos sessenta e nove anos, quando acabou por falecer, “pois a cortisona dava cabo do coração” (sic). Quando a mãe esteve prestes a falecer quis ter todos os filhos à volta da sua cama incluindo o pai. Só faltava o irmão mais velho por estar longe. Esteve dois dias no velório. Casanova ficou transtornado com a morte da sua mãe. O pai ficou viúvo durante quatro anos. Um dia a irmã transmite-lhe que o pai desejava falar-lhe de que iria voltar a casar. Tinha algum acanhamento em transmitir aos filhos, uma vez que a mãe tinha sido para ele a mulher da sua vida. Quando está com o pai, este disse-lhe que já tinha falado com os irmãos mais velhos. Perguntou-lhe com quem, ao qual lhe respondeu com uma sobrinha sua,

filha de uma irmã, que era solteira com cinquenta e oito anos. Casaram, foram felizes e viveram até ao falecimento do pai com setenta e três anos, na sequência de um enfarte.

Sétima Sessão. Casanova começa por falar do pai e da influência que tivera nas suas escolhas e na direção da sua própria vida. Conta que quando regressa a casa, após a frequência de um curso profissional numa instituição militar, foi trabalhar com o pai e os seus irmãos, num negócio de família, iniciando, igualmente, o curso comercial, à noite. Ficava no escritório, vendia, tabaco, lotaria e fazia cobranças. Aos 21 anos, após um serviço militar bastante tranquilo, praticamente em casa, deixa a casa de família e veio para a cidade. Apesar de várias ofertas de emprego, o pai disse-lhe que seria melhor para ele trabalhar num banco e que “tinha por lá umas cunhas” (sic), o que acabou por acontecer. Os testes foram realizados num sábado por um alto funcionário do banco conhecido do pai, que de seguida lhe questiona da sua disponibilidade para iniciar na segunda-feira as funções. Conta que na altura encontrava-se bastante ansioso e vai para casa de um tio do lado materno, “depois de fumar um cigarro e beber um bagaço para acalmar” (sic). Depois de lhe ter perguntado como tinha corrido e como ele tinha de se apresentar no banco e não tinha na altura consigo roupa, aquele abriu-lhe um roupeiro do filho, que estaria fora do país, emprestando-lhe uma série de fatos, camisas, sapatos, tudo de boas marcas. Começa, também, em part-time, o trabalho de revisor de textos de revistas, tendo conhecido gente muito importante. O início desta nova etapa, enquanto adulto jovem, é marcada não só pelo regresso à cidade, deixando a sua casa de família, como pelo fim de um namoro com uma rapariga, que se encontrava a frequentar o curso no magistério primário. Gostava muito dela, confessa, sentindo-se arrependido por não ter assumido um compromisso sério. Andou atrás dela, foi muito difícil tomar a iniciativa de lhe pedir namoro. Até que um dia disse para consigo que o assunto tinha de ficar resolvido e declarou-se. Começaram a andar juntos e a namorar. Nessa altura, começara, também, a jogar, poker e sueca, a dinheiro. A adição do jogo, do álcool e do sexo terão contribuído para terminar um namoro com uma rapariga de quem, verdadeiramente, gostou, refere. Hoje persiste um arrependimento que o corrói pelas decisões que deixara de tomar. O arrependimento é um sentimento muito presente ao longo do seu discurso. Culpabiliza-se, também, por não se ter divorciado da mãe da filha, manifestando zanga, mágoa e angústia. Atribui à sua não decisão no passado a solidão do presente. Casou-se com a mãe da filha sem amor, refere. Conheceu-a através do cunhado, marido da sua irmã mais nova. Era sua conhecida do local onde residia, eram amigos. Conheceu-a e começaram logo a namorar. No dia do seu casamento, encontrou-se, antes, com um seu conhecido, encarregado de uma cervejaria. Bebeu umas sete cervejas e, ao meio dia menos cinco, decide ir embora, pois

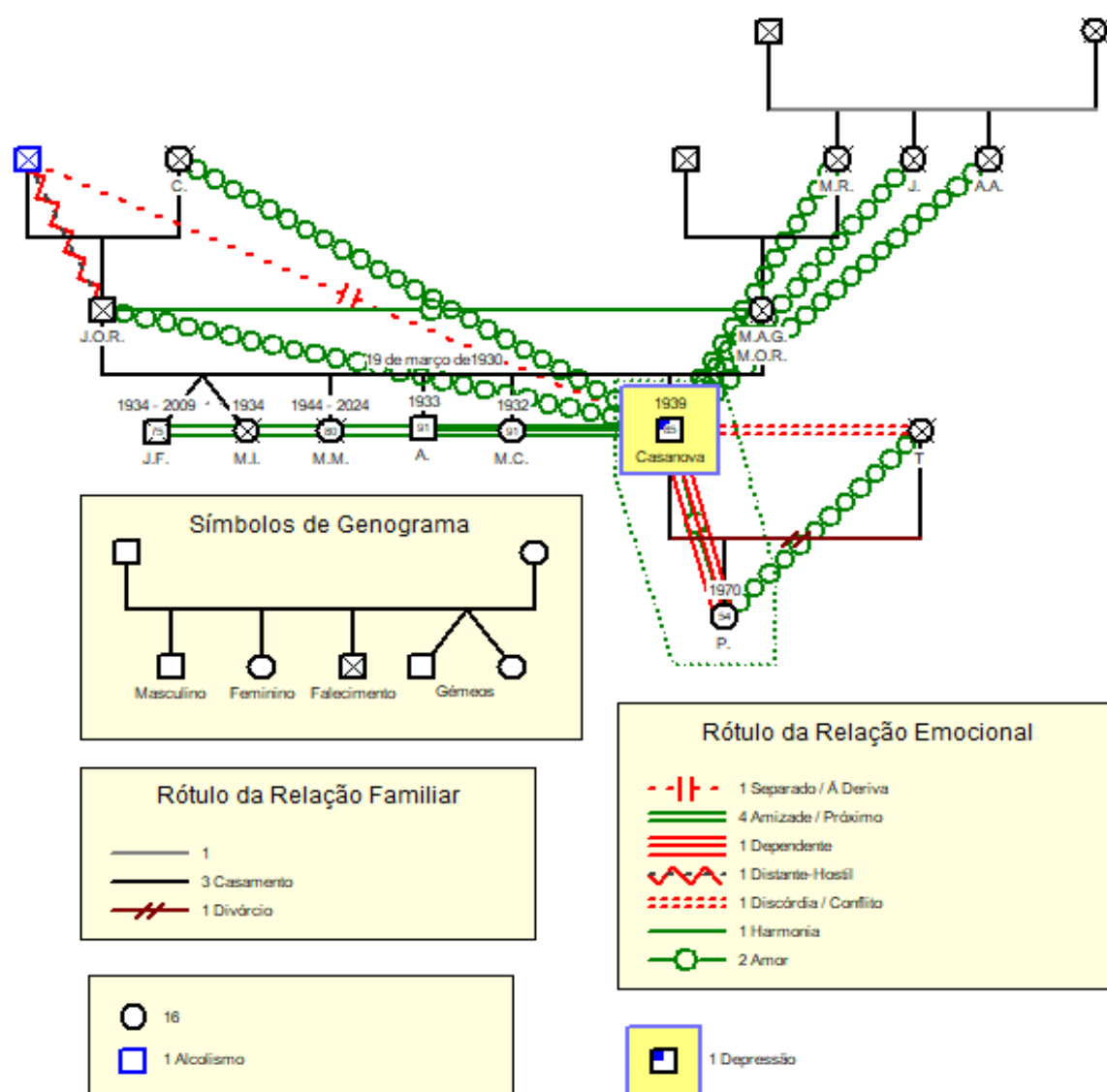
já estaria atrasado para a cerimónia. Disse, então, ao amigo que tinha de se despedir dela, pois iria casar. Apanhou um táxi. Quando chega à igreja era meio dia e um quarto, já estava a noiva à sua espera. O pai repreendeu-o, perguntando-lhe onde tinha estado. Disse-lhe que tinha estado com um amigo. O pai reparou que já tinha o “olho brilhante” (sic), por ter estado a beber e advertiu-o. Disse-lhe que “deveria ter vergonha por ter feito esperar a noiva e os convidados” (sic). Desabafa, na sessão, que se não tivesse estado presente na cerimónia, não teria casado, e hoje estaria mais feliz. Talvez na altura não estivesse tão convicto do passo que iria dar, ainda que no período do namoro tivessem chegado a viver juntos, numa casa arrendada. Namorou pouco tempo com a sua ex-mulher. O seu relacionamento no início era razoável, mas, na verdade, nunca chegou a sentir paixão e a amá-la, verdadeiramente. Diz não guardar saudades desses tempos. Quando pensa nos tempos em que esteve casado, menciona sentir um vazio e ter sido um tempo perdido. A sua ex-mulher tinha uma boa relação com a sua mãe. Esta gostava da nora. O seu pai era mais distante. Ela tinha uma relação conflituosa com a sua mãe, que era muito desconfiada. O pai dela tinha tido um AVC. Casanova ia buscá-lo de carro. O pai da sua ex-mulher tinha mais dois filhos de um caso que tivera com uma outra mulher, já casado. A relação com os sogros era distante. A sua filha tinha cerca de um ano, quando a sua avó materna morreu, com um cancro no reto. Com o pai dela, o avô materno, também, não houve grande relação, porque morreu logo a seguir, num desastre de viação. Tinha sido atropelado, quando a sua filha fez quatro anos. Os seus irmãos não foram ao casamento. A sua ex-mulher tinha relação, apenas, com uma irmã com quem se dava. O pai nunca fez uma tentativa de aproximar os outros irmãos. Descreve a sua ex-mulher com uma mulher triste e fútil, “só pensava em dinheiro, roupas e sapatos” (sic). Não discutiam, apenas eram distantes, só para o fim é que começaram as discussões, já a sua filha era uma mulher, teria por volta dos seus trinta anos. Foi quando planearam sair de casa, o que veio a acontecer. Durante anos, viveram uma “relação de fachada” (sic). Comenta que, talvez, a ex-mulher gostasse um pouco mais de si do que ele dela. A sua relação nunca foi muito romântica e o namoro, antes do casamento, não chegara a um ano. Era bonita arranjava-se muito bem, era uma mulher vaidosa, mas nunca sentiu amor por ela. Recorda-se, apenas, umas férias talvez onde se tenha sentido um pouco mais próximo da mulher, mais atraído por ela. Tinha-lhe saído a si um prémio no totoloto, dez mil contos, teria uns trinta e poucos anos. Refere que foi de férias só com a sua ex-mulher, tendo a filha ficado com a mulher do padrinho. Casanova faz uma ligeira pausa, esboçando um ligeiro sorriso, talvez por essa sua lembrança corresponder a uma experiência, que o marcara positivamente. A zanga e ressentimento parece, todavia, sobrepor-se a essa memória, referindo-se a ela como

uma pessoa fútil e egoísta, que “apenas gostava de bons restaurantes e de uma vida de luxo” (sic). Cinco anos depois do casamento nasce a filha. Confessa que na altura era seu desejo ter sido pai de um rapaz, mas depressa se encantara com a filha. A ex-mulher teve dificuldade em lidar com a gravidez e o parto aterrorizava-a, por isso quis ter um acompanhamento de um psicólogo. No dia do batizado estavam lá os padrinhos. Tinha a sua filha quase 5 anos quando o banco lhe propôs trabalhar fora do país. Nessa altura, refere já haver uma distância no relacionamento com a mãe da filha. Foi ele primeiro, só com a filha, a mulher não o acompanhara nessa altura. Arrendou uma casa com uma banheira na cozinha e um wc debaixo de um vão de escadas, facto que não agradou à sua ex-mulher, quando foi ter consigo. Esta, procurou uma outra casa com uma renda muito superior. Foi sempre um pai presente na vida da filha ao contrário da sua ex-mulher, mais distante. Ia ao parque infantil e esteve sempre presente nas reuniões escolares. Quando vinha das reuniões da escola partilhava pouco ou quase nenhuma informação com a sua ex-mulher. Ela perguntava-lhe como correra a reunião e ele respondia-lhe sempre da mesma forma, que estava tudo bem. Ele ajudava a filha a fazer os trabalhos para casa, já as compras da roupa eram com a mãe. A relação com a filha foi sempre boa, ela era tudo para si, falando dela emocionado. A filha era uma criança feliz. Atualmente, a filha diz-lhe sentir saudades da mãe, porque esta lhe ligava todos os dias já em adulta. Em pequena não tinha grande relação com a mãe. A sua mãe sempre fora distante. A filha era uma aluna média frequentou um colégio. Casanova diz que sempre trabalhou bastante, mas, também, viveu muito, referindo-se à vida noturna e ao jogo, “era um viciado ... tinha o hábito de ganhar e, por isso, apostava muito no jogo” (sic), expressando, ao mesmo tempo, zanga e arrependimento pelas suas opções. Frequentava todas as noites o bingo e ficava a jogar até fechar. Jogava às escondidas da sua ex-mulher. Conta que, muitas vezes, saía de casa e metia-se no carro, sem que ninguém se apercebesse. Ganhava 100 contos no jogo e depois voltava para casa, já tarde, já a filha se encontrava a dormir, referindo-se a esta memória episódica com mágoa e tristeza. Diz que chegava tarde e a más horas pelas quatro e cinco da manhã. Quando não era do jogo era o trabalho, uma outra adição. Gostaria de ter estado mais presente na vida da filha, algo que refere com arrependimento e sentimento de culpa. Em relação à sua ex-mulher, diz que esta nunca terá sentido as suas ausências, pois, também, ela tinha a sua vida. Foi, desta forma, desde que começou a trabalhar no jornal até a sua filha ter por volta dos vinte anos. Conta que acabava por procurar compensar essa sua ausência ao fim de semana. Durante todo esse tempo, quando tinha uma folga, agarrava na filha e “ia dar um passeio, ver lojas e fazer uma compras” (sic). Diz ter passado momentos muito felizes com a filha e descreve alguns

desses momentos com pormenor, nomeadamente as férias de verão. Estava pouco tempo com ela quando trabalhava, mas nas férias procurava “desferrar-se” (sic). Parece que, naquela sua partilha, procura mitigar a angústia resultante do arrependimento em relação às ausências na vida da filha. Continua com as lembranças de outros episódios que passou com a sua filha. Quando foi trabalhar para a sucursal no estrangeiro, “depois do jantar lá ia com ela, andar na montanha russa, ela divertia-se” (sic). Partilha a memória com um suspiro de alívio, enquanto sorri. Procurava compensá-la, também, comprando-lhe vestidos, calças, sapatos, “tudo o que ela queria” (sic). Embora fosse seu entendimento de que a filha não lhe “cobrava” as ausências, há nele um sentimento de culpa, um remorso e uma tristeza por não ter estado mais presente na sua vida. Apesar de ter tido uma vida muito ocupada, expressa que poderia ter feito uma outra opção. Recordar-se de ter feito muitos serões no banco, quando esteve na contabilidade e na tesouraria, fazia muitas horas extraordinárias. Nessa altura, chegava a casa sempre tarde, já a filha se encontrava a dormir, questionando-se muitas vezes se valeria a pena o dinheiro que ganhava, com as horas extraordinárias que fazia. Lembra-se de chegar a casa, já muito tarde, e de ir até à cozinha para comer qualquer coisa, enquanto sentia um vazio e uma grande tristeza. Compara o ambiente familiar que teve àquele em que viveu depois de casar. Expressa que se pudesse voltar atrás faria tudo diferente, mas sente que já é tarde para remediar, “teria sido possível, mas com uma outra mulher” (sic). Partilha que a sua família esteve longe de ser a ideal. Sente-se, atualmente, arrependido e zangado consigo próprio. Diz que a filha é uma miúda excecional e que não mereceu aquilo que passou. Sente uma grande dívida para com ela, culpa-se pelas suas ausências e agora é ela que cuida de si. Refere ter sido sua culpa, também, nunca se ter separado da mãe. Quando se divorciou já era tarde, pois a filha já era uma mulher. A ex-mulher acabou por ir viver com um ex-namorado, tendo só nessa altura lhe pedido o divórcio. Refere ter tido pouca intimidade na sua relação conjugal. Era sempre ele que tomava a iniciativa em ter relações sexuais, mas ela afastava-o, “sempre foi mais frígida” (sic). Além disso, também, não tinham quase diálogo, falavam pouco ou quase nada. Como casal, os dois sempre foram distantes. A relação com a sua ex-mulher com o tempo deteriorara-se, tornara-se insustentável, por isso refugia-se no jogo, na bebida e em encontros ocasionais, desculpa-se. A sua ex-mulher desconfiava que ele tinha outros relacionamentos, tendo um dia visto com uma outra mulher. Refere que trabalhava muito, mas também ganhava muito bem, para além do banco era o trabalho como revisor em várias redações, que lhe rendiam bastante dinheiro. A sua ex-mulher trabalhava como funcionária pública, mas, ao contrário de si, “ganhava, uma miséria, era só para os seus gastos” (sic). Apesar de nunca lhe ter sido infiel, nunca o preencheu enquanto

homem, por isso procurava relações extraconjugais. A relação com a sua ex-mulher era uma relação fria, distante, sem intimidade e desde cedo começou a ter relações extraconjugais, refere com zanga. Os conflitos entre os três eram muitos e uma ocasião a discussão ocorrera na rua expondo-o à vizinhança. Sentiu vergonha e zanga. Terá este sido o acontecimento que reforça a sua decisão em sair de casa. Primeiro foi Casanova a sair de casa que era dos sogros e depois a filha que foi viver consigo. Refere não sentir pesar pelo falecimento da sua ex-mulher. Enquanto a sessão se alongava, era perceptível a sua necessidade em partilhá-la, como se fosse arrumando vários capítulos de uma autobiografia, mitigando certas emoções e sentimentos, que o “aprisionava” ao seu passado, impedindo-o de experienciar o agora.

Figura 2- Genograma



3.1.5. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica realizada, no âmbito do estágio, encontrava-se prevista, quer por constituir prática no centro de dia, quer por constituir um requisito do próprio estágio curricular, aplicar um conjunto de instrumentos de avaliação psicológica, embora ciente de que a boa prática requer que a avaliação fosse feita por um outro elemento distinto de quem faz o acompanhamento psicológico. Todas as pessoas admitidas eram, porém, avaliadas pelo psicólogo afeto ao CD, que de seis em seis meses volta a repetir o procedimento com os mesmos testes de rastreio para a cognição e uma escala de depressão geriátrica. Entre os testes de rastreio cognitivo em uso, constavam:

- Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein et. al. (1975) adaptado para a população portuguesa pela primeira vez por Geurreiro et al (1994) com o objetivo a avaliação da cognição, incluindo orientação, retenção, atenção, cálculo, evocação diferida, linguagem e capacidade visuo-contrutiva.
- O Montreal Cognitive Assessment (MoCA) de Nasreddine et al. (1994) adaptado por Freitas et al. (2010) e com validação com indivíduos que apresentam situações clínicas diversas (Simões, 2012) tem por finalidade a avaliação de formas mais ligeiras de declínio cognitivo, abrangendo domínios cognitivos como: funções executivas; capacidade visuoespacial; memória a curto prazo; atenção, concentração e memória de trabalho; linguagem; orientação temporal e espacial.

O MMSE é um teste clássico de papel/lápis (1 folha), de aplicação fácil e rápida (5 a 10 minutos), sendo o tempo de execução não cronometrado. É constituído por 30 questões (pontuadas com valor 0 quando o indivíduo não responde ou dá uma resposta incorreta ou 1 quando o examinado fornece uma resposta correta) organizadas em seis domínios cognitivos (Santana et al, 2014):

- Orientação: cinco itens de orientação temporal (5 pontos) e cinco de orientação espacial (5 pontos);
- Retenção: repetição de três palavras “Pêra, Gato, Bola” (3 pontos);
- Atenção e Cálculo: Série de cinco subtrações de três iniciando-se no número trinta (5 pontos);
- Evocação: o examinando tem de evocar espontaneamente as três palavras retidas (3 pontos);
- Linguagem: inclui dois itens de Nomeação (Lápis e Relógio), a Repetição de uma frase (“O rato roeu a rolha”), compreensão de ordem verbal com três passos (pegar numa

folha com a mão direita, dobrar ao meio e colocar num local a designar), compreensão de ordem escrita (“Feche os olhos”), um de Escrita espontânea - uma frase com sentido e gramaticalmente correta (8 pontos);

- Capacidade Construtiva: cópia de dois pentágonos intersectados por dois ângulos (1 ponto);

O MoCA, é um outro instrumento de rastreio breve da disfunção cognitiva ligeira, constituído por um protocolo de uma página, e um manual de instruções com indicação, duração aproximadamente 10 a 15 minutos e pontuação máxima de 30 pontos e que avalia 6 domínios cognitivos (Freitas, Simões, & Santana, 2014), tais como:

- Função executiva: avaliada através do Trail Making Test B (1 ponto), uma prova de Fluência Verbal Fonémica (1 ponto), e de dois itens de análise de semelhanças para a capacidade de Abstração Verbal (2 pontos);
- Capacidade Visuoespacial: Cópia do Cubo (1 ponto) e o Desenho do Relógio (3 pontos);
- Memória: curto prazo aprendizagem de 5 palavras, dois ensaios não pontuáveis, Evocação Diferida de Palavras após 5 minutos (5 pontos);
- Linguagem: Nomeação de três animais pouco familiares (3 pontos), Repetição de duas frases complexas (2 pontos) e Fluência Verbal Fonémica (1 ponto);
- Orientação: quatro itens de orientação Temporal (4 pontos) e dois de orientação Espacial (2 pontos);
- Atenção, concentração e memória de trabalho: repetição de uma sequência numérica em sentido direto (1 ponto) e em sentido inverso (1 ponto); Tarefa de atenção sustentada (1 ponto) e subtração em série de 7 (3 pontos).

Para identificar a depressão na pessoa mais velha que apresenta, por vezes, sintomas atípicos ou subestimados o CD recorre à Escala de Depressão Geriátrica, GDS -15, de Sheikh & Yesavage (1986), com adaptação de Apóstolo (2011), uma escala específica composta por 15 itens que avalia sintomas como desânimo, falta de interesse, perda de peso e pensamentos de morte.

Além de se ter aplicado os mesmos instrumentos, atendendo a que já perfaziam seis meses da data da última avaliação psicológica, houve a preocupação de equacionar um conjunto de outros instrumentos, que pudessem não só garantir que os resultados não fossem enviesados pelo uso frequente dos mesmos, como, também, complementar os resultados com outros, com um maior detalhe ao nível cognitivo, e, eventualmente, confirmar a(s) hipótese(s) de

diagnóstico, formulada(s) na sequência da anamnese e da observação clínica, a sintomatologia depressiva. Foram considerados os seguintes instrumentos de avaliação:

- A Escala da Memória de Wechsler WMS-III (Wechsler, 2008), validado em grupos de doentes com doença de Alzheimer e demência vascular (Gonçalves et. al., 2012)
- A Brief Symptom Inventory, BSI, de Derogatis (1993), validado para a população portuguesa por Canavarro (1995)

A WMS-III (Wechsler, 2008) é um teste de avaliação neuropsicológica, amplamente utilizado para medir a memória a curto e a longo prazo em indivíduos de todas as idades. Inclui subtestes principais e os complementares constantes, por um lado, do caderno de estímulos 1 com a informação e orientação (complementar), memória lógica I, faces I, pares de palavras I, cenas de família I, listas de palavras I (complementar), reprodução visual I (complementar), sequência de letras e números, localização espacial, controlo mental (complementar), localização espacial (complementar) e, por outro, do caderno de estímulos 2 com a memória lógica II, faces II, pares de palavras II, cenas de família II, lista de palavras II (complementar) e reprodução visual II (complementar).

O Brief Symptom Inventory, BSI, de Derogatis (1993) é um instrumento de rastreio do mal-estar psicológico, validado para a população portuguesa por Canavarro (1995), que avalia sintomas psicopatológicos, subdivididos em nove dimensões primárias:

- Somatização: mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou de mediação autonómica, dores localizadas na musculatura ou equivalentes somáticos da ansiedade (Canavarro, 1995);
- Obsessões-Compulsão: inclui cognições, impulsos e comportamentos percecionados como persistentes aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora ego-distónicos e de natureza indesejada (Canavarro, 1995);
- Sensibilidade Interpessoal: sentimentos de inadequação pessoal, autodepreciação, hesitação, desconforto e timidez, durante as interações sociais (Canavarro, 1995);
- Depressão; indicadores da depressão clínica, sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (Canavarro, 1995);
- Ansiedade; indicadores gerais de nervosismo e tensão, sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico, componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade (Canavarro, 1995);

- Hostilidade; inclui pensamentos, emoções e comportamentos do estado afetivo negativo da cólera (Canavarro, 1995);
- Ansiedade Fóbica; respeita à resposta de medo persistente diante de uma pessoa, local ou situação, sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz a comportamento de evitamento (Canavarro, 1995);
- Ideação Paranóide; referente a pensamento projetivo, de hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios reflexos desta perturbação (Canavarro, 1995);
- Psicoticismo: abrangendo itens indicadores de isolamento e estilo de vida esquizoide, sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento, isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática da psicose (Canavarro, 1995);

O BSI inclui ainda três índices globais, com a avaliação sintetizada:

- Índice Geral de Sintomas: pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados;
- Índice de Sintomas Positivos: média de intensidade de todos os sintomas;
- Total de Sintomas Positivos: medida de intensidade de sintomas, representando número de queixas sintomáticas apresentadas, em caso de um Índice de Sintomas Positivos baixo, em que sintomas não são particularmente intensos e perturbadores, mas com o Total de Sintomas Positivos elevado, aponta para constelação complexa de sintomatologia.

Oitava Sessão. Casanova apresentara-se ao longo das várias entrevistas sempre colaborante, vígil, consciente, atento e concentrado, com uma orientação auto e alopsíquica. Manteve um discurso coerente, detalhado, de acordo com o seu nível intelectual, cultural e educacional, recordando-se de nomes, locais e datas, o que era revelador, também, de estar dotado de uma boa reserva cognitiva. A hipótese de algum tipo de comprometimento cognitivo ou, mesmo, de défice cognitivo ligeiro, tal como já tinha sido colocado em equipa, começava a estar afastada, o que já não acontecia com a sua sintomatologia depressiva e eventual necessidade de um acompanhamento psicológico. Não obstante, teríamos que deixá-lo para uma fase posterior, uma vez que se impunha e tinha sido esse o propósito o de proceder a uma avaliação psicológica. Casanova já tivera realizado antes avaliações psicológicas, não sendo para si algo de novo. Ainda assim, foi-lhe explicado, antes, o propósito da avaliação, tendo sido solicitado o seu consentimento informado (Anexo I), bem como combinado consigo os dias em que se iria aplicar os instrumentos. Iniciámos pela avaliação cognitiva, designadamente pelos

dois testes de rastreio. Embora a utilização de um só teste de rastreio fosse o suficiente, designadamente o MoCA, atendendo à sua escolaridade, acabámos por contemplar os dois instrumentos de rastreio em conformidade com procedimentos do CD.

Casanova encontrava-se tranquilo e colaborante, não era a sua primeira vez que passava pela experiência. O primeiro dos testes foi o *Mini Mental State Examination* (MMSE). Casanova teve um índice de 28 pontos no MMSE para um máximo de 30 pontos, o que para um nível de escolaridade superior a 11 anos é um valor acima do limite considerado para o défice cognitivo, ou seja, menor ou igual a 27 pontos. A orientação temporal e espacial manteve-se preservada. Apresentou a capacidade de repetir palavras isoladas imediatamente a seguir à sua apresentação verbal demonstrando a manutenção da sua memória verbal imediata. A capacidade de executar o cálculo mental em subtração esteve mantida. A tarefa de cálculo mental em subtração funcional serve, ainda, de tarefa de interferência para o subsequente pedido de repetição de palavras evocadas anteriormente, tendo conseguido recordar qualquer um dos itens anteriores. Apresentou, também, uma clara capacidade em identificar e nomear os objetos apresentados pelo avaliador (“como se chama isto?” “um relógio, um lápis”), bem como uma compreensão de ordem verbal na prova de seguir instruções (“quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita dobre-a ao meio e ponha-a sobre a mesa”) e na compreensão da ordem escrita (“feche os olhos”), tendo realizado adequadamente todas as instruções. Também, ao nível da linguagem e na escrita espontânea, escreveu uma frase com sentido e gramaticalmente correta, tendo apresentado dificuldade na repetição de uma frase complexa (“o rato roeu a rolha” “o gato roeu a rolha”). Casanova apresentou, ainda, dificuldade na habilidade construtiva. Um dos pentágonos foi desenhado apenas com quatro lados, e as duas figuras não se encontravam intersectadas pelos dois ângulos.

