



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

**“INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NOS ADULTOS MAIS VELHOS EM
CONTEXTO DE ERPI”**

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

Autora: Ana Margarida Calvão de Abreu

Orientador: Professor Doutor Samuel Antunes

Número de Candidata: 30008813

Março de 2024

Lisboa

Agradecimentos

Chegando ao fim de todo este percurso, tenho de agradecer, primeiramente à minha família, principalmente aos meus pais e ao meu filho que me apoiaram de forma incondicional.

Gostaria igualmente de agradecer à turma que me acolheu e com a qual partilhei e adquiri conhecimentos, ideias e experiências que nos fizeram crescer e amadurecer. A todo o grupo docente pela compreensão, disponibilidade e pela forma como transmitem o conhecimento, transformando as aulas em espaços de partilha e de reflexão.

Quero agradecer ao Professor Doutor Samuel Antunes, que orientou a execução deste relatório, pela sua disponibilidade, compreensão e orientação.

Ao meu orientador do local de estágio, Psicólogo Mestre Pedro Correia pela sua orientação, bem como a toda a equipa das Oficinas de Estimulação Cognitiva, pela empatia e transmissão de conhecimentos que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional.

Resumo

O objetivo deste relatório é evidenciar o trabalho realizado durante o estágio acadêmico e está dividido em três partes. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico e revisão da literatura acerca do processo de envelhecimento. Na segunda parte é feita uma caracterização do estágio através da apresentação da instituição, do papel do psicólogo na instituição e são apresentados o projeto de estágio e os resultados esperados. Na terceira parte é referida a componente prática onde se inclui as atividades realizadas, o acompanhamento psicológico com uma compreensão do caso com base na teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo, do Dr. João Hipólito, e a avaliação psicológica.

Palavras-Chave: Acompanhamento Psicológico, Avaliação Psicológica, Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo

Abstrat

The purpose of this report is to highlight the work done during the academic internship and is divided into three parts. The first part concerns the theoretical framework and literature review on the aging process. The second part is a characterization of the internship through the presentation of the institution, the role of the psychologist in the institution and the internship project and the expected results are presented. In the third part, the practical component is mentioned, which includes the activities carried out, the psychological follow-up with an understanding of the case based on the theory of Psychoaffective Development, by Dr. João Hipólito, and the psychological evaluation.

Key words: Psychological Counseling, Psychological Assessment, Psychoaffective Development Theory

Índice

INTRODUÇÃO	10
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1 Processo de Envelhecimento	13
1.2 Envelhecimento, Bem-Estar e Qualidade de Vida.....	14
1.3 Teorias Sobre o Envelhecimento	15
1.3.1 Teorias Evolutivas	16
1.3.2 Teorias Programadas.....	16
1.3.3 Teorias de Dano ou Erro	17
1.3.4 Teorias combinadas	17
1.4 Déficit Cognitivo Ligeiro e Demências	17
1.4.1 Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL)	18
1.4.2 Demências	19
1.4.3 Avaliação de Déficit Cognitivo	20
PARTE II - CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO	21
2.1 Objetivos.....	22
2.2 Apresentação da Instituição	23
2.3 Papel do Psicólogo na Instituição	25
2.4 Projeto de Estágios.....	26
2.5 Resultados Esperados	27
2.6 Cronograma	28
PARTE III - CONTEÚDOS PRÁTICOS RELATIVOS AO TRABALHO NO ESTÁGIO ..	30
3.1 Contextualização do Estágio e Período de Inclusão na Instituição.....	31
3.2 Atividades Realizadas Durante o Estágio.....	31
3.2.1 Trabalho indireto	32
3.2.2 Trabalho direto	32
3.3 Acompanhamento Psicológico	32
3.3.1 Identificação do paciente	33
3.3.2 Pedido	33

3.3.3 Dados recolhidos na observação	33
3.3.4 História da doença atual.....	34
3.3.5 História clínica.....	35
3.3.6 História familiar.....	35
3.3.7 História pessoal	36
3.3.8 Aspetos importantes.....	38
3.3.9 Síntese da Intervenção	38
3.3.10. Descrição do setting das sessões e reflexão pessoal	46
3.3.11 Teste aplicado.....	48
3.3.12. Compreensão do caso clínico à luz da Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo (Hipólito, 2011).....	50
3.4 Avaliação Psicológica	54
3.4.1 Identificação do paciente	54
3.4.2 Motivo da queixa.....	54
3.4.3 Dados recolhidos na observação	55
3.4.4 História da doença atual	55
3.4.5 História clínica.....	56
3.4.6 História familiar.....	56
3.4.7 História pessoal.....	56
3.4.8 Aspetos importantes.....	58
3.4.9 Objetivos da avaliação	58
3.4.10 Teste aplicado	58
3.4.11 Resultados Obtidos	61
Índice Visual Imediato e Índice Visual Diferido.	62
Índice de Memória Imediata	62
Índice de Reconhecimento Auditivo Diferido	63

Índice de Memória Geral.....	63
Referências Bibliográficas.....	65

Lista de Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CD – Centro de Dia

DCL – Défice Cognitivo Ligeiro

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

OEC – Oficina de Estimulação Cognitiva

Introdução

O estágio académico decorreu entre os dias 4 de outubro de 2022 e 28 de junho de 2023, com uma frequência de dois dias por semana e foi realizado no âmbito do plano curricular do segundo ano de Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa. Este estágio esteve inserido num projeto de uma instituição de cariz social constituída por vários departamentos, nomeadamente o Departamento de Ação Social, que dá resposta às necessidades da população sénior (Centros de Dia, Estruturas Residenciais de Pessoas Idosas e Serviço de Apoio Domiciliário). O estágio, estando inserido num projeto da própria instituição, decorreu em vários equipamentos, nomeadamente nos Centros de Dia (CD) e Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI).

Este estágio teve como objetivo geral a componente prática, possibilitada pela via profissionalizante, nomeadamente o contacto com casos clínico reais e com outros profissionais, permitindo colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo dos anos, bem como a aquisição de novos conhecimentos.

A nível pessoal, este estágio contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional, através da integração numa equipa multidisciplinar, do contacto com a prática da Psicologia, do desenvolvimento de *skills* para situações desafiantes e complexas e o aprimorar de técnicas de avaliação psicológica.

Este relatório está dividido em três partes. A primeira diz respeito ao enquadramento teórico e revisão da literatura, tendo sido realizada pesquisa bibliográfica acerca do processo de envelhecimento. Na segunda parte é feita uma caracterização do estágio através da apresentação da instituição, do papel do psicólogo na instituição e são apresentados o projeto de estágio e os resultados esperados. Na terceira parte são referidos os conteúdos práticos relativos ao trabalho realizado durante o estágio, incluindo um acompanhamento psicológico e a sua compreensão à

luz da Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo, do Dr. João Hipólito, e uma avaliação psicológica.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Processo de Envelhecimento

O envelhecimento da população, a nível mundial, tem vindo a aumentar e, segundo a Organização Mundial de Saúde, prevê-se que, em Portugal, cerca de 22% da população em 2050, tenha idade superior a 60 anos (Fonseca, 2020).

As primeiras respostas universais para os adultos mais velhos, quer a nível de ação social (criação de equipamentos) quer a nível de apoio económico (subsídios, reformas, pensões), começaram a surgir após o 25 de Abril de 1974 (Fonseca, 2020).

Na década dos anos 90, Portugal assistiu a uma evolução no número de equipamentos sociais, nomeadamente Centros de Dia (CD) e Lares de Idosos/Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's), que se prolongou até 2011 (Fonseca, 2020). Pelo facto de as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas terem um serviço permanente de prestação de cuidados, começaram a ser percebidas como resposta às necessidades dos adultos mais velhos. Atualmente, estas estruturas são tidas como imprescindíveis em situações de extrema vulnerabilidade ou dada a inexistência de alternativa suficientemente eficaz para responder às necessidades dos mais velhos (Fonseca, 2020).

O envelhecimento é um processo natural do ser humano e é uma fase de grande vulnerabilidade (Ramos et al., 2021). Não existe uma idade específica para o envelhecimento, uma vez que é um processo contínuo e gradual, que tem início na idade adulta (Garcês, 2024) e inclui várias mudanças físicas e mentais que vão ocorrendo ao longo do tempo, originando a necessidade de os adultos mais velhos viverem em ambientes que lhes proporcionem o suporte necessário. Deste modo, é importante criar e/ou manter contextos que sejam favoráveis e facilitadores do envelhecimento, contribuindo não só para o bem-estar das pessoas mais velhas como também para que possam continuar, durante o maior tempo possível, autónomas e importantes para a sociedade (Fonseca, 2020).

Os fatores psicológicos, o apoio social, a promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como, hábitos de vida saudáveis são alguns dos fatores determinantes da saúde no processo de envelhecimento ativo (Ramos et al., 2021).

1.2 Envelhecimento, Bem-Estar e Qualidade de Vida

A literatura divide o bem-estar em satisfação com a vida e equilíbrio psicológico, ou seja, o bem-estar psicológico é influenciado pelas condições e oportunidades de vida, pelas exigências pessoais e sociais de cada indivíduo e a forma como este organiza o conhecimento sobre si ou sobre os outros. Deste modo, o bem-estar psicológico pode proporcionar um melhor envelhecimento, na medida em que existe uma valorização de ganhos e desvalorização de perdas (Ramos et al., 2021).

O suporte social é essencial, sendo por isso fundamental ajudar e incentivar os adultos mais velhos a manterem laços sociais, quer a nível familiar quer a nível da comunidade, de forma a diminuir o estigma de abandono e isolamento, e contribuindo para o bem-estar psicológico (Ramos et al., 2021).

Relativamente à definição de qualidade de vida, o Grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) realça a importância de três características: a subjetividade, cada indivíduo é único e percebe a sua realidade de forma única; a multidimensionalidade, uma vez que a qualidade de vida inclui a dimensão física, psíquica e social; e a bipolaridade, uma vez que, segundo Fleck (2006) tem em consideração os elementos positivos e negativos relacionados com a qualidade de vida (Ramos et al., 2021). O envelhecimento ativo e saudável também é um aspeto importante para a qualidade de vida, dado que contribui para que o adulto mais velho seja resiliente face à doença e às alterações na sua vida. Neste sentido, a capacidade de autonomia e de independência contribui para uma satisfação da qualidade de vida (Ramos et al., 2021).

Park & Hess (2019) demonstraram nas suas pesquisas que atitudes positivas perante o envelhecimento são preditores importantes para o funcionamento geral e bem-estar, manutenção da função cognitiva, diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, assim como maior satisfação com a vida e um maior envolvimento com cuidados de saúde preventivos. Por outro lado, Craciun et al. (2017) referem que a valorização dos aspetos positivos da velhice favorece a identificação de recursos para um envelhecimento positivo. Para estes autores, os recursos psicológicos, tais como: uma visão positiva sobre o envelhecimento, a perceção de mais ganhos do que perdas, a compreensão do futuro com uma expectativa positiva e a continuidade no estabelecimento de metas, podem ser fatores protetores durante o processo adaptativo do envelhecimento (Chnaider & Nakano, 2021).

1.3 Teorias Sobre o Envelhecimento

O envelhecimento é um processo multifatorial determinado por fatores genéticos e ambientais. Deste modo, não existe uma teoria única acerca do envelhecimento (Nascimento, 2020).

Segundo os autores Vina et al. (2007), Farinatti (2002) e Jin K (2010), existem dois grupos de teorias do envelhecimento: as programadas, que regulam os processos de crescimento, maturidade, envelhecimento e morte dos seres humanos, e as estocásticas, que procuram identificar os agentes patogénicos responsáveis pelo agravamento do estado de saúde. Contudo, Rose et al. (2008) defendem a existência de teorias evolutivas, que defendem que todos os organismos vão sofrendo mudanças naturais ao longo da evolução da sua espécie (Nascimento, 2020).

Deste modo, não existe um consenso sobre as causas diretas do envelhecimento, razão pela qual as teorias, apesar das suas diferenças, devem ser encaradas como complementares (Nascimento, 2020).

1.3.1 Teorias Evolutivas

Estando ligadas à teoria da seleção natural das espécies de Charles Darwin (1809-1882), baseiam-se no sentido histórico e evolutivo. Neste sentido, os organismos vão-se adaptando ao meio e quanto maior for a sua adaptação, maior será a hipótese de sobrevivência, de modo a perpetuar a continuidade da sua espécie (Nascimento, 2020).

Rose et al. (2008) sugerem a existência de “pleiotropia antagônica” entre as teorias evolutivas, ou seja, durante a juventude, existem genes benéficos que, posteriormente, se tornam nocivos, isto é, existem genes que potencializam a robustez do indivíduo jovem, favorecendo a reprodução para a continuidade da espécie. No entanto, esses mesmo genes, futuramente, irão ser responsáveis pelas alterações no envelhecimento. Deste modo, a função reprodutiva é o marcador para o envelhecimento (Nascimento, 2020).

