

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



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

Psicologia Clínica com adultos mais velhos: contributos para o bem-estar psicológico

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

Autora: Diana Mara Alcobia Almeida

Orientador do relatório de estágio: Professor Doutor José Magalhães

Número da candidata: 30002720

Março de 2024

Lisboa

"Temos feito mais esforços em ajudar as pessoas a atingirem a velhice do que em ajudá-las a desfrutá-la."

(Frank Howard Clark)

"We've put more effort into helping folks reach old age than into helping them enjoy it."

(Frank Howard Clark)

Agradecimentos

É com imensa gratidão que expresso os meus sinceros agradecimentos a todos os que fizeram parte do meu percurso académico na Universidade Autónoma de Lisboa.

Aos professores que moldaram o meu percurso desde o primeiro ano da licenciatura, agradeço pelo compromisso, pela partilha de conhecimento e pelo estímulo constante proporcionado. Todas as aulas e orientações foram fundamentais para adquirir os conhecimentos e capacidades alcançadas.

Ao meu orientador de relatório de estágio, agradeço pela orientação e pelo apoio. As suas sugestões e *insights* foram essenciais para o desenvolvimento do meu relatório.

Aos colegas com quem compartilhei trabalhos (académicos) de grupo, discuti ideias sobre o curso e cresci ao longo destes cinco anos, o meu mais profundo agradecimento. Juntos, enfrentámos desafios, celebrámos sucessos e construímos memórias importantes que nos iram acompanhar para sempre. Um agradecimento especial à minha colega de turma, Matilde.

À minha família e amigos, que estiveram ao meu lado nos momentos altos e baixos, agradeço por serem a âncora que sustentou esta minha jornada. O vosso apoio e compreensão foram fundamentais para superar os desafios e celebrar as conquistas. Um agradecimento especial à minha mãe, pai, tia e prima.

Esta conquista é de todos nós, e cada um teve um papel crucial no meu percurso. Obrigada por terem feito parte de uma das minhas primeiras etapas para me tornar psicóloga clínica.

Resumo

O envelhecimento humano é um tema que exige dos profissionais de saúde uma compreensão aprofundada das questões relacionadas ao mesmo e a adoção de práticas que promovam o bem-estar geral das pessoas idosas. Este relatório apresenta o trabalho realizado durante o estágio como psicóloga estagiária no Apoio Integrado, na unidade residencial de idosos de uma fundação. Durante o estágio, foram realizadas sessões semanais de acompanhamento psicológico com três utentes, além de intervenções de estimulação cognitiva em sessões individuais com quatro utentes, como parte de um projeto de atividades desenvolvido ao longo do período de estágio. Todas as intervenções clínicas foram realizadas segundo o modelo teórico da Abordagem Centrada na Pessoa. Durante o estágio, esta abordagem foi fundamental uma vez que enfatizou a importância da relação terapêutica e da compreensão empática nas experiências e necessidades dos utentes. Através dessa abordagem, foi possível estabelecer uma relação de confiança e colaboração, permitindo que os adultos mais velhos se sentissem compreendidos e respeitados. Além do trabalho clínico, procurou-se contribuir para o bem-estar geral dos adultos mais velhos através de atividades adicionais, como, por exemplo, na criação de um calendário dinâmico para a sala de convívio dos mesmos.

Palavras-chave: envelhecimento, acompanhamento psicológico, estimulação cognitiva, avaliação psicológica, abordagem centrada na pessoa.

Abstract

Human aging is a topic that demands healthcare professionals to have a deep understanding of related issues and to adopt practices that promote the overall well-being of elderly individuals. This report outlines the work undertaken during an internship as a trainee psychologist at Integrated Support, a residential care unit for the elderly within a foundation. Throughout the internship, weekly psychological support sessions were conducted with three residents, alongside cognitive stimulation interventions in individual sessions with four other residents, as part of a project developed during the internship period. All clinical interventions were conducted according to the theoretical framework of the Person-Centered Approach. This approach proved pivotal during the internship, as it underscored the importance of the therapeutic relationship and empathetic understanding of residents' experiences and needs. Through this approach, a relationship of trust and collaboration was established, allowing the elderly to feel understood and respected. In addition to clinical work, efforts were made to contribute to the overall well-being of the elderly through additional activities, such as creating a dynamic calendar for the residents' social lounge.

Keywords: aging, psychological counseling, cognitive stimulation, psychological assessment, person-centered approach.

Índice

Introdução	11
PARTE I - PLANO DE ESTÁGIO	14
Caracterização da entidade de estágio	15
Caracterização da população	16
Levantamento de necessidades	16
Objetivos de estágio	17
Horário de Estágio e Cronograma de Estágio	19
PARTE II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
Princípios éticos e deontológicos na prática da Psicologia	22
Psicologia Clínica	22
Abordagem Centrada na Pessoa	24
Teoria do Desenvolvimento Psico-afetivo	26
Envelhecimento Humano	28
Psicologia do envelhecimento e Psicologia do Idoso	30
A Institucionalização de idosos em Unidades Residenciais	32
Envelhecimento ativo	35
Psicopatologias no envelhecimento	36
Estimulação Cognitiva	39
Avaliação Psicológica em idosos	43
PARTE III – TRABALHO DE ESTÁGIO	46
Atividades de estágio	47