Além do MMSE, procedeu-se à aplicação do MoCA, Embora Casanova tenha alcançado um índice de 26 pontos no MoCA abaixo de um máximo de 30 pontos, ainda assim está acima do valor limite para que se considere ter um défice cognitivo. Casanova apresenta dificuldades quer no Trail Making Test quer na cópia do cubo e do desenho do relógio (pontuou apenas no contorno e nos números), a primeira prova referente à função executiva e as duas últimas à capacidade visuoespacial; esta, associada à percepção, isto é, ao conjunto de processos de reconhecimento, organização e entendimento das sensações oriundos de estímulos ambientais (Sternberg & Sternberg, 2000).

Considerando que o hemisfério direito é responsável por grande parte da sua atividade, intervindo ainda o lobo occipital, e tendo a lesão na sequência dos AVC, se localizado nesse hemisfério, é provável que a sua capacidade visuoespacial tenha ficado comprometida.

Revela, ainda, dificuldades em identificar uma das três de animais pouco familiares, a do rinoceronte (“búfalo”), uma prova de nomeação para a avaliar a função respeitante à linguagem. Quanto às restantes provas de linguagem, revelou capacidades quer na repetição de duas frases complexas (“eu só sei que hoje devemos ajudar o João” “o gato esconde-se sempre que os cães entram na sala”) quer na fluência verbal fonémica, isto é, “dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra “P”. Apresenta, também, a memória preservada quer na prova não pontuável de aprendizagem de curto prazo de 5 palavras, com dois ensaios, quer na evocação diferida das mesmas palavras após os 5 minutos. Nas provas de atenção, concentração e memória de trabalho foi, igualmente, capaz de repetir a sequência numérica em sentido direto e em sentido inverso, tendo batido com a mão direita sempre que foi dita a palavra, sem qualquer falha nesta prova de atenção sustentada. Ainda numa das provas de atenção, à semelhança do teste anterior, foi capaz de subtrair em série de 7 em 7 começando em 100 até ao número 65, em pouco tempo e sem errar. Além do Trail Making Test já mencionado anteriormente, encontram-se contempladas outras duas provas para a função executiva, nomeadamente a prova de fluência verbal fonémica e a de dois itens de análise de semelhanças para a capacidade de abstração verbal. Quer num, quer noutro, revelou capacidade na função executiva. A prova de orientação temporal e espacial foi suprimida, considerando ter sido aplicada no teste anterior com sucesso.

Por último, e seguindo o protocolo, aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica, GDS - 15, tendo alcançado um índice de 9 pontos num total de 15 pontos, aproximando-se do valor indicativo de depressão (superior a 10 pontos). A pontuação implicaria uma avaliação mais detalhada. A este propósito, entre as 15 respostas, relativamente ao que sentiu a última semana, responde “não” às perguntas “está satisfeito com a sua vida”, “sente-se feliz a maior parte do tempo”, “sente-se cheio de energia” e “sim” às questões “abandonou muitas das suas atividades e interesses”, “sente que a sua vida está vazia”, “anda muitas vezes aborrecido”, “sente-se desamparado”, “sente-se inútil nas condições atuais”, “acha que a maioria das pessoas está melhor”.

Nona Sessão. Atendendo a que os instrumentos de avaliação da cognição e de humor já tinham sido aplicados antes e mais do que uma vez, entendemos aplicar outros instrumentos que permitissem avaliar não só a cognição de um modo mais detalhada, assim como confirmar

a sugestão da depressão pela Escala de Depressão Geriátrica, GDS -15, ou da eventual existência de outras sintomatologias psicopatológicas.

Para o efeito, estipulou-se a aplicação da Escala de Memória de Wechsler – Terceira Edição, tendo sido administrados todos os subtestes principais e os complementares constantes, por um lado, do caderno de estímulos 1 com a informação e orientação (complementar), memória lógica I, faces I, pares de palavras I, cenas de família I, listas de palavras I (complementar), reprodução visual I (complementar), sequência de letras e números, localização espacial, controlo mental (complementar), localização espacial (complementar) e, por outro, do caderno de estímulos 2 com a memória lógica II, faces II, pares de palavras II, cenas de família II, lista de palavras II (complementar) e reprodução visual II (complementar).

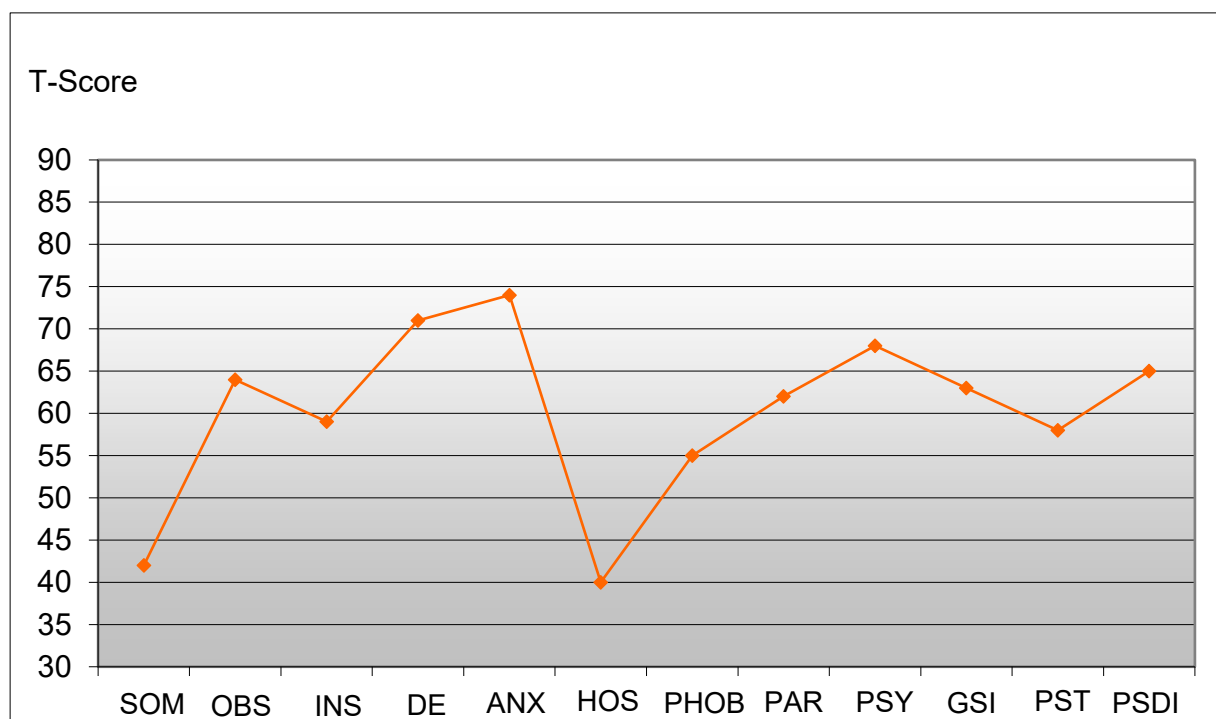
Em termos da atitude face à situação de avaliação, neste segundo dia de avaliação, continuou a ser colaborante, revelando interesse e motivação, embora, desta vez, com alguma dificuldade em lidar com os fracassos, sobretudo nos subtestes de reprodução visual. No subteste de reprodução visual II, inclusive, resistiu em executar a tarefa, tendo referido, várias vezes, não ser capaz de responder ao solicitado. Após ter sido pedido que se tentasse recordar e reproduzir, pelo menos, um dos desenhos, faz uma segunda tentativa, acabando por reproduzir, apenas, 2 dos desenhos. Casanova, durante as cerca de duas horas e meia de avaliação, esteve com atenção e concentração na execução dos subtestes, sem revelar dificuldades ao nível da visão, da audição ou motores. Comparando com pessoas mais velhas e na sua faixa etária, apresentou um funcionamento de nível médio superior índice de memória imediata, a capacidade de recordar informação imediatamente após a sua apresentação (IP = 117, P87, IC 90% 108-123). Na memória geral que avalia, globalmente, a memória diferida, apresentou um funcionamento de nível médio (IP= 96, P39, IC95% 89-104), o que lhe permite assegurar de um modo geral as tarefas do dia a dia (isto é, a memorização de informação nova aprendida, após intervalos durante os quais acontecem outras atividades cognitivas). Ao nível da memória de trabalho, a capacidade de recordar e manipular informação recebida no curto prazo, obteve um resultado, igualmente, de nível médio (IP= 100, P50, IC95% 92-108), sugerindo a manutenção da atenção e concentração. O índice de memória de trabalho é uma medida das tarefas de atenção de tipo complexo ou de alto nível, que sublinha a capacidade de prestar atenção à informação, de a reter e processar na memória, e por fim, de formular uma resposta baseada nessa mesma informação. No que respeita às medidas que têm por base estímulos auditivos, obteve resultados de nível muito superior no índice auditivo imediato (IP=132, P98, IC95%123-137), indicativos de uma elevada retenção de informação, e um nível

médio no índice auditivo diferido (IP=104, P61, IC95% 95-112), revelando, quanto ao funcionamento intelectual e da atenção, a ausência de dificuldade em reter informação, de aprendizagem e memória verbal, sem que houvesse um grau de esquecimento a realçar, não obstante a discrepância entre o índice auditivo diferido face ao índice auditivo imediato. Apresentou, igualmente, um funcionamento de nível médio superior do índice de reconhecimento auditivo diferido (IP=116, P86, IC95% 101-123), o que, a par de um nível médio do índice auditivo diferido (IP=104, P61, IC95% 95-112), afastara a presença de dificuldades ao nível da recuperação da informação auditiva, com base no reconhecimento da mesma. Relativamente às medidas que resumem o funcionamento geral da memória, quando a informação é apresentada visualmente, obteve um funcionamento de nível médio no índice visual imediato (IP=97, P42, IC 95% 87-108) e médio inferior no índice visual diferido (IP=80, P9, IC 95% 73-94), um resultado mais baixo por comparação à memória auditiva, sugerindo uma ligeira debilidade de memória, quando a informação foi apresentada visualmente. Importa, ainda, ter em atenção que os subtestes, que compõem os índices visuais representam, quer um paradigma de reconhecimento (subteste faces) quer um paradigma de evocação (subteste cenas de família). Por este motivo, a existência de diferenças significativas entre as pontuações no subteste faces e subteste cenas de família podem indicar problemas de recuperação de informação, quando a pontuação deste é mais baixa. Não obstante o bom resultado na aprendizagem por ensaio único (PE= 29, P96) - a capacidade para recordar a informação auditiva imediatamente após uma única exposição ao estímulo-, e de recuperação (PE=3, 90), revelou dificuldades na evolução da aprendizagem (PE = 18, P35), i.e., na capacidade de assimilar novas informações auditivas, após várias apresentações dos estímulos, sendo estas (dificuldades) mais acentuadas ao nível da retenção (PE = 12, P5).

Décima Sessão. Afastada a hipótese de défice cognitivo ligeiro e afigurando-se necessário, ainda, uma avaliação mais detalhada para confirmar a sugestão de uma depressão, na sequência da aplicação na sessão anterior da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), entendeu-se necessário combinar uma outra sessão para aplicação do Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI, de Derogatis (1982) com a adaptação portuguesa de Canavarro (1999). De acordo com os resultados da aplicação do instrumento e, em particular, do Índice Geral de Sintomas (GSI) – uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados- foi apurado uma pontuação média de 0,58, abaixo da população geral (M = 0,835; DP = 0,480) e do ponto de corte das perturbações emocionais (M= 1,430; DP = 0,705). O Total de GSI de 63 pontos, coloca-o, no entanto, como

um caso clínico, cujo valor é igual ou superior aos 63. A pontuação respeitante ao Índice de Sintomas Positivos foi de 2 pontos, valor médio acima da média da população geral ($M = 1,561$; $DP = 0,365$), ainda que ligeiramente abaixo do ponto de corte das perturbações emocionais ($M = 2,111$; $DP = 0,595$). O Total de Sintomas Positivos, respeitante à extensão do sofrimento emocional pessoal, totaliza 15 pontos, pontuação média abaixo ao da população geral ($M = 26,993$; $DP = 11,724$) e do ponto de corte das perturbações emocionais ($M = 37,349$; $DP = 12,166$).

Gráfico 1- Resultados BSI



Legenda:

SOM- Somatização
OBS - Obsessões-Compulsão
INS -Sensibilidade Interpessoal
DE – Depressão
ANX- Ansiedade
HOST - Hostilidade
PHOB - Ansiedade Fóbica
PAR - Ideação Paranóide
PSIC- Psicoticismo
GSI - Índice Geral de Sintomas
PST - Total de Sintomas Positivos
PSDI- Índice de Sintomas Positivos

Conforme se poderá verificar no Gráfico 1, a depressão destaca-se entre as nove dimensões, não obstante a ansiedade surgir ligeiramente acima. No entanto, importará, aqui, referir que aquela assume uma pontuação média de 1,33 pontos, constituindo um valor superior ao da média da população geral ($M = 0,893$; $DP = 0,722$) e do ponto de corte das perturbações

emocionais ($M= 1,828$; $DP= 1,051$), enquanto a ansiedade com uma pontuação média de 0,33 pontos se encontra muito abaixo da média da população geral ($M= 0,942$; $D= 0,766$) e do ponto de corte das perturbações emocionais ($M= 1,753$; $DP= 0,940$). Depois da depressão, segue-se o psicoticismo com uma pontuação média de 0,80 pontos, valor este superior ao da média da população geral ($M = 0,668$; $DP = 0, 614$) e do ponto de corte para as perturbações emocionais (1,403; $DP = 0,825$). Esta dimensão que remete, também, para o isolamento interpessoal é confirmada ao longo das sessões. Seguidamente, a ideação paranoide apresenta uma pontuação de 0,80 pontos, um valor que se aproxima da média da população geral ($M = 1,063$; $DP = 0, 789$) e do ponto de corte para as perturbações emocionais ($M= 1,532$; $DP=0,850$), corroborando o medo da perda de autonomia manifestado ao longo das sessões. Ainda que abaixo da população geral ($M = 1,290$; $DP = 0,916$) e do ponto de corte das perturbações emocionais ($M = 1,924$; $DP= 0,925$), não será de descurar a pontuação média de 1 ponto na dimensão Obsessiva-Compulsiva, remetendo-nos para cognições, impulsos e comportamentos percecionados como persistentes aos quais o indivíduo não consegue resistir.

3.1.6. Descrições das sessões de acompanhamento

Décima Primeira Sessão. Casanova, na semana seguinte, aguardava, na mesma sala em que decorreram as sessões. Refere ter um assunto pessoal e íntimo para partilhar. Ao contrário do encontro em que pediu ajuda, desta vez, não parece estar ansioso, angustiado, depressivo ou em sofrimento psicológico. As sessões tinham possibilitado criar uma aliança e já sabia que tudo o que iria partilhar era reservado e confidencial. Apesar de desejável que um acompanhamento psicológico fosse realizado por quem não avaliara, por não existir um *setting* terapêutico no CD, optou-se pela continuidade das sessões. As mudanças que foram sendo observadas quer ao longo das sessões, quer em contexto de CD, sobretudo na relação com os seus pares, inspiraram-nos a dar continuidade ao acompanhamento psicológico, no pressuposto benefício das condições de relação da ACP. Das observações em contexto de CD, parecia que Casanova começara a interagir com mais frequência e de modo positivo com os seus pares. Por isso, aquele momento de partilha, poderia se revelar útil para compreender, também, que mudanças tinham, entretanto, ocorrido em si, que justificam a alteração de comportamentos. Mesmo antes de se ter perguntado o que motivara estar ali naquele momento, já revelara uma experiência íntima que tivera no fim-de-semana, esboçando um sorriso, dizendo: “oh doutor este domingo tive uma visita em casa, não estava à espera” (sic). Casanova apresentava-se como uma postura corporal natural, uma expressão facial alegre, um olhar vivo, esboçando um sorriso, com uma mímica mais expressiva e uma maior gesticulação, do que era habitual. O seu

discurso era fluente, coerente e detalhado, revelando, ao mesmo tempo, entusiasmo e excitação. Casanova iniciara uma amizade com alguém do CD, recentemente admitida, tendo chegado a trocar contatos e falado pelo telemóvel. Foi surpreendido pela sua visita em sua casa, após um telefonema. Acabara por almoçar consigo e a sua filha, que, também, estava em casa, referindo-se àquele momento como muito prazeroso. A filha sai de casa sob o argumento de que teria umas compras a fazer, deixando a sós e em privado. Refere ter uma filha fantástica, atenta à felicidade do pai. A experiência em si parece contribuir para evocar memória passadas, sobretudo quando fala desta sua cumplicidade com a filha, a mesma de outrora, nos “casos que ia tendo fora do casamento” (sic). Volta a falar da sua ex-mulher e frigidez, acrescentando, todavia, um novo dado. O seu pai sabia que ele não era feliz na relação conjugal e dizia-lhe para ter paciência e procurar relações extraconjugais, mantendo um casamento, mesmo sem gostar dessa pessoa. Referia-lhe que tinha sido essa a sua escolha, por isso “responsabilizava-o” (sic) a assumir o casamento mesmo que infeliz para que ninguém tivesse nada a dizer e a censurar. Volta, novamente, à sua experiência íntima, descrevendo-a em pormenor. Desabafa de que “já há muito tempo não tinha nada com uma mulher” (sic), descreve a sua experiência e, novamente, fala em outras que tivera num passado recente, durante o seu internamento e das suas fantasias, sobretudo com mulheres mais jovens. Naquele momento, importava estar centrado na pessoa e no seu quadro de referência de forma genuína, sem artificialismo, despidido de qualquer preconceito, procurando compreender o significado daquela sua experiência, acompanhando-o, embora tivesse existido um momento alguma incongruência, pelo facto dessa pessoa de quem falava frequentar o mesmo CD, e que tivera, também, sido acompanhada antes. Importava, assim, acautelar toda a descrição possível, sem que houvesse troca de partilhas. O contexto de CD, sendo local privilegiado de sociabilidades, a probabilidade de ocorrerem relações interpessoais afetivas ou mais íntimas é significativa, assim como zangas, amuos, arrufos e as ruturas, colocando a necessidade de refletir sobre qual o papel do psicólogo clínico nessa resposta social do ponto de vista da sua atuação. Apesar de tudo, a relevância do acompanhamento psicológico é inquestionável, sendo que no presente começava a revelar mais de si, sobretudo, do seu quotidiano, ao contrário das primeiras entrevistas, em que o enfoque era a história de vida, e a lembrança emerge com um outra simbolização da experiência vivida no agora, como a memória da sua reação, quando o pai, depois de enviuvar, comunica da sua decisão em casar com uma mulher muito mais nova do que ele, quando relata o seu encontro amoroso ou provável início de uma relação, dos desejos e fantasias atuais com jovens mulheres. Este seu novo relacionamento parece vir, também, a alterar as suas rotinas quotidianas.

Casanova já tem alguém íntimo com quem conversar e partilhar afetos, planejar encontros fora do CD, pensar numa relação a dois, mesmo que, tal como refere, “não dê em nada” (sic).

Décima Segunda Sessão. Casanova já se encontrava na sala onde decorria o acompanhamento. A sua expressão corporal já não era a mesma da sessão anterior, parecia revelar algum desanimo. Refere que durante a semana, ainda, não tinham estado juntos fora do CD e que tinham ficado de combinar um encontro em sua casa. Terá falado com a sua filha dessa possibilidade para ter deste modo o seu consentimento. Esta terá questionado, porém, se ele não estaria a precipitar-se depressa demais e a envolver-se emocionalmente nesta sua nova relação. Parece existir em si alguma ambiguidade, por um lado, uma vontade em assumir uma relação, esperando uma aceitação por parte da filha, deste relacionamento e, por outro, o refrear da emoção do primeiro encontro, interpelando-se se seria verdadeiro desejo assumir um compromisso com quem “a conversa, também, é pouca, não mantém um diálogo, uma boa conversa” (sic). O ininterrupto, vai e vem, entre experiências do presente e do passado, dominam o discurso, também, nesta sessão, desta vez para falar da sua ex-mulher e relacionamento conjugal, com quem manteve durante anos e na maior parte do tempo uma “relação de fachada” (sic). Fala de como esse seu relacionamento não lhe proporcionou uma realização “plena como homem” (sic) e ter procurado, por isso, compensar-se no excesso de trabalho, no jogo, no álcool e em encontros amorosos ocasionais, manifestando remorso, vergonha e culpa pelas suas ausências na vida da sua filha, atualmente quem cuida de si.

Décima Terceira Sessão. Após breves comentários sobre a política atual, faz um breve silêncio. Aparenta estar tranquilo. Fala que voltou a ter um novo encontro com a “amiga íntima” (sic) em sua casa, trocando uns afetos, enquanto a filha esteve ausente. Este seu relacionamento parece ter vindo a preencher o vazio que sentia e a carência por uma companhia, conformando-se a uma relação, que sem ser a ideal ou a desejada, é aquela que tem atualmente, “até pode acabar amanhã, mas não há mais ninguém” (sic), refere. Busca uma qualidade nela aparentando afeiçoar-se. Continua a referir a necessidade em obter a aceitação por parte da sua filha, deste seu relacionamento, “gosta muito dela, mas (ela) diz-lhe a vida é tua” (sic). O seu discurso centra-se, sobretudo, no seu quotidiano. Hoje foi a sua filha que o trouxe ao CD. Fala da relação com o cão, animal de estimação, da alegria que este lhe proporciona, a fiel companhia. Refere, pela primeira vez, sentir-se melhor no CD do que em casa, onde encontra maior solidão, acabando por percecioner o CD como “um escape” (sic), diferente das primeiras sessões. Expressa apreço pela equipa do CD e em relação a alguns dos seus pares com quem convive manifesta, agora, maior tolerância às diferenças e singularidades de cada um, a propósito de um

utente refere “é bom rapaz, ele diz-me que tem 56 anos, está um bocado esquecido, tem que se puxar por ele” (sic). Fala de algumas amizades de anos com pessoas fora do CD, com quem, ocasionalmente, se encontra ou conversa pelo telefone, e de vizinhos seus que o conhecem bem e com quem troca uma conversa, quando sai à rua acompanhado da filha. A casa onde hoje vive foi arrendada por intermédio de um desses seus vizinhos, que lhe apresentara o senhorio. A filha culpabiliza-o, ainda hoje, por não terem uma casa própria, diz-lhe “ganhastes tanto dinheiro e não comprastes uma casa para nós” (sic). Ele próprio culpabiliza-se, referindo de que “às vezes digo para meter o euro milhões e ela diz-me lá está tu com o jogo, não pensei muito no futuro, gastei muito em jogo e viajava muito, gastei muito dinheiro não poupei, podíamos ter uma casa, mas sempre fui uma cabeça no ar” (sic). Evoca eventos do passado relacionados com a adição ao jogo, referindo ter ganho muito dinheiro, mas de ter gasto o que ganhava em viagens e na noite, atribuindo a condição atual às suas escolhas, nomeadamente do envolvimento com alguém, ainda casado, de quem teve um desgosto amoroso. Refere que “andava um bocado desnorteado, bebia muito ao almoço, uma garrava de vinho, ao jantar, outra, ... depois bebia uns *whiskeys*, não andava bem e então falava sozinho, é pá tu um dia dá-te uma, isto foi uns dias antes, então no domingo em casa tive o AVC isquémico, fui logo para o Santa Maria, depois fiquei lá internado, ao fim de uma semana o hemorrágico” (sic). Acaba por partilhar que esse seu “desnorteio” se deveu a uma separação com uma mulher, vinte e quatro anos mais nova, que conheceu na noite, numa casa de fados. Ao fim de um tempo foi traído por ela com um primo seu. Refere que essa sua amante era uma oportunista, pois só queria o seu dinheiro. Nesta sua relação de dez anos chegou a viver com ela, ainda casado com a mãe da filha. Foi quando a sua ex-mulher lhe pediu o divórcio e esta acaba por aceitar o montante que lhe oferecera. Casanova é detalhado na descrição, deste seu relacionamento, passando pelo período que antecede o traumatismo, que “o obriga a parar” (sic).

Pela primeira vez, fala dessa sua experiência, dizendo “quando despertei, foi uma sensação horrível, vi a morte à minha frente, o segundo o hemorrágico tive mais para lá do que para cá, estive dois meses com uma sonda, já não tinha ido a tempo de muda” (sic). Diz estar, ainda, “a pagar pelos (seus) atos e se voltasse atrás teria feito tudo diferente, enfim a vida, ainda estou a pagar e de que maneira... se voltasse atrás faria tudo diferente” (sic), manifestando arrependimento e resignação. Fala da sua atual condição, da incapacidade funcional ao grau de dependência. A filha dizia-lhe no dia anterior “olha que amanhã não vem cá ninguém do apoio domiciliário dar-te banho, de modo que vamos lá tomar banho, depois deu-me o banho, pôs-me uma cadeira na banheira, deu-me o banhinho e vestiu-me, isto de não conseguir mexer deita-

me a baixo” (sic). Expressa afeto e estima pela filha, reconhecendo a preocupação e o cuidado que tem tido para consigo, mas, ao mesmo tempo, sente-se impotente e um peso. Refere que a vida deixou de ter um sentido. Diz ter feito um plano de poupança para a filha, quando morrer. Menciona que a vida noturna era uma forma de fugir dele próprio, ao mesmo tempo que “pensava estar a perder as pessoas que mais gostava como a sua filha” (sic). Manifesta o seu arrependimento, pedindo-lhe desculpa pelas suas ausências. Procura, também, perdoar-se a si próprio. Busca uma ligação à transcendência, umas vezes, ouvindo a missa, outras, orando, esperando por essa via o perdão por uma entidade Superior, mitigando ao mesmo tempo a sua mágoa e sofrimento psicológico. Gostaria de alguma forma compensar a filha e, por isso, fala-lhe que deveriam tentar a sorte no jogo, nem que fosse uma só vez, é preciso arriscar. Refere quando jogava, nada lhes faltava, tendo, também conhecido “muita gente” (sic), figuras públicas, restando-lhe apenas as memórias de uma “rica vida” (sic). Termina a sessão, reiterando que nunca deveria ter casado.