1.3.2 Teorias Programadas

As teorias programadas sugerem a existência de um cronograma biológico que é influenciado por fatores de ordem interna, contudo, pode sofrer alterações devido a fatores externos. À medida que a idade avança, vão surgindo alterações genéticas que vão afetando os sistemas responsáveis pela respostas de manutenção, reparação e defesa do organismo, o que, por sua vez, vai gerando deteriorações progressivas nos órgãos, originando défices no desempenho de funções vitais essenciais à vida (Nascimento, 2020).

Contrariamente às teorias programadas surgem as teorias baseadas nos danos de origem química, que podem ser potencializados por fatores externos, como a alimentação ou a poluição do meio ambiente, e que poderão causar danos irreversíveis sobre as moléculas das células. Contudo, existe a hipótese de retardar estes danos, mediante a prática de exercício físico ou reeducação alimentar, por exemplo (Nascimento, 2020).

1.3.3 Teorias de Dano ou Erro

Estes teorias consideram que o envelhecimento é o produto dos prejuízos do organismo ao longo do tempo e incluem as teorias de nível celular, ou seja, que integram os fatores genéticos e programados. Neste sentido, estas teorias explicam o envelhecimento a partir dos processos fisiológicos, tais como o metabolismo da insulina, a sinalização imunológica, entre outros (Nascimento, 2020).

1.3.4 Teorias combinadas

As teorias combinadas definem o envelhecimento de forma mais ampla, colocando a hipótese de que o envelhecimento é regulado por ciclos e feedbacks do próprio organismo (Nascimento, 2020).

A literatura sugere a existência de quatro postulados das teorias combinadas: o envelhecimento é universal; ocorre em todos os indivíduos da mesma espécie, contudo, de forma diferenciada; depende de fatores endógenos e não de fatores extrínsecos; é progressivo e é basicamente prejudicial, ou seja, não traz benefícios para o indivíduo (Nascimento, 2020).

1.4 Déficit Cognitivo Ligeiro e Demências

Envelhecimento não significa demência, no entanto, e principalmente na ausência de estilos de vida saudáveis e inexistência de estimulação cognitiva frequente, podem surgir alterações neurológicas, como o Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL) e a Demência (Ramos et al., 2021).

1.4.1 Défice Cognitivo Ligeiro (DCL)

O Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) é caracterizado no DSM 5 como uma Perturbação Neurocognitiva Ligeira que tem como critérios: a existência de declínio cognitivo ligeiro relativamente a um nível prévio de desempenho num ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade percetivo motora ou cognição social); os défices cognitivos não interferem na realização independente das tarefas da vida diária, podendo no entanto ser necessário um esforço maior para a realização de algumas tarefas, utilização de estratégias de compensação ou de ajustamento; os défices cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de um *delirium* e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (APA, 2014).

Segundo Peterson et al. (2011), o DCL é uma fase intermédia entre o envelhecimento saudável e o patológico na qual os indivíduos apresentam um défice cognitivo superior ao que é esperado para a idade, no entanto, não apresentam critérios de diagnóstico para uma demência (Ramos et al., 2021). Segundo o mesmo autor, o sintoma mais comum no DCL é o défice de memória, no entanto pode haver um declínio do funcionamento cognitivo de um ou mais domínios cognitivos, nomeadamente: atenção complexa, funções executivas, linguagem, aprendizagem e memória, capacidade percetivo-motora e cognição social (Corbo & Casagrande, 2022).

Consoante o domínio cognitivo afetado, Peterson et al. (2016) categorizaram o DCL em dois tipos: DCL do tipo amnésico, se o declínio for a nível da memória, e DCL do tipo não-amnésico, se o declínio for a nível de outros domínios cognitivos. Neste sentido, o DCL do tipo amnésico poderá indicar uma possível demência de Alzheimer e o DCL do tipo não-amnésico outro tipo de demências, no entanto, nenhum dos dois é preditor de uma demência (Corbo & Casagrande, 2022).

O DCL pode ser o início de uma fase pré-demencial, sendo que 35% dos caso evolui para uma demência. No entanto 45% dos indivíduos com DCL podem estabilizar o declínio do funcionamento cognitivo existente em um ou mais domínios e 20% poderão regredir o declínio (Sieber, 2022).

1.4.2 Demências

O DSM V inclui as demências nas “perturbações neurocognitivas major” e define como critérios de diagnóstico: a evidencia de um declínio cognitivo significativo num ou mais domínios, nomeadamente na atenção complexa, nas funções executivas, na aprendizagem e memória, na linguagem, na capacidade percetivomotora e na cognição social, que interferem na autonomia do indivíduo para a realização das atividades da vida diária, sendo por isso causadores de preocupação do próprio e/ou de terceiros; os défices cognitivos não ocorrem só no contexto de *delirium* e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (APA, 2014).

Segundo o relatório “*Global Status Report on The Public Health Response to Dementia*”, da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2021), atualmente, existem mais de 55 milhões de pessoas com demência e é expectável um aumento para 78 milhões em 2030 e 139 milhões em 2050 (WHO, 2021).

Numa perspetiva biomédica, os comportamentos do indivíduo com demência são percebidos como manifestações da própria patologia e os sintomas são tratados de forma farmacológica, ou seja, a demência é encarada como uma doença terminal, incurável e progressiva. Numa perspetiva biopsicossocial, os comportamentos do indivíduo, além de serem manifestação da patologia, são percebidos como manifestações do próprio indivíduo, ou seja, cada pessoa tem a sua própria identidade, com capacidades cognitivas e necessidades emocionais e sociais distintas (Lourenço & Fernandes, 2023).

1.4.3 Avaliação de Défice Cognitivo

A avaliação do défice cognitivo pode ser feita através de testes de rastreio, como o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) ou o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), entre outros (Fonseca & Medeiros, 2019).

O MMSE (Folstein et al., 1975) é um teste de rastreio de défice cognitivo, com cerca de 30 questões, com pontuação de 0, quando não consegue responder corretamente, e 1 quando responde corretamente. A pontuação máxima é de 30 pontos e quanto mais baixa for a pontuação, maior será o défice cognitivo do indivíduo. O MMSE avalia seis domínios cognitivos: orientação espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Fonseca & Medeiros, 2019). Uma vez que os resultados podem ser influenciados pela habilitações literárias e pela idade, é considerado um teste mais sensível para avaliar a demência de Alzheimer e a por Corpos de Lewy (Santana, 2016).

O MoCA é também um teste de rastreio de défice cognitivo, no entanto, enquanto o MMSE avalia a memória e é aplicado através de um questionário, no MoCA é pedida a realização de algumas tarefas de modo a avaliar também a função executiva, a capacidade visual e espacial, a memória, a atenção, a concentração e a memória de trabalho, a linguagem e a orientação (Fonseca & Medeiros, 2019).

PARTE II - CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO

2.1 Objetivos

O estágio acadêmico pretende contribuir de forma significativa para o desenvolvimento pessoal e profissional do estagiário, porque permite aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo da formação acadêmica, proporcionando a vivência de situações e de desafios em contexto profissional que possibilitam colocar em prática as competências técnicas e práticas aprendidas, através da aplicação de técnicas de avaliação psicológica, realização de entrevistas clínicas e intervenções terapêuticas sob a supervisão de profissionais experientes (Smith et al., 2018).

Neste sentido, o estágio acadêmico é uma etapa fundamental para consolidar os conhecimentos teóricos e desenvolver habilidades pessoais, tais como, o trabalho em equipa, a comunicação efetiva, a empatia e o respeito pelo outro, que são competências fundamentais para o exercício da função de psicólogo (OPP, 2018). O estágio acadêmico possibilita aprimorar estas habilidades através da interação com os colegas de trabalho, supervisores e uma variedade de clientes, que obrigam o estagiário a adaptar o seu estilo de comunicação para atender às necessidades individuais de cada cliente, desenvolvendo empatia genuína e habilidade de escuta ativa para facilitar o estabelecimento de relações significativas e facilitar o processo terapêutico (Johnson & Anderson, 2017).

Além disso, o estágio acadêmico proporciona um primeiro contacto com a ética e a deontologia profissional e, uma vez que a prática de psicologia envolve lidar com questões sensíveis e confidenciais que exigem uma postura ética e o respeito pelos princípios deontológicos estabelecidos pela OPP, durante o estágio, o estagiário aprende a aplicar esses princípios, respeitando os direitos e a dignidade dos clientes (OPP, 2018).

O estágio proporciona oportunidade de vivenciar diferentes contextos de atuação na área da psicologia, ampliando a visão do estagiário e os conhecimentos sobre a diversidade de práticas nesta área, possibilita que o estagiário integre teoria e prática de maneira profunda e

reflexiva, uma vez que ao trabalhar com casos reais, é desafiado a aplicar conceitos teóricos em situações dinâmicas e complexas, promovendo uma compreensão mais profunda da aplicação prática da psicologia contribuindo assim para o desenvolvimento de uma abordagem holística e contextualizada do trabalho clínico (Garcia & Martinez, 2019).

Outro objetivo do estágio académico é promover a autoavaliação e a autorreflexão do estagiário em relação ao seu desempenho profissional, através de supervisão e feedback constante do seu supervisor, permitindo-lhe refletir sobre a sua prática, identificar pontos fortes e áreas de desenvolvimento, bem como adotar uma postura de aprendizagem contínua (OPP, 2018).

Ao proporcionar a aplicação prática dos conhecimentos teóricos, o aprimoramento de habilidades interpessoais e éticas, bem como o contacto com diferentes referências teóricas e práticas da psicologia, o estágio académico prepara o estudante para uma atuação competente e responsável na área da psicologia (OPP, 2018).

2.2 Apresentação da Instituição

O estágio decorreu numa instituição centenária, que foi criada com o intuito de dar resposta a vários problemas sociais e que, ao longo dos anos, se tem vindo a adaptar às novas realidades sociais adotando estratégias e intervenções junto da comunidade, tendo em conta o respeito e o princípio de igualdade de todos os cidadãos, nomeadamente dos mais desprotegidos. O plano de intervenção desta instituição abrange várias áreas, nomeadamente, a área da saúde, da educação e do ensino e da cultura e promoção da qualidade de vida. É constituída por vários departamentos, nomeadamente o Departamento de Ação Social, que tem como objetivo dar resposta à população sénior (Centros de Dia, Estruturas Residenciais de Pessoas Idosas e Serviço de Apoio Domiciliário), à infância e juventude (Creche, Creche

Familiar e Jardins de Infância), Atendimento/Acolhimento Social, Apoio à Deficiência (Lar Residencial, Centro de Reabilitação da Cegueira ou de Baixa Visão e Centros de Atividades Ocupacionais), Acompanhamento Terapêutico (Acolhimento Residencial, Apartamentos Terapeuticamente Assistidos, Centros de Dia, Apoio Domiciliário, Centro de Acompanhamento e Vigilância Terapêutica e Toma Observada), entre outras.

Como resposta às necessidades da população com mais idade e com o intuito de retardar as perdas cognitivas associadas ao processo de envelhecimento e contribuir para a melhoria da qualidade de vida desta população, em 2017 foi criado um programa de intervenção cognitiva, as “Oficinas de Estimulação Cognitiva” (OEC’s), tendo por base o programa de estimulação cognitiva *Making a Difference* de Spector et al. (2006), que tem como referencial teórico a abordagem centrada na pessoa com demência. Foram criadas sessões temáticas tendo em conta os gostos e interesses da população a quem se destinavam, de forma a abranger todos os utentes com défice cognitivo ligeiros a moderado que frequentam os equipamentos para adultos mais velhos da referida instituição (Pérola et al., 2019).

O Programa de Estimulação Cognitiva foi construído e desenvolvido não só para colmatar as necessidades da população mais velha, mas também, para dar ferramentas de trabalho e formar os técnicos que dinamizam as atividades, com conhecimentos teóricos e práticos sobre a estimulação cognitiva. Esta formação é desenvolvida pelos técnicos/psicólogos responsáveis pelo projeto, inclui uma componente teórica sobre o envelhecimento e as doenças neurodegenerativas associadas, e uma componente prática sobre o desenvolvimento das sessões, objetivos, metodologias e procedimentos a adotar e é dirigida a todos os técnicos que irão dinamizar as sessões de estimulação cognitiva, nomeadamente, monitores e animadores, psicólogos e terapeutas ocupacionais, com o intuito de uniformizar os procedimentos necessários para implementar o Programa de Estimulação Cognitiva (Pérola et al., 2019).