Projeto de Atividades de Estimulação Cognitiva	48
Estimulação cognitiva individual - Utente C.....	49
Estimulação cognitiva individual - Utente A	50
Estimulação cognitiva individual - Utente N	51
Estimulação cognitiva individual - Utente H	52
Casos Clínicos	53
Caso Clínico 1- Avaliação psicológica em Acompanhamento Psicológico.....	53
Caso Clínico 2- Acompanhamento Psicológico	75
Outros Casos Clínicos.....	89
Outras atividades de estágio.....	91
Iniciativas adicionais ao longo do estágio.....	93
Parte IV - Dificuldades e limitações enfrentadas	93
Parte V - Conclusões	94
Referências.....	96

Índice de figuras

Figura 1 – Genograma do caso 1	56
Figura 2 – Genograma do caso 2	77

Índice de tabelas

Tabela 1 - Cronograma de Calendarização das atividades a decorrer do estágio.....	19
Tabela 2 - Atividades Diretas e Atividades Indiretas.....	47
Tabela 3 -Avaliação Psicológica do caso clínico 1.....	58
Tabela 4 - Avaliação psicológica do caso clínico 2.....	80
Tabela 5 - Avaliação psicológica do caso A.C.....	89

Lista de Siglas e Acrónimos

ACP - Abordagem Centrada na Pessoa

TCC - Terapia Centrada no Cliente

APPCPC - Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e *Counselling*

MMSE - *Mini Mental State Examination*

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

LCI - Locus de contorno Interno

LCE - Locus de contorno externo

OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses

APA- *American Psychological Association*

OMS - Organização Mundial da Saúde

TDP - Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo

Introdução

O presente relatório surge do contexto enriquecedor e desafiador de um estágio em Psicologia Clínica realizado numa Fundação, como parte do programa de Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento na Universidade Autónoma de Lisboa “Luís de Camões”. O objetivo deste relatório é partilhar as experiências, aprendizagens e reflexões adquiridas durante o período em que se esteve imersa neste contexto profissional. Durante este estágio, realizado na unidade residencial de idosos, foi possível observar a complexidade da psicologia do idoso e a importância da Estimulação Cognitiva que se revelaram fundamentais para a compreensão holística da prática clínica com adultos mais velhos. A área de foco foi a Psicologia Clínica, cujo objetivo é estudar, avaliar, prevenir e tratar perturbações emocionais e comportamentais (APA, 2008). Este campo valoriza a singularidade de cada pessoa, levando em consideração a sua história e contexto de vida (Baptista & Neto, 2019).

Na primeira parte do presente relatório é apresentado o plano de estágio que inclui a caracterização da entidade de estágio, o levantamento de necessidades realizado, os objetivos traçados para o estágio, assim como o horário e cronograma estabelecidos para as atividades de estágio.

Na segunda parte, no enquadramento teórico, serão abordados os princípios éticos e deontológicos na prática da Psicologia, a Psicologia Clínica, a Abordagem Centrada na Pessoa, o Envelhecimento Humano, a Psicologia do Envelhecimento e do Idoso, a Institucionalização de idosos em Unidades Residenciais com os seus desafios e perspetivas, o Envelhecimento Ativo, as Psicopatologias no Envelhecimento, a Estimulação Cognitiva e a Avaliação Psicológica em idosos.

Na terceira Parte, no trabalho de estágio, será apresentada a caracterização da população atendida e serão detalhadas as atividades realizadas durante o estágio, com destaque para o projeto de atividades de estimulação cognitiva e a apresentação e discussão de casos clínicos de acompanhamento psicológico vivenciados.

Além disso, serão abordadas outras atividades realizadas durante o estágio e iniciativas adicionais desenvolvidas ao longo do mesmo, bem como as dificuldades e limitações enfrentadas durante a execução das atividades de estágio.

Por fim, serão apresentadas as considerações finais, destacando as contribuições do estágio para a formação e desenvolvimento profissional da estagiária.

A participação num estágio académico é uma componente crucial na formação de um/a psicólogo/a, proporcionando uma introdução supervisionada à prática profissional e promovendo a integração, aplicação e consolidação de conhecimentos teórico-práticos (Sousa et al., 2022), isto é, representa um momento de transição entre a vida académica e profissional, proporcionando a oportunidade de aplicar na prática, os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do mestrado (OPP, 2022). Para além disso, o estágio permite que o aluno seja inserido num contexto profissional, adquirindo novas competências que podem ser fundamentais para a sua futura carreira e contribuindo para o desenvolvimento da sua identidade profissional nessa área (Franco et al., 2019). Assim, neste estágio, pretendeu-se: colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso académico, bem como adquirir novos, ainda não estudados/explorados; adquirir conhecimentos sobre a população em questão; contactar com o contexto profissional, identificando potencialidades e dificuldades que necessitam de ser ultrapassadas (OPP, 2014).

A atenção à saúde mental da população idosa tem ganho destaque à medida que as sociedades envelhecem (Silva et al., 2023). Este estágio proporcionou uma visão íntima das complexidades da Psicologia do Envelhecimento, onde aspetos biopsicossociais convergem para moldar a experiência única de cada indivíduo na terceira idade. A compreensão da Psicologia do Idoso promoveu um entendimento e exploração dos sintomas físicos, comportamentos, interações sociais e dos desafios intrínsecos à transição para a fase idosa.