Décima Quarta Sessão. Começa por falar um pouco do seu fim-de-semana. Refere não ter estado com a sua atual companheira, tendo falado apenas pelo telefone. Diz que a sua relação “está a arrefecer” (sic), manifestando algum desânimo. Volta a mencionar sentir-se atraído por mulheres mais novas, referindo, ao mesmo tempo, que procura conformar-se da sua condição de dependência. Fala que teve sempre uma vida sexual ativa, voltando a expressar arrependimento por ter mantido um casamento infeliz. Alude que, após os internamentos, a sua vida sexual ficou bastante afetada pela sua condição física. Descreve os cuidados de apoio às suas rotinas de higiene pelo apoio domiciliário, expressando com mágoa a sua dificuldade em assegurar as suas rotinas diárias, como tomar um banho ou vestir-se sozinho. Manifesta admiração e agrado, ao mesmo tempo, pelas pessoas que lhe prestam cuidados no domicílio. Apesar da sua condição física, refere sentir atualmente o mesmo desejo e atração de quando era mais jovem por mulheres mais novas, falando dos seus gracejos. Refere que sempre procurou proporcionar prazer às suas parceiras sexuais contrariando as “mentalidades machistas do seu tempo, em que só o homem tirava prazer do sexo, sem pensar na mulher” (sic), falando de experiências suas no passado. Fala da sua ex-mulher como uma hipocondríaca, desta nunca ter desejado ter mais um filho por receio do parto, voltando a realçar a frigidez desta em relação a si. Arrepende-se de não ter pedido na altura o divórcio, referido ter sido “uma asneira tremenda ter mantido aquele casamento tanto tempo e agora ando aqui com uma octogenária” (sic). Fala do relacionamento atual, resultado de uma “apetência inicial quando ela foi lá a casa e fizemos um bocadinho de sexo, mas, pronto, foi algo de fugaz” (sic), falando de outras mulheres jovens,

que o atraem. Regressa às lembranças do passado, do jogo, das viagens, voltando ao presente à atual companheira, referindo-se a ela como uma “boa rapariga” (sic), mas com quem não consegue “partilhar nada com ela” (sic). Pensa na experiência traumática dos AVC, sobretudo do segundo em que esteve “mais para lá” (sic) e interpela-se quando e como irá morrer um dia, partilhando esse seu pensamento de morte com a filha e a irmã mais velha. Depois de falar do amor que tem pelo seu cão de estimação, volta a referir que “gostava de estar preparado para a morte, mas não me sinto preparado, tenho medo da morte e da maneira como posso vir a morrer” (sic). Ao mesmo tempo que fala da morte, manifesta os receios quanto ao futuro da filha, “(a filha) é nova, ainda hoje olho por ela, embora tenha as minhas irmãs, mas já estão muito idosas, tem os primos, umas amigas boas, gente muito boa” (sic). Diz sentir-se ansioso e impotente, sobretudo pela atual situação profissional da filha, que entende não lhe estar a ser dado o devido valor. Volta a falar do passado, de ter conseguido ganhar bastante dinheiro com o jogo, bem como das palavras do seu pai em que lhe dizia que “o jogo é um ruim ofício se é que é ofício” (sic). Refere que, atualmente, até arriscaria, tentando a sorte no casino, mas que a filha se oporia. Expressa que as sessões de acompanhamento psicológico lhe são prazerosas, referindo, seguidamente, sentir dentro de si uma solidão, sobretudo quando está no CD. Apesar de não encontrar ninguém ali com quem conversar, de não ter um foco de interesse e sentir um vazio a maior parte do tempo, diz aguentar-se durante o dia e não ponderar ir para um outro local. Compensam-no alguns gracejos que vai fazendo com jovens mulheres, lamentando-se, ao mesmo tempo, que “havia ter arranjado uma mulher como deve ser já depois de me divorciar” (sic). Recorda a relação conjugal dos pais, referindo “o meu pai com a minha mãe foram fantásticos” (sic), e da relação que a sua irmã mais nova tivera com o marido. Ressentiu-se bastante com a perda, preocupa-se com ela, pois “nenhum filho lhe liga” (sic), valendo-lhe apenas o apoio da sobrinha, a sua filha, algo que o entristece.

Décima Quinta Sessão. Revela sentir-se atraído por duas jovens mulheres, ter-lhes pedido os seus contatos telefónicos. Tentou dar um beijo a uma delas, referindo que esta se retraiu. A filha desconfia deste seu interesse, tendo esta dito “vê lá se tens juízo” (sic). Diz que um dia deste lhe pede em namoro. Fala de outras mulheres mais novas com que se cruza no quotidiano e dos seus gracejos, manifestando “saudades de quando era novo” (sic). Quando fala da vontade que tem de ter uma relação com alguém mais jovem, manifesta desânimo e estar “muito em baixo” (sic). Refere que se, por um lado, se sente velho, por outro, teria forças para iniciar uma relação, “isto tem de ser conduzido com muita calma e com muita cabecinha para já vou tentar pedir-lhe namoro e ver a reação dela” (sic). Regressa às memórias, partilhando um

episódio da sua fase de juventude, em que andou atrás de uma rapariga para lhe pedir namoro e o pai lhe dizia para ter “juizinho, não arranjes cá meninos, podes brincar, mas... “(sic). Casanova fala de outros namoros que tivera, recordando sempre as palavras do pai “andas a fazer uma coleção” (sic). Manifesta tristeza quando diz “não ter tido nunca problemas em arranjar namoros” (sic), ao contrário do presente, “agora não há nada” (sic). Refere ter saudades desses tempos. Sente-se só, valendo-lhe a companhia do cão, anda sempre a seu lado. Por vezes, a filha apercebe-se dos seus gracejos com outras jovens mulheres e brinca consigo, relembrando-lhe a diferença de idades. A sua filha pergunta-lhe pela namorada e a sua atual relação. Desconfia que há ali uma ponta de ciúmes da filha, refere. Diz que no CD, quando encontra oportunidade, fora dos olhares dos seus pares e das pessoas que lá trabalham, troca uns beijos e umas carícias, mas a sua companheira diz ter receio de que sejam apanhados. Sente que ela gosta de si e todos os dias falam pelo telefone, quando estão em suas casas. Gosta, também, do cuidado que tem para consigo. Todos os dias lhe dá um chocolate ou uma bolacha de baunilha. Fala dela como “boa pequena de 80 anos, muito carente” (sic), referindo que “todos os dias se abraça às funcionárias” (sic). Diz gostar dela, mas que não a convida para ir a sua casa por receio de serem “lá apanhados” (sic), pela filha. Já fizera uma proposta de ir a sua casa. Refere que este relacionamento lhe deu animo e de que, atualmente, o seu mundo se resume a ela, à filha e ao cão de estimação. Sente-se bem no CD, refere.

Décima Sexta Sessão. Após ter comentado um pouco sobre as notícias e o desafio de futebol que assistiu pela televisão, refere ter passado o fim de semana sozinho. Fala, também, de que não teve a visita da sua namorada, dizendo que apenas falam pelo telefone, bastando-lhe isso, apenas. Parece, agora, não pretender aprofundar esse seu relacionamento. Discorre, depois, sobre o seu quotidiano de galanteios ocasionais, a vida privada de muitas das jovens mulheres que se cruzam, dia-a-dia, consigo e de quem se sente atraído, “mergulhado” em torno das fantasias. Fala dos preparativos para as férias de verão, já delineados pela filha. Refere que a filha costuma nas férias, andar a cavalo e que até ele poderia arriscar também “há um género de um escadote para subir ao cavalo” (sic). Evoca memórias do passado de quando fazia equitação, uma experiência que gostaria de voltar a ter. Sente mágoa pela sua incapacidade funcional e falta de liberdade “nem de bicicleta posso andar” (sic). Refere ter sido muito feliz na sua juventude, sobretudo na Beira, de onde é natural. Atualmente, vale-lhe a filha e a sua dedicação e, também, a companhia do cão, “são a minha família” (sic). Diz que todos os dias, a sua irmã mais velha lhe liga. Assume atualmente o papel de mãe “ela também me diz oh filho, aos anos que é assim, ela é a matriarca” (sic). Fala por algum instante do seu descontentamento

com a situação do país e da classe política, refere estar desacreditado e pessimista quanto ao futuro. Discorre sobre o passado e dos tempos em que começou a jogar e do dinheiro que ganhou no jogo, voltando a falar das adições e comportamento de risco, que antecederam os AVC, dizendo “bebia uma garrafa de vinho à refeição e depois uns *whiskeys*, também fumava e dizia para comigo um dia tu lixas-te e isto foi numa quarta-feira no domingo nesse domingo a seguir tomba o primeiro AVC isquémico ...ao fim de uma semana de madrugada o AVC hemorrágico” (sic). Menciona a experiência que tivera durante o internamento e da reabilitação, lembrando-se emocionado de quando voltou a falar. Fala novamente da sua expectativa de voltar ao centro de reabilitação, pois “acredita que pudesse ajudar... todos os dias há lá ginásio, bicicleta, passadeira” (sic), sente-se, todavia, desanimado pois “é muito tempo de espera” (sic). Diz estar bem no CD, ter um bom ambiente, gostar das pessoas que o frequentam, “é uma boa gente” (sic), referindo que já vai conversando mais, “estou mais conversador” (sic). Fala de quase todas as pessoas, incluindo as cuidadoras formais, com estima. Ao longo das sessões é perceptível as mudanças de atitudes em relação aos seus pares e profissionais do CD, referindo-se como “uma família” (sic). Alega ser-lhe difícil o fim-de-semana, dizendo “tenho lá o cão, mas ele não fala” (sic). Volta a falar do seu atual relacionamento, das mulheres de que se sente atraído e da vida sexual do passado, pensando o quanto foi feliz. Fala do seu pai, como um amigo e um confidente. Diz sentir a sua falta. Apesar da vida que teve, refere, também, nunca ter abandonado a filha. Discorre, novamente, sobre a separação com a sua ex-mulher, quando saiu de casa para ir viver sozinho até ao dia em que a filha foi viver consigo. Expressa a sua culpa e arrependimento “errei arredondamento” (sic). Do passado regressa, novamente, ao presente, das suas deambulações e galanteios ao atual relacionamento, num vaivém constante. Vagueia sobre a sua vida quotidiana, com maior enfoque no CD, pensando no sentido da vida “a minha vida foi uma vida lixada, hoje é uma vida parada” (sic). Refere não pretender desistir “tenho que começar a andar mais, depois de amanhã vai a casa a miúda para dar a massagem e eu digo temos que namorar e ela diz-me oh avô, é uma amor” (sic), por fim, esboça um sorriso.

Décima Sétima Sessão. Começa por falar da sua experiência logo após o internamento “tive ali uns tempos em que me fui muito a baixo” (sic), referindo que nessa altura dormia muito, tinha insónias, não tinha vontade de fazer nada, estava deprimido. A médica de família é quem passou a receita do antidepressivo. Não se recorda de ter ido a um médico psiquiátrico. Tudo aconteceu antes da pandemia. É a sua filha quem controla a medicação. Diz andar “bem-disposto” (sic), gostar de andar de braço dado com a namorada no CD, apesar de se sentir atraído por uma jovem mulher “se ela quisesse” (sic), ficando de seguida em silêncio. Refere

sentir-se aborrecido quando está em casa, sobretudo ao fim-de-semana. Descreve as suas rotinas. O seu tempo é passado a ver as mesmas notícias ou a ler um pouco, mas sem grande motivação, e por isso, sente um vazio, mesmo estando lá consigo a sua filha, desejando vir para o CD. O domingo, é um dia, particularmente, difícil para si. Aguarda com alguma expectativa que o chamem a um concurso televisivo, referindo estar inscrito por iniciativa da sua filha. Em casa ouve muito a rádio Amália, vê um pouco o noticiário e alguns programas que gosta, com a companhia do seu animal de estimação. Às sete da manhã, levanta-se e a sua filha prepara-lhe o pequeno almoço. As auxiliares do apoio domiciliário dão-lhe banho pelas nove da manhã. Refere que “o sábado passa, mas o domingo custa” (sic). Refere que gosta de ler poesia, procura recordar-se da escritora que está a ler, mas sem sucesso, demonstrando aborrecimento por lhe faltar a memória. Diz ver um pouco de televisão, mas que a maior parte do dia dorme, sobretudo aos sábados. Deita-se por volta das duas da tarde e só acorda às oito para comer alguma, “uma sopa e uma peça de fruta” (sic), voltando a deitar-se pelas nove da noite. O domingo a rotina é um pouco diferente. Gosta de estar de manhã na sua marquise a apanhar um pouco de sol, até à hora do almoço, “é uma maravilha” (sic), enquanto a sua filha “anda a tratar da lida da casa” (sic). Durante a semana, é chegar a casa e comer alguma coisa e deita-se cedo para o outro dia regressar ao CD. Refere, por fim, que é no CD onde se sente vivo.

3.1.7. Discussão de Caso

Casanova já se encontrava no que se designa de fase de resguardo que corresponde à quarta idade caracterizada pela contração de recursos físicos, psicológicos e sociais, distinta da terceira, a da reforma, ainda plena de recursos (Leal, 2011). Apresentava um humor deprimido pela incapacidade funcional percebida e dependência para realizar as AVD, em resultado de dois AVC que tivera. O seu estado de vulnerabilidade psicossocial, manifestava-se na ausência de motivação em realizar atividades que antes lhe eram prazerosas, perda de sentido de vida, estando invadido de um sentimento de vazio. Referia serem mais os momentos de tristeza, que lhe preenchem o quotidiano, procurando estar só no CD. Apesar das condições atuais de atualização proporcionadas pelo CD e o apoio domiciliário, mantém uma sintomatologia psicopatológica depressiva, um caso clínico, sem comprometimento do desempenho cognitivo, confirmados pela avaliação psicológica, realizada no âmbito do estágio. Casanova carregava o peso do arrependimento em relação ao seu passado, sobretudo por decisões que deixara de tomar, como se tivesse deixado o destino a dirigir-lo (*locus* de controlo externo) em vez de ter sido ele a assumir a direção a sua própria vida (*locus* de controlo interno). A este propósito, fala ao longo de praticamente todas as sessões da sua vida conjugal e do arrependimento que tem

de ter adiado um divórcio, que o impossibilitara de encontrar uma outra mulher, de quem gostasse verdadeiramente e o fizesse sentir pleno e feliz. Fala da adição ao jogo, ao álcool como um alheamento à vida conjugal infeliz que diz ter tido, procurando, também, na noite encontros ocasionais. Ao percorrermos três gerações da sua história familiar, demo-nos, igualmente, conta de um avô paterno que tal como ele tinha adição ao jogo e ao álcool. Manifesta por este avô, que nunca chegara a conhecer, um sentimento de cólera, pelo comportamento que tivera em relação ao seu pai. O pai sempre o procurara, apesar de aquele ter estado sempre ausente na sua vida. Pensávamos na sua história familiar e deste emaranhado complexo, cuja raiz ontológica se perde no tempo, com a internalização da condição de valor desde tenra idade, vido mais tarde a manifestar-se com o desejo de aceitação e de reconhecimento. A incongruência é resultante da negação do reconhecimento social, da ausência de condições de relação, que ativa as defesas diante de uma existência ameaçada, tal como a condição de valor nos primeiros tempos de vida resulta de um medo de perda do amor pela progenitora, transmitindo-se filogeneticamente, pela genologia familiar, como “uma espécie de “árvore” que se perde no tempo, da qual faz parte os pais, avós e antepassados” (Hipólito, 2011, p. 128) e das, hipotéticas, lealdades invisíveis (Schützenberger, 2015). A ausência deste avô na vida do pai parece ter ressonâncias emocionais em si, pelo modo como descreve a tristeza do seu pai. Em relação ao pai acabara por partilhar, também, sentimentos ambíguos, por um lado, indignação pela infidelidade em relação à mãe, um padrão que acabaria por repetir, por outro lado, uma admiração. O pai projetara nele os seus sonhos e projetos, tendo contribuindo, também, para que edificasse um ideal de *self*, que se viria a refletir, em muitas circunstâncias, na sua incapacidade em escolher e a dirigir a sua própria vida, provável motivo de arrependimento em relação ao passado na etapa tardia da vida. Reconhece que a “carreira”, um desejo de promoção social internalizado pelo projeto parental, um *self* ideal e um *self* desejado que o afastara de si-mesmo, acabara por ser transformar numa espécie de adição, esgotando-se, diariamente, no trabalho, até fora de horas, para ganhar dinheiro para o jogo, carregando, atualmente, o remorso e a mágoa pelas ausências na vida da sua única filha, da infância ao início da fase adulta, sendo ela hoje quem cuida de si. Casanova expressa um sentimento de impotência e culpa, por considerar que a vida da filha ficara em suspenso. É, sobretudo, em momentos de desabafo da filha, enquanto cuidadora do pai, que ele refere se sentir um peso, agravando a baixa estima que já tem de si, quando confrontada com o declínio do seu próprio corpo e perda das suas relações sociais anteriores à reforma, influência na decisão e de perdas de rotinas que antes lhe eram prazerosas. Depois dos AVC e entrada no CD, todo o seu sistema sócio-antropológico se alterou.

Ao longo das sessões de acompanhamento, fomos assistindo, porém, a algumas mudanças, observadas também no cotidiano do CD, sobretudo na relação com os seus pares. Parecia que começara a interagir com mais frequência e de modo positivo, deixando de estar tão isolado. Casanova apresentava-se, numa das sessões, como uma postura corporal natural, uma expressão facial alegre, um olhar vivo, esboçando um sorriso, com uma mímica mais expressiva e uma maior gesticulação, do que era habitual. O seu discurso era fluente, coerente e detalhado, revelando, ao mesmo tempo, entusiasmo e excitação. Casanova revela que iniciara uma amizade íntima com alguém do CD, recentemente admitida, tendo chegado a trocar contatos, falado pelo telemóvel e marcado encontros em sua casa, revelando uma abertura à experiência. Nas sessões, começara a revelar mais de si, sobretudo, do seu quotidiano, ao contrário das primeiras entrevistas, com enfoque na história de vida. Apesar de assistirmos na primeira sessão de acompanhamento a uma mudança, na segunda damos conta, no seu discurso, a um ininterrupto vaivém entre as experiências do presente e as memórias do passado, da vida conjugal, do excesso de trabalho, do jogo, do álcool, dos encontros amorosos ocasionais, da noite, voltando a manifestar remorso, vergonha e culpa pelas suas ausências na vida da sua filha, um passado que parece assombrá-lo. Na sessão seguinte, fala do seu novo relacionamento, parecendo ter vindo a preencher o vazio que sentia e a carência por uma companhia, conformando-se a uma relação, que sem ser a ideal ou a desejada, é aquela que tem atualmente, como refere. O seu discurso centra-se, sobretudo, no seu quotidiano, falando da relação com o cão, animal de estimação, da alegria que este lhe proporciona. Refere, pela primeira vez, também, na sessão, sentir-se melhor no CD do que em casa, onde encontra maior solidão, acabando por perceber o CD, de um modo diferente do que nas primeiras sessões, como um escape. Expressa estima pela equipa do CD e em relação aos seus pares parece manifestar uma maior empatia, aceitando as diferenças e singularidades de cada um. As condições de relação de autenticidade, aceitação e compreensão empática em relação a estes parecem nele terem sido igualmente desenvolvidas. Apesar de um maior foco no agora, não deixa, no entanto, de retornar ao seu passado, a algumas das suas memórias episódicas, revelando um acontecimento da sua história de vida. Fala de uma relação extraconjugal com uma mulher que conhecera numa casa de fados, ainda casado, que o marcara. Quando a relação termina, acaba por entrar num desnorteio, entregando-se à vida noturna, ao álcool até ter tido os dois AVC. Era vinte e quatro anos mais nova, ao fim de um tempo fora traído com um primo dela. Foi nessa altura também que a sua ex-mulher lhe pede o divórcio, acabando por aceitar o montante que lhe oferecera. Nessa mesma sessão, fala, também, da filha, da preocupação e cuidado que tem tido para

consigo, mas, ao mesmo tempo, que expressa se sentir impotente e um peso. Refere que a vida deixara de ter um sentido para si. Menciona que a vida noturna era uma forma de fugir dele próprio, não deixando de pensar naquela altura que estaria a perder as pessoas que mais gostava. Manifesta arrependimento em relação ao passado, referindo, muitas vezes, pedir desculpa à filha pelas suas ausências. Procura, também, perdoar-se a si próprio, buscando uma ligação à transcendência, umas vezes, ouvindo a missa, outras, orando, esperando por essa via um perdão, que o possa aliviar da culpa. Expressa que gostaria de alguma forma compensar a filha e, por isso, fala-lhe que deveriam tentar a sorte no jogo, nem que fosse uma só vez, é preciso arriscar, diz. Ao longo das últimas sessões, fala da sua relação atual e dos seus desejos íntimos em relação a outras mulheres, mais jovens, referindo sentir os mesmos desejos da sua juventude só que num corpo em declínio, experienciando um sentimento de desânimo e de frustração. Fala que teve sempre uma vida sexual ativa, referindo que, após os dois AVC, a sua vida sexual ficou bastante afetada, pela sua condição física. Expressa mágoa enquanto fala da sua dificuldade em assegurar suas AVD, como tomar um banho ou vestir-se sozinho, estando sempre dependente do apoio de alguém. Pensa na experiência traumática dos AVC, interpelando-se quando e como irá morrer, ao mesmo tempo, que manifesta uma inquietação quanto ao futuro da filha. As temáticas repetem-se ao longo das últimas sessões, da relação atual, às fantasias íntimas, ao regresso a memórias passadas, da vida conjugal à vida noturna, aos receios atuais da morte e ao futuro da filha. Na penúltima sessão, verbaliza sentir-se bem no CD, ter um bom ambiente, gostar das pessoas que o frequentam, referindo que já vai conversando. Fala de quase todas as pessoas, incluindo as cuidadoras formais, com estima. Ao longo das sessões é perceptível as mudanças de atitudes em relação aos seus pares e profissionais do CD, referindo-se sentir em uma família. Volta a falar do seu atual relacionamento, das mulheres de que se sente atraído e da vida sexual que tivera no passado, desta vez mencionando o quanto foi feliz. Fala do seu pai, como um amigo e um confidente, mencionando sentir a falta da sua presença. A sua incongruência é resultado desse conflito interno entre um *self* real que segue a sua própria cadência e um *self* idealizado, ainda almejado, que o faz ficar ancorado a um passado de juventude, nas experiências efêmeras, numa ou outra relação sentimental que boicotara, no que tivera ou desejaria ter tido. A memória biográfica parece assumir, sobretudo nesta etapa da vida, uma variável significativa no processo de identificação com certas formas de ser o que realmente é e de buscar uma linguagem que possa se identificar como o *self* real, por outras palavras um *self* em processo ou um *selfing*, termo cunhado por Margaret Warner para substituir o de *self* (Warner & Rousseau, 2007), pelo que não é tanto o que se recorda que é importante,

mas o modo como o faz no agora; enquanto autor da sua própria narrativa, da sua memória biográfica. No envelhecimento, a condição de valor, que nos vai sendo, timidamente, revelada, e que está na base da incongruência, parece-nos dar significação ao modo como cada um experimenta o processo de envelhecer no agora, andando aquela (incongruência) a par dos traumas e traumatismos nas condições biopsicossociais ao longo do desenvolvimento humano e sobretudo na etapa tardia da vida humana, com efeitos na capacidade de *processing*, das pressões da vida não resolvidas pelos modos de compreensão e das estratégias pré-estabelecidas e ausências das condições relacionais de *processing* como o de empatia, de autenticidade e o olhar positivo incondicional, desde tenra idade no seio da família. A recolha da história de vida parece-nos, neste sentido, assumir uma importância que vai além da concetualização de caso realizada durante uma avaliação psicológica, que na ACP advém do quadro de referência e experiência subjetiva da pessoa. Por ser conciliável com uma prática não diretiva, sendo esta mais interativa e bidirecional do que qualquer outra abordagem, ela permite ao próprio, juntar pontos desde a infância até ao momento atual. Ao devolver em resposta(s) de síntese o significado dado pela própria pessoa dos acontecimentos ocorridos ao longo da sua história, de forma genuína, calorosa e empática poderá cria-se as condições facilitadoras da congruência almejada (Simms,2011). Casanova começou por revelar algumas mudanças a partir do momento que começou a partilhar a sua história de vida, tendo o acompanhamento psicológico subsequente, nomeadamente através da criação de condições de relação da ACP, ajudado a dar continuidade ao fluxo que o aproxima de um grau de incongruência que lhe permite em determinados momentos e circunstâncias se experienciar no agora, mais próximo de um *self* real.

3.2. Caso Clínico 2

3.1.8. Apresentação do Caso

Cândida⁵, mulher de 93 anos, nascida a 21 de setembro de 1930, caucasiana, viúva, vive só. Teve um filho do primeiro casamento, falecido na sequência de um acidente rodoviário. Foi funcionária dos vinte até aos cinquenta anos, tendo completado o quarto ano de escolaridade para amissão na administração pública. Após aposentação, trabalhou por conta própria, primeiro num negócio com o segundo marido e, posteriormente, já viúva, teve uma perfumaria, que manteve até aos seus 72 anos. Atualmente, vive só, no mesmo bairro do CD.

⁵ Cândida é o pseudónimo atribuído para garantir o anonimato da pessoa por nós acompanhada.

3.1.9. Observação clínica, em contexto de centro de dia

Cândida chega ao CD ao meio da manhã. Vem de carrinha, não obstante viver muito próximo do estabelecimento, um percurso que outrora fazia a pé. Locomove-se muito lentamente, com ajuda de uma bengala ortopédica de tripé. A perda gradual de visão impossibilita-a participar em muitas das atividades manuais, programadas pela equipa do CD. Tem por hábito sentar-se numa cadeira próxima da porta da sala de estar, permanecendo aí até à hora de almoço. É bastante reservada, interagindo pouco ou quase nada com os seus pares, a não ser com uma utente, residente no mesmo bairro, que conhece há alguns anos, com que conversa um pouco mais, mas, normalmente, procura estar só e, quando faz bom tempo, encontramo-la, frequentemente, no pátio exterior ao edifício. A única atividade em que participa é na música terapia. Refere que as atividades de movimento lhe causam indisposição.

3.1.10. Motivo de escolha do estudo de caso

O motivo de apresentação do presente caso clínico prende-se pelo fato de ser entre os acompanhamentos por nós realizados o que melhor ilustra, pela riqueza do seu conteúdo, uma perturbação depressiva, corroborando, em grande medida, muito dos fatores que estão na sua génese nesta etapa tardia da vida humana, referidas pela literatura, possibilitando ao mesmo tempos refletir sobre o papel do psicólogo clínico, num contexto, onde não existe um *setting* terapêutico, nem o “cliente” formula um pedido de ajuda com aquele propósito. Ao contrário do estudo de caso anterior, em que o objetivo era o de levar a cabo uma avaliação psicológica, cumprindo um dos requisitos do estágio curricular - não obstante, ter, posteriormente, surgido a oportunidade de um acompanhamento psicológico-, este inicia, pelo contrário, na sequência de uma rotina diária que tínhamos instituído como prática, com a finalidade em referenciar uma ou outra pessoa em que houvesse a necessidade de uma intervenção psicológica. Considerámos relevante adotar para a descrição do estudo de caso uma metodologia fenomenológica, respeitando, assim, a ordem cronológica do processo, destacando as sessões, entendidas para nós, mais relevantes. Ao longo da apresentação, colocámos hipóteses, que iam sendo ora confirmadas, ora refutadas até à concetualização do caso. Ao longo do acompanhamento psicológico, fatos relevantes para essa concetualização a propósito da história familiar, surgem nas últimas sessões⁶.

Primeira Sessão. O acompanhamento iniciara as “conversas matinais”, indo ao encontro na sala de convívio de quem chega pela manhã e se recompunha da viagem da carrinha que

⁶ Para efeitos de apresentação do caso clínico no presente relatório, incluímos em anexo o consentimento informado (Anexo II), assim como excertos transcritos das entrevistas (Anexo IV).

fazia o transporte de casa até ao CD. Cândida encontrava-se só com era habitual, estando presentes outros utentes, com a sua expressão triste, parecendo, no entanto, expressar alguma ansiedade. Apesar de saber da possibilidade de um acompanhamento psicológico, caso sentisse essa necessidade, nunca tomara iniciativa até à data em que nos fala de uma preocupação relativa às suas falhas de memória, parecendo-nos ser algo que a inquietava. Precisávamos de compreender se a causa da ansiedade era a que verbalizara ou se esta resultava da convivência que ia tendo com as pessoas recém-admitidas com diagnóstico de demência, fazendo-a recear por um mesmo prognóstico. Convidámo-la, então, a acompanhar-nos até a um espaço mais reservado de modo a que se pudesse sentir mais confortável para partilhar connosco a sua preocupação e mitigar, na medida do possível, a sua ansiedade. Embora a preocupação que verbalizara na sala de convívio tenha respeitado às falhas de memória, começa por falar, já na sala de acompanhamento psicológico, sobre o medo que sente em ficar cega, referindo que tem perdido visão do olho esquerdo desde há cinco anos. Deixara de ver do olho direito, desde os seus quarenta anos, na sequência de uma lesão ocular. Fez dois transplantes de córnea no olho direito, tendo perdido praticamente a visão, na primeira cirurgia. O agravamento da incapacidade funcional, em assegurar algumas AVD, é motivo da sua angústia. Tratando-se de um acompanhamento psicológico, não de uma avaliação, o nosso foco foi o de mitigar a ansiedade, deixando que fosse ela a dirigir a sessão, sem ter a preocupação de recolher a sua história de vida, à semelhança do que fizemos no anterior caso clínico. Tivemos dificuldade em ler as suas microexpressões faciais muito do que estava a sentir em termos emocionais. Mantinha quase sempre as mesmas e quando sorri ou manifesta alguma contrariedade, o franzir da testa ou um levantar da sobrancelha são quase impercetíveis. O contato visual, também, foi para nós outra das nossas dificuldades, talvez derivado à sua perda de visão. Mantem um olhar fixo num ponto da sala, raramente nos olha de frente. A sua linguagem corporal era pobre, praticamente não gesticulava com as mãos, mantendo sempre a mesma postura vertical. Manteve uma fluidez e uma riqueza no discurso, uma clareza de pensamento, embora os temas partilhados se repetissem, por vezes, de forma circular. Apesar da preocupação inicial, não apresentara dificuldades quer de memória recente, quer de memória episódica, da sua autobiografia. De todos os acompanhamentos psicológicos que realizámos este foi daqueles em que, em momento algum, sentimos incongruência, mantivemos uma relação calorosa e afetiva, e a sua expressão, sempre que falávamos parecia-nos confirmar uma resposta nossa relativa à nossa perceção do conteúdo, emoções e sentimentos subjacentes que partilhara connosco. Raramente sentimos desvios significativos do seu discurso. A longo de quase todas as sessões

a sua narrativa foi de tristeza, desesperança, de desamparo, resignação, por vezes de revolta. Na primeira sessão de acompanhamento, as questões que partilhara relacionam-se, sobretudo, com a sua apreensão relativa às suas falhas de memória, ao medo da perda gradual de visão em consequência das lesões oculares, às queixas físicas em resultado de quedas que dera, as dificuldades em dormir, as insónias iniciais e intermédias, referindo “sonho muito durante a noite com pessoas amigas que já faleceram, assim como com águas turvas e sujas ... ao acordar, ao meio da noite, fico angustiada e tenho dificuldades em voltar a adormecer” (sic). Refere ainda sentir falta de energia durante o dia, de ter perdido interesse em realizar algumas tarefas, que antes lhe dera prazer, como cozinhar. Partilhou, também, que já tomara antidepressivos, receitados pela médica de família, por sentir nessa altura tristeza, desânimo e desinteresse pela vida. Pareceu-nos aos poucos ficar mais segura, revelando um pouco mais de si, indo um pouco além de uma mera descrição inicial de sintomas. Pensamos que o à-vontade que ia sentindo derivava das condições de relação, permitindo baixar algumas das suas defesas ou do ganhar alguma confiança para começar a falar de como se sentia no CD. Parecia-nos sentir algum desânimo por lá estar, expressando “hoje tudo é diferente, já fomos como uma família ... embora não tenha nada a dizer, pelo contrário, só bem tratada ... já morreu muita gente ... as pessoas eram minhas amigas ... hoje tenho poucas amizades e, por isso, sinto-me só ...mas, enfim, cada um tem o seu temperamento... hoje sinto-me um pouco mais feliz por ter a companhia de uma pessoa que frequenta aqui o centro, de quem tenho estima e consideração” (sic). Além das causas físicas que partilhara, o sentimento de isolamento parecia-nos ser um dos motivos do seu humor depressivo.