O objetivo principal do Programa de Estimulação Cognitiva é contribuir para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos utentes com défice cognitivo leve a moderado. As sessões são bissemanais e têm duração de 45min a 1h, todas elas têm um tema de base e um guião pré-estabelecido que contempla a introdução ao tema, jogos exploratórios, graduação de dificuldade, especificidades, conclusões e são utilizados diversos materiais devidamente testados, quer nos equipamentos, quer pela equipa responsável pelo projeto, de forma a manter a atualidade e a eficácia para atingir os objetivos pretendidos (Pérola e col. 2019).

2.3 Papel do Psicólogo na Instituição

Os psicólogos responsáveis pelo Programa de Estimulação Cognitiva fazem a avaliação dos défices cognitivos dos utentes dos Centros de Dia, utilizando o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) como instrumento de rastreio dos défices cognitivos, para avaliar se cumprem os critérios para serem integrados nos grupos das Oficinas de Estimulação Cognitiva.

Os psicólogos dos Centros de Dia, assim como outros técnicos (e.g., monitores, animadores e terapeutas ocupacionais) dinamizam as sessões do Programa de Estimulação, no entanto, têm como pré-requisito a frequência na formação de dinamizadores das OEC's. Esta formação é de carácter teórico/prático e é ministrada pelos psicólogos responsáveis pelo projeto, com o intuito de partilharem conhecimentos mais atualizados e especializados sobre o processo de envelhecimento e as doenças neurodegenerativas associadas ao envelhecimento, onde se incluem as demências, e o conceito de estimulação cognitiva, e é testada uma sessão de estimulação cognitiva, de forma a proporcionar o contato direto com os materiais a serem utilizados.

Além desta formação, são igualmente funções dos psicólogos responsáveis pelo Programa de Estimulação Cognitiva: o planeamento mensal das sessões de estimulação

cognitiva, presença nas sessões sempre que solicitado; acompanhamento mensal, através de reuniões de avaliação das sessões efetuadas e supervisionando o debate da dinâmica de cada grupo e, no final do semestre, fazer uma avaliação subjetiva à equipa, através de um questionário, e objetiva aos utentes através da aplicação de instrumentos de avaliação.

O objetivo das sessões de estimulação cognitiva, bem como das formações aos diversos colaboradores sobre o processo de envelhecimento e das doenças neurodegenerativas associadas ao envelhecimento, é contribuir para o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida dos utentes com défice cognitivo ligeiro a moderado, da instituição.

2.4 Projeto de Estágios

O processo de envelhecimento é um processo contínuo e gradual (Garcês, 2024) e, sendo considerado uma fase de grande vulnerabilidade (Ramos et al., 2021), é importante criar e/ou manter contextos favoráveis e facilitadores deste processo de forma a contribuir para o bem-estar das pessoas mais velhas (Fonseca, 2020).

Existem alguns fatores que podem contribuir para um envelhecimento ativo e saudável, nomeadamente os fatores psicológicos, o apoio social, a promoção da saúde e prevenção de doenças e hábitos de vida saudáveis (Ramos et al., 2021).

Envelhecimento não é sinónimo de demência, no entanto, podem surgir défices cognitivos ligeiros (DCL's) que, apesar de não interferirem nas atividades da vida diária, são superiores ao que era expectável para a idade (APA, 2014).

Barbosa et al. (2020), após uma revisão de literatura sobre os Cuidados Centrados na Pessoa com mais idade, destacam a importância de ser a própria pessoa o foco de todo o processo de intervenção, bem como a importância do reconhecimento da sua individualidade, dos seus direitos, valores, necessidades, vontades e potencialidades.

Neste sentido, e uma vez que as sessões do programa de estimulação cognitiva existente na instituição são de grupo, a minha proposta é realizar um acompanhamento psicológico individual, onde será contemplado a realização de estimulação cognitiva individual, de acordo com as necessidades evidenciadas pelos próprios e serão trabalhados os aspetos relacionais e emocionais, de forma a contribuir para a melhoria do bem-estar do próprio.

As sessões de intervenção serão realizadas uma vez por semana e terão a duração de 50-60 min. Numa fase inicial o objetivo será a partilha da história de vida pelo utente, de forma a conhecê-lo na sua individualidade e fazer o levantamento dos seus interesses, necessidades e vontades.

À medida que é recolhida esta informação, são sugeridos exercícios, que poderão ser de execução, e.g., cálculo matemático no caso ser uma pessoa que tinha um negócio, de reminiscência, e.g. uma pessoa que gostava de cozinhar poderá dizer como cozinava o seu prato preferido, etc., ou seja, os exercícios de estimulação cognitiva estarão de acordo com os interesses do adulto com mais idade.

Será avaliado o nível de bem-estar e de satisfação com a vida da pessoa com mais idade, de modo a identificar as suas fragilidades e ajudá-la a adaptar-se e a reorganizar-se, evidenciando as suas potencialidades, de modo a contribuir para a melhoria destes níveis de bem-estar e de qualidade de vida.

2.5 Resultados Esperados

Com o decorrer dos momentos de acompanhamento psicológico, e tal com evidenciado na literatura e referido anteriormente, é esperado que estes momentos contribuam para uma melhoria do estado psicoafectivo dos adultos mais velhos, das suas relações interpessoais, dos

seus níveis de energia e de capacidade para a realização de tarefas de vida diária, influenciando de forma positiva o bem-estar e qualidade de vida.

Relativamente à minha própria aprendizagem, este projeto irá contribuir para aprofundar os meus conhecimentos acerca do envelhecimento, das demências, da relação terapêutica, bem como colocar em prática a aprendizagem decorrente de todo o meu processo de aprendizagem académica, contribuindo para o meu crescimento enquanto profissional na área da psicologia.

Será uma mais-valia para adquirir experiência no âmbito das competências para a prática de psicologia, nomeadamente a nível da análise das necessidades do cliente e estabelecimento de objetivos e planeamento de intervenções para o cumprimento dos mesmos, das avaliações psicológicas e das intervenções utilizadas bem como a nível de comunicação.

Este projeto será o início de um longo percurso, sendo necessária a minha atualização constante na área da psicologia, principalmente na área onde irei desenvolver o meu percurso profissional, devendo estar atenta a novos estudos e publicações credíveis que irão surgindo.

2.6 Cronograma

Outubro 2022	Revisão da literatura sobre as temáticas abordadas Observação da dinâmica da instituição
Novembro 2022	Participação numa formação com o tema “Demências” dirigida a ajudantes familiares Observação/participação nas sessões de estimulação cognitiva em diversos equipamentos
Dezembro 2022	Observação de avaliações cognitivas Participação no desenvolvimento de sessões de estimulação cognitiva
Janeiro 2023	Realização de avaliações cognitivas Elaboração, desenvolvimento e participação nas sessões de estimulação cognitiva Início do acompanhamento psicológico dos utentes
Fevereiro 2023	Acompanhamento psicológico dos utentes Avaliação psicológica do nível de bem-estar e qualidade de vida

	Elaboração, desenvolvimento e participação nas sessões de estimulação cognitiva
Março 2023	Acompanhamento psicológico dos utentes Elaboração, desenvolvimento e participação nas sessões de estimulação cognitiva
Abril 2023	Acompanhamento psicológico dos utentes Elaboração, desenvolvimento e participação nas sessões de estimulação cognitiva
Maio 2023	Acompanhamento psicológico dos utentes Elaboração, desenvolvimento e participação nas sessões de estimulação cognitiva
Junho 2023	Acompanhamento psicológico dos utentes Elaboração, desenvolvimento e participação nas sessões de estimulação cognitiva

**PARTE III - CONTEÚDOS PRÁTICOS RELATIVOS AO TRABALHO NO
ESTÁGIO**

3.1 Contextualização do Estágio e Período de Inclusão na Instituição

O estágio académico foi realizado entre o dia 4 de outubro de 2022 e 28 de junho de 2023. Foram realizadas, aproximadamente 14 horas semanais, originando um total de 406 horas totais.

A supervisão do referido estágio foi mediada pela Professora Doutora Rute Brites e pela Professora Doutora Odete Nunes, nas aulas de Seminário de Estágio da Universidade Autónoma de Lisboa, pelo Doutor Pedro Correia, no âmbito da instituição, e a redação do relatório foi orientada pelo Professor Doutor Samuel Antunes.

O estágio decorreu num programa específico da instituição destinado a utentes com défice cognitivo ligeiro a moderado, inseridos em vários equipamentos da instituição, nomeadamente ERPI e CD.

O início do estágio contemplou a fase de observação, que decorreu durante, aproximadamente, os 2 primeiros meses, sendo fundamental para compreender a interação/integração do projeto das Oficinas de Estimulação Cognitiva nos diversos Centros de Dia, bem como a intervenção dos psicólogos responsáveis pelo projeto e a concretização do trabalho em equipas multidisciplinares.

Posteriormente a intervenção passou a ser ativa e incluiu os acompanhamentos através das sessões de psicologia, no entanto, e pelo facto das sessões de acompanhamento decorrerem em contexto de ERPI, foi necessária uma segunda fase de observação, embora com duração inferior (2 semanas), para compreender o funcionamento de um novo contexto.

3.2 Atividades Realizadas Durante o Estágio

Ao longo do período de estágio foram realizadas diversas atividades que podem ser divididas em trabalho direto e trabalho indireto.

3.2.1 Trabalho indireto

O trabalho indireto contemplou a observação de diversas formações, nomeadamente, formação sobre o tema “Demências” dirigida a ajudantes familiares, participação no 4ª Fórum Reino Unido – Portugal sobre “Envelhecimento Saudável: Construir Cidades para Todas as Idades” e na apresentação de um projeto da instituição denominado “Animação por Casa”.

Observação de avaliações/reavaliações de rastreio de défice cognitivo através da aplicação do MoCA, e planificação de uma sessão de estimulação cognitiva, com o tema “Fotografia de Antigamente” (anexo A), sugerida pelo orientador de estágio da instituição.

3.2.2 Trabalho direto

Relativamente ao trabalho direto, este contemplou avaliações/reavaliações de rastreio de défice cognitivo a vários utentes, participação nas sessões das OEC's em vários Centros de Dia e realização de uma avaliação psicológica.

Em contexto de ERPI, além da realização de acompanhamentos psicológicos e participação nas sessões das OEC's, participei nas atividades diárias da ERPI, nomeadamente, no diário da semana, jardinagem, jogo do bingo, passeios pelo bairro, entre outras.

3.3 Acompanhamento Psicológico

Durante a duração do estágio académico foram realizados alguns acompanhamentos psicológicos, no entanto, apenas me irei focar num deles que ocorreu em contexto de ERPI.

O acompanhamento psicológico decorreu tendo por base o modelo da Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers, uma vez que é o modelo sustentado quer pela própria instituição quer pela minha formação académica, possibilitando assim colocar em prática as aptidões e a aprendizagem adquirida de forma a evitar o prejuízo de intervir num estado de

incongruência que originaria sentimentos de insegurança maleficientes ao *outcome* da intervenção.

O objetivo da intervenção foi contribuir para a diminuição da ansiedade sentida pela cliente, otimizando os seus recursos pessoais, respeitando e seguindo o ritmo da própria, com o intuito de promover o seu bem-estar.

O acompanhamento psicológico foi realizado entre abril e julho de 2023, resultando num total de 13 sessões.

3.3.1 Identificação do paciente

L. é uma mulher de 69 anos, com nacionalidade portuguesa, natural de Lisboa e teve um AVC aos 59 anos, do qual resultou uma tetraplegia do movimento, razão pelo qual foi encaminhada para uma ERPI.

É solteira, terminou a última relação há dez anos, nunca teve filhos, tem o antigo curso geral de Administração e Secretariado e trabalhava na função pública como administrativa/secretária.

3.3.2 Pedido

A cliente solicita ajuda porque o facto de passar muito tempo sozinha, no quarto, lhe causa muita ansiedade, dada a sua dependência total e o receio de surgir alguma necessidade urgente que não possa ser satisfeita.

3.3.3 Dados recolhidos na observação

A cliente é uma pessoa bem-disposta e de sorriso fácil, lúcida, orientada no espaço e no tempo, tem uma linguagem coerente e capacidade de evocar dados da sua vida sem dificuldade,

é uma pessoa empática, colocando-se várias vezes no lugar do outro e resiliente, adaptando-se às circunstâncias da vida e procurando prazer em pequenas coisas.

Apresenta-se de forma limpa e cuidada, com uma atitude ansiosa, no sentido em que vai fazendo várias solicitações iniciais, agradecendo constantemente.