Destaca-se a importância da Estimulação Cognitiva como uma ferramenta crucial para preservar e promover a saúde mental. A prática sistemática de atividades desafiadoras para a mente, a adaptação de abordagens terapêuticas e a promoção de um ambiente estimulante podem ser elementos essenciais na preservação das funções cognitivas, na melhoria da qualidade de vida dos residentes (Almeida et al., 2022) e de acordo com o que observei, promove o bem-estar e satisfação dos mesmos, ainda que em alguns casos, possa ser momentâneo.

Ao longo deste relatório, serão exploradas as dinâmicas específicas encontradas na unidade residencial, destacando casos clínicos, desafios enfrentados e estratégias aplicadas. Este relatório procura, assim, não apenas documentar a experiência de estágio, mas também contribuir para o entendimento mais profundo da aplicação prática da Psicologia Clínica no

contexto do envelhecimento, incorporando a essencial dimensão da Estimulação Cognitiva como uma componente essencial do cuidado holístico.

PARTE I - PLANO DE ESTÁGIO

Caracterização da entidade de estágio

A fundação na qual se realizou este estágio curricular é uma organização particular, sem fins lucrativos de solidariedade social. Atualmente, conta com 55 anos de atividade. Esta procura direcionar as suas atividades para crianças, jovens, idosos e famílias, com especial atenção aos grupos mais vulneráveis. A composição e desenvolvimento desta fundação baseou-se em valores e princípios atualmente presentes nas suas atividades diárias, tais como o humanismo, solidariedade, igualdade de oportunidades e desenvolvimento sustentável. Estes são a base da sua missão e visão. Esta organização tem como missão desenvolver a comunidade, procurando colocar em prática serviços que promovem a qualidade de vida da mesma. É assim, considerada uma fundação de referência no que diz respeito às suas intervenções bem-sucedidas que proporcionam o desenvolvimento da comunidade.

Atualmente, esta fundação divide a sua atividade em 3 grandes áreas de intervenção: a de Educação, a Social e a de Saúde. A área da educação inclui cerca de 1400 alunos desde o berçário até ao ensino secundário. A área social é constituída por 4 sub áreas: engloba a emergência social, com acolhimento até 30 crianças em situações perigo; a intervenção social e comunitária, onde se desenvolvem ações para intervenção em situações de crise, prevenção de atores de risco, atendimento social e psicológico à comunidade, promoção do bem-estar e autonomia das pessoas; e o apoio a adultos mais velhos que é composto pelo lar, Centro de Dia e apoio domiciliário e por fim o Apoio comunitário, onde acolhe crianças em Creche e Pré-escolar, idosos e apoia famílias monoparentais em situação risco. Por último, a área da saúde, abrange a Clínica de Medicina Física e de Reabilitação.

O Apoio comunitário, onde foi realizado o presente estágio curricular, está integrado na área social da Fundação, este é localizado numa área distinta da sede da fundação. Começou a sua atividade em 2002 em resposta às necessidades da comunidade: acolhe crianças em Creche e Pré-escolar, acolhe idosos e apoia famílias monoparentais em situação risco. Desde 2004, a sua atividade, no que diz respeito ao apoio aos idosos, expandiu-se, bem como a sua atividade ao apoio a Famílias em Risco. O objetivo e missão deste apoio, é assegurar uma resposta sólida e personalizada aos variados pedidos de ajuda dos cidadãos e da comunidade, contribuindo para uma constante melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos idosos e das suas famílias. Os utentes têm ao seu dispor espaços de alojamento, a sala de convívio, um espaço exterior relativamente grande e a dinamização de atividades lúdicas e de animação.

Considerando as diferentes respostas sociais que são desenvolvidas neste Apoio Comunitário, procura-se estabelecer relações Inter-geracionais - Idosos e crianças - criando um ambiente de envolvimento e partilha entre os diferentes grupos. Diversos estudos mostram que a interação social durante a velhice é essencial e que um dos fatores que promove o envelhecimento positivo é a existência de interações inter-geracionais, e que um espaço que inclua este contexto interativo proporciona aos adultos mais velhos uma maior estimulação cognitiva e emocional (Fragoso, 2012). Neste sentido, é uma mais-valia esta Fundação ser um espaço que promove este tipo de estimulação aos seus utentes.

Caracterização da população

O Apoio comunitário, no momento do estágio, integrava 22 utentes em longo internamento. Eram 18, as utentes do género feminino e 4 utentes do género masculino com idades compreendidas entre os 60 e os 95 anos. A utente que residia há mais tempo entrou em janeiro de 2004 e o utente mais recente entrou em setembro de 2022. Os 22 utentes são de nacionalidade portuguesa. Relativamente ao estado civil dos utentes, 2 utentes são casados, 3 utentes são solteiros, 4 utentes são divorciados e 13 utentes são viúvos. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos utentes estudou até ao 4º ano. No que diz respeito às visitas que os residentes recebem, maioritariamente são visitas de familiares diretos, como filhos.

No que diz respeito às patologias mais comuns dos utentes da fundação, estas eram do foro psíquico, as mais presentes são a depressão, ansiedade e demência. A maioria dos utentes possuíam ou encontravam-se a iniciar quadros demenciais em comorbidade com outras patologias, do foro psíquico, biológico e físico.