3.1.11. Descrição clínica

Optámos por iniciar com a última sessão, no ponto respeitante à descrição clínica, antes da descrição das sessões de acompanhamento psicológico, respeitando a estrutura do presente relatório e por considerarmos que permitirá uma melhor compreensão do caso clínico. O acompanhamento iniciara sem um guião de entrevista semiestruturado, sem a preocupação de recolher dados biográficos para uma história de vida à semelhança do que acontecera no caso clínico anterior. Quando iniciamos o acompanhamento, apenas tínhamos como propósito mitigar algum mal-estar, naquele dia, resultante de uma queda que dera em sua casa no dia anterior, conforme consta das descrições das sessões de acompanhamento psicológico (Anexo IV). A partilha de memórias biográficas e das emoções subjacentes acontecera já para o fim das sessões, estando no início mais centradas nos sintomas, evoluindo depois para o drama familiar, o sistema sócio-antropológico. Veremos, também, como as hipóteses vão surgindo ao longo das

sessões, pelo “romance familiar”, nomeadamente a condição de valor, que contribuirá, a par dos traumas e traumatismos nas condições biopsicossociais, para a incongruência em que vive, fonte da vulnerabilidade psicológica.

Vamos ao encontro de Cândida que se encontrava na sala de convívio, a aguardar pela sétima sessão. Acompanhámo-la até à sala. Encontrava-se triste, naquele dia. Desabafa que fazia cerca de sessenta anos que deixara a sua primeira casa. Refere com mágoa ter sido a sua primeira grande perda, verbalizando “tirou-me o chão ... a lembrança fica sempre ... tudo mudou desde essa altura ... a minha vida mudou” (sic). Emociona-se ao falar do passado, do primeiro casamento que durara cerca de nove anos. O pai do filho encontrara “uma mulher mais velha que já tinha netos e saiu de casa, nunca mais voltou” (sic), sem dar uma explicação, desabafando que até hoje se interpela sobre o motivo da separação. Refere que o marido fugiu com uma mulher mais velha, mencionando não esquecer até hoje o pai do filho. Essa foi a sua primeira perda, que a marcou até hoje. O primeiro marido era torneiro mecânica, viviam do seu ordenado, pois nunca a deixara a si trabalhar. Veio de uma aldeia saloia para a capital após a separação sem quaisquer recursos, com um filho de nove anos apenas. Diz que criara o filho com muito esforço, durante algum tempo, sozinha, sentindo-se, durante esse período muito só e desamparada. O ex-marido nunca dera qualquer sustento ao filho, chegando a procurá-lo por todo o lado. Ainda hoje, conserva os papeis do divórcio, tendo vivido, estes anos, inconformada por não encontrar em si uma explicação. Refere que o irmão a foi buscar, onde vivia, logo após a separação. Emociona-se quando fala do irmão, verbalizando “eu tinha um irmão que era o meu confidente e perdi-o... foi a terceira perda da minha vida (depois da perda do filho) ... o meu irmão era o meu apoio no aspeto de poder desabafar ...foi o meu irmão que me foi buscar, mais a mulher, quando fiquei desamparada (referia-se à separação com o pai do filho) ... é a minha vida” (sic). Teve desde pequena e ao longo de toda a vida uma boa relação com o irmão. Era seu confidente. Por esse motivo, a sua cunhada tinha inclusive ciúmes de si. A sua expressão era de quem experienciara um período traumático, ainda hoje bastante presente na sua vida, quando evoca as memórias daqueles tempos, tendo o segundo trauma pela ordem cronológica do tempo ocorrido com a perda do filho de trinta e quatro anos, atropelado por um condutor que conduzia alcoolizado, verbalizando “perdi o meu filho já lá vão quarenta e dois anos... foi o segundo embate, passei tanto para criar o meu filho e, por fim, perdi-o, criei-o sozinha, só com o meu trabalho ... o meu filho teve no ultramar não lhe aconteceu nada ... a primeira pessoa a saber que ele tinha morrido no acidente foi o meu irmão, porque eu ainda não estava a pé àquela hora, a segunda fui eu, quando foi lá a policia dar parte do acidente é assim senhor doutor, são

mágoas muito grandes que ficam para toda a vida” (sic). O filho tinha um trabalho como vendedor numa tipografia, tinha mulher e dois filhos, mas não era feliz nessa relação, refere. Emociona-se quando fala da “casa dos azulejos” (sic). Esta foi a casa onde viveu com o segundo marido, onde guarda a maior parte das memórias significativas. Depois do divórcio, voltara a casar pelo civil, com o segundo marido. Foi um casamento de cinquenta e quatro anos, mencionando “foram muitos anos com o meu marido, o segundo marido, não é, foram cinquenta e tal anos é uma vida ... a gente tinha sempre coisas não é, eu chegava a entrar quase sem dormir e ninguém sabia, não há só coisas boas num casal, também há coisas más, não é, havia os problemas da vida (sic). O filho foi criado pelo padrasto durante esses anos até morrer, “uma pessoa com estudos” (sic), a quem chamara sempre de pai. Cândida com mais ou menos cinquenta anos foi estudar à noite e fez o exame para entrar no estado, foi nessa altura em que o filho tivera o acidente de viação. Reformou-se tempo depois, aos sessenta e três anos, para dar apoio à nora e aos seus netos. O marido também foi despedido da fábrica de chocolate na margem sul, onde trabalhava como vendedor. Começaram a trabalhar num negócio próprio, que já tinham. Refere ter ficado prejudicada, ao deixar de trabalhar, para cuidar dos netos. Experimenta um sentimento de arrependimento pelo que deixara de fazer, continuar a trabalhar, algo que valorizava. As suas partilhas começavam agora a dar consistência a algumas das hipóteses que fomos formulando ao longo das sessões, que estariam na base da incongruência, mágoa e zanga em relação à nora e aos netos. Cândida dera com muito esforço apoio à sua nora, quando esta enviuvara do filho, mencionando que a sua atual mágoa e zanga respeita à ingratidão dela e dos netos para consigo, ao não retribuir simplesmente com presença na sua vida, numa altura em que mais precisa de apoio. Cândida reclama por afeto, apesar de não ter disso consciência, descrevendo-se a si-mesma como de temperamento frio, reflexo provável de uma condição de valor internalizada no seio de uma família que a privara de amor desde tenra idade, verbalizando “estou sempre a pensar o que está à minha volta, é um disparate muito grande, não tenho idade para estar preocupada, mas é uma preocupação, talvez tenha ido buscar essa maneira de ser à minha mãe, também foi uma pessoa que sofreu ... era uma pessoa muito honesta não era uma pessoa de contos nem ditos era uma pessoa que trabalhava muito ... ficou sozinha com dois filhos por criar, trabalhava muito... lembro-me bem desses tempos a minha mãe tomava conta de cinco prédios, pois só era porteira de um prédio onde vivia, e num outro que tinha oficina, onde o meu irmão aprendeu o ofício, a minha mãe trabalhava imenso sempre em casa de pessoas ... a minha mãe não tinha vagar, só vivia para trabalhar para sustentar os filhos e toda a gente gostava da minha mãe ...tenho referências da minha mãe como pessoa esforçada e trabalhadora,

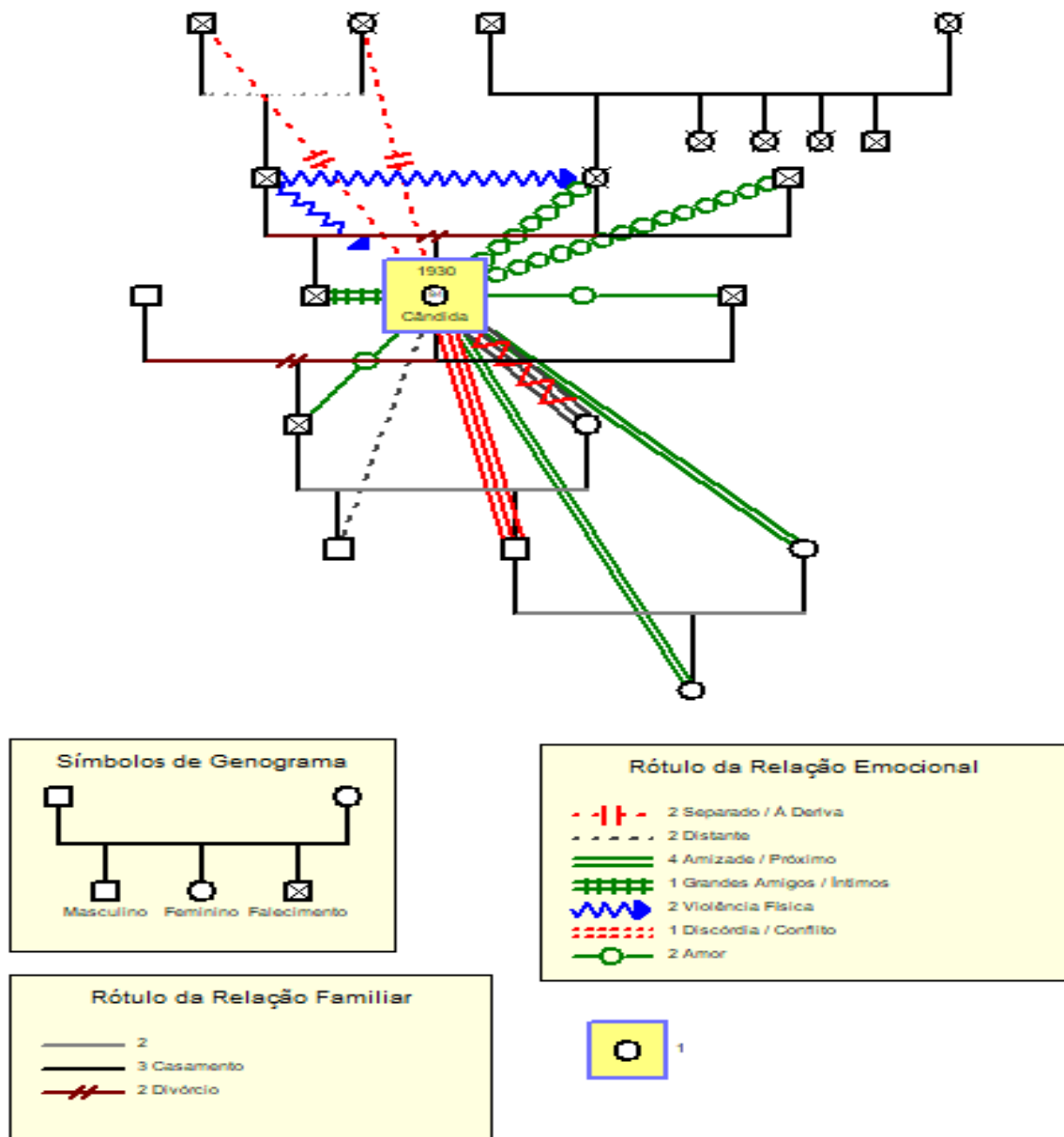
nunca andámos mal-arranjados, descalços como havia outras crianças...a minha mãe foi uma referência para mim ... não era um pessoa risonha, com também eu não o sou ou o meu irmão era ...eu e o meu irmão à primeira vista não somos simpáticos, porque nunca fomos risonhos...mas o falar eu acho que toda a gente gosta de nós, porque eu tenho pessoas que sempre me respeitaram e gostam de mim eu chego ali há pouca gente...com nove anos já era empregada da minha mãe ... vivemos com dificuldades no aspeto de sermos humildes de sermos pobres, não é, mas nunca tive digamos assim tivemos necessidades como muitas outras pessoas se calhar tiveram, não é, graças a Deus a minha mãe trabalhou sempre para nos dar o essencial ... se calhar essa referências vieram daí e os meus netos em parte também têm as nossas referências a minha e do meu marido que também era uma pessoa... pronto tinha as suas coisas como tinha toda a gente, mas eramos pessoas honestas pronto e conhecemos muita gente a nossa vida deu para isso é assim senhor doutor é a vida” (sic). A mãe nascera numa fratria de quatro irmãos, três irmãs e um irmão. Os avós maternos viviam de uma agricultura de subsistência. A mãe veio muito cedo, ainda uma criança, trabalhar como criada de servir. Como as famílias dos pais eram de uma pequena localidade da província já se conheciam antes. Cândida, apenas, conheceu os avós maternos, onde passaria férias, tendo tido pouco ou quase nada contato com os familiares do lado paterno. Pouco ou nada sabe de como os pais se conheceram ou dos seus antepassados, uma vez que a sua mãe era muito reservada. Apenas sabe que os pais eram de uma vila da província do Ribatejo. Não tem qualquer referência se a gravidez da mãe terá sido planeada, de como terá corrido a gestação ou o parto. Apenas tem conhecimento que terá sido uma recém-nascida com uma saúde muito débil e com sérios riscos de vida. Contaram-lhe que houve uma vizinha que a salvou, tendo dado dinheiro à sua mãe. Cândida tivera que recalcar o desejo de afeto, de ser amada, desde a infância, diante de um ambiente familiar austero, onde crescera, internalizando em si a condição de valor, um legado da sua mãe, reproduzindo, hipoteticamente, um mesmo padrão ligado por uma lealdade invisível (Schützenberger, 2015). Experienciara eventos traumáticos, traumatismos de infância ao nível das condições de atualização das suas potencialidades biopsicossociais, não só resultante da precaridade material, mas, sobretudo, da violência que vivenciara na primeira em criança no seio familiar. O pai era alcoólico e ambas, mãe e filha, foram vítimas de violência doméstica por parte do progenitor. Tem memória da mãe lhe contar que “o pai me atirava, tinha menos de cinco anos, contra uma parede” (sic). Os pais acabaram por se separar e, a partir da sua saída de casa, a sua infância terá melhorado um pouco, refere. O pai, mais tarde, acabara por se suicidar, ter-se-ia “atirado para baixo de um comboio” (sic), tendo uma tia ido, na vez da

sua mãe, reconhecer o corpo. Teria por volta dos cinco anos quando o facto ocorreu. A mãe juntar-se-ia, um ano depois, com uma outra pessoa, o padrasto, a quem, Cândida, chamava de pai. Faleceu antes da mãe, há cinquenta anos. Era um homem afetuoso para si e para o seu irmão, fala dele esboçando um ligeiro sorriso. Apesar de pertencer a uma família com poucos recursos, refere nunca ter passado fome, mas não deixara de ser difícil. Brincava pouco, trabalhava muito, tendo ficado apenas com o terceiro ano de escolaridade. Recorda-se de ajudar, em criança, a mãe no trabalho árduo das limpezas das escadas do prédio, de escritórios e outros espaços. Durante a sua infância, foi uma vizinha, que a levava à escola, mas, como tinha de trabalhar com a mãe, acabou por não fazer a quarta classe. Refere que a mãe era para si distante, pouco afetiva e fazia uma distinção clara com o seu irmão, sendo mais calorosa para com este. O padrasto, ao contrário da mãe, terá sido mais afetivo para consigo. Cândida atribui a sua dificuldade de lidar com as emoções e sentimentos à educação “austera”, que tivera, procurando encontrar, ao mesmo tempo, uma explicação que a conforme da “distância” dos seus descendentes, referindo “talvez seja, por isso, que eles são frios” (sic). Com a mãe, morou até casar. A sessão estava a ser bastante profícua, num dia em que se encontrava mais melancólica, a confiança que fora ganhando connosco ao longo das sessões, sobretudo pelas das condições de relação, terá permitido a abertura para a partilha das suas memórias biográficas. A sua história de vida, possibilitou-nos, igualmente, compreender o que já partilhara da sua história recente e de si, a incongruência em que vive no agora, que vai além do declínio do corpo pelo processo do envelhecimento ou dos traumas e traumatismos no desenvolvimento. A mágoa em relação ao afastamento da nora e dos netos fica, agora, mais clara com a sua história de vida. Cândida abdicara de si para cuidar da nora e dos netos, depois de um evento traumático a morte do filho, agora espera o retorno, o reconhecimento. Mesmo depois de se aposentar com funcionária pública, ainda assim, trabalhou num negócio com o marido, ao mesmo tempo que ajudava a nora, os netos e cuidava dos sogros, uma vida exigente, que “implicava muita disciplina” (sic). Teve um negócio de aperitivos com o segundo marido durante sete anos, refere “cheguei a fritar 50 kg de amendoins” (sic). O negócio com o marido permitiu que toda a gente a conhecesse. O armazém era dentro de sua casa e tinham duas empregadas a trabalhar consigo. Foi assim durante sete anos, mas os calotes obrigaram a encerrar o negócio. O marido acabou depois com o negócio. Cândida ficara, depois, com um trespasse de uma perfumaria, tendo mantido o negócio, durante mais de dez anos, ainda hoje sonha com a loja, refere. O marido fazia a contabilidade e ia às compras para a loja. Fala emocionada do negócio que tivera, verbalizando que “era muito bonita, as montras eram muito pequeninas e tinha uma clientela

fidelizada” (sic), tendo a enteada chegado a trabalhar consigo. Depois trespassou a loja, referindo, com uma certa melancolia, ter sido uma vida muito preenchida. Os sogros vinham para Lisboa, chegavam a estar um mês consigo, cuidou deles, eram da Beira Litoral. Trabalhava das nove até às vinte horas, tinha uma pessoa para fechar às vinte e duas horas. Gostou muito de trabalhar com o público, numa loja perto da rua. Os negócios deram-lhe muito trabalho, nomeadamente aquele que teve com o marido, o negócio dos aperitivos, mas, ao mesmo tempo, deu-lhe muita satisfação. A sua grande paixão, no entanto, foi a preformaria, faz questão de realçar. Tinha cerca de setenta anos quando deixa a loja, tendo sido uma decisão difícil para si. Depois da perfumaria, teve um outro negócio, que confeccionava e fornecia salgados para um restaurante. Foi o irmão e a cunhada que o arranjaram. Cândida foi partilhando a sua memória biográfica como quem tece uma “renda de bilres” ao mesmo tempo que a sua expressão é de alívio, expressando que gostaria de deixar essa sua história de vida como um legado aos netos, sobretudo o “neto mais velho ... tinha seis anos claro conheceu a nossa vida, porque tinha uma grande amizade pelo avô que não era o avô verdadeiro, mas que ele não pode ouvir dizer mal nem só um bocadinho que se atira ao ar, porque só o conheceu a ele àquele avô ... o meu neto mais novo era muito pequenino pronto também não sabe e diz-me que não sabe da minha vida e eu digo-lhe não sabes da minha vida, porque, também, nunca quiseste conhecê-la, não é, eu não sei nada da sua vida avó e eu digo-lhe não sabes porque nunca procuraste saber porque os meus netos isto é uma história da minha vida ... faz parte dos meus netos ... guardo só para mim ... nem para as minhas colegas senhor doutor, acredita? Pois pode acreditar ... nem com as minhas colegas, dava-me bem com toda a gente, mas eu só tinha tempo para cuidar do meu trabalho e da minha vida mais nada nem elas sabiam fui muitas vezes para o serviço com noites sem dormir, porque a gente não tem só alegrias na vida familiar não há só alegrias” (sic). Cândida partilhara assim memórias biográficas, durante a sessão, parecendo, através da linguagem (simbolização), articular as memórias episódicas como seu “verdadeiro eu”, num processo de evolução constante de identificação com certas formas de “ser” o que se é “realmente” denominado por *selfing* (Warner & Rosseau, 2007). As condições de relação de congruência, de olhar positivo incondicional e de compreensão empática terão contribuído para esse *sefling*, e, provavelmente, ajudando a encontrar modos complementares de compreensão e estratégias pré-definidas para lidar com as pressões de vida, mencionando “não tenho que me envergonhar da minha vida ...nunca partilhei com outras pessoas, por isso, é que eu digo não sei como tenho coragem para dizer-lhe coisas que eu não quis dizer ... a maioria das pessoas conhece a minha vida presente, mas não conhece a passada, na cabe na cabeça como tive

coragem de partilhá-la aqui, mas é a minha vida ... eu não tenho vergonha da minha vida ...tenho orgulho da minha vida ... gostava de deixar essa história aos meus netos ... o meu neto mais velho sabe que eu sou uma heroína, não é, sabe certas coisas, mas não sabe o que está no passado, não é, vão sabendo uma coisinha aqui e outra acolá, mas a maior parte não sabe, só me conheceram numa fase melhor, não sabem mais, porque eles também não são curiosos , o senhor doutor é que tem paciência, realmente com a minha idade nunca pensei em me expor ... mas é assim ... acredito, senhor doutor, já tinha ouvido falar destas coisas todas, mas não tinha ideia de como é que era...eu não falo assim com qualquer pessoa ... como é que tenho coragem para desabafar, mas faz-me bem sabe senhor doutor ... eu sinto-me apoiada pelo senhor doutor coisa que eu nunca me senti talvez se tivesse há mais tempo ... mas nunca me deu para ir a um psicólogo ... mas faz-me bem ... eu sei que me faz bem ... é uma ajuda... (pausa) ... é assim é a vida senhor doutor não tenho assim muito para dizer assim ao senhor doutor ... agradeço a sua amizade ... agradeço bastante e a todos que me dão apoio ... porque infelizmente só com os senhores ... mas para desabafar consigo ... é a minha história e é a verdadeira e digo-lhe mais tenho pena de não conseguir fazer um livro com a minha história, que é a minha história para deixar aos meus netos ... porque os meus netos não sabem da minha história” (sic).

Figura 3- Genograma



3.1.12. Avaliação psicológica

Pensando na sua preocupação inicial, as perdas de memória, atendendo a que a avaliação psicológica se encontrava prevista realizar com uma periodicidade semestral pelo psicólogo afeto ao CD, coincidindo com o início do acompanhamento psicológico, realizámos a avaliação com outros instrumentos, ainda que recomendável que avaliação psicológica fosse realizada de modo independente ao acompanhamento. Ainda assim, entendemos que a avaliação poderia se revelar útil para o nosso estudo de caso, contribuindo para uma melhor compreensão das

queixas ao nível da memória que verbalizara, associadas, hipoteticamente, à sintomatologia depressiva que apresentava.

Assim, utilizámos para o efeito, em vez do MMSE ou o MoCA, em uso no centro de dia, o Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R) (Firmino et. al., 2018), constituído por uma bateria de testes de rastreio cognitivo com por objetivo de identificar o declínio cognitivo ligeiro, a doença de Alzheimer, a demência vascular, a demência de Parkinson, acidentes Vasculares cerebrais, a afasia e a distinção entre a depressão e a doença de Alzheimer, avaliando cinco domínios (Firmino, et al., 2018), nomeadamente:

- Atenção e orientação: subdividido em orientação, retenção, atenção e concentração;
- Memória: subdividido em evocação, memória anterógrada e retrógrada;
- Funções executivas: subdividido em fluência verbal;
- Visuo-espacial: subdividido em competências visuo-espaciais e aptidões de percepção.

Trata-se de uma bateria de testes cujo tempo de aplicação é de cerca de 15 minutos e que, em termos de cotação, o melhor desempenho cognitivo corresponde à maior pontuação, sendo o máximo possível os 100 pontos (Firmino, et al., 2018).

O Subjective Memory Complaint Scale (SMC) de Schmand e colaboradores (1996), com tradução portuguesa por S. Ginó e colaboradores (2001) é uma escala que avalia queixas subjetivas de memória, onde a pontuação de cada item varia de 0, ausência de queixas, a 1, 2, 3 pontos, conforme a gravidade, podendo somar no máximo 21 pontos, sendo que o ponto de corte na população portuguesa é de $\frac{3}{4}$ (valor ≤ 3 sem relevância).

Para aferir da existência de depressão e outros sintomas psicopatológicos, recorremos aos seguintes instrumentos:

- Escala de Depressão Geriátrica, GDS -15, de Sheikh & Yesavage (1986), com adaptação de Apóstolo (2011) para a avaliação do humor, mencionado no primeiro caso clínico;
- Brief Symptom Inventory, BSI, de Derogatis (1993), instrumento de rastreio do mal-estar psicológico, validado para a população portuguesa por Canavarro (1995), também já referido no primeiro caso clínico.