3.3.4 História da doença atual

Aos 58 anos, teve um Acidente Vascular Cerebral (AVC) do qual resultou uma tetraplegia que lhe afetou o movimento, no entanto, mantém a sensibilidade. Nessa altura, ficou 2 meses hospitalizada no Hospital Amadora Sintra, depois foi para o Centro de Reabilitação de Alcoitão (3 meses), de seguida foi para uma ERPI em Cascais (4 anos) e foi acompanhada numa clínica de Reabilitação em Mafra (3 meses), regressou ao Centro de Reabilitação de Alcoitão (10 meses) e foi transferida há 7 anos para a ERPI onde se encontra atualmente.

A tetraplegia é uma lesão na espinal medula que pode condicionar o movimento e a sensibilidade ou apenas o movimento dos membros superiores e inferiores e tem implicações a nível do aparelho urinário, sexual, gástrico e respiratório, podendo ser necessário recorrer a aparelhos para auxiliarem na respiração. A tetraplegia pode ocorrer no nascimento ou em qualquer outra fase da vida, devido a lesões na espinal medula, na sequência de traumatismos, hemorragias cerebrais, entre outros.

O AVC ocorre numa altura em que a sr. L. tinha uma vida ativa, que incluía um relacionamento amoroso de 15 anos “umas vezes ele dormia na minha (casa) outras dormia eu na dele. Ele trabalhava por turnos, no hospital Sta. Maria e eu, às vezes, saía muito tarde, então era melhor assim. Ele dizia que quando nos reformássemos juntávamos os trapos, mas não chegou a acontecer...” [sic], com o qual decidiu terminar, devido à condição que daí resultou “Quando fui para Alcoitão pedi para ele deixar de me ligar e seguir com a vida dele, era muito novo para ficar com a vida parada” [sic].

L. evidencia ser uma pessoa bem-disposta e de sorriso fácil: “Vai-se vivendo com o que se tem” [sic] e sente-se muito acompanhada, acarinhada e amada pelos familiares, amigos e colegas de trabalho que se transformaram em amigos.

3.3.5 História clínica

A cliente refere não ter tido doenças significativas e que aos 6 anos foi operada ao apêndice.

Foi fumadora durante vários anos, chegando mesmo a fumar dois maços de tabaco por dia, mas deixou de fumar aos 45 anos, altura em que fez uma operação às cataratas.

Aos 68 anos foi hospitalizada durante 15 dias, com hiponatremia, ou seja, diminuição dos níveis de sódio no sangue, que lhe provocou uma sonolência excessiva. Refere que não se lembra de ter ido para o hospital, nem do tempo que lá esteve e só dois dias depois de ter regressado à ERPI é que começou a ter consciência de onde estava e a lembrar-se das coisas.

L. tem hipertensão arterial e consciência da importância de realizar exames de rastreio, devido ao historial de cancro, mas diz não se importar com isso.

3.3.6 História familiar

L. é a irmã mais nova de uma fratria de 3 irmãos e quando ela nasceu o pai tinha 35 anos, a mãe 32, o irmão mais velho 13 e o mais novo 10 e sempre se sentiu muito amada e desejada por todos.

Os pais e os irmãos eram de Coimbra, mas, quando a avó morreu vieram com o avô morar para Lisboa, onde ela nasceu e foi batizada pela igreja católica, no entanto, sempre sentiu uma grande tristeza por ser a única que não era de Coimbra: “quando me perguntavam, dizia sempre que também tinha nascido em Coimbra. Tinha um desgosto enorme de não ser de lá” [sic].

O avô de L. faleceu com febre tifoide, quando ela tinha 5 anos, o irmão mais velho faleceu de cancro quando ela tinha 22 anos, o pai faleceu de problemas cardíacos quando ela tinha 41 anos, a mãe faleceu na sequência de um AVC aos 45 anos de L. e o irmão mais novo faleceu igualmente de cancro, tal como o mais velho, quando ela tinha 55 anos.

Refere que ainda hoje guarda a imagem de quando o irmão mais velho faleceu na memória “lembro-me de o ver passar no hospital, metido naquele saco... Ainda lhe consegui ver o cabelo e tudo, nunca me esqueci dessa imagem (...) tinha ido visitá-lo no dia anterior e ele pediu-me para lhe levar uns papéis que precisava, mas já não cheguei a tempo.” [sic]. Relativamente à morte do irmão mais novo refere que “foi um grande abalo que tive, custou-me muito...éramos muito unidos e já lá vão 14 anos...o tempo passa rápido...”[sic].

3.3.7 História pessoal

Viveu sempre em casa dos pais até ao falecimento de ambos “Vivi sempre com os meus pais e, no meu caso, eles é que foram saindo. Fui para aquela casa com 6 meses e saí quando tive o AVC” [sic].

Sempre se sentiu muito amada e adorada por todos “era a menina da casa, a casa era toda minha, fazia o que queria e o que me apetecia” [sic]. O avô era o companheiro das brincadeiras, até aos seus 5 anos, e por quem tinha uma grande admiração. Relativamente aos pais, refere que o pai a levava a passear, ajudava a mãe a cuidar dela e a fazer-lhe os penteados “Eu era a menina da casa e ficava toda contente por ter um pai assim, que até me fazia penteados e tudo, porque naquela altura não era normal” [sic] e que tinha uma ótima relação com a mãe, reconhecendo que, para a mãe, não devia ter sido muito fácil, porque ela era muito irrequieta e curiosa, tinha de mexer em tudo e ver tudo.

L. refere boa relação com ambos os irmãos, mas com o irmão mais novo a relação era mais forte devido à proximidade, porque o mais velho casou quando ela tinha 6 anos, e há maior diferença de idade.

Na escola teve sempre boas relações e sentia-se admirada pelas amigas, tanto pela relação que tinha com os pais, como pelo seu aspeto físico.

Começou a trabalhar aos 19 anos, na função pública, como secretária, exerceu funções em vários Ministérios e recorda essa altura com alegria, brilho nos olhos e sorrisos pelo meio, referindo até “foram bons tempos, era bem feliz, ainda hoje tenho amigos desse tempo” [sic].

Refere um relacionamento aos 21 anos que durou até aos 32, sendo que ele era 15 anos mais velho do que ela e é uma relação que recorda com dor, amargura e desilusão, “Andei iludida e desperdicei a minha juventude. Era inocente e acreditava em tudo o que ele me dizia, mas já passou...” [sic]. Os pais nunca concordaram com este relacionamento “foi o maior desgosto que dei aos meus pais, eles bem me avisaram, mas eu nunca quis acreditar, mas eles é que tinham razão. Os pais têm sempre razão.” [sic], no entanto sempre sentiu o apoio e a preocupação que tinham para com ela e em nada alterou a sua relação com eles.

A cliente nunca quis ter filhos, primeiro porque sempre pensou que não tinha encontrado a pessoa certa e, quando encontrou, tinha 45 anos e pensou que já era tarde para ser mãe: “ele era divorciado e já tinha dois filhos. Era um ótimo pai e é um avô ainda melhor” [sic]. Este relacionamento durou 15 anos e terminou, por opção da própria, no entanto, mantém uma relação de amizade. Estavam juntos quando ela teve o AVC e, como ele trabalhava no local onde foi hospitalizada, era ele que cuidava dela. A relação terminou quando foi transferida para o Centro de Reabilitação de Alcoitão. “Quando fui para o Centro de Alcoitão pedi para ele deixar de me ligar e seguir com a vida dele, era muito novo para ficar com a vida parada” [sic]. Atualmente, costumam trocar mensagens e telefonemas, mas ela nem sempre responde aos telefonemas por pensar que, de alguma forma, pode estar a causar algum sofrimento à pessoa

que está com ele “eu era muito ciumenta e se ele me fizesse isso eu não ia gostar, por isso a pessoa que está com ele também não deve gostar” [sic].

3.3.8 Aspetos importantes

A cliente evidencia ser uma pessoa resiliente, empática e ter uma autoestima elevada, no entanto a expressão facial nem sempre é coerente com o que é verbalizado e sempre que aborda algum tema que lhe cause dor, muda de assunto para algo que lhe traga felicidade.

Percebe-se no decorrer das sessões que vem de uma família diferenciada e que mantém os valores que lhe foram transmitidos, como, por exemplo, o respeito pelo outro.

Só sai do quarto um dia por semana, passando, por isso, muito tempo sozinha, situação que é causadora de ansiedade pelo medo de precisar de alguém ou de alguma coisa e não ter forma de pedir ajuda.

Os dias são passados no quarto, a ver televisão, preferencialmente programas que a façam rir e noticiários para se manter informada do que se passa no mundo.

3.3.9 Síntese da Intervenção

Comecei por me apresentar, por referir as questões de confidencialidade inerentes ao acompanhamento psicológico, que as sessões durariam cerca de 50min e que, esse tempo, poderia ser utilizado da forma como lhe fizesse sentido. L. começou por me contar um pouco da sua história e manifestou que se sentia um pouco cansada por ter dormido mal durante a noite, devido ao barulho de sirenes e a terem deixado uma porta aberta, originando corrente de ar no quarto e ruído e que, devido à sua condição física, não conseguiu fazer nada para melhorar a situação. Evidenciou ser uma pessoa bem-disposta e de sorriso fácil: “Vai-se vivendo com o que se tem” [sic], no entanto foi notória alguma ansiedade, não só pelo facto de não ter conseguido pedir ajuda durante a noite, como por ainda não terem respondido ao seu pedido de

medicação para as dores de cabeça e foi-me fazendo várias solicitações, nomeadamente, pediu para lhe dar água, para lhe ajeitar a almofada, o lençol, etc. Evidenciou felicidade quando referiu que às segundas-feiras, sai do quarto, na sua cadeira, e que, por vezes, vão com ela dar um passeio pela rua e até aproveita para beber um café, demonstrando alguma preocupação para que as sessões não fossem nesses dias (1ª sessão). L. teve a oportunidade de participar numa sessão de sensibilização para os maus-tratos infantis e, para alguém que sempre foi uma pessoa sociável e com uma vida ativa e que, devido a um AVC, deixou de ter oportunidade para ir ao encontro do outro e de participar em atividades sociais, esta participação foi sentida com muito entusiasmo, alegria e o relato foi feito com um brilho nos olhos e um sentimento de felicidade (2ª sessão). L. teve um relacionamento que durou 15 anos, no entanto decidiu não ter filhos “era o pai ideal para os meus filhos, mas eu já tinha 45 anos e achei que já era tarde” [sic] e o qual decidiu terminar “Quando fui para Alcoitão pedi para ele deixar de me ligar e seguir com a vida dele, era muito novo para ficar com a vida parada” [sic], evidenciando ser uma pessoa determinada e empática. São visíveis a emoção e o carinho com que recorda este relacionamento, do qual mantém uma amizade através de telefonemas que nem sempre são atendidos por L. com receio de poder estar a magoar alguém, evidenciando mais uma vez a sua empatia “eu era muito ciumenta e se ele me fizesse isso eu não ia gostar, por isso a pessoa que está com ele também não deve gostar... Nem sei se ele tem alguém neste momento...” [sic] (3ª sessão). L. recorda o passado e a sua infância com sentimentos de amor e felicidade e relata os acontecimentos como se os estivesse a viver atualmente “Passeava com o meu pai aos fins-de-semana e ele até ajudava a minha mãe a tratar de mim e fazia-me os penteados. Ao domingo à tarde íamos sempre a um café comer uma bola de Berlim. Assim que o via a vestir o casaco, por volta das 15h, já sabia que íamos à bolinha de Berlim. Ele às vezes dizia-me que eu não me tinha portado mal durante a semana e que não devia ir, mas íamos na mesma. Eu era a menina da casa e ficava toda contente por ter um pai assim, que até me fazia penteados e tudo, porque