Levantamento de necessidades

A equipa técnica multidisciplinar da fundação apresentou a necessidade de integrar um profissional de psicologia no Apoio Comunitário, uma vez que, ainda não existia nenhum profissional com atuação no campo da psicologia, nesta parte estrutural da fundação. Assim, a psicóloga estagiária foi inserida na equipa multidisciplinar presente, de forma a, através das atividades de estágio, contribuir para o bem-estar psicológico dos residentes, participar e apoiar a integração de possíveis novos residentes e até, se possível na realização de planos de intervenção comunitária.

A maioria dos utentes do Apoio Comunitário integrado não têm acompanhamento psicológico, (cerca de dois utentes tinham acompanhamento psicológico por profissionais que não trabalhavam no Apoio Comunitário, com os quais não tive qualquer contacto) sendo uma mais-valia, a psicóloga estagiária, numa fase inicial, ter como atividades de estágio destinadas,

iniciar o acompanhamento de três casos clínicos e estimulação cognitiva com quatro utentes. A seleção dos utentes com os quais iria trabalhar foi realizada pela equipa técnica multidisciplinar após uma reunião de levantamento de necessidades, na qual foram discutidas as necessidades dos utentes e quais seriam os que seriam indicados para o efeito e que, assim, mais beneficiariam de intervenção/acompanhamento psicológico.

Após este levantamento de necessidades, numa fase inicial, pretendeu-se observar os utentes, a dinâmica do Apoio Comunitário, perceber as suas motivações, necessidades e comportamentos dos residentes para não só adequar as intervenções prestes a iniciar como adequar as interações com todos os utentes no ambiente comunitário da fundação.

Ainda nesta fase inicial, aplicou-se o *Mini Mental State Examination* (MMSE) a todos os utentes selecionados para intervenção, de forma a obter um rastreio das suas funções cognitivas para adequar a mesma a cada utente.

Objetivos de estágio

Considerando que o estágio é um “espaço privilegiado de desenvolvimento pessoal e profissional” (Ferreira & Hood, 1990 citados por OPP, 2014, p.4), pretende-se como objetivos gerais, estabelecer contacto prático com a Psicologia Clínica; colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso académico em Psicologia bem como adquirir novos, ainda não estudados/explorados; aplicar o Modelo de Carl Rogers nas relações terapêuticas; adquirir conhecimentos sobre a população sénior e desenvolver competências como: a resiliência, a empatia, tomada de decisão, identidade profissional, entre outras (Loganbill et al., 1982, citado por OPP, 2014);

Relativamente aos objetivos específicos, pretende-se contactar com o contexto profissional, identificando potencialidades e dificuldades que necessitam de ser ultrapassadas (Monteiro, 2010, citado por OPP, 2014); estabelecer e fortalecer relacionamentos de confiança com os utentes da fundação; identificar através da observação naturalista, as dificuldades dos utentes nas atividades diárias; perceber as especificidades da população; compreender a perceção que os utentes têm sobre o seu contexto de vida anterior vs o atual; compreender a perceção que os utentes têm de si próprios; desenvolver competências técnicas e relacionais sobre a prática do acompanhamento psicológico com a análise de três casos clínicos bem como delinear as devidas intervenções (acompanhamento psicológico individual); compreender através dos acompanhamentos psicológicos individuais, os vários fatores sociais e psicológicos

da institucionalização bem como as suas problemáticas e conhecer, selecionar e aplicar instrumentos para a prática da Avaliação Psicológica;

Conforme o Diploma Europeu de Psicologia, é crucial que o psicólogo obtenha vinte competências primárias, agrupadas em seis categorias distintas, nomeadamente: especificação de objetivos, avaliação, desenvolvimento, intervenção, avaliação final e comunicação (Europsy, 2015).

No que diz respeito à especificação de objetivos, os/as estagiários/as devem definir os objetivos de intervenção conforme as necessidades identificadas. Neste sentido, durante o presente estágio curricular, foi delineado os objetivos nos casos atribuídos, tanto no acompanhamento psicológico como nas atividades de estimulação cognitiva. Interagi com os utentes, recolheu-se as informações e analisou-se as necessidades, estabelecendo metas realizáveis (Europsy, 2015).

No domínio da avaliação, através de instrumentos de avaliação psicológica, observação e entrevista clínica recolhi dados relevantes à intervenção com os utentes bem como à compreensão dos casos clínicos (Europsy, 2015).

Na vertente do desenvolvimento, os/as estagiários/as devem basear intervenções a realizar em teorias e métodos, definindo objetivos, explorando condições e barreiras e avaliar o serviço considerando a sua adequação e custos, caso se aplique (Europsy, 2015). No presente estágio, as interações e intervenções foram realizadas segundo a ACP, definindo os objetivos segundo os princípios desta abordagem.

Quanto à intervenção, esta etapa está vinculada à identificação, preparação e execução de estratégias para alcançar os objetivos estabelecidos, exigindo a formulação de planos de intervenção pertinentes. Neste contexto, são utilizados métodos que impactam indivíduos ou aspetos específicos, proporcionando-lhes a oportunidade de tomar decisões (Europsy, 2015).

A avaliação final implica o uso de técnicas para avaliar a eficácia das intervenções realizadas, uma responsabilidade que foi desempenhada durante o presente estágio (Europsy, 2015).