Segunda Sessão. Cândida apresentara-se ao longo da anterior colaborante, vígil, consciente, atenta e concentrada, com uma orientação auto e alopsíquica. Manteve um discurso coerente, recordando-se de nomes, locais e datas, apesar das suas queixas subjetivas de memória, no SMC, apresentar uma pontuação de 5 pontos num total de 21, ligeiramente superior ao ponto de corte na população portuguesa de $\frac{3}{4}$ (valor ≤ 3 sem relevância),

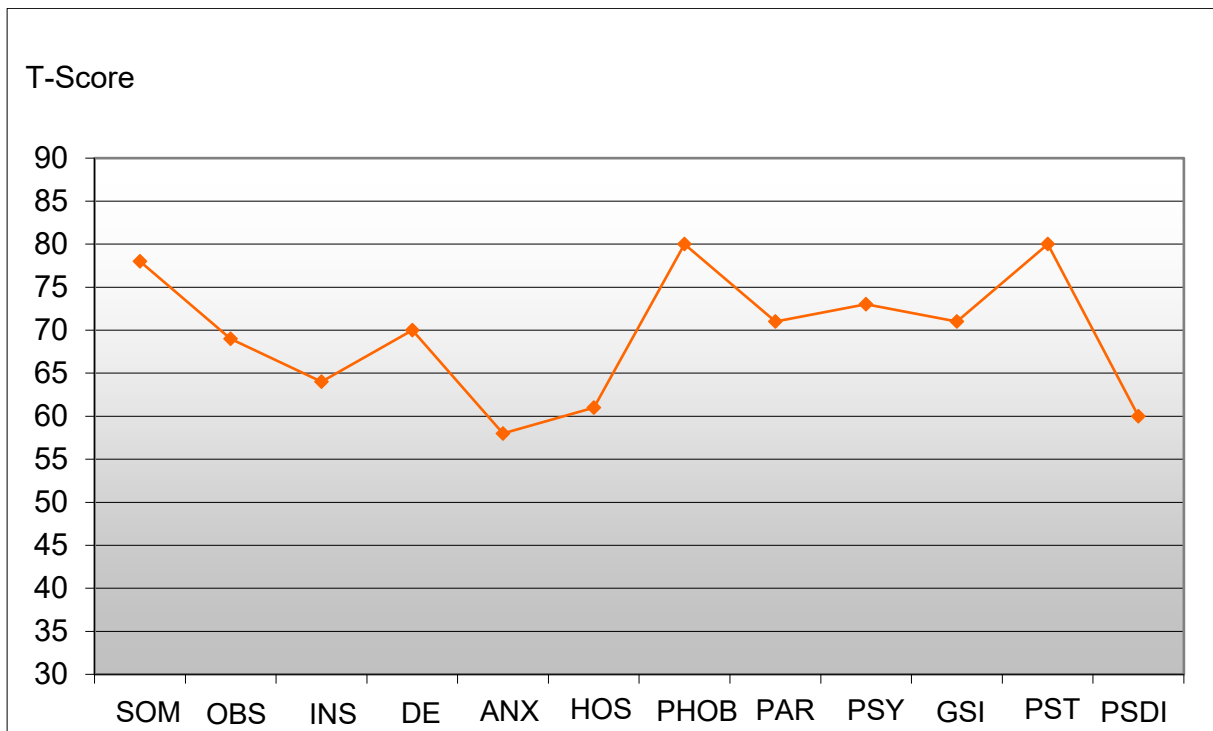
confirmando algumas queixas acerca da sua memória, com alguma importância e esquecimento onde põe as coisas, mas sem importância. Refere, ainda, sentir que as suas ideias por vezes ficam um pouco confusas (baralhadas) e dificuldades em concentrar-se, mas sem problemas. Cândida, no ACE-R, obteve uma pontuação de 12 pontos, num total de 18 pontos, no domínio da Atenção e Orientação, inferior à medida do grupo normativo para a sua idade, superior aos 80 anos, e escolaridade, entre 1 a 4 anos, ($M_{\text{grupo normativo}} = 16.84$, $DP = 1.511$), revelando clara dificuldade na capacidade de executar o cálculo mental em subtração, onde não obteve pontuação. O pior desempenho é no domínio da memória com uma pontuação de 12 pontos no total de 26 pontos, bastante inferior à medida do grupo normativo ($M_{\text{grupo normativo}} = 15.73$, $DP = 5.1333$), com maior destaque em termos de fraco desempenho no exercício que implicara a memória anterógrada. No domínio da fluência (Funções Executivas) obteve uma pontuação de 3 pontos, num total de 14 pontos, também bastante inferior à medida normativa ($M_{\text{grupo normativo}} = 6.91$, $DP = 2.379$), com um fraco desempenho na fluência verbal fonémica, isto é, “dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra “P” ou de nomes de “Animais”. No que respeita ao domínio da linguagem, obteve a pontuação de 20 pontos, num total de 26, inferior à medida do grupo normativo ($M_{\text{grupo normativo}} = 19.93$, $DP = 3.738$), revelando dificuldades na leitura de algumas palavras e na escrita. No domínio visuo-espacial a pontuação foi de 8 pontos, num total de 16, inferior à medida do grupo normativo ($M_{\text{grupo normativo}} = 12.86$, $DP = 2.100$), apresentando dificuldades na habilidade construtiva na cópia dos pentágonos, do cubo ou no desenho do relógio; todos eles respeitantes à capacidade visuo-espacial, ao contrário da perceção onde obteve pontuação máxima. Importará, aqui, realçar as suas dificuldades de visão, que comprometeram o seu desempenho. Os dois pentágonos foram desenhados lado a lado, sem que se intersectem pelos dois ângulos, encontrando-se igualmente incompletos, em relação ao cubo desenhou dois quadrados, lado a lado. Em termos da pontuação total Cândida obteve, no ACE-R, 55 pontos, num total de 100 pontos, abaixo da média do grupo normativo da sua idade e escolaridade ($M_{\text{grupo normativo}} = 72.26$, $DP = 11.036$), situando-se nos percentis 5 e 10. Em relação ao MMSE, teve uma pontuação de 22 pontos, num total de 30 pontos, abaixo do grupo normativo ($M_{\text{grupo normativo}} = 24.60$, $DP = 2.800$). No geral, apresenta um desempenho cognitivo abaixo do espetável para a sua idade e escolaridade, colocando-se a hipótese de declínio cognitivo ligeiro, contando com as dificuldades na execução de tarefas que implicavam o recurso à visão.

Para aferir da existência da depressão, aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica, GDS-15, tendo alcançado um índice de 12 pontos num total de 15 pontos, valor indicativo de

depressão (superior a 10 pontos). A pontuação implicaria uma avaliação mais detalhada. A este propósito, entre as 15 respostas, relativamente ao que sentiu a última semana, responde “não” às perguntas “está satisfeito com a sua vida”, “sente-se bem-disposto a maior parte do tempo”, “sente-se feliz a maior parte do tempo”, “sente que é maravilhoso estar viva”, “sente-se cheia de energia” e “sim” às questões “abandonou muitas das suas atividades e interesses”, “sente que a sua vida está vazia”, “anda muitas vezes aborrecido”, “anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal”, “sente-se desamparado”, “sente-se inútil nas condições atuais”, “acha que a maioria das pessoas está melhor”.

Em relação aos sintomas psicopatológicos, de acordo com os resultados do BSI, no Índice Geral de Sintomas (GSI) – uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados- foi apurado uma pontuação média de 1,73 pontos, média superior ao da população geral ($M = 0,835$; $DP = 0,480$) e do ponto de corte das perturbações emocionais ($M = 1,430$; $DP = 0,705$). O Total de GSI de 71 pontos, superior aos 63, coloca-o como um caso clínico. A pontuação respeitante ao Índice de Sintomas Positivos foi de 1,7 pontos, valor médio acima da média da população geral ($M = 1,561$; $DP = 0,365$), ainda que ligeiramente abaixo do ponto de corte das perturbações emocionais ($M = 2,111$; $DP = 0,595$). O Total de Sintomas Positivos, respeitante à extensão do sofrimento emocional pessoal, totaliza 53 pontos, pontuação média significativamente acima à da população geral ($M = 26,993$; $DP = 11,724$) e do ponto de corte das perturbações emocionais ($M = 37,349$; $DP = 12,166$).

Gráfico 2 - Resultados BSI



Legenda:

SOM- Somatização

OBS - Obsessões-Compulsão

INS -Sensibilidade Interpessoal

DE – Depressão

ANX- Ansiedade

HOST - Hostilidade

PHOB - Ansiedade Fóbica

PAR - Ideação Paranoide

PSIC- Psicoticismo

GSI - Índice Geral de Sintomas

PST - Total de Sintomas Positivos

PSDI- Índice de Sintomas Positivos

Conforme se poderá verificar no Gráfico 2, Cândida apresenta uma constelação complexa de sintomatologia, destacando-se além da depressão, ansiedade fóbica, a ideação paranoide, o psicoticismo, a somatização, as obsessões-compulsões e sensibilidade interpessoal. A depressão assume uma pontuação média de 2,17 pontos, constituindo um valor superior ao da média da população geral ($M = 0,893$; $DP = 0,722$) e do ponto de corte das perturbações emocionais ($M = 1,828$; $DP = 1,051$), apresentando, porém, a ansiedade fóbica a pontuação mais elevada com 3,40 pontos, uma média superior ao da população geral ($M = 0,418$; $DP = 0,683$) e do ponto de corte das perturbações emocionais ($M = 1,020$; $DP = 0,929$), seguida da somatização com 2 pontos, valor, igualmente, superior ao da população geral ($M = 0,573$; $DP = 0,916$) e do ponto de corte das perturbações emocionais ($M = 1,355$; $DP = 1,004$). O psicoticismo apresenta uma pontuação média de 1,40 pontos, valor este superior ao da média

da população geral ($M = 0,668$; $DP = 0,614$) e do ponto de corte para as perturbações emocionais ($1,403$; $DP = 0,825$), seguido da sensibilidade interpessoal com uma pontuação de 2 pontos, média igualmente superior ao da população geral ($M = 0,598$; $DP = 0,727$) e do ponto de corte das perturbações emocionais ($M = 1,597$; $DP = 1,033$). Ambas variáveis corroboram, em grande medida, o sentimento de isolamento interpessoal que experiencia quer no CD, quer na vida pessoal e familiar, relatada ao longo das sessões. A ideação paranoide apresenta uma pontuação de 2 pontos, um valor acima da média da população geral ($M = 1,063$; $DP = 0,789$) e do ponto de corte para as perturbações emocionais ($M = 1,532$; $DP = 0,850$), corroborando o medo de perder a autonomia derivado ao agravamento da visão, o sentimento de abandono por parte dos familiares, verbalizados ao longo das sessões. Valor, igualmente, realçar, respeito às variáveis obsessivas-compulsivas com uma pontuação de 2 pontos, superior ao da média da população geral ($M = 1,290$; $DP = 0,916$) e do ponto de corte das perturbações emocionais ($M = 1,924$; $DP = 0,925$), remetendo para as cognições, impulsos e comportamentos percecionados como persistentes aos quais o indivíduo não consegue resistir.

3.1.13. Descrição das sessões de acompanhamento

Segunda Sessão. Cândida encontrava-se bastante debilitada e ansiosa, tinha dado uma queda em casa e quebrado os óculos. Teve dificuldade em se levantar, refere. A sua tensão arterial aumentou significativamente e só passado algum tempo o valor baixou. Menciona que se encontrava sozinha e não telefonou a ninguém da família. Sente-se pior, apesar de ter tido algumas melhorias no dia seguinte. A mudança da hora afetou-a um pouco, teve conhecimento por outras pessoas do CD. Depois de relatar o incidente, começa por falar do fim-de-semana, do almoço que teve no domingo com uma vizinha e de ter, depois de se despedir dela, ficado a apanhar um pouco de sol, antes de ter regressado a casa no final de tarde. À medida que relata esta sua experiência, a ansiedade inicial parece diminuir até ao retorno das suas queixas físicas, as dores no braço em resultado da queda. Depois de falar da vizinha, uma pessoa mais recatada que prefere ficar em casa, fala da sua perda de visão, dos obstáculos na sua habitação, dos receios que tem de cair, sem que tenha ajuda de alguém, manifestando, também, tristeza por estar só. Fala da clínica de reabilitação e da nova médica, das atitudes autoritárias da jovem fisioterapeuta para consigo, do esforço que tem de fazer para se deslocar até a clínica e do sentimento de inquietação e ansiedade imputada à perceção de dependência para assegurar as AVD e idas ao médico e à fisioterapia, “eles têm a vida deles e aqui levam-me às vezes, mas não pode ser todos os dias é impossível eu até podia tentar sozinha, mas desde que cá, também, não é boa para mim, já cá muitas vezes, o ter dificuldade em ver, também, tem influência”

(sic). Depois de se reportar à equipa do CD, fala de uma neta mais presente e preocupada, que se disponibilizou, logo, em acompanhá-la ao oculista para substituir as lentes dos óculos que ficaram danificadas com a queda. Depois de referir os receios que tem de ser enganada no oculista e da desconfiança, no dia-a-dia, fala da sua perceção quanto à frieza da sua nora “também ela parece estar sempre a fazer um frete” (sic). Em relação à falta de disponibilidade do neto mais novo o sentimento é de mágoa, referindo sentir solidão e desamparo “não tenho ajuda de ninguém, se não fosse aqui a ajuda (CD), eu não tinha ninguém” (sic). Manifesta, ainda, medo por estar isolada, ao descrever o incidente: “tinha o telefone no chão e mesmo caída consegui telefonar, porque lá no prédio não tinha ninguém que me ajudasse, a única pessoa lá do prédio que me poderia ajudar, essa tal senhora, também não conseguia me ajudar, porque é uma senhora com oitenta e oito anos” (sic). À medida que faz o relato, fala, também, das suas forças internas, das suas potencialidades (possibilidades), ainda assim “consegui levantar-me e chegar até à porta, eu sou corajosa” (sic). Percebeu que os familiares conversam entre si sobre a possibilidade da sua institucionalização face ao declínio das capacidades em assegurar rotinas básicas de vida diária, expressando mágoa, no entanto, por não terem em linha de consideração a sua opinião. Há como que em si um sentimento de indignação e tristeza, mesmo estando ciente, da inevitabilidade, de mais cedo ou mais tarde que tal venha a acontecer, ir para uma estrutura residencial permanente para idosos. Trata-se de um sentimento ambivalente que a acompanha entre um desejo em ir para um lar diante das sucessivas perdas e a resistência em aceitar a institucionalização, sobretudo quando são os seus familiares a decidir por si, sem valorar a sua própria vontade e os seus sentimentos, referindo “deixou-me triste eles terem falado nessa questão nas minhas costas com a doutora (diretora do cento de dia)” (sic). Cândida vai exprimindo, ao mesmo tempo, tristeza diante da perda gradual das suas faculdades “procuro não pensar muito na minha vida porque ela é muito complicada, o estar a perder as minhas faculdades está complicado, eu vou fazendo alguma coisa, faço o comer ao fim de semana não é” (sic). A manifestação de tristeza, durante a sessão, vai sendo substituída, gradualmente, pela aceitação da perda, nesta sua etapa de vida, podendo esta ser compreendida como uma atitude de resignação, chegando a esboçar um sorriso sempre que reconhece em si um modo de se adaptar às condicionantes decorrentes do envelhecer, verbalizando “agora já há alguns fins de semana que não faço o comer, vou comer fora qualquer coisa, desde que me chegue para o dia-a-dia já não é mau (ri-se)” (sic). O sofrimento psicológico decorrente da perceção de abandono dos familiares parece sobrepor-se às perdas graduais das suas potencialidades biopsicossociais, que a condicionam no seu quotidiano, sento compreensível –

no sentido da compreensão empática -uma amargura diante da ingratidão percebida por aqueles a quem já dera de si e cuidara, algo que refere não ser capaz de lhes verbalizar “deviam-me telefonar todos os dias, porque eu todos os dias eu saía com eles, para aqui e para ali, eu não merecia que estivesse uma semana sem me telefonarem, sinto-me muito magoada, nem digo aquilo que sinto, há muita coisa dentro de mim que gostaria de lhes dizer, não consigo dizer não sei, às vezes questiono-me muitas vezes se não seria melhor não ter família, estive sempre presente até há bem pouco tempo” (sic). Fala, novamente, da institucionalização, de quando equacionara essa possibilidade e tivera uma vaga, não tendo tido o apoio que gostaria de ter tido dos familiares para ajudá-la nessa sua decisão, emergindo em si, novamente, o sentimento angustiante de se sentir dependente, desta vez, financeiramente, uma vez que necessitaria de uma ajuda para suportar as despesas de um lar. Refere tê-lo feito pelos seus sogros, enquanto cuidadora, algo que projetara na altura, que alguns dos familiares o viessem a fazer para consigo. Fala, também, de valores “agora é assim cá, não está bem, mete-se num lar, é a prática da vida, não foi como quando os meus sogros estiveram comigo foi diferente, pois eles estiveram comigo até ao fim ... os valores de hoje são diferentes, isso também mexe comigo, hoje ninguém quer saber de mim” (sic). Cândida passa de uma reflexão sobre os valores morais e o quanto se sente distante do seu tempo, a partir da sua própria experiência, causando-lhe tristeza, para se centrar em si no agora e na relação connosco, verbalizando que apesar de se sentir preocupada de estar “a fazer perder tempo” (sic), reportando-se a tempo que dedicámos ao longo da sessão” (sic), lhe “faz bem falar... faz-me falta, falar” (sic), expressando uma sensação de bem-estar por aquele tempo a ela dedicado. Refere que, no CD, não fala nem com as pessoas que aí trabalham, nem com os utentes, realçando o valor daqueles momentos dedicados a si, ao mesmo tempo que expressa a falta de empatia que os seus pares no CD têm em relação a si-mesma: “as pessoas mudaram, não são como eram antigamente, estão muito egoístas, infelizmente hoje em dia não se pode confiar nas pessoas” (sic). Ao sentimento de (des)confiança em relação aos seus pares, sobrepõe-se um sentimento de conforto proporcionado pelo CD: “vou encontrando alguns bons momentos, não tenho razão de queixa, é, por isso, que aqui estou e já estou a algum tempo e não faço intenção de ir para lado nenhum, daqui só para um Lar” (sic). Cândida fala, novamente, da ingratidão da nora e dos seus netos para consigo e da sua dedicação no passado, depois da morte do filho “eles querem enfiar-me em qualquer lado” (sic). Ainda assim, consegue reconhecer, apesar de nem sempre estar presente, algum apoio da parte do neto mais velho e da mulher, referindo “ele diz-me que quando precisar de alguma coisa, apesar de viver na outra banda, chega cá num instante” (sic).

Deixa-se, novamente, levar pelo pessimismo, reportando-se ao ambiente no CD “há pessoas que são mais carinhosas, outras não, costuma-se dizer não me dê nada, mas mostra-me o teu agrado e, isso, é o que não tenho tido, acho que não sou má pessoa, eu acho que nunca fiz mal a ninguém, tomara eu que não me façam mal a mim, saúde era o que eu precisava (sic). A sua incongruência e baixa estima de si, agora verbalizada, manifesta-se na no seu mal-estar físico (somatização), quando refere “a minha cabeça na verdade não está muito bem” (sic), assim como a ansiedade (psicológico), “não estou segura de mim para andar, tenho muito medo de andar” (sic),

Terceira Sessão. Fomos ao seu encontro passados alguns minutos da hora prevista para iniciar a sessão. Sabíamos que ela se encontrava no CD e nos fora dito que se encontrava no pátio, sozinha. Sentámo-nos junto a si numa das cadeiras a seu lado, sem mencionar-lhe que aguardávamos por si no espaço que fora reservado ao acompanhamento psicológico. Esboçou um sorriso e suspirou ao nos ver, dando-nos sinais de algum alento e de alívio, o que nos deixara de alguma forma congruentes, depois de termos ido ao seu encontro, em vez de esperar por ela no espaço criado na altura do estágio para o acompanhamento psicológico. Interpelávamo-nos, mesmo que estando reunidas as condições de reserva da sua privacidade, se o acompanhamento psicológico poderia ter lugar em qualquer outro espaço do CD, desde que garantidas as condições de relação, assim como de privacidade, se a pessoa se sentisse confortável. Partilhámos, por algum tempo o seu silêncio, compreendendo, mesmo transmitindo algum sinal de conforto com a nossa presença, que necessitava de estar consigo mesma, ainda que acompanhada. Cândida, depois de nos ter visto, retomara o seu olhar para diante. Fizemos o mesmo, de modo tranquilo, procurando manter o contacto (Prouty, 2002), partilhando daquele momento, sem qualquer expectativa quanto ao resultado final. Depois de alguns instantes sem trocar uma palavra, verbaliza que necessitava de tempo para se recompor. Refere que se encontrava nauseada e cansada. Experimentara a aula de tango-terapêutico a convite da professora, que aceitara para não lhe ser desagradável, tendo ficado, na altura, dividida entre esta ou outra a atividade, onde habitualmente participava, a musicoterapia. Queixa-se, frequentemente, de dores por todo o corpo e verbaliza-o, realçando as suas vulnerabilidades físicas que a limita de participar em qualquer atividade de movimento. É frequente, com o início da primavera, encontrá-la no exterior do CD, naquele mesmo espaço, sozinha, desta vez, esteve nesse recinto do estabelecimento para se recompor da atividade, que lhe deixara indisposta, provavelmente por esta ter tido lugar pouco depois da hora de almoço. Durante a sessão, fala, sobretudo, da sua perceção quanto às perdas das faculdades físicas, do cansaço

após um pequeno esforço, mesmo com a fisioterapia, dos receios que tem de cair durante atividades de movimento, referindo já não ser para a sua idade, embora ciente da necessidade em se exercitar. Trata-se de um processo de simbolização de um corpo que envelhece, das perdas graduais de mobilidade que atribui aos poucos momentos dedicados ao exercício físico e da perda de visão que a limita “a minha córnea está-se a soltar e, por isso, também não posso fazer nada daquilo, dar aqueles saltos” (sic). Fala da cirurgia que fez no passado à córnea, das quedas mais recentes que resultaram do agravamento da sua visão, das lesões que nunca conseguira recuperar, das vertebbras gastas na zona cervical, das dores. Expressa desânimo pela incapacidade em participar em algumas das atividades pela perda gradual da visão “eu não vejo para ler, eu não vejo para nada, eu estou muito parada, cada vez estou mais parada, só me sinto bem é sentada a descansar sem confusões à minha volta” (sic). O seu discurso varia entre a percepção de conforto no CD e desconforto provocado pelas dores, referindo já não haver medicação que produza efeito. Cândida fala do seu quotidiano, chega ao CD por volta do meio-dia e à tarde regressa a casa por volta das dezanove horas, apesar de viver perto dali. A carrinha do CD que transporta os utentes dá muitas voltas. Em casa é frequente adormecer facilmente ao final de tarde quando senta e, depois, tem dificuldade em adormecer durante a noite. Fala da sua falta de predisposição para fazer alguma coisa e do cansaço quando chega a casa já tarde e de que o CD acaba por ser um meio para não se sentir tão só. Fala, novamente, das dores físicas incapacitantes para assegurar as AVD, para se vestir, cuidar da sua higiene pessoal, do tratamento da roupa, das compras e confeção de refeições, da manutenção e limpeza da casa e do esforço acrescido para manter tudo em condições. Vai ao detalhe na descrição que faz das suas rotinas em casa, da preparação das refeições ligeiras à noite “um pão com manteiga ou fiambre, uma sopa” (sic), realçando preferir a sua. Expressa, ao mesmo tempo, tristeza de já ter, até nessas pequenas tarefas, dificuldades em assegurá-las. Sente-se cansada. Apesar da percepção do declínio das suas faculdades perda gradual de visão, refere, não fosse as suas limitações, faria tudo sem necessitar de apoio. Menciona com tristeza depender sempre de alguém do CD para ir a uma farmácia, a um exame clínico ou ao médico, bem como da pouca disponibilidade dos seus familiares. A mulher do neto mais velho é a única que se preocupa, refere. Opta, no entanto, por não expressar, aos familiares, esse sentimento de abandono, com receio de causar discórdias e aumentar a distância, afastando-se do emocional com uma argumentação racional “eu não tenho que estar a arranjar problemas, cada um tem a sua vida ... não está fácil lá nos empregos não é nada fácil sinto que está mal por todo o lado” (sic). Receia ser um “fardo” para os familiares e, por isso, apenas contou da sua queda, quando a nora lhe telefonou. A respeito

da nora, diz ser uma pessoa pouco empática que pouco ou nada se compadece em relação a si, sendo esta excessivamente crítica. Sente-se só e entregue a si própria, sendo o sentimento dominante o da solidão, mas também de ressentimento pelo tempo que se dedicou aos familiares, os mesmos que, atualmente, não se encontram disponíveis para si. Há, por isso, um sentimento de vazio quando percorre a sua história de vida, guardou sempre a expectativa que um dia, quando necessitasse, cuidariam de si. O traumatismo que teve ao nível da sua visão agravou esse seu estado de incapacidade funcional, ficando angustiada, sobretudo, quando precisa em determinadas circunstâncias de pedir ajuda, a alguém que, não sua opinião, não tem “obrigações” (sic) e, por isso, receia incomodar. Ao contrário da sua nora, mulher do neto mais velho é a pessoa que sente ser mais próxima. A nora mantém consigo uma atitude de frieza, desprovida de emoções, sem afeto ou compaixão, verbalizando-lhe, com frequência, não ter ela, nem os netos, obrigações para consigo. Quando a acompanha às consultas de oftalmologia, deixa-a sozinha. Diz, a propósito, estar entregue a si própria “ela está sempre aflita, deixa-me sozinha, vai lá para baixo para beber café e fumar, eu às vezes chamo por ela, mas ela não está presente” (sic). Está, igualmente, presente, nestes momentos de maior tristeza, a perda de sentido de vida diante da percepção de abandono, assim como o pensamento de morte “eu acho que não vale a pena andar cá muito tempo, quando cuidei de todo e agora nem se quer me fazem um telefonema, isso mágoa, sinto que acabou o meu reinado” (sic). Cândida menciona que não partilha com mais ninguém essa sua mágoa a não ser nas sessões de acompanhamento psicológico, quando refere “nunca fui de conversar sobre a minha vida, nunca partilhei com ninguém, partilhei pela primeira vez aqui, talvez por estar mais magoada e com menos defesas” (sic). Fala da percepção sobre a opinião que as pessoas têm atualmente de si por comparação ao tempo em que era mais jovem, no passado gostavam de si no presente já só pretende “pelo menos de respeito, eu mereço” (sic). Diz que no passado foi uma jovem muito reservada, menciona, igualmente, os traumas que foi tendo ao longo da vida “há feridas que não fecham, há muitas coisas que ainda estão cá dentro, não saem, ninguém sabe, nem quero falar sobre essas coisas é a vida” (sic). Cândida começa, então, por falar do passado, de memórias que começam a emergir durante a sessão, do falecido marido, quando o seu estado de saúde já se encontrava bastante debilitado, lhe falava do caráter da mulher do filho que perdera na sequência de um acidente rodoviário, numa altura em que abdicou da sua vida profissional para cuidar dela e dos dois netos. Fala de um segredo familiar que nunca partilhara com ninguém, mencionando que o neto mais velho talvez ainda tenha a propósito memórias e alguns traumas. Percebemos pelas expressões se reportar a algum evento traumático do passado, todavia

respeitámos o silêncio e o tempo que necessitará por o revelar, referindo “há um segredo que irei levar comigo e que nunca partilhei com ninguém não vale a pena” (sic), mesmo quando o neto a interpela para saber da história familiar, dizendo-lhe que nada sabe sobre a sua vida. Fala do neto mais velho, referindo ter sido o mais chegado a si e ao seu marido, tendo tido uma relação muito próxima. Descreve ao detalhe esta relação entre o neto mais velho e o marido, a quem, logo depois de ter ficado órfão de pai, desde os sete anos de idade, chamava de avô. Os sogros nessa altura viviam consigo em sua casa, cuidou deles até estes falecerem, procurando dar o seu exemplo de abnegação e cuidado ao próximo, o mesmo que gostaria nesta etapa de vida receber. Continua referindo que teve um casamento de mais de cinquenta anos e de que procurava zelar por um ambiente familiar estruturado, “com disciplina” (sic), reportando-se, seguidamente, ao ressentimento que guarda pela ingratidão da sua nora em não retribuir com o apoio agora que precisa dele, quando no passado procurou estar sempre presente numa altura da vida em que necessitou de ajuda. Cândida verbalizara, a propósito da sua nora, que “enganou muita gente, viveu com problemas na família também tenho de respeitar isso e hoje em dia continua a ter problemas com o irmão e a mãe, ela também não tem tido muito apoio, o maior apoio que ela encontrou foi na nossa casa da minha parte do meu marido, a gente é que pagávamos tudo nós é que ajudávamos muito, fui ajudando sempre, julgava que um dia nunca iria precisar também, não estou arrependida, só que tenho pouca assistência agora, aí é que está o problema” (sic). Procurámos de forma calorosa devolver a perceção da sua expressão de desamparo, de desanimo, de mágoa diante da iniquidade incompreensão e ingratidão percebidas da nora e do neto, mais novo, pelo distanciamento destes e não reconhecimento pelo apoio que outrora lhes deu, quando necessitaram, respondendo “não tenho um carinho e um afeto. Não é normal um neto que foi criado comigo e que sempre estive à disposição dele agora não me liga para saber se estou viva ou morta. Eles trabalham, mas em vez de passearem, têm esse direito, porque também o fiz, ele anda com as pessoas, mas não anda sempre, não posso compreender que ele me ligue, a minha nora ligue-me só de semana a semana. Não posso aceitar que passe uma semana sem me ligarem e quando sabendo que cai, magoa-me” (sic). Cândida retoma, centrando-se em si, no agora, no que está a sentir, naquele preciso momento, em relação ao nosso acompanhamento “estou sempre a incomodá-lo com essas coisas, mas só partilho essas coisas consigo, o senhor foi uma pessoa que me apareceu para eu puder desabafar, não sei porquê, porque eu não confio muito nas pessoas, eu não confio muito, eu tenho tido grande desilusões e é assim, acha que com as minhas conversas eu estou melhor da minha cabeça?” (sic). Ao procurámos devolver essa sua interpelação, menciona “sinto-me também mais calma

não é, mas claro, estou muito esquecida, mas sinto que tenho com quem desabafar, sinto-me um pouco mais aliviada, não consigo desabafar com mais ninguém” (sic).