naquela altura não era normal” [sic]. L. sentiu-se sempre amada, acarinhada “sempre fui muito amada e acarinhada por todos” [sic] e protegida “A minha mãe nunca me deixava ir com ninguém porque achava que só ela é que sabia ser mãe e cuidar bem de mim” [sic]. Refere ter sido uma criança muito curiosa e astuta, no entanto, a sua forma de agir sempre foi aceite “não havia prenda nenhuma que eu não descobrisse antes do tempo. Depois fechava tudo muito bem e deixava no mesmo lugar, para ninguém descobrir, mas claro que já não ficava igual (...) mas depois quando chegava a altura de abrir, nos meus anos ou no Natal, fazia de conta que estava a vê-las pela primeira vez e ficava toda contente. O meu pai às vezes até dizia: tens a certeza de que nunca a tinhas visto, não tens? Eu respondia que sim, que não tinha visto antes. Ele olhava para mim e ria-se. Foram muito bons tempos” [sic]. Um dos traumas que refere na sua vida está ligado à morte do irmão mais velho “lembro-me de o ver passar no hospital, metido naquele saco... Ainda lhe consegui ver o cabelo e tudo, nunca me esqueci dessa imagem” [sic] e ao facto de não ter respondido ao seu último pedido, no entanto demonstra ser uma pessoa resiliente “eu tinha ido visitá-lo no dia anterior e ele pediu-me para lhe levar uns papeis que precisava, mas já não cheguei a tempo. Quando entrei no quarto o sr. que lá estava disse-me que ele já tinha falecido (...) mas não há nada a fazer, a vida é mesmo assim” [sic] (4ª sessão). A vida de L. foi pautada maioritariamente por felicidade e hoje sente-se muito amada e acarinhada por familiares e amigos que fazem questão de permanecer na sua vida pessoalmente e através das redes sociais “tive cá os meus sobrinhos e a minha sobrinha-neta, que só conhecia por fotografias (...) Eles visitam-me todos os fins de semana e, às vezes, até tenho visitas durante a semana” [sic]. L. evidenciou preocupação e alguma ansiedade por não saber o número de sessões que iríamos ter, evidenciando a importância que as sessões têm tido no seu bem-estar “porque eu gosto tanto e sinto-me tão bem quando estamos a conversar...mas isto não acontece com toda a gente, não é com todos que eu me sinto bem a falar” [sic] e a sua capacidade de resiliência “o melhor é aproveitar enquanto durarem” [sic] (5ª sessão). L. teve uma relação da

qual não se orgulha e que ainda hoje lhe causa sofrimento ao recordá-la “Andei iludida e desperdicei a minha juventude Era inocente e acreditava em tudo o que ele me dizia, mas já passou...”[sic], no entanto, e apesar dos pais não concordarem com este relacionamento, sempre a apoiaram “foi o maior desgosto que dei aos meus pais, eles bem me avisaram, mas eu nunca quis acreditar, mas eles é que tinham razão. Os pais têm sempre razão” [sic]. À medida que a tristeza se vai instalando no seu olhar, vai repetindo “...mas já passou...” [sic], evidenciando o impacto negativo que esta relação teve na sua vida “só espero que as filhas dele, se as tiver, não passem pelo mesmo que eu passei e que ninguém lhes faça nada igual. Mas já passou, já lá vai...” [sic]. L. evita aprofundar recordações que lhe tragam sentimentos de tristeza e que lhe provoquem angústia, optando por mudar de assunto para recordações mais felizes “Depois disto foram só coisas boas e isso é que vale a pena recordar” [sic], por exemplo, das relações que tinha no local de trabalho “foram bons tempos, era bem feliz, ainda hoje tenho amigos desse tempo” [sic]. Esta sessão foi pautada, inicialmente, por várias queixas e solicitações, nomeadamente dores no corpo, porque foi alterada a hora de mudança de posição, verificar se tinha alguma mensagem ou chamada não atendida porque não tinha ficado com o auricular, pediu para lhe dar água, para lhe ajustar a almofada, etc. (6ª sessão). L. é uma pessoa que se preocupa com a sua imagem e, de forma a manter a sua autonomia na tomada de decisão da sua imagem, as roupas são compradas através de uma amiga que tem uma loja e que lhe envia fotos para que L. possa escolher. Posteriormente, a amiga vai visitá-la, leva-lhe as roupas escolhidas para que as possa experimentar e decidir se fica com elas, e os produtos de higiene de que necessita. À medida que as roupas se vão desgastando e que deixa de se sentir bem com elas, pede para que sejam dadas a outras pessoas “eu já não me sinto bem com elas, mas pode haver quem precise e que se sinta bem, por isso dou tudo” [sic]. O apoio de familiares e amigos contribuem para a sua resiliência, encontrando soluções para que possa manter a tomada de decisão relativamente a si e à sua imagem. L. sente-se feliz e integrada na vida dos seus

familiares, que encontraram nas redes sociais uma forma de amenizar a distância e de integrar nos acontecimentos importantes da própria família através de fotografias e vídeos. No entanto, gosta de estar informada do que se passa no mundo, optando muitas vezes por ver os noticiários na TV, “é uma forma de estar informada e saber o que se passa no mundo” [sic] (7ª sessão). A boa disposição é uma das características de L. e, para a manter, evita falar de assuntos que lhe causem algum desconforto e, quando da aplicação do teste da “Estima de Si” não quis responder a nenhuma das questões que remetiam para o seu corpo e para a sua sexualidade dizendo que “essa pergunta é difícil e complicada de responder. Prefiro não responder” [sic]. L., opta por falar de assuntos que tragam felicidade, nomeadamente, das roupas novas que tem, da visita dos familiares e das conquistas que a sobrinha neta tem vindo a alcançar (8ª sessão). L. é uma pessoa vaidosa e sempre que tem algo novo (roupa, brincos, etc.) faz questão de mostrar. Preocupa-se não só com a sua imagem, como também com os seus pertences e, quando foi para a ERPI, optou por oferecer os seus bens pessoais às sobrinhas “Uma coisa é ser eu a dar, outra é desaparecer. Aqui entra e sai muita gente e nós nunca sabemos. Assim fico mais descansada” [sic]. A sua vaidade existe desde sempre, pois se em criança eram os pais que lhe faziam os penteados que ela tanto gostava, na adolescência era ela que tratava do seu cabelo para que pudesse ser admirado pelas amigas “As minhas amigas ficavam com uma inveja do meu cabelo que até me perguntavam o que eu fazia para ele ficar assim e eu dizia que não fazia nada, que era natural e que até secava ao natural, sem usar secador” [sic]. L. é uma pessoa preocupada com a sua imagem e com a sua higiene e, mesmo passando a maior parte do tempo deitada na cama, gosta de estar apresentável. Nos dias que faz o levante tem prazer em se vestir com tudo a condizer e são dias de grande felicidade. A alimentação também é algo que a preocupa, porque dela depende o bom funcionamento do seu organismo que, devido à tetraplegia do movimento, já se encontra deficitário. L. refere que as sessões têm sido importantes porque sente que, além de ser ela que decide do que quer falar, sente que é compreendida (9ª sessão).

A família é um dos grandes pilares de L. e a percepção que os outros têm de si é muito importante para ela, razão pela qual, estava um pouco ansiosa pelo resultado do teste aplicado. À medida que fomos falando sobre os resultados, foi concordando com o facto de ser uma pessoa otimista, bem-disposta, que gosta de conviver com os outros, de decidir sobre a sua vida e de sentir orgulhosa pelos valores e princípios que adquiriu e por ser fiel aos mesmos “Graças a Deus, tive quem mos mostrasse” [sic]. Talvez pela sua condição física, L. não tem grandes ambições e não valoriza muito o seu corpo, reconhecendo a existência de alguns conflitos internos, dos quais não pretende falar, optando por os ignorar. Tranquiliza-a o facto de estar completamente lúcida e o seu receio é começar a perder as suas capacidades cognitivas “o que me tranquiliza e deixa feliz é que em termos cognitivos estou bem” [sic] e, ao estar inserida na ERPI, vai-se confrontando com o processo de envelhecimento e com o declínio físico e cognitivo dos utentes que a rodeiam “Vejo pessoas que chegam aqui bem e passado uns tempo já não sabem o que fazem” [sic]. Além disso, não se sente confortável e sente até alguma revolta, pela forma como alguns profissionais reagem a comportamentos inconscientes dos utentes, devido aos défices cognitivos, “No outro dia uma sr^a despiu-se toda no salão, ficou só em soutien em frente a toda a gente e achava que não tinha mal nenhum, que era normal. Depois chegou uma auxiliar e ainda lhe perguntou se ela estava a mostrar as “xuxas” para toda a gente ver. “Xuxas”?! O que é isso??? Tratam as pessoas como se fossem crianças, mas já são adultos, estão é afetados cognitivamente. Isso é coisa que se diga?! Ela devia era ter tirado a sr^a dali e conversar com ela, porque depois já todos diziam que ela andava a mostrar as xuxas”, por isso, só gosta de sair do quarto quando tem um propósito definido, “Por isso é que se não for para ir à rua ou ir rezar o terço ou ver um filme, eu prefiro ficar no meu quarto. Aqui também vejo televisão e pelo menos não tenho de me confrontar com o estado em que as pessoas vão ficando: olhos que não vêm coração que não sente” [sic] (10^a sessão). L. está totalmente dependente de terceiros e, por vezes, até fica impedida de ver um simples programa de televisão que gostaria, como as

Marchas Populares, por exemplo, por se esquecer de pedir para lhe mudarem o canal de televisão. Gosta de recordar o passado, de como eram os bairros históricos da cidade de Lisboa e evidencia alguma tristeza pelas transformações que têm vindo a acontecer e compreensão empática pelos habitantes destes locais “Para as pessoas mais velhas, que lá moravam, não deve ser nada fácil deixarem as suas casas ao fim de tantos anos, é uma facada que lhes dão no coração ao tirá-las de lá” [sic]. As conversas nem sempre têm um fio condutor, no entanto, L. sente que pode falar de tudo o que quiser “vou sentir falta de estarmos aqui as duas, pela relação que criamos e onde eu sei que posso falar do que quiser” [sic], inclusive do constrangimento e vergonha que sente, pelo facto de não conseguir controlar os barulhos do seu próprio intestino, quando está na presença de alguém “Ainda bem que estou sozinha no quarto, nem tudo é mau, porque é horrível quando isto acontece e não consigo que parem” [sic] (11ª sessão). A felicidade de L. é notória quando relata os dias em que sai do quarto e, neste último, foi ver um documentário sobre oceanos, na sala de “*sense garden*”, que a fascinou. Referiu que possivelmente algumas imagens terão sido captadas por *drones* e a importância dos mesmos para a captura de imagens, no entanto, preocupa-a e causa-lhe muita indignação saber que também são utilizados para vigiar pessoas, pondo em causa a privacidade das mesmas. Para L. o respeito pelo outro é um dos valores fundamentais para a vida em sociedade. L. refere que as sessões estão quase a terminar e que isso a entristece pelo facto de termos criado um espaço onde se sente segura e tranquila, mas logo muda de assunto e fala numa sobrinha, também estudante universitária, que já mudou algumas vezes de curso, e nos sacrifícios que os pais têm feito para lhe proporcionar tudo o que ela quer “Ela só quer é ter 20, mas na faculdade não é assim tão fácil. O meu irmão já lhe disse que, se mudar outra vez de curso, vai trabalhar de dia e estudar à noite, porque é um investimento muito grande para andar sempre a desperdiçar anos. Mas não sei.... É que nem vão de férias para lado nenhum, nem vão sair ao fim de semana, porque ela está sempre a estudar e quer que a mãe esteja sempre ao pé dela. Qualquer dia a mãe

também já tem o curso.” [sic]. Para L. é importante que as pessoas se autonomizem e que tenham consciência das implicações que as suas decisões podem causar na vida dos outros. Inesperadamente, L. teve uma cólica que lhe provocou espasmos numa perna e referiu que, por vezes, os espasmos originam que a perna fique mal posicionada, causando-lhe dores que permanecem até que alguém entre no quarto e a possa ajudar. A falta de autonomia de L. e a dependência total de terceiros são as razões pela quais L. sente necessidade de uma maior vigilância por parte das auxiliares. (12ª sessão). Estando as sessões a terminar, L. refere a importância que tiveram para si “Sinto uma calma muito grande. Entrei numa fase nova, muito mais relaxada., mais calma e tranquila” [sic] e da tristeza que sente por terminarem “estou completamente diferente e estou com pena de acabar...é assim...o que é bom acaba. Mas enfim...” [sic]. Como não gosta de falar de tristezas, L. muda de assunto e, estando na altura dos Santos Populares, recorda o arraial do ano anterior, no qual se divertiu e é notória a alegria que sente por participar nestas festividades. Sendo uma pessoa preocupada com a sua imagem e higiene, L. já tem pensada a roupa que irá vestir e a quem irá pedir para lhe levar, posteriormente, a roupa para a lavandaria. Sabe que pode sempre pedir aos sobrinhos para lhe levarem a roupa para casa e depois trazê-la lavada, mas isso fará com que os esteja a incomodar “até podia mandar para os meus sobrinhos, mas eles depois podem não vir cá logo na semana a seguir e também não lhes quero estar a dar trabalho. Eles também não podem andar cá todas as semanas” [sic] e mesmo estando numa situação de dependência total, L. procura alternativas para não sobrecarregar ninguém. Colocando-se facilmente no lugar do outro, L. sente-se magoada quando o outro não tem essa capacidade, principalmente em relação a si e à sua condição física “Depender de alguém para comer e depois ouvir uma coisa daquelas.... Fiquei mesmo chocada, como é que ela teve a coragem de pedir a uma pessoa para não me dar de comer” [sic]. L. muda de assunto e refere que já tinha tido acompanhamento psicológico, no Centro de Reabilitação de Alcoitão, mas que nunca era ela que decidia do que queria falar e o

tema principal das sessões era em relação à sua sexualidade, algo que não lhe fazia sentido e, por essa razão, acabou por abandonar o acompanhamento. “No meu caso já não é uma coisa que me afete e não me sinto frustrada com isso, já tive o meu tempo, mas agora já não tenho e estou bem com isso. Mas ela achava que eu tinha de falar sobre isso e insistia sempre no mesmo. Mas para mim já não fazia sentido, já estava arrumado” [sic]. Desta vez sente que é diferente e que os assuntos das nossas sessões são decisão dela “Nunca tive ninguém como a tenho a si, aqui falo à vontade e sinto-me bem com a sua presença, aqui as conversas não vão sempre parar ao mesmo sítio” [sic]. Refere que gostaria que eu fosse trabalhar para a ERPI, porque assim as sessões poderiam continuar e porque só existe 1 psicóloga para todos os utentes, no entanto reconhece que mesmo com poucos profissionais, incluindo auxiliares, fazem um ótimo trabalho “Mas mesmo com poucas pessoas somos muito bem tratados, eu estou há 10 anos numa cama e nunca tive escaras, tudo bem que também só uso camisas de noite de algodão, mas também tenho de agradecer às Sras. auxiliares pelos cuidados que têm quando me vem tratar e pôr os meus cremes.” [sic]. Por fim, referiu que as sessões foram muito importantes para si (13ª sessão).