Por fim, no que diz respeito à comunicação, é crucial fornecer informações de maneira a atender às expectativas e necessidades das pessoas. Este *feedback* deve ser apresentado através de meios apropriados, tanto oralmente quanto por escrito, abrangendo os resultados das avaliações, intervenções e avaliações realizadas (Europsy, 2015).

Horário de Estágio e Cronograma de Estágio

O horário estabelecido entre a estagiária e a orientadora institucional foi de quinta-feira a sexta-feira das 09h:30 às 17h:30. O estágio no seu total teve 485h, conforme detalhado na tabela 1, onde são também apresentadas as atividades realizadas ao longo do estágio.

Tabela 1

Cronograma de Calendarização das atividades a decorrer do estágio

Cronograma- Estágio curricular Psicologia Clínica	Quinta e Sexta das 09h:30 às 17h:30 Total de horas - 485h									
Ano	2022					2023				
Mês	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abri	Mai	Jun	
Reuniões de supervisão										
Observação e caracterização da dinâmica da org. e da população										
Pesquisa e investigação sobre a população										
Levantamento de necessidades e definição de objetivos										
Entrega do Projeto de Estágio										
Avaliação psicológica dos utentes de estimulação cognitiva										
Planeamento das atividades de estimulação cognitiva										
Estimulação cognitiva- Intervenção individual										
Sessões de acompanhamento psicológico										

PARTE II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Princípios éticos e deontológicos na prática da Psicologia

As considerações éticas e deontológicas desempenham um papel crucial na prática dos psicólogos. Conforme destacado pela OPP (2016), o Código Deontológico estabelece princípios gerais que representam a “moral comum da Psicologia” compartilhada pelos psicólogos em Portugal. Esses princípios abrangem o respeito pela dignidade e direitos da pessoa, enfatizando a necessidade dos psicólogos respeitarem a individualidade, as decisões e os direitos dos seus clientes, sem discriminação e/ou julgamentos.

Os princípios de competência orientam os psicólogos a agir de acordo com as técnicas e teorias relacionadas à ciência e à área na qual atuam. A responsabilidade é ressaltada, alertando os profissionais sobre as consequências negativas que práticas inadequadas podem acarretar para os indivíduos atendidos (clientes/pacientes), para a profissão e para a sociedade como um todo. A integridade é incentivada, destacando a importância de manter coerência no caráter e na conduta, evitando influências externas e prevenindo conflitos de interesse (OPP, 2016).

Os princípios de beneficência e não-maleficência reforçam a necessidade dos psicólogos considerarem sempre o melhor interesse dos seus clientes, promovendo e protegendo os seus interesses e motivações de forma a evitar danos (OPP, 2016).

Além dos princípios gerais, o Código Deontológico inclui princípios específicos, derivados daqueles, que abordam áreas como consentimento informado, privacidade, confidencialidade, relações profissionais, avaliação psicológica, prática e intervenção psicológicas, ensino, formação, supervisão psicológicas, pesquisa e declarações públicas (OPP, 2016).

Psicologia Clínica

Segundo Pedinielli (1999), a Psicologia Clínica concentra-se no estudo do comportamento humano e as suas condições. A autora Leal (2000), destaca que, a origem do termo “Psicologia Clínica”, foi introduzido por Lightner Witmer em 1892 e formalizada com a criação de uma divisão autônoma, em 1935, pela *American Psychological Association* (APA) (Leal et al., 2012). Inicialmente associada à Psiquiatria, a Psicologia Clínica procurou diferenciar-se ao aplicar os seus princípios a diversos domínios sociais. A Psicologia Clínica é, atualmente, uma especialidade no campo da Psicologia que se concentra na avaliação, diagnóstico, apoio e tratamento do sofrimento psicológico. Este ramo aborda aspetos

individuais, sociais e variações normais e patológicas ao longo do ciclo de vida, desde o nascimento até o envelhecimento (Pardinielli, 1999).

Destaca-se o raciocínio clínico, que, conforme Leal (2000), consiste na análise da história de vida, observação, e utilização de testes psicológicos para formular hipóteses sobre o estado emocional, orientando as opções de acompanhamento. Este está relacionado com o método clínico, fundamental na Psicologia Clínica, composto por técnicas como observação clínica, entrevista, anamnese e aplicação de técnicas psicométricas, visando compreender e prevenir psicopatologias. Estas técnicas são utilizadas na recolha de dados para compreender o indivíduo, explorar a sua perceção de si mesmo, dos outros e das fontes de perturbação. O método clínico orienta-se por princípios específicos para assegurar a singularidade e a fidelidade à observação na procura de significados e na compreensão das origens e resoluções de conflitos.

A observação, segundo Ribeiro (2010), envolve a análise direta do comportamento em contexto natural, enquanto a entrevista, conforme Ferreira (2015), é um instrumento preliminar das relações sociais, utilizado na Psicologia Clínica para obter informações específicas. Destaca-se a entrevista clínica, aplicada com base em teorias e modelos, sem espaço para o senso comum (Leal, 2000).

A anamnese, essencial à elaboração de diagnósticos, é interpretativa, baseada na análise da entrevista (Filho, 1994). A Avaliação Psicológica, segundo Ribeiro (2010), procura produzir informações adequadas para decisões, utilizando diversas técnicas e instrumentos, como questionários, testes e entrevistas.