Quarta Sessão. Cândida refere sentir-se em baixo e indisposta, atribuindo a dificuldades de digestão do almoço. Não se encontra no exterior do CD, como era habitual, mencionado estar “um calor doentio” (sic) e de ter procurado um local fresco, onde se sentisse melhor. Encontra-se sozinha na sala da receção do CD, enquanto se escuta o ruído de fundo que vem da sala de convívio, onde os restantes utentes participam de uma atividade, de acordo com a programação. É recorrente, encontrar-se sozinha, sempre que decorre uma atividade, além da sua indisposição, menciona “não estou bem da cabeça, sinto-me em baixo, muito em baixo” (sic). Questiona-se, no entanto, se se trata de uma impressão sua. Parece-nos algo confusa. Volta a referir que se encontra efetivamente indisposta e estaria melhor se estivesse deitada e de olhos fechados, mostrando-nos uma garrafa com água, ao mesmo tempo, que refere que bebendo um pouco dela poderá aliviar o seu mal-estar. Procurámos compreender se se trataria efetivamente de uma indisposição em resultado do calor excessivo para aquela altura, da indigestão ou outras causas biológicas, tensão arterial, açúcar no sangue, caso fosse necessário pedir ajuda. A nossa expressão de preocupação quanto ao seu estado de saúde, talvez tenha levado a que voltasse, novamente, a falar do motivo implícito às suas queixas, com origem psicológica. Verbaliza não ter paciência para “os outros” (sic), sendo algo que a perturba por ser, realça, o seu “estado normal” (sic). Colocámos para nós como hipótese, em que medida, as suas queixas físicas (somatização), frequentes, eram o resultado da sua incongruência pelos motivos que já partilhara em sessões anteriores, relacionadas com o distanciamento dos seus familiares ou do ambiente no CD por ela percecionado. Ao devolver-lhe a nossa compreensão sobre a preocupação que nos revelara, quanto ao sentimento de intolerância para com os outros, falamos do seu desalento em relação aos restantes utentes, de falta de motivação em participar em atividades promovidas no CD, da vontade em ficar só, atribuindo o seu estado emocional, igualmente, a queixas físicas “depois estou muito inchada dos meus pés” (sic). Percebemos que ao não lhe devolver, naquele momento, a nossa compreensão do que nos dissera sobre o que percecionava em relação ao ambiente e o quanto isso a inquietava e levava-a a refúgio da solidão, fez com que logo retomasse às queixas físicas (somatização) e à procura de uma terapêutica qualquer que fosse para o sintoma, quando o motivo era o grau de incongruência em que vivia, resultando no seu sofrimento psicológico. Depois de falar das dores, volta-se, então, para uma outra inquietação, essa sim, como refere, ser a preocupação central, a mudança de médica de família por uma nova “vai ser muito difícil, porque estava muito habituada e

foram muitos anos com a minha médica de família, ela já me conhecia bem, porque eu conversava com ela, como converso com o senhor” (sic). Compreendemos o quanto importante era estar com alguém que estivesse disponível para si de forma calorosa, genuína e verdadeira, a quem confiasse as suas angústias e inquietações e a compreendesse sem que a julgasse, fosse compassivo. O enfoque dado por nós à sua apreensão, em vez do enfoque dado sobre o bem-estar que a nossa relação no agora parecia proporcionar por ela partilhado, associando-a à relação que tivera com a anterior médica, fez com que retomasse à questão que atribuíra ao estado de ansiedade, a nova médica. Colocámos, então, uma hipótese, em que medida as condições relação, congruência, olhar positivo incondicional e compreensão empática, sendo elas atitudes extensíveis a todas as relações, constituem junto com as pressões da vida, aos modos de compreensão e estratégias pré-definidas (*processing*) e traumas no desenvolvimento das capacidades de *processing* desde infância, constituem a terceira dimensão para a compreensão do binómio bem-estar versus psicopatologia (Warner e Rosseau, 2007). Expressa, seguidamente, desanimo, desesperança, descrença quanto à eficácia da medicação prescrita pelos médicos no alívio das dores que são constantes e resignação diante da inevitabilidade do declínio pelo avançar da idade “pelas nossas idades também já não dá para fazer muito coisa não é, depois ando sempre com comprimidos para as dores e não há nada que me faça efeito, estas dores ... são-me insuportáveis” (sic). Cândida encontra-se bastante queixosa pelas suas dores físicas que a incapacita de assegurar as rotinas diárias básicas em casa, fala das quedas que dera, procura desesperadamente uma terapêutica que a possa aliviar, referindo “eu só queria não ter dores, sem dores sou diferente, ando melhor, ando, é assim” (sic). Queixa-se do desconforto que sente em estar no CD “muitas horas, canso-me” (sic), passando para o modo como preenche o seu tempo “tenho a televisão ligada, tenho de me entreter e claro e, também, para a gente saber não é ... eu até sei eu não sou parva, mas custa-me falar atrapalho-me, também não falo senhor doutor” (sic). Refere-se, seguidamente, ao ambiente do CD, estando implícito, de acordo com a nossa perceção, o desejo em ser aceite pelos pares, de se sentir acolhida, de terem para consigo um relacionamento genuíno, caloroso e compassivo, sem a julgarem ou criticarem. Quando fala a propósito de ter estado o dia todo a ouvir a televisão para estar informada “eu até sei eu não sou parva, mas custa-me falar atrapalho-me” (sic), parece-nos implícito a baixa estima que tem de si fruto de um complexo de inferioridade, cuja génese virá desde tenra idade. Em resultado, parece-nos que tem mantido uma estrutura de *self* rígido ao longo dos anos, afastando-a do *self* real e de lhe dar a confiança necessária de abertura à experiência. Cândida permanece a maior parte do tempo no CD isolada do mundo. A

depreciação do seu valor reflete a baixa-estima de si, a incongruência em que vive ou sempre viveu é a causa do seu sofrimento psicológico, agravado pelos traumas e traumatismos biopsicossociais ao longo do seu desenvolvimento.

Quinta Sessão. Cândida parecia estar recuperada do desconforto causado pelas suas dores, menos queixosa por comparação à sessão anterior. Fala do seu fim de semana e de ter estado na companhia de antigas utentes do CD, com quem mantém contato e vai estando uma vez ou outra sempre que surge a oportunidade. As relações que outrora manteve parecem contrastar com as atuais. A perda gradual de visão parece coincidir no tempo com a sua percepção de isolamento social no CD, mas também no seio familiar e vida pessoal, que lhe causam mágoa. A vontade do encontro contrasta com a vontade em estar só, observado no quotidiano do CD. O sentimento de tristeza parece ser compensado com um ou outro encontro mais prazeroso no fim-de-semana, com alguém que lhe é mais próximo “almocei com a minha vizinha, depois fui para casa, ainda, fiz um arroz doce, levei-o para ela, que ficou muito contente e depois pronto sentei-me e estive partivamente todo o tempo em casa” (sic). Expressa sentir mais energia, quando regressa de sua casa ao CD. A percepção quanto à sua incapacidade em assegurar as AVD com a perda gradual da visão causa-lhe mágoa, referindo “o meu mal é os olhos, porque estava habituada a fazer tudo e agora não posso, o fato de sentir-me condicionada magoa-me” (sic). À percepção de incapacidade funcional acresce o da dependência, causa de frustração, impotência pela perda gradual de controlo da própria vida “noutro dia enganaram-me ... como não vejo bem, ela deu-me outra marca (café) ... eu ponho na minha máquina e não consigo, salta a tampa e sai por fora ... a minha neta esteve cá no sábado e eu disse-lhe ...ela teima e depois não salta eu também não estou ao pé dela porque ela não faz o que eu faço ela faz pressão na máquina ... é estas coisas que me contrariam eu quero fazer, mas não posso” (sic). Ao sentimento de frustração de perda de domínio da própria vida e dependência acresce também o de irritação e indignação em relação ao outro que julga, tem consigo um sentimento de desconfiança, de que falam de si nas suas costas, referindo-se aos restantes “ninguém sabe dar o valor do que é uma pessoa não ver ou ver mal, mas para lá caminham, para lá estão a caminhar” (sic). A narrativa gira novamente em torno das quedas, das dores, da incapacidade e da dependência, dos sentimentos de tristeza, de resignação e receios, da crítica social percebida, falando a propósito do apoio que teve de uma cuidadora formal “teve que me levar à tarde, por ter estado aqui sempre sentada, também estou em casa e não conseguia andar, mas eu também tenho que andar, qualquer dia fico em casa por este andar e não vou conseguir vir para aqui, as pessoas a terem que me pegar ao colo, cada vez me vejo mais presa” (sic). Cândida faz silêncio,

a sua expressão é de desânimo e tristeza. A par das condições de valor já referidas, também os traumas e traumatismos, nesta etapa do desenvolvimento, nas condições de atualização das suas potencialidades biológicas com repercussões psicossociais agravam a incongruência para um grau intenso e desorganizador quase de desestruturação permanente (Odier, 2013), manifestado pela sua perturbação depressiva. Fala na expectativa da institucionalização numa estrutura residencial para idosos permanente como única alternativa em face da percepção do afastamento dos familiares “estou com a esperança por aqui que me arranjem para ir para um lar tem que ser daqui mais uns meses tem que ser ... hoje as pessoas não podem tomar conta” (sic). Parece, ao longo da sessão, repetirem-se os mesmos temas de modo entrosado e circular a queixa “sinto-me mal com o calor... tenho problemas de estomago” (sic), o trauma “vou levar a minha injeção é a segunda vez que a médica me faz uma hemorragia ... vou parar ao hospital com a queda, além das costelazinhas, foi na perna, no tornozelo, foi na casa de banho a costela, arranquei-a o sangue parecia uma torneira aberta sujei a casa toda” (sic), a perda de autonomia e a incapacidade funcional “eu sou uma pessoa inútil, não faço nada, sou uma pessoa inútil, não tenho paciência, não tenho, porque não tenho capacidade para fazer as coisas... há coisas que eu não consigo fazer hoje, vestir camisinhas, blusinhas, não consigo pregar botões, hora isto não é normal, as casas são muito pequeninas e eu não tenho sensibilidade nos dedos das mãos, não é de uma pessoa ficar triste, quando há pessoas de noventa e tal anos quase com cem e mexem-se” [sic], o pensamento de morte “quando não há saúde não vale a pena cá estar” (sic), a dependência, proximidade versus afastamento dos familiares “a minha neta vai às compras comigo ... a minha nora nunca vai às compras comigo ... a única coisa que faz quando cá está é ir ao banco e ir comigo ao médico ... amanhã vai ser um dia contrariado, não saímos de lá (clínica) antes do meio dia, ela não tem paciência para estar...eu sei que é um sacrifício que ela vem fazer...a minha bisneta amanhã não pode porque tem exames da faculdade, a bisneta é muito meiguinha, depois tem muita calma em tudo o que faz, conversa ... a mãe já diz que não tem paciência e depois insiste comigo para eu fazer ... o meu neto quando cá veio ter comigo ao banco, depois acabei por fazer compras com ele, a resposta dele é que eu estava na altura de ir para o lar” (sic). A percepção que tem sobre as atitudes dos familiares é causa também do seu estado de incongruência, atitudes pouco calorosas, verdadeiras e compassivas “há um bocadinho de frieza, não, é eu sei que ele (neto) não pode, não é, mas o não poder é uma coisa, outra coisa é o ele dizer ... fico magoada, porque é muito triste a gente não ter a capacidade de fazer as coisas” (sic). Sempre que partilha, na sessão, o sentimento relativamente as atitudes dos familiares há como que uma manifestação de alívio “é assim senhor doutor (silêncio), esta

salinha é muito fresca muito boa ... eu já partilhei tanta coisa que às vezes, custa-me estar a falar com o senhor doutor destas coisas, não têm jeito nenhum, mas pronto, é o que estou a viver” (sic). O ambiente na sessão é facilitador da partilha ao contrário de qualquer outro, onde não se sente segura de baixar as defesas pelo sentimento de ausência de empatia, frieza, falsidade e crítica, verbalizando “as pessoas não gostam que a gente se queixe, não podemos partilhar nada há muita hipocrisia ... as pessoas não são mesmo verdadeiras, não são mesmo” (sic). Cândida manifesta um sentimento melancólico e nostálgico quando se reporta as perdas, amizades que tivera outrora “já morreram quase todas, todas, todas, todas ... só tenho uma senhora e outra nem sei dela telefonava-me, fazia anos no mesmo dia que eu e tem os mesmos anos, mas está num Lar, não tem família e já lá está há muitos anos, essa senhora deixou-me de telefonar e eu para ligar, também, teria de ligar a horas de expediente, não sei, há outra, custa-me encontrá-la ... também já tem 97 anos” (sic). Cândida experienciara com esta amizade um ambiente familiar de afeto, fá-lo com nostalgia e ao mesmo tempo mágoa, por almejar para si o mesmo amor da parte dos seus familiares, referindo “conheço o filho, é um senhor, é uma pessoa que não existe nos tempos de hoje, eu fui a muitos almoços com eles com a família, dizia para a mãe convide duas amigas que queira levar, a gente ia, eramos tratadas como se fôssemos da família... ele é que vai com a mãe para todo o lado, ele é que corta o cabelo à mãe, ela tem mulher a dias para fazer companhia, nos dias de hoje não se vê assim uma família, é diferente, não se vê em outros lados” (sic). Fala dos seus familiares com angústia “sim porque os meus são muito egoístas, é feitio, foram também criados sem afetos, são independentes, estou muito desiludida” (sic), expressa tristeza pelo afastamento do neto “está longe muito longe agora já nem está cá no quartel ... de tantos em tantos anos são mudados para outros lados não é, também vinha todos os dias, era uma estafa, mas agora já está lá também, começou muito cedo a pensar por ele, está mais cansado, gosta de estar no cantinho dele também ... eu gosto de todos os meus netos, todos fizeram a vida deles e esqueceram-se da avó, até os emprestados ... estão todos muito longe também, eu acho que deveriam estar mais presentes ou pelos menos telefonarem-me, basta só dizer: -oh avó! estás bem? eu estou bem, muito obrigada e pronto eu já fico contente, porque se eu dei uma queda e se não fosse a minha vizinha eu ficava por ali que ninguém ia saber de mim” (sic). A dificuldade em lidar com o sentimento de abandono, parece-nos, procurar mitigá-lo assumindo-o como papel social, a *persona*, não sendo única nesse sofrer, trata-se de um mal de um grupo que experiência o isolamento, ouvindo num programa de rádio “estas coisas modernas, também prejudicam muito, a televisão veio prejudicar a família, os telemóveis, as pessoas só sabem estar nestas coisas, cada vez vai ser

pior, tudo faz-me pensar sabe senhor doutor, tudo me faz pensar ... não vem para o caso eu ouço muito aquele programa do rádio... ouvi uma coisa que me deixou a pensar, uma senhora da minha idade ... que estava em casa e que mora num terceiro andar e que não pede nada a ninguém, tem duas batatas e uma cebola em casa, no fim de semana, é triste há muito aí, se eu pudesse ... imediatamente apareceu gente para ir lá e ontem veio uma senhora comentar a vida da senhora no programa, a senhora afinal tem um filho a viver com ela e tem uma filha, ela tem a reformazinha dela, mas a filha foi-lhe tirar o pouco dinheiro que ela tinha no banco para se servir de proveito próprio e isto bate na minha cabeça senhor doutor ... eu ouço muitas coisas destas e isto faz-me tristeza ... porque vai ser uma das coisas mais custosas dar as minhas coisas para as mãos deles... por enquanto está nas minhas mãos, mas com muito custo ... há muita gente assim ... estou a ver-me a mim daqui a um tempo ... o mundo está muito estragado, o meu marido, também, já estava muito desiludido com o mundo e já morreu há vinte anos, as pessoas estão hoje muito egoístas (suspira)” (sic). Depois de expressar o seu pessimismo “olho para a vida e não consigo ver nada de bom ultimamente” (sic), volta, ao agora, e à sua vida quotidiana, refletindo sobre as condições atuais que permitem atualizar as suas potencialidades (possibilidades), referindo-se, ao CD, “não tenho razão de queixa, estou muito bem aqui, estou farta de dizer isso se eu precisar sem que posso contar com ajuda” (sic). Sente-se apoiada ao mesmo tempo que evoca memórias prazerosas passadas no CD, que hoje refere não experienciar do mesmo modo “era diferente havia a associação, também íamos a passeios e teatros, havia mais convívio... havia mais atividades ... a gente está aqui muito tempo sentada ... também há muita gente que não pode ser levada à rua ... não há alegria, pois aí é que está o problema é diferente não é no aspeto do movimento é diferente não é pronto as pessoas que estão também são diferentes não é” (sic). Dez anos fazem diferença, o declínio das potencialidades com a avançar da idade não é o seu apenas, mas de um grupo que a acompanha ao longo do tempo, referindo “do meu tempo só está cá (uma utente), as outras que cá estão, só estão há cinco seis anos, essa utente também está mais limitada ... mas ela ainda assim vê as coisas de uma outra maneira também tem a família, tem mobilidade” (sic). Volta a falar do ambiente do CD e do seu sentimento de isolamento, ficando mais evidente o seu *locus* de controlo externo “até mesmo aqui há divisões, sinto-me isolada, as pessoas são pouco sensíveis aos meus sentimentos e de outras pessoas, havia aqui muitas pessoas que aqui se davam, algumas já morreram, as pessoas são diferentes, as pessoas deviam ser mais doces quando a gente precisa, estas pessoas não têm o coração lá no sítio certo, mas do resto eu estou bem, se eu não estivesse bem, eu não vinha para cá, a gente chega aqui e fica calada e mudas (silencio) é diferente tudo é diferente,

mas é assim, tinha gente que me puxava chamava-me para perto, agora assim com aquela gente que cá está também podia fazer isso” (sic). Cândida encontra na sessão de acompanhamento as condições para partilhar tudo o que pensa, os seus sentimentos, sem receios e expressa-o “tenho o senhor que é muito bom, é muito bom ... preciso de falar de mim e dos meus do resto não me interessa ... a minha vida é que me interessa estou muito contente do senhor ter vindo para cá e ter me acolhido e sinto-me feliz com isso, só tenho de agradecer e mais nada, porque é você que me suporta as minhas angustias, só tenho de agradecer, mas gosto imenso de falar consigo, dá-me um outro animo à minha vida” (sic). Aos poucos parece-nos começar a focar-se em si mesma, no que sente no agora, na relação connosco, transição relevante para um *lócus* de controlo interno, passando a realçar os aspetos positivos para si no quotidiano, mas ainda assim de forma breve “vou também aqui (CD) encontrando momentos muito bons não é” (sic). O sentimento de perdas parecem sobrepor-se, porém, aos momentos prazerosos “lá está tenho perdido as pessoas minhas amigas que já faleceram, onde eu ia visitá-las, quando elas já estavam doentes e pronto eu tinha esse convívio e sentia-me bem, eu tenho perdido tudo, eu tenho perdido as pessoas de que gosto e é por isso, eu era amiga delas e elas, eram muito minhas amigas, eu já disse ao senhor doutor que a minha vida não é nada que me envergonhe graças a Deus, mas também as minhas coisas não eram para partilhar com ninguém eu apenas conversava de coisas normais eramos amigas íamos lanchar, íamos ao teatro íamos dar passeios, elas agora não estão aqui, tínhamos muita gente e aqui havia gente muito boa, perdi aqui muita gente” (sic). O sentimento de isolamento que advém no modo como vivência o ambiente do CD parece, também, ter um peso maior que os momentos prazerosos de que falava, causa da nostalgia que sente em relação ao passado e da tristeza, que acresce ao sentimento de perdas, “hoje não se convive agora como se convivía, não é, agora vai tudo acabar, fico amargurada é natural, há coisas que eu não encaixo, há coisas que eu não consigo aceitar, a gente vê aqui, ouve aqui e vai contar ali, dantes não havia nada disto, a gente se tinha de queixar, queixava-se, não é, mas não era a fingir, era diferente, isto é uma coisa que me magoa muito, a gente ouvir aqui e ir contar ali, eu já tenho ouvido coisas banalidades que não tem pés nem cabeça, fui perdendo aquelas amizade, isto agora não tem alegria entre as pessoas não há, não há e isso tenho pena tenho pena, as pessoas que cá estavam cumprimentavam de uma forma amorosa, havia um ambiente mais familiar e eu tenho saudades desse tempo” (sic). A sessão chegava ao fim, depois de uma ligeira pausa, Cândida fala que irá ter para a semana um passeio a Fátima, fala de algumas das pessoas do centro de dia que irão consigo, de uma em particular, referindo-se “é boa pessoa, mas também é triste também é triste não é uma pessoa muito expansiva, mas

é boa senhora também, eu vou com elas as três parece que são cinco, há outras pessoas que vão conosco, não sei, mas vai outro grupo” (sic). Cândida retorna, constantemente, às memórias passadas no CD, outrora, quando experienciar momentos mais prazerosos, sempre que se reporta a algum acontecimento do presente, fala com nostalgia desse passado, ao mesmo tempo que não mudara apenas as circunstância, mas que também ela mudou em dez anos com o declínio natural de um corpo que envelhece e as perdas não só de mobilidade, mas de pessoas, que deixaram de estar presentes na sua vida, verbalizando “a gente quando ia para a colônia, eu estava melhor, não é como eu estou hoje das minhas pernas, íamos para a colônia juntas, íamos todas de uma vez para vários hotéis, íamos um dia à tarde e depois vínhamos no outro à tarde ou ficávamos lá três noites, éramos muitos, era uma alegria” (sic). Começa, também, por expressar, pela primeira vez, as ressonâncias emocionais resultantes das pessoas com diagnóstico de demência, que iam sendo, entretanto, admitidas “isto agora é diferente, não é, não podem levar pessoas que podem fugir, até porque elas falam conosco são pessoas que falam com a gente, mas é preciso a gente falar com elas, não é, cada um tem os seus problemas e pronto, eu estou melhor” (sic).

Sexta Sessão. Cândida refere que chegara mais cedo ao CD, tinha tido uma consulta com a nova médica de família, ainda jovem, que substituiu a anterior, mencionando que gostara do atendimento. O atendimento com a nova médica de família tranquilizara-a, a preocupação que revelara, numa sessão anterior, quanto à mudança de médica e lhe causara ansiedade, parecia ter sido superada. Fala da sua trajetória desde que se levantou e saiu de casa até chegar à unidade de saúde familiar, que fica próxima de sua casa. Partilha a sua coragem diante dos obstáculos que teve de enfrentar “saí de casa e vim, foi um risco vir a pé desde minha casa até ali, mas vim pela escada e eu pela escada consigo ir depois para cá (CD) é que telefonei e foram buscar-me e trouxeram-me para aqui” (sic). A sua postura corporal, a sua expressão facial, transmitia-nos essa confiança e ânimo. A experiência parece ter contribuído de alguma forma para elevar a estima de si, apesar dos receios de uma eventual queda. As forças de auto-cura e atualização das potencialidades (possibilidades) via à hipercomplexificação (Hipólito, 2011), parecia-nos estarem a atuar nesta etapa tardia da vida, talvez por terem estado reunidas condições de relação, de autenticidade, de aceitação e empatia. A superação de obstáculos, também interiores, como a insegurança e o medo diante do risco de uma queda pela visão e mobilidade limitadas, foi para si, significativa, tendo a resposta empática, positiva e autêntica da cuidadora formal do CD, daquele seu ato de “heroísmo”, ajudado a baixar a incongruência, causadora da ansiedade, e a aumentar a estima de si, verbalizando “depois de vir para aqui é

que eu estava com medo por causa da escadaria e de uns buracos, a cuidadora formal C disse-me que eu sou uma heroína” (sic). Procurámos naquele momento transmitir o que estava a experienciar, parecia uma pessoa diferente de sessões anteriores, mais confiante, capaz de se abrir a outras experiências. Cândida fez uma pequena pausa para retomar o relato da consulta que tivera, a alteração da medicação para a tensão arterial, os exames médicos para as queixas. Percebemos também a existência de um movimento fluído em si-mesma, um processo no sentido das forças de auto-cura, e tendência de atualização das potencialidades (possibilidades), em atenção às etapas da vida em que se encontra, quando fala das dores, fá-lo desta vez de um modo diferente, procura uma solução e toma consciência dessa sua atitude. Deixa, mesmo, por um momento, aquela sua atitude de resignação em face da inevitabilidade do declínio, queixosa, acompanhado com um sentimento de impotência em face das causas externas (*locus* de controlo externo), para assumir um *locus* de controlo interno que vai à procura e supera “queixo-me muito daqui e tenho muitas dores, era ontem duas horas da manhã, estava de pé, fui tomar um comprimido para as dores, aqueci um bocadinho de leite e coloquei mel, depois tomei o comprimido para as dores para não estar a tomar o comprimido em jejum, não é, depois consegui superar” (sic). A partilha sobre as queixas físicas continua, não deixam de ser o seu foco da sua atenção, pois são uma das causas do seu mal-estar psicológico, também. Associa o agravamento das dores ao esforço que faz na fisioterapia, assim como das várias quedas que deu em casa. Os traumatismos são frequentes em resultado também das suas condições biopsicossociais, a falta de visão, a ansiedade, o estar só, as barreiras físicas, refere. Todavia percebemos uma mudança de atitude em trono do tema, recorrente em todas as sessões anteriores, parecendo-nos assumir, agora, a direção da sua própria vida, sem mencionar, a falta de apoio dos familiares, como foi recorrente ao longo das sessões anteriores, ao verbalizar “olhe ontem queimei-me toda a tirar uma tijela com sopa a tijela estava muito quente, eu não consegui, eu estou habituada a pegar em coisas quentes, mas agora não sou capaz, deixei cair a tijela para o chão, depois meti a mão debaixo da água fria e coloquei manteiga, era o que tinha à mão, pus creme e pronto de noite doeu-me muito, mas não está empolado, acho eu que não está empolado” (sic). Cândida continua a partilhar ao longo da sessão o resultado da consulta, mencionado a “questão da dormência das pernas e o braço” (sic), que a médica atribui à coluna. Fala das quedas, das condicionantes físicas em resultado das lesões até à dificuldade em ir aos tratamentos, assumindo, porém, uma atitude diferente, isto é, assume a responsabilidade de procurar por si a resposta para superar a dificuldade sem depender de terceiros “não tenho muitas possibilidades de ir aos tratamentos, vou tentar ir, eu tenho uma data de coisas para

perguntar qual é a medicação da noite e da manhã, o resto vou aviar para tomar antes da carrinha (do CD) ir buscar-me a casa, gostei muito da médica, fiquei um bocadinho mais tranquila, a outra nunca tinha mandado uma consulta da dor, agora vamos ver se consigo ir, já tenho uma credencial para ir para outro sítio fazer fisioterapia, já andou lá senhoras que estavam aqui e recomendaram-me, acaba por ser melhor para mim, até porque onde eu estava não me ligavam nenhuma e não vejo progressos, é mais perto para o senhor motorista me ir buscar” (sic). O assumir a direção da sua própria vida de que falámos, não lhe retira por completo o sentimento de dependência em face da incapacidade percebida, causa da ansiedade, nomeadamente, em relação à sua perceção da disponibilidade das cuidadoras formais do CD “tudo isso é um conjunto de coisas que eu estou sempre preocupada, não é, tenho que estar despachada a horas e elas não facilitam muito, eu tenho a minha cabeça ainda a funcionar mais ou menos porque o meu problema é não ler, é uma coisa que também me aflige não é, se não fosse a ajuda, daqui também (CD), se calhar não podia fazer o que faço, porque isto é uma grande ajuda, o irem buscar-me, só tenho é a agradecer, também evito o mais possível pedir para não prejudicar os serviços aqui também, não é” (sic). Um certo sentimento de culpa implícito manifestado pelo seu receio em afetar os serviços, revela que a baixa estima de si, a incongruência, tendem a persistir, apesar de termos percebido graus de intensidade de incongruência diferentes, durante a sessão (Odier, 2013). Uma incongruência que a leva a assumir a direção do seu destino (*locus* de controlo interno) e uma outra de nível mais acentuado que leva a atribuir sempre ao fator externo e agrava ansiedade, a mágoa diante da incapacidade funcional e dependência percebidas (*locus* de controlo externo), relacionada com a perceção do afastamento dos familiares, enquanto cuidadores informais, ilustrado, aqui, com expressões como “porque tinha apoio e perdi-o também, eu também já sabia que o ia perder não é, a minha nora ... não esteve comigo na hora em que eu mais precisava... ela (mulher do neto mais velho) não tem obrigação nenhuma, só está presente pela amizade ... a outra não se preocupa (nora), ela é que se preocupa, mas, de qualquer maneira, ela não pode estar aqui agora ... tem a contabilidade para fazer e vai estar muito ocupada ... também faço despesa quando ela (nora) vem para me acompanhar ... ela não devia de aceitar não é ... eu não aguento não aguento com estas despesas, também tenho a despesa do dia-a-dia, não é, e tudo é despesa ... vou almoçar com ela (nora) e gasto dinheiro e muitas vezes poderia vir para aqui, tenho aqui o almoço pago, não é, e não venho, é uma despesa e não há dinheiro que aguento ... senhor doutor sinto-me muito magoada, porque são quarenta e tantos anos a contribuir, sempre contribui, não é, os meus netos não precisaram de mim sempre, mas enquanto foram pequenos precisaram, eu contribui para