3.3.10. Descrição do setting das sessões e reflexão pessoal

As sessões de acompanhamento psicológico, decorreram no quarto de L., que apesar de não ser o local indicado, foi o local possível dadas as condições físicas da mesma. O quarto é bem iluminado, com luz natural, e a televisão foi desligada no decorrer das sessões.

L., permaneceu sempre deitada, com a cabeceira da cama um pouco levantada e eu ficava sentada do lado para o qual ela estivesse posicionada, de forma a permitir o contacto psicológico, que, segundo Rogers (1957) é a primeira condição necessária para a mudança (Wood, 1994). No entanto, existem outras cinco condições necessárias e suficientes para a mudança, nomeadamente, a incongruência do cliente, a congruência do terapeuta, o olhar

positivo e incondicional, a compreensão empática e o cliente tem de sentir essa consideração positiva e incondicional e essa compreensão empática (Wood, 1994).

L. encontrava-se num estado de incongruência devido ao medo de precisar de ajuda e estar sozinha, o que lhe provocava muita ansiedade (2ª condição). Relativamente à minha congruência, e talvez pela inexperiência, por vezes ficava com duvidas relativamente ao meu papel e às solicitações que L. me ia fazendo. Numa das sessões, por exemplo, L., pediu-me para ver uma fotos de roupa que a amiga lhe tinha enviado, para escolher, e depois pediu-me para telefonar à amiga. Eu acedi ao pedido, no entanto perguntei-me a mim própria qual seria o meu papel e se estaria a fazer o que era suposto. Por um lado, estávamos numa sessão de acompanhamento psicológico e não é suposto fazer telefonemas, por outro, no início das sessões, eu tinha-lhe dito que ela poderia utilizar aquele tempo como quisesse e se essa era vontade dela naquele momento, eu, mantendo a compreensão empática e a aceitação positiva e incondicional, estaria ali para ela.

O facto de a abordagem Centrada na Pessoa ser uma abordagem não-diretiva também me deixou por vezes incongruente, porque para L. o importante é falar de coisas que lhe tragam felicidade e, por vezes, senti vontade de lhe fazer perguntas mais diretas e aprofundar alguns assuntos, mas dessa forma acabaria por não estar a respeitar o tempo e a vontade dela e acabava por me voltar a focar e a manter a congruência.

Por vezes coloquei em causa se estaria a desempenhar corretamente a minha função, se estaria a contribuir de forma positiva, proporcionando as condições necessárias e suficientes para a mudança, ou se seria apenas alguém que estava ali com L. semanalmente. No entanto, mantive-me fiel à abordagem, fui acreditando na tendência atualizante de L., estive sempre presente de forma empática, aceitando-a de forma positiva e incondicional e, após algumas sessões, percebi que estava no caminho certo, quando ela me referiu que “sinto-me tão bem quando estamos a conversar...mas isto não acontece com toda a gente, não é com todos que eu

me sinto bem a falar“ [sic]. Nesta altura senti que tínhamos criado o nosso espaço, um ambiente tranquilo que ela sentia como sendo algo de diferente. Na última sessão fiquei com a certeza que todas as condições estiveram presentes, quando L. refere “Nunca tive ninguém como a tenho a si, aqui falo à vontade e sinto-me bem com a sua presença” [sic].

A última sessão foi mais gratificante, no entanto foi a que me provocou maior desconforto. Foi gratificante porque L. referiu que tinha entrado numa nova fase da vida dela, muito mais calma e tranquila, ou seja, a sua tendência atualizante manifestou-se acabando por eliminar o sintoma, isto é, a ansiedade. No entanto, nesta última sessão, e ao recordar um acontecimento que lhe causou sofrimento, L. começou a chorar e, devido à minha inexperiência, senti-me desconfortável e a minha vontade foi abraçá-la. Contudo não o fiz e mantive o contacto psicológico e a compreensão empática.

Terminado o acompanhamento psicológico, sinto que tenho um longo caminho a percorrer e que esta foi a minha primeira grande experiência que contribuiu não só para o meu crescimento profissional, mas também para o meu crescimento pessoal.

3.3.11 Teste aplicado

Escala de Estima de Si (S.E.R.T.H.U.A.L. - Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito e UAL)

A Escala de Estima de Si avalia o conceito de Estima de Si, através de cinco dimensões positivas e cinco negativas que permitem obter um perfil da pessoa em relação à forma como perceciona a sua Estima de Si, permitindo obter três níveis gerais de Estima de Si: um positivo, um negativo e um geral, que resulta da diferença entre o índice de estima de si positivo e negativo.

É uma escala de autorrelato, que pode ser aplicada de forma individual ou coletiva, entre os 13 e os 85 anos, com uma durabilidade entre 10 a 15 minutos e sem interrupções.

Relativamente aos resultados da Estima de Si Positiva (anexo C), os resultados sugerem que L. é uma pessoa satisfeita consigo mesma, considera-se uma pessoa otimista e positiva, confia nas suas potencialidades, tem necessidade de se afirmar, é bastante sociável, responsável, gosta de tomar as suas próprias decisões e levá-las a cabo, é racional e tolerante, revelando maturidade emocional. Relativamente à sua vida social (E), considera-se uma pessoa amável e está satisfeita com os resultados pessoais e profissionais que conseguiu alcançar, no entanto não respondeu ao item 53 (tenho confiança no meu futuro) por considerar de resposta difícil.

Os resultados obtidos na dimensão de valorização psíquica e individual revelam insatisfação com o seu corpo e com as suas capacidades intelectuais, tais como ambição e inteligência, no entanto importa referir que dos 6 itens correspondentes a esta dimensão apenas respondeu a 3, recusando-se a responder aos itens 8 (eu sou sexualmente atraente), 44 (sinto orgulho do meu corpo) e 58 (estou contente com a forma como o meu corpo se desenvolve), verbalizando que era muito difícil responder a isso, dado a situação em que se encontra.

Relativamente às dimensões negativas, ainda se sente uma pessoa útil e com alguma esperança no futuro, embora por vezes se sinta apática e com pouca capacidade para enfrentar os acontecimentos da vida (F), no entanto percebe-se como alguém com quem é agradável estar e em quem se pode confiar. Importa referir que nesta dimensão (G), o item 56 (Tenho um aspeto físico pouco atraente) não foi respondido. A cliente percebe-se como possuidora de muitos valores e princípios e valoriza-se a si mesma acreditando ser merecedora de confiança por parte do outro. Também nesta dimensão (H) o item 25 “Tenho medo do sexo” não foi respondido. Relativamente às últimas dimensões, Tensões Emocionais e Hostilidade Consigo Mesmo, a cliente percebe-se como tendo dificuldade em controlar a agressividade, sendo por vezes impulsiva e sentindo-se nervosa e tensa pela dependência sentida, devido à insegurança em relação a si própria e sem capacidade para resolver os seus conflitos internos e de enfrentar as suas próprias dificuldades.

Relativamente ao nível geral da Estima de Si, os resultados evidenciam que não existe uma grande discrepância entre o Self desejado e o *Self* percebido, revelando uma Estima de Si elevada. No entanto, importa ter em conta que a cliente se recusou a responder a vários itens que dizem respeito à forma como percebe o seu corpo e a sua sexualidade, verbalizando que eram difíceis de responder e muito complicados, o que coloca em evidência a existência de conflitos internos com os quais não se quer confrontar, optando por os ignorar.

3.3.12. Compreensão do caso clínico à luz da Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo (Hipólito, 2011)

Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo (Hipólito, 2011)

Para melhor compreender a Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo (Hipólito 2011), importa referir alguns conceitos importantes da Abordagem Centrada na Pessoa de C. Rogers, nomeadamente o da Tendência Formativa (Rogers, 1961). Segundo Rogers, a tendência formativa está inerente em todos os seres humanos e é essencial para o seu crescimento, desenvolvimento e realização pessoal, ou seja, existe um impulso interno em cada pessoa que a move naturalmente em direção ao seu crescimento e à sua autorrealização, desde que sejam criadas as condições certas (Rogers, 1961).

A tendência formativa, é uma tendência orgânica que atua em direção ao crescimento e a uma complexidade inter-relacional, visível quer a nível orgânico quer a nível inorgânico (Rogers, 1980). Neste sentido, existe no ser vivo, desde o início da sua formação, uma tendência para a complexidade que se vai atualizando em direção à hipercomplexidade (Hipólito, 2011). No entanto, o ser humano tem capacidades específicas que lhe permitem acumular, tratar e transmitir informação de forma diferenciada e criativa, que lhe possibilitam uma evolução no sentido da hiper-hiper-complexidade, ou, segundo Maslow (1954) no sentido da sua tendência à autorrealização, e permanece ao longo de todo o seu processo de

desenvolvimento psicoafetivo (Hipólito, 2011). Contudo, e tendo em conta a tendência atualizante, é necessário que existam condições apropriadas, desde o início da primeira célula humana, para que esta desenvolva ao máximo as suas potencialidades, tanto físicas como psíquicas. No caso de não serem criadas as condições ótimas, as potencialidades podem nunca se chegar a atualizar (Hipólito, 2011).

Durante o desenvolvimento do embrião, podem surgir diversos traumas de várias origens, quer nas suas potencialidades quer na atualização das mesmas, e apesar de o embrião se continuar a desenvolver autonomamente, esses traumas podem originar uma diminuição da expressão das suas potencialidades (Hipólito, 2011). No decorrer da gestação, ocorre a maturação do sistema neurológico, originando o desenvolvimento do *Self* embrionário, ou seja, o embrião vai integrando várias experiências sensoriais, adquirindo um novo *Self*. Contudo, o feto continua vulnerável e suscetível a vários traumas nas suas potencialidades até ao seu nascimento, que também poderão contribuir para a criação das condições ótimas de atualização das suas potencialidades (Hipólito, 2011).

Após o nascimento, o processo de desenvolvimento, no sentido na hipercomplexificação, continua. As capacidades físicas e psicológicas vão-se desenvolvendo, e o bebé vai começando a perceber as fronteiras entre si e o mundo exterior, ou seja, vai percebendo as fronteiras do seu *self* organísmico e tomando consciência que o Outro é diferente de si, podendo este Outro, ser percebido como outro significativo (mãe) ou não-significativo (outros), e começam a surgir as “condições de valor” (Hipólito, 2011). Se numa fase inicial o bebé tem um sentimento organísmico, ou seja, ele é tudo aquilo que sente e experiencia, com esta diferenciação entre ele e o Outro começa a perceber que as suas necessidades podem ou não ser satisfeitas pela mãe e é através deste processo de vinculação que o bebé começa a ter consciência da necessidade e dependência do amor do Outro significativo (mãe) para sobreviver. Devido a esta necessidade e dependência de amor, o bebé vai modelando as suas

percepções, com base nas condições de valor, para que seja aceite pela mãe de forma condicionalmente positiva (Hipólito, 2011). A dissociação entre o que o bebé sente e o que irá ser integrado no seu campo percetivo depende das condições de valor, podendo originar processos dissociativos que se manifestam em vários níveis de funcionamento da criança, nomeadamente, entre o *locus* de controlo interno e o *locus* de controlo externo, entre o *Self* organísmico, o *Self* real, o *Self* percebido e o *Self* desejado e entre a cognição e a emoção. Sempre que surge uma dissociação, existe uma tensão que, por sua vez, e caso o organismo não a consiga solucionar, origina um sintoma, que tem como objetivo manter a homeostase do organismo (Hipólito, 2011).