A Psicologia Clínica pretende promover a saúde mental dos indivíduos. É importante destacar que diversas disciplinas abordam o conceito de saúde mental como um tema interdisciplinar, influenciado por diferentes modelos de pensamento (Alcântara et al., 2022). Conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental é caracterizada como um estado de bem-estar no qual um indivíduo reconhece as suas próprias habilidades, consegue lidar com o *stress* sentido no dia-a-dia, desempenhar as suas atividades produtivamente e contribuir para a comunidade. Portanto, a saúde mental é mais do que uma simples ausência de distúrbios mentais, representando, na verdade, uma qualidade de vida elevada (WHO, 2012).

Abordagem Centrada na Pessoa

No contexto da intervenção clínica, no presente estágio foi aplicado o Modelo Rogeriano da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Este modelo descreve a relação de ajuda psicológica como um ambiente onde a aceitação calorosa e a ausência de constrangimentos por parte do psicólogo permitem que o cliente expresse livremente os seus sentimentos, atitudes e problemáticas (Rogers, 1992).

O psicólogo Carl Rogers fundou a Terapia Centrada no Cliente (TCC). Na década de 40, apresentou o modelo da Psicoterapia, referindo os seus pressupostos (Leal, 2018). Segundo a Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e *Counselling* (APPCPC), na TCC, o terapeuta fornece um ambiente terapêutico seguro e não julgador no qual o cliente pode explorar os seus próprios sentimentos, experiências e perspetivas. O cliente possui recursos internos para resolver os seus próprios problemas quando fornecido um ambiente terapêutico adequado. A ACP é um termo que pode ser utilizado de forma mais ampla para descrever o modelo filosófico de Rogers. A utilização deste termo enfatiza que a aplicação dos princípios de Rogers não se limitam apenas ao contexto terapêutico, mas também pode ser aplicada em todos os campos do indivíduo (Moreira, 2010) (este será o termo mais utilizado no presente relatório).

A conceção da entrevista clínica está intimamente ligada ao trabalho de Carl Rogers (1966), este desenvolveu os princípios fundamentais da psicoterapia, enfatizando a aceitação do outro, o foco na pessoa, a empatia e a não diretividade, além da compreensão.

A ACP apresenta “(...) uma visão de homem como sendo, em essência, um organismo digno de confiança” (Rogers, 1976, p. 16). De acordo com Rogers (1992), o ser humano procura atingir a autorrealização, progredindo e ampliando as suas competências, acreditando nas suas capacidades de resolução, além disso, defende que o homem é um ser único e livre, que possui poder de escolha (Leal, 2018; Rogers, 1992). Reconhecida como uma terapia holística, a ACP vê o ser humano como um todo, como alguém ativo no processo terapêutico, tendo consciência subjetiva sobre si próprio (Borja, 2004; Leal, 2018; Rogers, 1992).

Rogers, pioneiro na análise da mente humana, concentrou-se na organização do *self*, desenvolvendo uma introspeção evolutiva para promover a autorrealização do cliente e revelar as suas capacidades internas. Destacou a liberdade de escolha, fortalecendo o autoconhecimento e autonomia. Esta abordagem visa aceitar os aspetos positivos e negativos da personalidade, impulsionando a confiança do indivíduo (Leitão, 1990). Na ACP o terapeuta

promove a autorregulação, procurando resolver problemática(s) apresentada(s) pelo cliente, elevando a sua confiança, autoestima e aceitação pessoal. Ao focalizar o autoconhecimento e transformações no *self*, a ACP amplifica o bem-estar do cliente (Leal, 2018; Leitão, 1990).

Na ACP, o terapeuta assume a perspectiva do cliente, facilitando o entendimento mútuo. A prática terapêutica envolve devolver ao cliente *insights* sobre si mesmo, promovendo a compreensão pessoal. O foco na compreensão empática é central, proporcionando clareza ao cliente. Na ACP, o terapeuta atua como facilitador, evitando julgamentos. Ao contrário de sistemas avaliativos, a abordagem baseia-se em atitudes terapêuticas, incluindo compreensão empática, congruência e cuidado incondicional positivo. Estas atitudes contribuem para a construção de um ambiente seguro, permitindo que o cliente se expresse livremente (Leal, 2018; Rogers, 1992).