todos e agora ninguém quer saber de mim” (sic). Além da mágoa percebemos, também, sentimentos de zanga pela falta de reconhecimento do apoio que dera no passado à nora e aos netos quando precisara, abdicando de si, esperando retorno, que o fizessem por si também, sobretudo agora que precisa, espera afeto. Um pensamento recorrente. Percebemos que este sentimento de cólera diante do abandono, da negação do afeto, e que se manifesta pelo seu sofrimento psicológico, na sua sintomatologia depressiva, constitui um dos motivos principais da sua incongruência, incapacitante, persistente ao longo do seu desenvolvimento, desde infância à etapa da vida em que se encontra, uma condição de valor, que fora incapaz por si de superar e que na sessão encontra as condições necessárias e suficientes para baixar a defesas “eu não posso desabafar com ninguém ... tenho que engolir tudo em seco ... eu estou a desabafar com o senhor doutor, mas não desabafei com a minha neta (mulher do neto mais velho), porque eu sei que entre todos ia haver guerra e para não haver guerra eu tive de me calar ... o senhor doutor acha bem que ela (nora) na hora que mais precisei dela não estivesse ali ... encontrou uma colega antiga do trabalho ficou a conversar ...eu fui para a sala sozinha para levar a injeção, não tive quem me pegasse na mala, nem no casaco e depois vim cá para fora às aranhas, porque não via nada e ela não estava presente para me receber” (sic). Cândida fala da sua indignação em relação às atitudes da nora, que contrastam com as atitudes das cuidadoras formais do CD que estiveram sempre a seu lado, numa ocasião em que foram com ela ao tratamento. Diz não partilhar com a mulher do neto mais velho para evitar os conflitos, tendo receio de ruturas com os netos e destes com a mãe, referindo que “não posso perder os meus netos que é a única coisa que tenho” (sic). O afastamento dos familiares é motivo de ansiedade diante da vulnerabilidade psicológica em que se encontra e as atitudes da sua nora, causa da sua indignação, recordando o marido que lhe “disse antes de morrer, tu pensas que a tua nora é uma coisa mas ela é outra” (sic), verbalizando ainda “ela explorou-me ... ela é seca, ela é seca ... e por isso não partilho nada a ninguém, porque ela é mãe e em parte foi uma boa mãe, nunca abandonou os filhos, fez outras coisas que não devia ter feito, mas os filhos sempre tiveram em primeiro lugar ..., mas eu fui uma grande ajuda, eu durante quarenta e tal anos fui sempre o amparo dela, havia muita coisa que não me pertencia fazer e fiz, por isso sinto que ela deveria ter tido mais respeito por mim, ...porque eu acho que isto é uma falta de respeito ... e ela sabe que eu sou contra isso ...ela conseguiu andar para a frente, mas graças às ajudas que teve, não é ... ela deveria de ter um bocadinho de moral ... eu sei que a gente faz e não é para receber ... ela também educou os filhos a serem secos ... ela é fria ... e os meus netos também são um bocadinho... não são de afetos ... são todos frios” (sic). Cândida reclama por um afeto por

amor, o seu sentimento é de amargura pelo abandono e invisibilidade em que vive, verbalizando “eles têm a vida deles a vida não é fácil e acho que eles não têm obrigação não tem eles e não tem ela por isso é que eu digo eu não acho que sejam obrigados a retribuir aquilo que eu lhes dei ... o meu neto mais velho leva o seu tempo a chegar cá, mas se eu o chamar ele vem, mas que tenha a iniciativa de vir por ele, não, gostaria que ele fosse como a mulher, ela é que não tem obrigação nenhuma... sinto-me triste, sinto-me muito só, não há dúvida nenhuma ... eu precisava um bocadinho de apoio, não é, recebo poucos afetos, fico triste, é a vida senhor doutor, a vida é mesmo assim” (sic). Ao sentimento de afastamento acresce a perda gradual de visão, verbalizando “foi um grande azar que eu tive, de ficar sem ver, essa é a minha maior mágoa, estou fora do mundo” (sic). Apesar de ter voltado a partilhar as mesmas angústias das sessões anteriores, relacionadas com as condições de valor e trauma e traumatismos nas condições biopsicossociais, fê-lo de um modo diferente, parecia-nos desta vez fluir sem ficar ancorada ou fixa às perdas, evoluindo para uma significação, desta vez, aliada ao noético, verbalizando “há uma coisa que me dirige, não sei explicar o quê, tenho é uma coisa a guardar-me ...eu tenho qualquer coisa que me ajuda, a minha nora diz-me que eu tenho um anjo da guarda a guardar-me, ela não é crente, eu sou, mas eles não, têm a crença deles, cada um tem a sua crença, eu tenho é uma esperança, há qualquer coisa que me deita a mão, porque uma pessoa que cai tantas vezes como eu caí e nunca parti um osso, isto é um milagre senhor doutor, não acha? Eu acho que há alguma coisa que me deita a mão ... quem é que vinha dali a subir escadas e descer escadas, é que ia ao médico, sem ver” (sic). Colocámos a hipótese se estaria a dar um significado sobre o sentido interno das suas forças de auto-cura, da tendência atualizante das suas potencialidades e hipercomplexificação (Hipólito, 2011), uma meta-subjetividade ligada à transcendência, mesmo quando fala das suas experiências traumáticas alude a uma espécie de provação, dívida ou legado da mãe e dos antepassados, que se perde nos tempos da árvore genológica, verbalizando “se calhar estou a pagar alguma coisa que a minha mãe fez ou se calhar os meus antepassados sei lá, porque eu tenho sofrido muito, tenho tido muita coisa” (sic). A verdade é que, depois desta partilha, parece-nos regressar ao reconhecimento de que as forças internas influenciam a direção da sua vida (*locus* de controlo interno), com que iniciara a sessão “vou tomar conta das coisas todas ir à farmácia sábado que é quando eu tenho mais marcado, mesmo com a minha dificuldade, ainda me vou orientando, o meu marido ... é que fazia tudo ... eu cheguei a dizer muitas vezes se um dia me falta ... hoje sei fazer muitas daquelas coisas que ele fazia ... graças a Deus tenho feito tudo até hoje e já lá vão vinte e tal anos que o meu marido morreu ... vou buscar forças, mas não sei até quando ...é que não sei até quando ...

estou cansada mesmo, estou cansada ... se me disserem queres sai de casa, eu não quero até eu puder fazer uma panelinha de sopa, porque também faço, não faço muito mais, mas faço, vou lutando também, eu não estou desamparada, graças a Deus, estou amparada por aqui, não é muito mau, não é” (sic). Ao chegar próximo do fim da sessão, partilha da perceção que tem da perda gradual das suas forças, com o avançar da idade e de que um dia terá de deixar a sua casa para ir viver para uma estrutura residencial permanente, expressando ter momentos de fraqueza e vontade de desistir, desabafa. Fala, por fim, do conforto que sente durante as sessões de acompanhamento psicológico “eu converso consigo o que nunca conversei com ninguém, com ninguém, vou tendo um bocadinho de forças aqui, nunca pensei na minha vida que iria partilhar coisas que nunca partilhei com ninguém (pausa), mas pronto eu sinto-me bem talvez eu devesse continuar, sinto-me bem, faz-me bem desabafar, a minha vida nova, pronto, porque já tive uma vida velha, nunca partilhei com ninguém, não é, ninguém sabe a minha vida, não é, é muito peso para uma pessoa” (sic).

3.1.14. Discussão de Caso

Na primeira sessão, as partilhas respeitam às falhas de memória, à perda gradual de visão, às dores em resultado de quedas que dera, às dificuldades em dormir, às insónias iniciais e intermédias, à falta de energia, durante o dia, à perda de interesse por fazer algumas tarefas que já lhe dera prazer, à tristeza, ao desânimo e desinteresse pela vida. As condições de relação terão sido propiciadoras para que aos poucos conseguisse baixar as defesas iniciais, arriscando-se, indo um pouco mais além dos sintomas, focando-se no sentimento de si, a solidão. Na segunda sessão, partilha a angústia e inquietação diante da sua incapacidade funcional e dependência em assegurar rotinas básicas de vida diária, mencionando o sentimento de abandono, que sente da parte de familiares. O inconformismo e relação ao afastamento dos familiares vai sendo substituído, ao longo da sessão, por um sentimento de resignação em relação às perdas, chegando a esboçar um sorriso sempre que reconhece em si um modo de se adaptar às condicionantes decorrentes do envelhecer. O sofrimento psicológico decorrente da perceção de abandono parece anda a par das perdas graduais das suas potencialidades (possibilidades) biológicas que a condicionam no quotidiano, manifestando-se na angústia diante da ingratidão por aqueles que já dera de si e cuidara, algo que refere não ser capaz de lhes verbalizar por receio da quebra de relações com os netos. As pressões da vida não resolvidas pelos modos de compreensão e de estratégias pré-estabelecidos, a que se acrescem às (in)capacidades de *processing*, respeitantes a problemas de desenvolvimento fisiológico e psicológico do organismo ao longo do desenvolvimento, a fragilidade do suporte relacional do

processing, como a empatia, a autenticidade e a consideração positiva incondicional ao nível das relações interpessoais, referidos no modelo tridimensional de vulnerabilidade de *processing* de Warner e Rousseau (2007), parecem contribuir para a incongruência incapacitante em que se encontra. Cândida passa para uma reflexão sobre os valores morais e o quanto se sente distante do seu tempo, a partir da sua própria experiência, causa tristeza, para se centrar em si no agora, na sessão, expressando uma sensação de bem-estar por aquele tempo a ela dedicado. A sua incongruência e baixa estima de si, da percepção quanto às perdas de autonomia, da dependência, abandono dos familiares e isolamento em todas as esferas da vida é tema, também, da sessão seguinte, em especial da incapacidade funcional percebida num processo de simbolização de um corpo que envelhece, diante das perdas graduais de mobilidade, que atribui aos poucos momentos dedicados ao exercício físico e à perda de visão que a limita. Expressa com tristeza, todavia, que até essas pequenas tarefas já tem dificuldades em assegurá-las, sente-se cansada. Apesar da percepção do declínio das suas faculdades perda gradual de visão, refere, não fosse as suas limitações, faria tudo sem necessitar de apoio. Menciona com tristeza depender sempre de alguém do CD, bem como a mágoa diante da pouca disponibilidade dos seus familiares, um tema recorrente ao longo das sessões. Sente-se só e entregue a si própria, sendo o sentimento dominante o da solidão, mas também de ressentimento pelo tempo que se dedicou aos familiares, os mesmos que hoje sente não estarem disponíveis para si. Há, por isso, um sentimento de vazio quando percorre a suas memórias biográficas, guardou sempre a expectativa que um dia, quando necessitasse, cuidariam de dela. O trauma nas potencialidades que teve ao nível da sua visão agravou esse seu estado de incapacidade funcional, ficando angustiada, sobretudo, quando precisa em determinadas circunstâncias de pedir ajuda a alguém. Está, igualmente, presente, nestes momentos de maior tristeza, a perda de sentido de vida, diante da percepção de abandono, assim como o pensamento de morte. As dores físicas são contínuas e as queixas frequentes ao longo das sessões, na quarta sessão, colocámos como hipótese, em que medida, as suas queixas físicas (somatização), frequentes, eram, também, o resultado da dificuldade de *processing*, em reação às pressões da vida que ia partilhando nas sessões, sobretudo relacionadas com o distanciamento dos seus familiares ou do ambiente no CD, ou da forma como este era percebido por si, a invisibilidade social que tanto fala. Ao devolver-lhe a nossa compreensão sobre essa sua experiência, fala-nos do seu desalento em relação aos restantes utentes, de falta de motivação em participar em atividades promovidas no CD, da vontade em ficar só, atribuindo o seu estado emocional, igualmente, a queixas físicas. A preocupação trazida por si relativa à mudança de médica de família, leva-nos a compreender o

quanto importante era estar com alguém que estivesse disponível para si de forma calorosa, genuína e verdadeira, a quem confiasse as suas angústias e inquietações e a compreendesse sem que a julgasse, fosse compassivo. Colocámos, por isso, a hipótese, em que medida as condições de relação da ACP, da congruência, do olhar positivo incondicional e da compreensão empática, sendo estas atitudes extensíveis a todas as relações, constituem junto com as pressões de vida e (traumas e traumatismos) do desenvolvimento da capacidade de *processing* desde infância e ao longo do desenvolvimento, a dimensão que falta para a compreensão do binómio bem-estar psicológico versus psicopatologia (Warner & Rosseau, 2007).

Cândida encontra-se, normalmente, queixosa de dores físicas que a incapacita de assegurar as rotinas diárias básicas em casa, fala das quedas que dera, procura desesperadamente uma terapêutica que a possa aliviar das queixas, mas é, sobretudo, o isolamento em que vive, inclusive no ambiente do CD, que busca por uma terapêutica de modo a que se sinta aceite entre pares, acolhida, de terem para consigo um relacionamento genuíno, caloroso e compassivo, sem a julgarem ou criticarem. O trauma e traumatismos nas condições biológicas, as pressões do ambiente que a rodeia, a capacidade e suporte para o desenvolvimento do *processing* andam, assim, a par da condição de valor, expressa pela necessidade de afeto, que tem estado presente desde a infância.

Será, então, de considerar a hipótese de que tem mantido uma estrutura rígida de *self* ao longo dos anos, afastando-a de experienciar a vida, o seu *self* real, e de dar, ao mesmo tempo, a confiança necessária de abertura à experiência, por isso, se isola, permanecendo desta forma a maior parte do tempo no CD. A depreciação quanto ao seu valor reflete, em grande medida, a baixa estima de si, a incongruência em que vive ou sempre viveu, sendo causa da vulnerabilidade psicológica, agravada pelos traumas e traumatismos nas condições biopsicossociais, ao longo do seu desenvolvimento. É difícil antever se um acompanhamento psicológico prolongado no tempo irá possibilitar mudar a estrutura de *self*, idealizado e cristalizado ao longo de anos e nesta etapa de idade avançada, todavia vai expressando uma sensação de alívio durante as sessões. Na quinta sessão, a narrativa gira, novamente, em torno das quedas, das dores, da incapacidade e da dependência, dos sentimentos de tristeza, de resignação e receios. A par da condição de valor, também os traumas e traumatismos, nesta etapa do desenvolvimento e nas condições de atualização das potencialidades biológicas com repercussões psicossociais, agravam a incongruência. Fala na expectativa da institucionalização como única alternativa em face da perceção do afastamento dos familiares. Parece, ao longo da sessão, repetirem-se os mesmos temas de modo entrosado, circular e repetitivo, como a queixa,

a perda de autonomia e a incapacidade funcional, a dependência, o afastamento dos familiares e o pensamento da morte. A percepção que tem sobre as atitudes dos familiares é causa do seu estado de incongruência, das atitudes pouco calorosas, verdadeiras e compassivas. O ambiente, na sessão, é facilitador da partilha ao contrário de qualquer outro, onde não se sente segura de baixar as defesas pelo sentimento de ausência de empatia, frieza, falsidade e crítica social. Manifesta sentimento melancólico e nostálgico quando se reporta as perdas, amizades, que tivera outrora. A dificuldade em lidar com o sentimento de abandono, parece-nos, procurar mitigá-lo assumindo-o como um papel social, *persona*, não é a única que sofre, trata-se de um mal coletivo. Sente-se apoiada ao mesmo tempo que evoca memórias prazerosas passadas no CD, que hoje refere não experienciar. Dez anos fazem diferença, o declínio das potencialidades com a avançar da idade não é o seu apenas, mas de um grupo que a acompanha e ela assiste, confrontada com o tempo, em que ela passa a ser o próprio tempo e sente que o seu raio de ação está a tronar-se cada vez mais limitado, por isso se torna difícil improvisar e sobretudo antecipar, o que requer não só espaço, mas, também, tempo (Swildens, 2012). Volta a falar do ambiente do CD e do seu sentimento de isolamento, ficando mais evidente o seu *locus* de controlo externo. Cândida vai encontrando na sessão as condições para partilhar tudo o que pensa, os seus sentimentos, sem receios. Aos poucos, parece-nos começar a centrar-se em si mesma, no que sente no agora, na relação connosco, num movimento gradual para um *locus* de controlo interno, passando a realçar os aspetos positivos para si, no quotidiano. O sentimento de isolamento no CD, porém, continua a ter um peso maior, do que os momentos prazerosos. Retorna, constantemente, às memórias passadas que vivera no CD, sempre que se reporta a algum acontecimento do presente. Fala com nostalgia desse passado. Afinal, não mudara apenas as circunstâncias, mas, também, ela mudou, em dez anos, com o declínio natural de um corpo que envelhece e se aproxima do fim, assim como das perdas, das pessoas que deixaram de estar presentes na sua vida. Expressa, pela primeira vez, as ressonâncias emocionais resultantes das pessoas com diagnóstico de demência, que iam sendo, entretanto, admitidas. Na sexta sessão, começamos a assistir a mudanças, visíveis também na sua linguagem corporal. Fala da experiência que tivera de manhã, da sua trajetória desde que se levantou e saiu de casa até chegar à unidade de saúde familiar, que fica próxima de sua casa. Partilha a sua coragem diante dos obstáculos que teve de enfrentar. A sua postura corporal, a sua expressão facial, transmitia-nos essa confiança e ânimo. A experiência parece ter contribuído de alguma forma para elevar a estima de si, apesar dos receios de uma eventual queda. Pensamos em Hipólito (2011), de uma tendência de atualização de potencialidade (possibilidades) ao longo do desenvolvimento,

desde que se nasce até a à etapa tardia da vida humana, desde que asseguradas as condições de otimização. A superação de obstáculos, também interiores, como a insegurança e o medo diante do risco de uma queda pela visão e mobilidade limitadas, foi para si, significativa, tendo a resposta empática, positiva e autêntica da cuidadora formal do CD, daquele seu ato de “heroísmo”, ajudado a baixar a incongruência, causadora da ansiedade, e a aumentar a estima de si. Confirmamos, desde a sessão anterior, a existência de um movimento fluído em si, um processo no sentido das forças ao limite máximo das suas potencialidades (possibilidades) de acordo com as suas características individuais, quando fala das dores, fá-lo desta vez de um modo diferente, procura uma solução e toma consciência dessa sua atitude. Deixa, mesmo que por um momento, aquela sua atitude resignação em face da inevitabilidade do declínio, queixosa, acompanhado com um sentimento de impotência em face das causas externas (*locus* de controlo externo), para assumir um *locus* de controlo interno que vai à procura e supera, tornando-se, por alguns momentos, ela dona do seu próprio destino. A partilha sobre as queixas físicas continua, não deixam de ser o seu foco da sua atenção, pois são uma das causas do seu mal-estar. Associa o agravamento das dores ao esforço que faz, assim como das várias quedas que deu em casa. Os traumatismos são frequentes em resultado, também, das suas condições biopsicossociais, a falta de visão, a ansiedade, o estar só, as barreiras físicas, refere. Todavia percebemos uma mudança de atitude em trono do tema, recorrente em todas as sessões anteriores, parecendo-nos assumir a direção da sua própria vida, sem mencionar, a falta de apoio dos familiares, como tem sido recorrente ao longo das sessões. Fala das quedas, das condicionantes físicas em resultado das lesões até à dificuldade em ir aos tratamentos, assumindo, porém, uma atitude diferente, isto é, assume a responsabilidade de procurar por si a resposta para superar a dificuldade. O receio de ser um “peso” para os serviços, revela, ainda, a baixa estima de si. Percebemos diferentes graus de intensidade, durante a sessão, uma incongruência que a leva a assumir a direção do seu destino (*locus* de controlo interno) e uma outra de nível mais acentuado que leva a atribuir sempre ao fator externo e acentua a ansiedade, diante da incapacidade funcional e dependência percebidas (*locus* de controlo externo), relacionada com a perceção do afastamento dos familiares. Além da mágoa, percebemos, também, sentimentos de zanga pela falta de reconhecimento do apoio, que dera no passado à nora e aos netos quando precisara, abdicando de si, esperando retorno, que o fizessem por si também, sobretudo agora que precisa, espera afeto. Colocámos como hipótese em que medida o sentimento de cólera diante do abandono se relaciona com uma condição de valor, que fora incapaz por si de superar ao longo da vida, presente desde tenra idade. Cândida reclama por um

afeto, o seu sentimento é amargura pelo abandono. Ao sentimento de afastamento acresce a perda gradual de visão. Apesar de ter voltado a partilhar as mesmas angústias de sessões anteriores, relacionadas com as condições de valor e trauma e traumatismos nas condições biopsicossociais, percebemos que o faz de um modo diferente, desta vez mais fluido, sem ficar ancorada ou fixa às perdas, evoluindo para uma significação, desta vez, aliada ao noético. Questionámo-nos se estaria a dar um novo significado sobre o sentido interno das suas forças de auto-cura, da tendência de atualização das suas potencialidades e hipercomplexificação (Hipólito, 2011), (re)ligando-a um sentido de transcendência, mesmo quando fala das suas experiências traumáticas alude a uma espécie de provação, dívida ou legado da mãe, uma “lealdade invisível” que se transmite pelos antepassados ao longo da genologia (Schützenberger, 2015). Na última sessão, emociona-se ao falar das memórias sobretudo das perdas que tivera ao longo da vida primeiro divórcio, depois o falecimento do filho, do irmão, do marido, da casa dos azulejos. A história de vida começara a dar consistência a algumas das hipóteses que fomos formulando ao longo das sessões, que estão na base da incongruência em que vive. É uma mulher carente de afeto, apesar de não ter disso consciência, por isso se descreve como de temperamento frio, quando o que reclama é por amor, uma condição de valor internalizada no seio de uma história familiar pobre em afetos, onde cresceu e se desenvolveu. Cândida tivera que recalcar o desejo de afeto, de ser amada, desde a infância, diante de um ambiente familiar austero e violento, internalizando uma condição de valor, um legado da mãe, reproduzindo um mesmo padrão psicogenológico por gerações. Experimentara eventos traumáticos, traumatismos de infância ao nível das condições biopsicossociais, não só resultante da precaridade material, mas, sobretudo, da violência que vivenciara no seio familiar. O pai era alcoólico e ambas, mãe e filha, foram vítimas de violência doméstica por parte do progenitor. Refere que a mãe era para si distante, pouco afetiva e fazia uma distinção clara com o seu irmão, sendo mais calorosa para com este. O padrasto, ao contrário da mãe, terá sido mais afetivo para consigo. Cândida atribui a sua dificuldade de lidar com as emoções e sentimentos à educação “austera”, que sente ter reproduzido nos seus descendentes. A sua história de vida permitiu-nos compreender a incongruência em que vive no agora, que vai além do declínio do organismo no processo do envelhecimento e dos traumatismos. O sentimento de abandono fica mais clara com a sua história de vida. Cândida abdicara de si para cuidar da nora e dos netos, depois de um evento traumático da morte do filho, esperando agora que cuidem dela. Foi, na última sessão, partilhando a sua memória biográfica como quem tece uma “renda de bilres”, ao mesmo tempo, que a sua expressão é de alívio, enquanto vai dando sentido à sua finitude na vida

(Hipólito, 2011), mencionando que gostaria de deixar essa sua história de vida aos netos, como um legado.