Se o crescimento e desenvolvimento da criança, ocorrer com o mínimo de condições de valor e com o máximo de cuidado incondicional, então a criança terá as condições de otimização máximas de atualização nos níveis bio-psico-sociais. Contudo os traumas, quer sejam biológicos, psicológicos ou sociais, podem ocorrer em qualquer fase da vida originando traumatismos e sintomas em qualquer idade, que têm como finalidade manter o funcionamento do organismo da melhor forma possível (Hipólito, 2011).

Os sintomas podem surgir a nível físico (sintomas somáticos) ou a nível psicológico (sintomas neuróticos) e podem ou não colocar em causa a discriminação entre o real e o imaginário. Quando a capacidade de discriminação entre o real e o imaginário é colocada em causa, estaremos perante sintomas da ordem das psicoses, no entanto, se esta perda de discriminação for mais grave, pode ocorrer uma perda da capacidade de relação que se pode manifestar tanto em situações de ordem física (coma) como em situações de ordem psicológica, através da ausência do contacto psicológico (autismo, catatonia) (Hipólito, 2011).

A teoria do desenvolvimento psicoafectivo, compreende a psicopatologia tendo em conta os traumatismos ocorridos ao longo da vida do indivíduo, as potencialidades do indivíduo e as condições de atualização das mesmas, partindo do pressuposto da existência de forças de

autocura como expressão da tendência à hipercomplexificação atuante do indivíduo (Hipólito, 2011).

Uma vez que os sintomas surgem de forma a manter o melhor equilíbrio possível do organismo, estes serão extintos quando deixarem de ser úteis, ou seja, através dos processos naturais de amadurecimento e autocura, o organismo consegue o seu equilíbrio e acaba por extinguir o sintoma (Hipólito, 2011). Neste sentido, na criação de um projeto terapêutico, é importante ter em consideração as 6 condições necessárias e suficientes para a mudança (Hipólito, 2011).

Compreensão do Caso Clínico

No caso clínico de L., não existem elementos que permitam averiguar como foi a gravidez e o decorrer da mesma, no entanto, a mesma refere que era a “menina da casa” e sempre se sentiu muito amada e desejada por todos. L. refere que fazia o que queria e que as suas vontades eram sempre realizadas, suscitando existência de um cuidado incondicional e a inexistência de condições de valor.

Relativamente a traumas de origem biológica, nas suas potencialidades, L., foi submetida a uma operação ao apêndice, na infância, e às cataratas, já em adulta, superados pelos cuidados hospitalares e familiares, que foram os constituintes das condições ótimas de atualização, para que o organismo adquirisse a sua homeostase.

Outro trauma, nas suas potencialidade, de origem biológica, foi o AVC, que teve como consequência a tetraplegia do movimento, ou seja, teve como consequência um trauma nas suas condições de valor de origem biológica e social, afetando a sua condição profissional, que teve de abandonar, e a sua vida social porque deixou de se conseguir movimentar. Contudo, foi acompanhada por especialistas em centros de reabilitação e hospitais, manteve o apoio incondicional de familiares e amigos que contribuíram como condições ótimas de atualização.

A participação em atividades da ERPI, assim como as redes sociais, são condições ótimas de socialização, que permitem a manutenção de relações familiares e sociais. No entanto, existem vários sintomas orgânicos presentes, derivados da sua condição física.

O facto de não ter conseguido responder ao último pedido do irmão mais velho, antes da sua morte, constitui um trauma nas condições de valor, que ainda hoje se manifesta pela tristeza que sente em não o ter realizado. A resiliência de L., é a condição ótima de atualização, pois permite-lhe minimizar a culpa que sente por ter falhado ao pedido do irmão e acreditar que “não há nada a fazer, a vida é mesmo assim” [sic].

O crescimento e desenvolvimento de L., ocorreu com máximo de cuidado incondicional e o mínimo de condições de valor, levando a um desenvolvimento do *Self* percecionado próximo do *Self* desejado, contribuindo desta forma para um nível elevado de auto-estima.

3.4 Avaliação Psicológica

3.4.1 Identificação do paciente

D. é do sexo masculino, tem 81 anos, nacionalidade portuguesa, natural de Lisboa, é solteiro, vive sozinho em Lisboa e é reformado.

3.4.2 Motivo da queixa

D. tem sentido dificuldades a nível de memória, há cerca de 1 ano, sendo que têm vindo a piorar. Refere que ultimamente, sensivelmente há 2/3 semanas tem sentido tremores nas mãos e que tudo isto lhe causa muita ansiedade porque sente que está a perder as suas capacidades e que já não consegue fazer tudo o que gosta “fico muito preocupado, porque eu gosto de viver e agora dou por mim a deixar de fazer certas coisas porque o corpo já não reage como reagia antes.”

3.4.3 Dados recolhidos na observação

D. é uma pessoa lúcida, orientado no espaço e no tempo, tem uma linguagem coerente e capacidade de evocar dados da sua vida, embora por vezes com algumas quebras no discurso devido a lapsos de memória acerca do que estava a dizer “desculpe, agora perdi-me, estava a dizer que...”.

Apresenta-se de forma limpa, cuidada e com uma atitude colaborante.

3.4.4 História da doença atual

D. foi sempre uma pessoa extremamente ativa e, após a ida para o CD, integrou-se em vários grupos, nomeadamente, grupos de dança latina, de ginástica, de teatro, de coros, de desfiles de moda e das marchas populares. Devido à pandemia de COVID-19, e com o encerramento dos CD e o isolamento a que as pessoas foram sujeitas, foi obrigado a parar todas as atividades que tinha, permanecendo em casa sozinho, uma vez que não tem relação com nenhum familiar. “Infelizmente, o COVID-19 obrigou-me a estar muito tempo sozinho e se não foi fácil para muita gente, para mim ainda foi pior porque fiquei com tempo livre para pensar na vida e isso não me fez nada bem”. Nesta altura a ansiedade começou a aumentar e começaram a surgir sintomas depressivos razão pela qual aderiu ao acompanhamento psicológico, por telefone, disponibilizado pela instituição.

Após a pandemia procurou restabelecer a vida ativa que tinha anteriormente, no entanto sente que está a perder algumas capacidades, nomeadamente no que se refere à memória “às vezes quero-me lembrar das coisas e não consigo. Já não é como era antes e isto preocupa-me. Agora dou por mim a pensar que já tenho 80 anos e que já não consigo fazer tudo o que gostaria, como participar nas marchas, por exemplo, que era uma coisa que eu gostava tanto. Mas o corpo já não aguenta”.

Refere que as capacidades cognitivas são algo que o preocupam bastante, nomeadamente

a memória e, como gosta de ler, ultimamente tem-se dedicado a ler artigos e livros sobre o funcionamento do cérebro.

3.4.5 História clínica

D. refere não ter tido doenças significativas, sendo que, em criança tinha falta de vitamina D.

Atualmente faz medicação para a ansiedade (Alprazolam) e para a tensão arterial (Inalapril), receitada pelo médico de família, mas não se recorda quando é começou a fazer a medicação.

3.4.6 História familiar

D. é filho único, nunca conheceu o pai e viveu sempre com a mãe até à sua morte. Refere boa relação entre ambos e recorda-a como uma mãe cuidadora e protetora.

3.4.7 História pessoal

D. refere que era uma criança muito tímida, mas que tinha uma boa relação com os colegas e com os professores “era uma menino muito franzino e tímido, mas depois foi passando”.

Começou a trabalhar aos 14 anos, num hotel, como “Boy”, ou seja, transportava a bagagem dos hóspedes e mais tarde passou a executar funções administrativas.

Na altura do serviço militar, em 1963, com 20 anos, foi recrutado para a guerra do Ultramar e nessa altura completou o 1º ciclo de escolaridade, ou seja, o 5º e 6º ano atuais.

Terminado o serviço militar, ficou a viver em Moçambique, a mãe sai de Lisboa para ir viver com ele, inscreve-se na escola à noite, porque trabalhava durante o dia, e completa o 2º ciclo de escolaridade, ou seja, o 7º, 8º e 9º ano atuais.

Em Moçambique, exerceu funções administrativas primeiro num estabelecimento bancário, posteriormente num escritório que pertencia ao Estado e, por fim, num escritório de contabilidade e é, durante a sua estadia em Moçambique, que começa a trocar correspondência com mulheres residentes no Brasil, através de anúncios publicados no jornal, e inicia uma relação amorosa por correspondência. Após alguma insistência e convicto de que existiam uns tios da namorada que os ajudariam numa primeira fase, vai, em 1975, com a mãe viver para o Brasil e acaba por casar pelo registo civil. Pouco tempo depois a mulher engravida e termina com o casamento, não o deixando conhecer nem aproximar do filho. D. faz várias tentativas de aproximação e diz ter cumprido sempre com as obrigações monetárias referentes ao filho, no entanto as aproximações foram sempre dificultadas. “Tentei várias vezes e um dia, desesperado até lhe fui bater à porta, completamente alterado e ela até chamou a polícia.”

Em 1988 regressa com a mãe para Portugal e vai trabalhar para a editora CrediVerbo, como vendedor até 2007, altura em que se reformou com 65 anos. Neste último trabalho, ganhava muitos prémios por atingir os objetivos e percorria o país de Norte a Sul e refere que foi devido ao contacto com o povo brasileiro e com a cultura, que passou a ser mais extrovertido e a ter uma abertura maior para o contacto com o cliente.

Em 2011 inscreve-se no CD porque é uma forma de estar ocupado e de participar em várias atividades. Durante vários anos participou nas marchas populares, mas este ano não se inscreveu porque sentiu que já não tinha capacidades físicas suficientes, por ser uma atividade demasiado exigente. Atualmente está inserido num coro, num grupo de informática, de teatro e de danças latinas que lhe permite realizar espetáculos e continuar em contacto com o público, que é algo que lhe causa felicidade. “Se me perguntar se tenho algum problema em estar sozinho eu digo-lhe que não, porque isso para mim é sinal de liberdade e posso fazer o que me apetece. O que me assusta é perceber que já tenho mais de 80 anos e começo a perder as minhas capacidades e isso é que é preocupante, porque eu gosto de viver e quero continuar a viver, mas

viver com qualidade.”

3.4.8 Aspetos importantes

D. é um pessoa que sente necessidade de se manter ativo e envolvido em vários atividades porque isso não lhe permite parar para pensar e estar consigo próprio, pois segundo o próprio “O problema da pandemia é que eu fiquei comigo próprio e isso fez-me pensar na vida e esse é que foi o grande problema.”

Percebeu-se, pela sua postura corporal, que falar no filho o incomoda, que a inexistência de relação lhe causa sofrimento, no entanto prefere não falar muito sobre o assunto “Tenho um filho, mas é como se não tivesse. Nem vale a pena por isso.”

3.4.9 Objetivos da avaliação

Sendo que a preocupação do sr. D. são as falhas de memória que têm surgindo, esta avaliação teve como objetivo avaliar o funcionamento da sua memória, bem como detetar e localizar possíveis défices de memória existentes.

3.4.10 Teste aplicado

Foi aplicada a Escala de Memória de *Wechsler* – 3ª Edição (WMS-III), que é composta por 11 subtestes, 6 dos quais são principais e os outros 5 são complementares. Alguns dos subtestes são aplicados em duas condições temporais: imediata e diferida, sendo a condição diferida aplicada 25 a 35 minutos após a condição imediata, e permitem avaliar de forma detalhada os aspetos relevantes relacionados com o funcionamento da memória, o que pode contribuir para detetar e localizar défices existentes. Os resultados dos subtestes estão organizados em 8 Índices Principais e 4 Compósitos do Processo Auditivo.

Índice Principais, avaliados pela WMS-III:

Índice Auditivo Imediato - definido como a capacidade de recordar informação logo após a sua apresentação oral e é composto pelo subteste Memória Lógica I e Pares de Palavras I, nos quais eram lidas duas histórias em voz alta e uma lista de palavras, respetivamente, para serem evocadas pelo examinando logo de seguida. À exceção da primeira história toda a informação a recordar em ambos os subtestes é apresentada pelo menos duas vezes, no entanto o subteste Pares de Palavras I requer que o examinando aprenda pares de palavras sem qualquer relação semântica.

Índice Visual Imediato - avalia a capacidade de recordar informação imediatamente após a sua apresentação visual e é composto pelos subtestes Faces I e Cenas de Família I. No subteste Faces I o examinando visualiza um primeiro conjunto de 24 faces, pedindo que as memoriza e, de seguida, é apresentado um segundo conjunto de 48 faces, que inclui as 24 iniciais e que deverão ser identificadas. No subteste Cenas de Família I, o examinando observa uma imagem de uma família, com um cão, em quatro contextos diferentes para que identifique as personagens que estavam presentes, a atividade que estavam a realizar e a sua localização.