A ACP é constituída por três pilares. O primeiro é o conceito de tendência atualizante que se define pela capacidade evolutiva do ser humano (Brites et al., 2016; Telles et al., 2014). O segundo é a não diretividade que corresponde à confiança do terapeuta no potencial do cliente, dando-lhe liberdade para este dirigir o processo terapêutico (Cury et al., 2012; Moon & Rice, 2012), devendo ser fornecidas as condições relacionais necessárias para o cliente aceder aos diferentes caminhos possíveis deste processo. O terceiro pilar integra a presença de seis condições necessárias para o processo terapêutico e para que ocorra uma mudança da personalidade: a primeira é o terapeuta e o cliente estarem psicologicamente presentes para a criação de uma relação, que promova o sucesso da terapia e estarem em contacto psicológico (Hipólito, & Nunes, 2011; Leal, 2018; Moreira, 2010). Para Rodrigues (2012) o contacto psicológico acontece quando cada um dos elementos da relação afeta o campo experiencial do outro; a segunda condição destaca que é crucial que o cliente se encontre em estado de incongruência e, por sua vez, que este possua *insight* e procure ajuda (Rogers, & Wallen, 2000). Esta consiste num estado de “desarmonia interna” e facilita o processo terapêutico (Leal, 2018; Moreira, 2010). Relativamente à terceira, à quarta e à quinta condição necessária e suficiente, estas são denominadas condições nucleares, correspondendo às condições necessárias por parte do terapeuta (Leal, 2018): a terceira refere que o terapeuta deve estar congruente permanecendo presente na relação de forma autêntica, não se escondendo num “papel profissional” (Thorne, 2003); a quarta destaca que é também fundamental que o terapeuta experiencie um cuidado incondicional, através de uma consideração positiva incondicional aceita o indivíduo, sem fazer qualquer juízo de valor, permitindo ao cliente expressar-se livremente (Branco, 2020; Pacheco et al., 2017); a quinta condição corresponde à compreensão empática que o terapeuta deve

adotar em contacto com o cliente, devendo adotar sempre um olhar incondicional positivo, transmitindo essa compreensão ao cliente (Borja-Santos, 2004; Rogers, 1957) e por último, a sexta condição que salienta que a compreensão empática e a consideração positiva incondicional por parte do terapeuta devem ser corretamente transmitidas ao cliente, para que o mesmo as perceba durante o processo terapêutico, isto é, não chega que o terapeuta mantenha uma atitude de compreensão empática para com o cliente, se este não a estiver a perceber (Leal, 2018).

Estes princípios fundamentam uma relação de ajuda que promove o desenvolvimento e crescimento, favorecendo a tendência atualizante do organismo para a autorregulação. Nas palavras de Rogers (1959), citado por Leal (2008, p.128), “Entende-se que muitas vezes (...) o potencial de cada indivíduo é muitas vezes coartado por acidentes de percurso, que não promovem nem sentidos de vida e existência nem crescimento e maturidade” (Rogers, 1959, citado por Leal, 2008, p.128).

Fazendo uma ponte para os tópicos que serão desenvolvidos de seguida, a ACP faz a diferença na intervenção clínica com adultos mais velhos institucionalizados. Através do ambiente acolhedor e empático, onde os idosos se sentem respeitados e compreendidos, da escuta ativa e empatia, os terapeutas estabelecem uma relação sólida, permitindo aos adultos mais velhos expressarem-se sem julgamentos. Ao valorizar a autonomia e a capacidade decisória dos idosos, a ACP promove dignidade e *empowerment*. Além disso, ajuda a lidar com questões de solidão e isolamento social ao oferecer um espaço seguro para partilhar experiências (Genuino et al., 2019). A Psicologia Clínica, através desta abordagem, desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar, oferecendo suporte emocional e tratando questões como ansiedade e depressão. Assim, a aplicação da ACP, é uma mais-valia na intervenção clínica com idosos institucionalizados, proporcionando benefícios significativos para esta população vulnerável (Freitas et al., 2023; Genuino et al., 2019; Lira et al., 2018; Souza et al., 2024).

Teoria do Desenvolvimento Psico-afetivo

A Teoria do Desenvolvimento Psico-afetivo (TDP) explica o desenvolvimento humano numa perspetiva da Abordagem Centrada na Pessoa, oferece uma compreensão ampla do crescimento psico-afetivo do indivíduo, destacando a interação entre múltiplos fatores biológicos, psicológicos e sociais no processo de formação da personalidade e no surgimento de possíveis perturbações psicológicas (Hipólito, 2011).

Esta teoria parte do pressuposto de que os seres humanos possuem uma tendência inata para o desenvolvimento e a complexificação ao longo das suas vidas. Esta tendência, referida como tendência atualizante, pode ser observada desde os estágios iniciais do desenvolvimento, nos quais uma única célula se transforma gradualmente num organismo complexo, capaz de interagir com o ambiente de forma cada vez mais complexa. Este processo de complexificação, conhecido como hipercomplexidade, possibilita a constante atualização das potencialidades individuais em resposta às exigências e estímulos do meio (Hipólito, 2011).

No entanto, o desenvolvimento humano não é um processo linear e sem obstáculos. Traumas, sejam estes de natureza física, psicológica ou social, podem interferir neste processo, limitando a expressão das potencialidades individuais. Por exemplo, a falta de afeto ou a rejeição por parte da figura materna pode levar uma criança a desenvolver uma autoimagem distorcida, procurando constantemente a aprovação externa para validar a sua existência. Esta interação complexa entre o indivíduo e o seu ambiente é crucial para entender os processos de dissociação, nos quais ocorre uma separação entre a experiência subjetiva do indivíduo e a sua percepção consciente. Esta dissociação pode manifestar-se em diferentes níveis, incluindo a discrepância entre o *Self* Organísmico (a percepção espontânea e autêntica do indivíduo sobre si mesmo), o *Self* Real (a forma como o indivíduo é objetivamente), o *Self* Percebido (a forma como o indivíduo se percebe em relação ao mundo exterior) e o *Self* Ideal ou desejado (a imagem idealizada que o indivíduo acredita que deveria ter para ser aceite pelo outro). O processo de dissociação referido anteriormente pode levar também a vários processos dissociativos, entre o Locus de Controlo Interno (LCI) e o Locus de Controlo Externo (LCE). O LCI refere-se à maneira como o indivíduo experiencia e interpreta os fenômenos dentro de si mesmo, enquanto o LCE diz respeito à percepção de que as decisões e acontecimentos são controlados por fatores externos, como outras pessoas ou circunstâncias externas (Hipólito, 2011).