PARTE IV- CONCLUSÃO

4.1. Reflexão sobre os Casos Clínicos

O CD, local do nosso estágio, encontrava-se em processo de requalificação para uma nova resposta dirigida a pessoas com demência, tendo o processo de reestruturação constituído para nós um desafio, com a nossa implicação na avaliação psicológica e acompanhamento dos utentes sem diagnóstico de demência, que transitaram para uma nova resposta, em especial daqueles que apresentavam uma sintomatologia depressiva. Ao mesmo tempo o CD, ainda numa fase de transição, não se afastava do anterior modelo, o que nos permite, em grande medida, extrapolar com as conclusões do presente estágio, salvaguardadas as devidas singularidades, com outros CD, em termos dos perfis, pensando nas pessoas mais velhas que já frequentavam o local de estágio, nas dinâmicas de funcionamento, no quotidiano. Pensámos, por isso, no âmbito do presente relatório de estágio, adotar uma abordagem fenomenológica no modo como relatamos os acompanhamentos psicológicos que fizemos, a partir da nossa própria perspectiva, enquadra no próprio contexto. Cada um dos casos, inclui a observação da pessoa no quotidiano do CD, além das descrições das sessões de avaliação psicológica e acompanhamento. Houve, igualmente, a preocupação de ilustrar no presente relatório os casos clínicos que corroboram muitas das problemáticas associadas à pessoa mais velha com um quadro depressivo, ao nível da literatura, partindo do modelo-teórico da Abordagem Centrada. O primeiro caso clínico fora o da avaliação psicológica. Casanova já se encontrava no que se designa de fase de resguardo que corresponde à quarta idade caracterizada pela contração de recursos físicos, psicológicos e sociais, distinta da terceira, a da reforma, ainda plena de recursos. Os traumas e traumatismos com os AVC, alteraram a sua vida. A vulnerabilidade psicológica manifestava-se por uma profunda tristeza, perda de motivação em realizar atividades que antes lhe eram prazerosas, estando, igualmente, invadido por um sentimento de vazio. Referia serem mais os momentos de tristeza, que lhe preenchem o quotidiano do que os prazerosos, procurando no CD estar só, consigo mesmo. Casanova carregava, também, o peso do arrependimento em relação ao seu passado, realçando as decisões que deixara de tomar, como se tivesse deixado a direção da sua vida entregue ao destino, em vez de ter sido ele a dirigir a própria vida. Adiou o seu divórcio, culpabilizando-se de ter ficado preso a um mau casamento e, sobretudo, de não ter dado a si a oportunidade de encontrar uma outra mulher, de quem gostasse e o fizesse sentir pleno e feliz. Procura remeter, ao longo das sessões, as adições ao jogo e álcool, à noite, aos encontros ocasionais, ao trabalho o vazio que sentia da vida conjugal, um alheamento da realidade em que vivia, do *self* real. Foi infiel no seu casamento

tal como outrora o seu pai tinha sido em relação à mãe, revelando, numa das sessões, um segredo familiar, nunca antes partilhado por vergonha. Casanova vive uma ambivalência. Acusa o pai de libertino pelo sofrimento que causara à sua mãe, ao mesmo tempo, que sente mágoa por ter sido o pai, alguém de quem sente, ao mesmo tempo, orgulho. Há, também, a referência de um avô paterno com quem nunca tivera contacto. Tinha uma adição ao jogo e ao álcool, tendo sido ausente na vida do seu pai, que sempre procurara dele reconhecimento. Parece haver um padrão que se repete por três gerações, não por herança genética, mas por uma espécie de “lealdade invisível” que se transmite pela genologia e se perde no tempo. O pai procurara iniciá-lo, ainda rapaz, na entrada da vida adulta, através de uma prática ritualística de masculinidade, acompanhando-o até a uma “casa de meninas” (sic) para aí ter a sua primeira experiência sexual. Projetara nele também os seus sonhos, a de uma carreira de militar, tal como o irmão mais velho, ou a de bancário, oportunidade que lhe viera a ser oferecida. A opinião do pai ou a necessidade de agradá-lo, fez com que procurasse “Ser”, não ele próprio, um “Outro” percebido que o pai idealizara para si, acabando por condicioná-lo até na hora de acabar ou de manter um casamento infeliz, talvez uma condição de valor que tenha “pesado” na dificuldade em dirigir o seu próprio destino. O vazio que sentira no ambiente familiar foi substituído por experiências sexuais efémeras, “carregando” hoje o remorso e a mágoa pelas ausências na vida da sua única filha, da infância ao início da sua fase adulta. Expressa um sentimento de impotência e culpa, por considerar que a vida da filha ficara em “suspense”, uma culpa que atribui a si-mesmo; hoje é ela quem cuida de si. É, sobretudo, em momentos de desabafo da filha, que ele refere sentir um “peso”, “calcando” a estima de si, já baixa, quando confrontado com um corpo que envelhece e o declínio da capacidade funcional, agravado pelos traumas e traumatismos nas potencialidades neurobiológicas. A sua incongruência é resultado desse conflito interno entre um *self* real que segue a sua própria cadência e um *self* idealizado, ainda almejado, que o faz ficar ancorado a um passado de juventude, nas experiências efémeras, numa ou outra relação sentimental que boicotara, no que tivera ou desejaria ter tido. A memória biográfica parece assumir, sobretudo nesta etapa da vida, uma variável significativa no processo de identificação com certas formas de ser o que realmente é e de buscar uma linguagem que possa se identificar como o *Self* real, por outras palavras um *Self* em processo ou um *Selfing*, termo cunhado por Margaret Warner para substituir o de *Self* (Warner & Rousseau, 2007), pelo que não é tanto o que se recorda que é importante, mas o modo como o faz no agora; enquanto autor do seu próprio romance familiar, a história de vida. No envelhecimento, a condição de valor, que nos vai sendo, timidamente, revelada, e que está na base da incongruência, parece-nos dar

significação ao modo como cada um experimenta o processo de envelhecer no agora, andando aquela (incongruência) a par dos traumas e traumatismos nas condições biopsicossociais ao longo do desenvolvimento humano e sobretudo na etapa tardia da vida humana, com efeitos na capacidade de *processing*, das pressões da vida não resolvidas pelos modos de compreensão e das estratégias pré-estabelecidas e ausências das condições relacionais de *processing* como o de empatia, de autenticidade e consideração positiva incondicional, desde tenra idade no seio da família. A recolha da história de vida parece-nos, neste sentido, assumir uma importância que vai além da concetualização de caso realizada durante uma avaliação psicológica, que na ACP advém do quadro de referência e experiência subjetiva da pessoa. Por ser conciliável com uma prática não diretiva, sendo esta mais interativa e bidirecional do que qualquer outra abordagem, ela permite ao próprio, juntar pontos desde a infância até ao momento atual. Ao devolver em resposta(s) de síntese o significado dado pela própria pessoa dos acontecimentos ocorridos ao longo da sua história, de forma genuína, calorosa e empática cria-se as condições facilitadoras da congruência almejada (Simms,2011). Mesmo quando se optou, no local de estágio, por um acompanhamento psicológico, adotando uma abordagem não diretiva a partir de um pedido de ajuda, sem passar pela recolha da história de vida, como ilustra o segundo caso clínico, esta surge naturalmente, depois de algumas sessões, talvez a história de vida seja tema recorrente na etapa tardia da vida. Além de ter permitido corroborar algumas das nossas hipóteses, parece ter resultado da necessidade da própria em dar uma nova significação à sua memória biográfica, responsável pela estrutura do *self*, identidade pessoal. Cândida tivera que recalcar o desejo de afeto, de ser amada, desde a infância, diante de um ambiente familiar austero, onde crescera, internalizando uma condição de valor, um legado da mãe, reproduzindo ela própria um mesmo padrão por gerações. Experimentara eventos traumáticos, traumatismos de infância ao nível das condições biopsicossociais, não só resultante das condições objetivas de existência, mas, sobretudo, da violência que vivenciara no seio familiar. O pai era alcoólico e ambas, mãe e filha, foram vítimas de violência doméstica por parte do progenitor. Refere que a mãe era para si distante, pouco afetiva e fazia uma distinção clara com o seu irmão, sendo mais calorosa para com este. Cândida atribui a sua dificuldade de lidar com as emoções e sentimentos à educação “austera”, que sente ter reproduzido nos seus descendentes. A sua história de vida permitiu-nos compreender a incongruência em que vive no agora, que vai além do declínio do organismo no processo do envelhecimento e dos traumatismos. O sentimento de abandono fica mais claro com a sua história de vida. Cândida abdicara de si para cuidar da nora e dos netos, depois de um evento traumático, a morte do filho, esperando agora que cuidem

dela, mas volta a ser abandonada. A sua memória biográfica é partilhada numa das últimas sessões, percebendo de como a linguagem que adotara servia também com um meio de construção de uma identidade pessoal, um *Self* real, como quem tece uma “renda de bilres” entre o passado e o presente, ao mesmo tempo, que vai expressando uma sensação de alívio. Ao verbalizar que gostaria de deixar essa sua história de vida aos netos, como um legado, estará ela dar um sentido à morte no sentido da vida (Hipólito, 2011). Ao longo das sessões assistimos a um fluxo contínuo, iniciado com queixas e receios de perda da memória e da visão, passando pela angústia da dependência do apoio dos familiares de quem se encontra diante do declínio de um corpo que envelhece e perde a sua capacidade funcional até à tristeza e cólera do afastamento dos familiares, que, a par da perda da visão (longe do coração), vive a incongruência de quem lhe é negado amor desde criança e hoje reclama por afeto por quem abdicara de si no passado para se entregar ao outro, após a perda de um filho. Em ambos os casos, na sua singularidade, a condição de valor está presente a par dos traumas e traumatismos nas condições biopsicossociais, assumindo significações diante das alterações que vão ocorrendo ao longo da vida, sem impedirem que a tendência atualizante das potencialidades (possibilidades) biopsicossociais se manifeste ao longo do desenvolvimento, continuando na etapa tardia da vida.

4.2. Reflexão sobre o Papel do Psicólogo Clínico no contexto de Centro de Dia

O acompanhamento psicológico que fizemos ao longo do estágio de que os dois casos de avaliação psicológica e acompanhamento apresentados pretendem ilustrar, reforçam a necessidade de um olhar atento à pessoa mais velha, sobretudo pela falsa crença de que a tristeza e depressão são parte natural do envelhecimento, assim como a tendência para exibir queixas somáticas e pela sua maior relutância em exprimir sentimentos de tristeza. A presença do psicólogo clínico, mesmo em respostas sociais como a de um contexto de CD, deverá ser equacionada pela importância na sinalização e mitigação do sofrimento psicológico e promoção do bem-estar da pessoa mais velha. A confiança e a autonomia proporcionada, a busca de compreensão pelo que íamos fazendo no âmbito do estágio foram as condições necessárias para assumirmos a nossa própria direção, isto é não diretiva, tendo o local de estágio servido de ensaio. O segundo caso clínico, o de acompanhamento psicológico, foi selecionado com esse propósito, na medida em que pretende introduzir, através de uma abordagem fenomenológica, o modo como adotámos a abordagem não diretiva no contexto de um CD, onde não existe um *setting* terapêutico, nem um “cliente” se lhe dirige com um pedido de ajuda. Ao contrário do primeiro caso clínico apresentado, em que o propósito era o de levar a cabo uma avaliação

psicológica, cumprindo um dos requisitos do estágio curricular - não obstante, ter, posteriormente, surgido a oportunidade de um acompanhamento psicológico-, o segundo inicia, pelo contrário, na sequência de uma rotina diária que tínhamos instituído como prática, com a finalidade em referenciar uma ou outra pessoa em que houvesse a necessidade de uma intervenção psicológica. As “conversas matinais” na sala de convívio, espaço onde as pessoas se dirigiam logo após chegar ao CD pela manhã, passaram a fazer parte da nossa rotina diária, em que fazíamos nós o movimento de ir ao encontro da pessoa, em vez de ficar à espera que esta se dirigisse a nós, com um pedido de ajuda, observando, durante uma conversa circunstancial, o seu estado emocional e se necessário iniciar aí o acompanhamento psicológico. O CD não contemplava, antes do nosso estágio, a prática do aconselhamento psicológico nos moldes em que perspectivámos, tendo este sido instituído no decorrer do estágio. Falámos individualmente com cada pessoa sobre a possibilidade de beneficiarem de acompanhamento psicológico, nomeadamente com aquelas que transitaram da anterior resposta e apresentavam uma sintomatologia depressiva. Mostrámo-nos disponíveis para esclarecer no que consistia o acompanhamento psicológico e qual finalidade, tendo sido oferecida a possibilidade de beneficiar desse acompanhamento psicológico, esclarecendo, ao mesmo tempo como o poderiam dele recorrer, caso, sentissem ou viessem a sentir essa necessidade. Falámos, assim, com cada pessoa na expectativa de que a iniciativa partisse de si-mesma. Chegámos, mais tarde, à conclusão que teria sido importante que tivessem sido organizadas sessões de esclarecimento sobre os benefícios do acompanhamento psicológico para a saúde mental, sobretudo pensando nalguns tabus e preconceitos que, ainda, subsistem em torno do tema, que criam ainda algumas resistências na ida ao psicólogo; o estigma da doença mental. Tivemos a oportunidade de observar muitas dessas resistências no local de estágio junto dos utentes, avaliando pelas reações iniciais sempre que um deles tomava a iniciativa de falar connosco em local privado, quer pela expressão de algum acanhamento do próprio quer por algum murmúrio de fundo na sala de convívio entendido como dirigido a si e pela sua iniciativa em procurar ajuda. Por fim, já eram os próprios que falavam dos benefícios de uma ou outra pessoa que ia sendo acompanhada por nós, de que uma ou outra pessoa necessitaria de falar connosco ou até de ponderarem elas próprias ter um acompanhamento psicológico: “fulano está melhor, fez-lhe ou fazia-lhe bem ou talvez um dia pense em falar de mim” (sic). Fomos, ao longo do tempo, adotando estratégias para ultrapassar as defesas diante de algum preconceito percebido ou do próprio, cientes do quanto era importante manter a reserva da privacidade e da intimidade num contexto que coloca desafios à atuação do psicólogo clínico, nomeadamente sobre onde, em

que momentos e circunstâncias, modo deve ele atuar. Considerámos antes de começar a assumir o papel de psicólogo clínico no local de estágio adotar uma intervenção inspirada na ACP, tendo a mesma vindo a se revelar no decorrer do estágio não só profícua, considerando a experiência e evolução relatada na primeira pessoa por cada caso que acompanhámos, como, também, adaptável a qualquer um dos espaços e momentos quotidianos do CD, sobretudo, pelo modo subtil e discreto da nossa atuação, valendo as nossas próprias atitudes de congruência, olhar positivo incondicional e compreensão empática na mudança da pessoa na etapa tardia do ciclo da vida em termos do bem-estar psicológico, sem que, para o efeito, haja um *setting* terapêutico, acontecendo no espaço quotidiano do CD.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 25(6), 350-358. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1351>
- Almeida, F., & Cerejeira, J. (2018). Psicofarmacologia nas síndromes demenciais. Em P. Afonso, M. Figueira, J., Teixeira, & A., Palhá (Eds.), *Manual de Psicofarmacologia na prática clínica* (1.^a ed, pp. 175-193). PACTOR.
- Altman, M. (2011). O envelhecimento à luz da psicanálise. *Jornal de psicanálise*, 44(80), 193-206. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352011000100016&lng=pt&tlng=pt
- American Psychiatric Assotiation (2023). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais-texto revisto: DSM-5-TR* (5.^a ed). Climepsi.
- Apóstolo, J. L. A. (2011). Adaptação para Português Europeu da Geriatric Depression Scale GDS-15. João Apóstolo, *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Barbosa, M., Afonso, R., Paúl, C., & Yanguas, J. (2020). Conceptualização dos cuidados centrados na pessoa idosa: origens e rumos. RIASE: *Revista Iberoamericana de Saúde e Envelhecimento*, 3(6), 366-382. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6\(3\)](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6(3))
- Benavente, R. (2020). Envelhecimento Normativo e Envelhecimento Patológico. Em R. Benavente. *Intervenção psicológica em gerontologia*. (1th., pp. 1-44). PACTOR.
- Bourdieu, P. (2010). *A distinção: uma crítica social da faculdade do juízo*. Edições 70.
- Brennan, J.F. & Houde, K.A. (2018). *History and Systems of Psychology*. Cambridge University Press.
- Bonfim, C. & Saraiva, M. (1996). *Guião Técnico do Centro de Dia*. Direção Geral de Ação Social.
- Brito, I. N. (2014). *Relação entre o bem-estar espiritual e sintomas psicopatológicos na população adulta portuguesa*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

- Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M. G., Gusmão, R., & Corrêa, B. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental*. Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa, 1, 5-113.
- Caldeira, C., Ferraz da Costa, M., & Ferra, A. (1977). Seis notas sobre Antropoanálise. *Análise Psicológica*, 1, 41-54. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2990/1/1977_1_41.pdf
- Campiche, C., Hyppolyte, J., Hipólito, J. (2012). *A Comunidade como Centro*. EDIUAL
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de sintomas psicopatológicos 18 (BSI-18). *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação*, 115-130. https://baes.uc.pt/bitstream/10316/47459/1/2017%20BSI_18.pdf
- Canavarro, M. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos BSI In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida. *Testes e provas psicológicas em Portugal*, 2, 95-109.
- Canavarro, M. C. (1995). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI: Testes e provas psicológicas em Portugal. *Edited by Simões MR, Gonçalves M, Almeida LS. Braga: SHO/APPORT*, 2, 87-109.
- Damásio, A. (2021). *Sentir & Saber: a caminho da consciência*. Círculo de Leitores
- de Figueiredo Medeiros, G. L., Toledo, M. A., & de Sousa, M. N. A. (2020). Depressão em idosos: Implicações sociais e outras intercorrências. *ID on line. Revista de Psicologia*, 14(53), 474-483. <https://doi.org/10.14295/online.v14i53.2849>
<https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocal2020.pdf/54b90a92-0a88-4d78-b99a-c53b7061fd0e>.
- de Gaulejac, V. (2017). *La part de social en nous: sociologie clinique et psychothérapies*. Érés.
- de Gaulejac, V (2016). *La Névrose de Classe*. Éditions Payot & Rivages
- de Gaulejac et al. (2005). *La Lutte des Places*. DDB Desclée de Borwer.
- de Gaulejac, V. (2009). *La société ,malade de la gestion: idéologie gestionnaire, pouvoir managériel et harcèlement social*. Éditions du Seuil.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). Administration and procedures: BSI manual I. Baltimore: MD: *Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit*.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief symptom inventory: BSI*. Pearson.

- Doellinger, P. V., Soares, I., Sampaio, A., Mesquita, A. R., & Baptista, J. (2017). Prematuridade, funções executivas e qualidade dos cuidados parentais: revisão sistemática de literatura. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 33, e3321. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3321>
- Faria, C., Paulino, R., & Silva, F. (2020). *Intervenção em Psicologia clínica*. PACTOR.
- Feist, J.; Feist, G.; & Roberts, T. (2015). *Teorias da Personalidade*. AMGH.
- Fernandes, L. (2006). Psicoterapias no Idoso. Em F. Horácio. *Psicogeriatria*. Psiquiatria Clínica.
- Ferreira, C. F. D., & Espirito-Santo, H. O. (2018). *Validação da Escala de Depressão Geriátrica numa amostra de idosos institucionalizados da população portuguesa*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. ISMT-Instituto Superior Miguel Torga.
<https://repositorio.ismt.pt/items/1a45d9ac-279b-4f12-8ebb-19b450230d1e>.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3),189-198.https://nesdo.onderzoek.io/wp-content/uploads/2016/08/MMSE_Folstein-1975.pdf
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 9(3), 345-357.
- Freud, S. (2006). *Sobre os sonhos*. Relógio d’ Água
- Freud, S. (2009). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Relógio d’ Água
- Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2021). ***Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos***.
<https://www.cartasocial.pt/inicio>
- García-Alberca, J. M. (2015). Cognitive intervention therapy as treatment for behaviour disorders. Em *Alzheimer disease: evidence on efficacy and neurobiological correlations*. *Neurologia* (English Edition), 30(1), 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2012.10.011>
- Gonçalves, C. A. P. (2015). *Diferenciação do funcionamento mnésico na demência vascular subcortical e na doença de Alzheimer: Um estudo com a WMS-III* [Tese de Doutoramento não publicada]. Universidade de Coimbra.

<https://www.proquest.com/openview/a2c5b83804a6086b1ad3d9c6d56ea5ef/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>.

Guerreiro, M. P. S. A., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.

Gonçalves, I. (2020). *A Alexitimia e a Desregulação Emocional como Correlatos da Agressividade na Idade Avançada: Estudo numa Amostra de Idosos*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Instituto Superior Miguel Torga.

<http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/1253>

Grof, S. (2007). *Psicologia do futuro: lições da investigação moderna sobre a consciência*. Via Óptima.

Hegeman, J. M., Kok, R. M., Van der Mast, R. C., & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 275-281. doi:10.1192/bjp.bp.111.095950.

Hipólito (2011). *Auto-organização; evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. EDIUAL.

Hopcke, R.H. (2011). *Guia para a Obra Completa de C.G.Jung*. Editora Vozes

Jesuíno, J. C. (2012). Posfácio: a idade da sabedoria. Em C. Paúl, & O. Ribeiro (Eds), *Manual de Gerontologia*. LIDEL

Jorm, A. (2000). Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline?. *Gerontology*, 46(4), 219-227. <https://doi.org/10.1159/000022163>

Jung, C. G. (2011a). *O eu e o inconsciente*. Editora Vozes

Jung, C. G. (2011b). *A natureza da psique*. Editora Vozes

Lagarto, L & Firmino, H. (2016). Sintomas Comportamentais e Psicológicos na Demência. Em H. Firmino, Simões, M., & Cerejeira, J. (Ed.). *Saúde mental das pessoas mais velhas*. (1th ed., pp. 361-369). LIDEL.

Lagarto, L., Rafaela, D., & Cerejeira, J. (2018). Demências e perturbações neurocognitivas. Em C. Saraiva & J. Cerejeira (Ed.). *Psiquiatria fundamental* (1.ª ed, pp. 385-405). LIDEL.

Lawlor, B. (2006). Sintomas comportamentais e psicológicos na demência. Em F. Horácio. *Psicogeriatrics*. (1.^a ed., pp. 267-380). Psiquiatria Clínica.

Leal, I. (2011). *A entrevista psicológica: técnica, teoria e clínica*. Fim do Século

LeDoux, J. E., & Brown, R. (2017). A higher-order theory of emotional consciousness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(10), E2016-E2025.

<https://doi.org/10.1073/pnas.1619316114>

Leijssen, M. (2008). Encountering the Sacred: Person—centered therapy as a spiritual practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7(3), 218-225.

<https://doi.org/10.1080/14779757.2008.9688467>

Lux, M. (2010). The Magic of Encounter: The Person-Centered Approach and the Neurosciences. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9(4), 274-289.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14779757.2010.9689072>.

Pereira & Saraiva (2018). Perturbações Depressivas. Em Saraiva & J. Cerejeira (Ed.). *Psiquiatria fundamental*. 1th, pp. 205-221). LEDEL.

Ma, M., Dorstyn, D., Ward, L., & Prentice, S. (2018). Alzheimers' disease and caregiving: a meta-analytic review comparing the mental health of primary carers to controls. *Aging & mental health*, 22(11), 1395-1405. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1370689>.

Maçarria, D. (2015). *Arrependimento, sintomas depressivos e ansiosos e défice cognitivo numa amostra de idosos*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Instituto Superior Miguel Torga. Repositório ISMT. <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/591>

Maslow, A. H. (1968). *Introdução à Psicologia do ser*. Eldorado.

Mendonça, A. & Verdelho, A. (2021). Declínio cognitivo e demência. Em J. Ferro & J. Piementel. *Neurologia fundamental* (2.^a ed., pp. 207-221). LIDEL.

Moody, R. A. (1988). *Vida depois da vida: uma pesquisa séria e impressionante do fenómeno da sobrevivência à morte física*. Caravela.

Moraes, E., Moraes, F., & Lima, (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 67-73.

http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf

- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>.
- Neves, M. & Espirito-Santo, H. (2017). *Bem-estar espiritual, sintomas depressivos e ansiosos nos idosos institucionalizados*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Instituto Superior Miguel Torga. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/10de3a42-49c5-440a-9ca0-2ec16179b822/content>.
- Nogueira, V. (2016). Depressão e suicídio. Em H. Fírmio; M. R. Simões & J. Cerejeira. *Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas*. LIDEL
- Nunes, O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. *A pessoa como centro—revista de estudos Rogerianos*, 3, 59-64
<https://appcpc.com/wp-content/uploads/2022/12/UMA-ABORDAGEM-SOBRE-A-relacao-de-ajuda1.pdf>
- Nunes, O., Brites, R., & Hipólito, J. (2018). Psicoterapia Centrada no Cliente. Em I. Leal (Ed.) *Psicoterapias* (1th ed, pp.116-131). PACTOR.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). O Papel dos Psicólogos no Envelhecimento. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/papel_psic_envelhecimento-2.pdf
- Odier, G. (2013). Un regard différent sur la psychopathologie. *Approche Centrée sur la Personne*, (1), 5-23. <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2013-1-page-5.htm>
- Pagès, M. (1976). *Orientação não-diretiva em psicoterapia e em Psicologia social*. Forense-Universitária; Universidade de São Paulo
- Pagès, M. (1982). *A vida afetiva dos grupos: esboço de uma teoria da relação humana*. Vozes.
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (Eds) (2013). *Desenvolvimento humano*. (12.^a ed.). Editora Artmed.
- Peres, J. M. M., & Espírito-Santo, H. O. (2020). *A Incapacidade Percebida e a Desregulação Emocional como Correlatos da Ansiedade na Idade Avançada: estudo numa amostra de idosos institucionalizados*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Instituto Miguel Torga.

Queda, D. (2020). *A incapacidade percebida e a desregulação emocional como correlatos da agressividade na idade avançada: Estudo numa amostra de idosos institucionalizados*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Instituto Superior Miguel Torga. Repositório ISMT.

<http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/1244>.

Pereira, A., Marques, M., Simões, S., & Cunha, M. (2016). Relação entre a inteligência espiritual e a saúde mental e física em idosos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social: RPICS*, 2(1), 38-52

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5806599>.

Pereira, G., Sousa, I., & Nunes, M. (2020), Intervenção psicológica nas demências, Em R. Benavente. *Intervenção psicológica em gerontologia*. (1.^a ed, pp. 45-88). PACTOR.

Peres, J., & Espírito-Santo, H. (2020). *A Incapacidade Percebida e a Desregulação Emocional como Correlatos da Ansiedade na Idade Avançada: estudo numa amostra de idosos institucionalizados*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Instituto Superior Miguel Torga. Repositório ISMT. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/1245>

Pocklington, C. (2017). Depression in older adults. *British Journal of Medical Practitioners*, 10(1), a1007. <https://www.bjmp.org/files/2017-10-1/bjmp-2017-10-1-a1007.pdf>.

Pörtner, M. (2015). L'Approche centrée sur la personne dans les soins quotidiens. *Approche Centrée sur la Personne*, (2), 30-37. <https://shs.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2016-1-page-30?lang=fr&tab=texte-integral>.

Prouty, G., van Werde, D., & Pörtner, M. (2002). *Pre-therapy: reaching contact-impaired clients*. PCCS Books.

Queda, D. (2020). *A incapacidade percebida e a desregulação emocional como correlatos da agressividade na idade avançada: Estudo numa amostra de idosos institucionalizados*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Instituto Superior Miguel Torga. Repositório ISMT. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/1244>.

Rogers, C. (2010). *Tornar-se pessoa*. Padrões Culturais Editora.

Rogers, C. R. (2004). *Terapia centrada no cliente*. UAL.

Rogers, C. (2000). *Manual de Counselling*. Encontro Editora.

- Rogers, C. R. (1980). Growing old - or older and growing. *Journal of Humanistic Psychology*, 20(4), 5-16. <https://doi.org/10.1177/002216788002000403>.
- Rogers, C. R. (1979a). *Psicoterapia e consulta psicológica*. Moraes editores.
- Rogers, C. R. (1979b). The foundations of the person-centered approach. *Education*, 100(2), 98-107. <http://www.elementsuk.com/libraryofarticles/foundations.pdf>.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (4.^a ed.) (1976). *Grupos de encontro*. Moraes editores.
- Ricou, M. (2014). *A ética e a deontologia no exercício da Psicologia*. Ordem dos Psicólogos.
- Santos, P. M. (2020), Intervenção psicológica nas demências, Em R. Benavente (Ed.). *Intervenção psicológica em gerontologia*. (1.^a ed., pp. 133-168). PACTOR.
- Sallim, A. B., Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A., & Ho, R. C. M. (2015). Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1034-1041. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.007>.
- Santana, I., D., Lemos, R., Pereira, M., Simões, M. & Freitas, S. (2016). *Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreio e Diagnóstico do Défice Cognitivo*. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4). <https://dx.doi.org/10.20344/amp.6889>.
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2005). *História da Psicologia moderna*. Thomson .
- Seidel, D., & Thyrian, J. R. (2019). Burden of caring for people with dementia—comparing family caregivers and professional caregivers. A descriptive study. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 12, 655. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/JMDH.S209106#d1e151>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165–173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09.
- Schmand, B., Jonker, C., Hooijer, C., & Lindeboom, J. (1996). Subjective memory complaints may announce dementia. *Neurology*, 46(1), 121-125. <https://doi.org/10.1212/WNL.46.1.121>
- Schützenberger, A.A. (2015). *Aïe, mes aïeux!*. DDB desclée de brower.

- Simms, J. (2011). Case formulation within a person-centred framework: An uncomfortable fit. *Counselling Psychology Review*, 26(2), 24-36 https://www.researchgate.net/profile/Jane-Simms-2/publication/367080025_Case_formulation_within_a_person-centred_framework_An_uncomfortable_fit/links/65cb5bd734bbff5ba70ed80b/Case-formulation-within-a-person-centred-framework-An-uncomfortable-fit.pdf
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(34), 9-33. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645438001.pdf>
- Sternberg, R. J., Sternberg, K. (2017). *Psicologia cognitiva*. São Paulo: CENGAGE.
- Swildens, H., & Zeller, O. (2012). La psychothérapie centrée sur la personne appliquée aux personnes âgées. *Approche Centrée sur la Personne*, (1), 55-71. <https://shs.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2012-1-page-55?lang=fr&tab=texte-integral>
- Sobral, M. (2020). Cuidadores de pessoas em idade avançada: da avaliação à intervenção. Em R. Benavente. *Intervenção psicológica em gerontologia*. (1.^a ed., pp. 89-131). PACTOR.
- Sołtys, A., & Tyburski, E. (2020). Predictors of mental health problems in formal and informal caregivers of patients with Alzheimer's disease. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02822-7>
- Kral, V., & Emery, O. (1989). Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 34(5), 445-446. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/59>
- Warner, M. S., & Rousseau, C. (2007). Vers une théorie globale centrée sur la personne du bien-être et de la psychopathologie. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 5(1), 52-74. <https://shs.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2007-1-page-52?lang=fr&tab=cites-par>
- Wechsler, D. (2008). WMS-III: Escala de Memória de Wechsler (3.^a ed.). CEGOC-TEA.
- Völz, P., Tomasi, E., Saes, M., Stofel, N., Thumé, E., & Facchini, L. (2020). Incidência de depressão em idosos e fatores associados: revisão sistemática. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 21(3), 851-864. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210326>

World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- CID-10* (10.^a ed.). <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F30-F39>

Von Humboldt, S., & Leal, I. (2012a). Building bridges: Person-centered therapy with older adults. *European Journal of Business and Social Sciences*, 1(8), 23-32.

https://www.researchgate.net/profile/Sofia-Von-Humboldt/publication/319315622_Building_bridges_Person-centered_therapy_with_older_adults/links/59a80be9a6fdcc2e1bdf77ed/Building-bridges-Person-centered-therapy-with-older-adults.pdf

Von Humboldt, S., & Leal, I. (2012b). Person-centered therapy and older adults' self-esteem: A pilot study with follow-up. *Studies in Sociology of Science*, 3(4), 1-10.

<http://dx.doi.org/10.3968/j.sss.1923018420120304.753>