Índice de Memória Imediata – a memória imediata é definida como a capacidade para recordar informação imediatamente após a sua apresentação verbal e visual. Este índice é considerado o melhor indicador global do funcionamento da memória imediata e contempla os resultados obtidos pelo índice auditivo imediato e pelo índice visual imediato

Índice Auditivo Diferido - avalia a capacidade de recordar informação verbalmente, algum tempo após a sua apresentação e é composto pelos subtestes Memória Lógica II e Pares de Palavras II, que são as condições diferidas, e que são realizados 25 a 35 minutos depois da condição imediata, ou seja, é pedido ao examinando, que recorde quer as histórias quer a lista de palavras, apresentadas na condição imediata.

Índice Visual Diferido - composto pelos subtestes Faces II e Cenas de Família II, realizados 25 a 35 minutos após a condição imediata, ou seja, o examinando volta a ver um

conjunto de 48 faces para identificar as 24 que tinha visto inicialmente (subteste Faces II) e é realizado o subteste Cenas de Família II no qual tem de recordar as informações pedidas no subteste Cenas de Família I. Este índice pretende avaliar a capacidade de recordar informação apresentada visualmente, após um determinado período.

Reconhecimento Auditivo Diferido - a avaliação deste índice é feita através das pontuações escalares do subtestes da Memória Lógica II e dos Pares de Palavras II, onde estão incluídos os procedimentos de evocação. O índice de Reconhecimento Auditivo Diferido está relacionado com o Índice Auditivo Diferido e uma pontuação superior no índice de Reconhecimento Auditivo Diferido comparativamente com uma inferior no Índice Auditivo Diferido poderá ser significativa de dificuldades de recuperação.

Memória Geral - é uma medida global da memória diferida, avaliado através das somas das pontuações escalares dos subteste do Índice Auditivo Diferido, do Índice Visual Diferido e do Índice de Reconhecimento Auditivo Diferido

Memória de Trabalho - o Índice de Memória de Trabalho contempla uma tarefa apresentada oralmente (Sequência de Letras e Números) e outra visualmente (Localização Espacial) e é apenas composta por tarefas auditivas. Neste índice é avaliada não só a capacidade de concentração em relação à informação transmitida, como também a capacidade de reter, processar e formular uma resposta com base nessa informação.

Os resultados dos Compósitos do Processo Auditivo são obtidos através dos resultados de várias pontuações dos subtestes Memória Lógica I e II e Pares de Palavras I e II, permitem complementar informação sobre alguns aspetos da memória, quando a informação é apresentada oralmente, nomeadamente: aprendizagem por ensaio único, que indica a quantidade de informação que o avaliado consegue recordar, após uma única apresentação oral dos estímulos; a evolução na aprendizagem, que indica se o processo de recordação dos estímulos é facilitado pela repetição dos estímulos; a retenção e a recuperação de informação.

3.4.11 Resultados Obtidos

Relativamente ao subteste de informação e orientação, e de acordo com a sua faixa etária, o sr. D. obteve uma pontuação total de 13, o que corresponde a 80 % da pontuação obtida nos indivíduos da sua faixa etária, evidenciando orientação no espaço e no tempo, motivação e atenção.

Índice Auditivo Imediato e Índice Auditivo Diferido

O Índice Auditivo Imediato é composto pelo subteste Memória Lógica I e Pares de Palavras I, nos quais eram lidas duas histórias em voz alta e uma lista de palavras, respetivamente, para logo de seguida serem evocadas pelo examinando. À exceção da primeira história toda a informação a recordar em ambos os subtestes é apresentada pelo menos duas vezes, no entanto o subteste Pares de Palavras I requer que o examinando aprenda pares de palavras sem qualquer relação semântica.

O Índice Auditivo Diferido é composto pelos subtestes Memória Lógica II e Pares de Palavras II, que são as condições diferidas, e, após 25 a 35 minutos da condição imediata, é pedido ao examinando, que recorde quer as histórias quer a lista de palavras, apresentadas na condição imediata.

Segundo a Classificações qualitativas dos índices Principais da WMS-III, os resultados sugerem que, de acordo com a sua faixa etária, o sr. D. se encontra na classificação média em ambos, no entanto, importa referir que na tarefa de evocação dos Pares de Palavras, o sr. D. evidenciou muita dificuldade e não conseguiu evocar nenhum par pela dificuldade sentida em conseguir memorizá-las. Segundo o próprio, tem por hábito recorrer a mnemónicas o que, devido à inexistência de relação semântica entre os pares, não foi possível realizar. Por outro lado, os autores sugerem que estes resultados, nos subtestes de Pares de Palavras I e II, podem ser indicadores de défices na aprendizagem ou memória de material auditivo.

Índice Visual Imediato e Índice Visual Diferido

O Índice Visual Imediato é composto pelos subtestes Faces I e Cenas de Família I, e o índice visual diferido é composto pelos subtestes Faces II e Cenas de Família II.

No subteste Faces I são apresentadas ao examinando um primeiro conjunto de 24 faces, pedindo que as memorize, e, de seguida um segundo conjunto de 48 faces, onde estão incluídas as 24 anteriores e que deverão ser identificadas. No subteste Cenas de Família I, o examinando observa uma imagem de uma família, com um cão, em quatro contextos diferentes para que identifique as personagens que estavam presentes, a atividade que estavam a realizar e a sua localização.

Na condição diferida, após 25 a 35 minutos da condição imediata, o examinando volta a ver um conjunto de 48 faces para identificar as 24 que tinha visto na primeira vez (subteste Faces II) e é realizado o subteste Cenas de Família II no qual tem de recordar as informações pedidas no subteste Cenas de Família I.

Os resultados evidenciam que, segundo a classificação qualitativa dos índices Principais da WMS-III, o sr. D. se encontra num nível superior comparativamente com a sua faixa etária, apresentando valores padronizados de 120 no Índice Visual Imediato e de 129 no Índice Visual Diferido.

Índice de Memória Imediata

O Índice de Memória Imediata é considerado como o melhor indicador global do funcionamento da memória imediata e contempla os resultados obtidos pelo índice auditivo imediato e o índice visual imediato. Neste sentido, os resultados sugerem que o sr. D. se encontra na classificação média, comparativamente com os indivíduos da mesma faixa etária, tendo obtido um resultado padronizado de 104 no índice principal de memória imediata.

Índice de Reconhecimento Auditivo Diferido

A avaliação deste índice é feita através das pontuações escalares do subtestes da Memória Lógica II e dos Pares de Palavras II, onde estão incluídos os procedimentos de evocação. Na medida em que o Índice de Reconhecimento Auditivo Diferido está relacionado com o Índice Auditivo Diferido e que uma pontuação superior no Índice de Reconhecimento Auditivo comparativamente com uma inferior no Índice Auditivo Diferido poderão ser significativos de dificuldades de recuperação, os resultados sugerem que o Sr. D. não demonstra dificuldade em recuperar informação, uma vez que o seu resultado no Índice Auditivo Diferido (pontuação do índice – 99) foi superior ao resultado obtido no Índice de Reconhecimento Auditivo Diferido (pontuação do índice: 96, classificação média), estando o valor do Índice de Reconhecimento Auditivo Diferido nos valores médios, comparativamente com a sua faixa etária.

Índice de Memória Geral

É uma medida global da memória diferida, avaliada através das somas das pontuações escalares dos subteste do Índice Auditivo Diferido, do Índice Visual Diferido e do Índice de Reconhecimento Auditivo Diferido. Relativamente a este índice, o sr. D. encontra-se, comparativamente com a sua faixa etária, num nível superior, no entanto importa referir, os resultados obtidos no índice auditivo imediato que sugerem dificuldades na capacidade de recordar informação imediata, transmitida oralmente.

Índice de Memória de Trabalho

O Índice de Memória de Trabalho contempla uma tarefa apresentada oralmente (Sequência de Letras e Números) e outra visualmente (Localização Espacial) e é apenas composta por tarefas auditivas. Neste índice é avaliada não só a capacidade de concentração

em relação à informação transmitida, como também a capacidade de reter, processar e formular uma resposta com base nessa informação.

Os resultados evidenciam que, comparativamente com os indivíduos da sua faixa etária, o examinando se encontra num nível de classificação superior, não evidenciando grandes dificuldades em recordar e manipular informação recebida oral e visualmente, num curto espaço de tempo.

Referências Bibliográficas

- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais. Editora Artmed.
- Barbosa, M. M., Afonso, R. M., Yanguas, J., & Paúl, C. (2020). Facilitadores e barreiras à implementação de Cuidados Centrados na Pessoa Idosa em contextos organizacionais: revisão narrativa da literatura. *Revista Kairós- Gerontologia*, 23(1), 25-45.
<http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i1p25-45>
- Chnaider, J., & Nakano, T. D. C. (2021). Avaliação psicológica e envelhecimento humano: revisão de pesquisas. *Interação em Psicologia*, 25(3).
<https://doi.org/10.5380/riep.v25i3.72089>
- Corbo, I., & Casagrande, M. (2022). Higher-Level Executive Functions in Healthy Elderly and Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(5), 1204. <https://doi.org/10.3390/jmc11051204>
- Fonseca, A., & Medeiros, S. (2019). Functional Evaluation Instruments for the Elderly, Validated for the Portuguese Population. *Psicologia, Saúde & Doença*, 20(3), 711-725.
<https://doi.org/10.15309/19psd200313>
- Garcês, F. F. (2024). Atuação do profissional de saúde frente ao envelhecimento saudável: revisão integrativa. *Revista Sociedade Científica*, 7(1), 496-508.
<https://doi.org/10.61411/rsc202418817>
- Garcia, R. J. & Marinez, P. (2019). Integrating Theory and Pratic in Professional Psycology Training: A Case Study Approach. *Professional Psychologis: Research and Pratic*, 50(3), 163-169
- Guarino, A., Forte, G., Giovannoli, J., & Casagrande, M. (2019). Executive functions in the elderly with mild cognitive impairment: a systematic review on motor and cognitive

- inhibition, conflict control and cognitive flexibility. *Aging & Mental Health*, 1-18.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1584785>
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. EDIUAL – Universidade Autónoma Editora, 2011, ISBN 978-989-8191-20-5
- Johnson, M. A. & Anderson, K. S. (2017). Developing Empathy in Psychology Trainees: Insights From Counseling Psychology. *Counseling Psychologist*, 45(2), 285-302
- Lourenço, M. de F. S., & Fernandes, H.J. (2023). A Inclusão da Pessoa mais Velha com Demência na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI): a percepção dos profissionais. *RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 4.
<https://doi.org/10.61415/riage.66>
- Nascimento, M. D. M. (2020). Uma visão das teorias do envelhecimento humano. *Saúde E Desenvolvimento Humano*, 8(1), 161. <https://doi.org/10.18316/sdh.v8i1.6192>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). Recuperado de <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2018). Código Deontológico dos Psicólogos. Lisboa: OPP
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2018). Manual de Competências. Lisboa: OPP
- Pérola S., Correia P. & Dias R. B. (Eds). (2019). *Oficinas de Estimulação Cognitiva*. Espaço Santa Casa
- Ramos, C., Gil, K., Sousa, M., Fernandes, P., Teixeira, R., & Faria, A. L. (2021). Envelhecer na perspetiva psicológica e social: Promoção da saúde, qualidade de vida e estimulação cognitiva no idoso. *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares*, vol. I, 217-228. <http://dx.doi.org/10.34640/universidademadeira2021ramosgilsousa>
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin

- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin Co.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreo e Diagnóstico do Défice Cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240-248.
<http://dx.doi.org/10.20344/amp.6889>
- Sieber, C. (2022). *Mild Cognitive Impairment: A silent and late detection disorder* *SPEAKER BIOGRAPHY*. Recuperado Novembro 22, 2023 de <https://www.nestlenutrition-institute.org/sites/default/files/documents-library/publications/secured/mild-cognitive-impairment.pdf>
- Smith, J., Brown, A. & Johnson, L. (2018). The Role Of Internships in Psychology Education. *Journal of Applied Psychology*, 123(4),567-578
- Tap, P., Hipólito, J., & Nunes, O. Escala de auto-estima SERTHUAL.
- Wechsler, D. (2008). WMS-III: Escala de Memória de Wechsler–3.ª Edição. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Wood, J. K. et. al. (1994), *Abordagem centrada na pessoa* (pp.157-179). Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida.
- WHO. (2021, September 1). *Global status report on the public health response to dementia*. www.who.int. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
- WHO. (2022, Setembro 2020). *Dementia*. World Health Organization; World Health Organization: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>