Esta tensão entre diferentes aspetos da personalidade pode levar ao surgimento de sintomas, que representam uma tentativa do organismo em restaurar o equilíbrio interno. Esses sintomas podem variar de problemas somáticos a perturbações psicológicas mais graves, como psicoses. No entanto, é importante reconhecer que o desenvolvimento humano é um processo dinâmico. Numa perspetiva noética, ao considerar a finitude humana, é possível entender a morte como parte integrante do ciclo da vida, encerrando um capítulo para “abrir espaço” a novas possibilidades de crescimento e renovação (Hipólito, 2011).

Assim, a TDP promove uma reflexão sobre o sentido da vida e da morte, questionando qual seria o propósito da evolução se não existisse a morte. É através desta questão que é possível compreender não apenas o desenvolvimento individual, mas também o papel da existência humana no contexto de evolução (Hipólito, 2011).

Envelhecimento Humano

O envelhecimento considera-se um processo de degradação progressiva e diferencial (Dias, 2012). A velhice é considerada a última fase do desenvolvimento humano e representa o conjunto de efeitos de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (Silva et al., 2012). Não é possível identificar o início do envelhecimento, porque, considerando o nível biológico, psicológico, sociológico no qual o mesmo se situa, a velocidade varia de indivíduo para indivíduo (Dias, 2012). Entre as inúmeras alterações correspondentes a esta etapa estão as perdas fisiológicas, as modificações em algumas capacidades cognitivas, tais como na memória de trabalho, na velocidade de pensamento e em capacidades visoespaciais (Silva et al., 2012).

Segundo Mascaro (2004) o processo de envelhecimento apresenta diferentes dimensões: a “Idade Cronológica”, determinada pela data de nascimento; a “Idade Biológica”, influenciada por fatores genéticos e ambientais que afetam as mudanças físicas e fisiológicas; a “Idade Social”, que reflete conceitos, normas e crenças sociais; e a “Idade Psicológica”, relacionada às alterações comportamentais decorrentes do envelhecimento e influenciadas pelas normas sociais.

No aspeto físico, o envelhecimento é caracterizado pelo declínio das funções orgânicas do corpo, como a diminuição da capacidade respiratória e cardiovascular, a perda de elasticidade da pele e a diminuição da força muscular. No aspeto psicológico, o envelhecimento está associado às mudanças na memória, na atenção e no processamento de informações (Lima et al., 2023) e envolve o esforço pessoal contínuo na procura do autoconhecimento e do sentido da vida (Silva et al., 2012). Além disso, é comum haver uma diminuição na velocidade de resposta e na capacidade de aprendizagem. Já no aspeto social, o envelhecimento envolve transformações nas relações familiares e nas interações sociais, bem como a reflexão sobre o ciclo de vida e a procura de significado e propósito na terceira idade ao nível social (Lima et al., 2023).

Envelhecer tem sido uma preocupação para a humanidade desde o início da civilização (Neri, 2006). - “O envelhecimento humano e demográfico é considerado um dos problemas mais importantes das sociedades contemporâneas” (Teixeira, 2010, p.11), sendo um dos

maiores desafios a enfrentar pela humanidade, devido às consequências que acarreta, sociais, económicas e políticas (Jacob, 2007). Já a preocupação relativa à qualidade de vida durante a velhice, foi ganhando maior relevância no decorrer dos últimos 30 anos. Durante o século XX, deu-se um grande avanço científico sobre o envelhecimento. Este interesse foi, assim, crescendo, começando também a aumentar as investigações acerca destas temáticas, refletindo-se em mais publicações sobre as mesmas (Neri, 2006; Netto, 2002). É de salientar as diferenças significativas na esperança média de vida a nível mundial, esta subiu cerca de 41 %. Desde 1950 os indivíduos passaram a viver em média 65 anos, ao invés de 46, sendo que os maiores aumentos deram-se nos países em desenvolvimento. Os indivíduos podem esperar então, atualmente, viver muito mais anos, do que antigamente (Trentini, 2004).

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (2015), em Portugal, 26,6% da população tem idade superior a 65 anos. Considera-se que até 2050 essa percentagem irá aumentar, ultrapassando os 40%, sendo esse o motivo pelo qual Portugal apareceu como 34^a posição no “Índice Global de Envelhecimento 2013”.

É conhecido que o processo de envelhecimento é influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Nesta fase da vida, ocorrem transformações notáveis nos aspetos físicos, mentais e sociais. Cada uma dessas mudanças pode impactar, de maneira mais ou menos significativa, a saúde mental dos adultos mais velhos. Barreto (1984), identifica diversos fatores e condicionalismos responsáveis por perturbações mentais na população idosa, como a reforma, o isolamento, as perdas, a falta de recursos financeiros, a adaptação, o reajustamento e as condições ambientais. Essas transformações surgem frequentemente com a idade e são resultado do estilo de vida de cada indivíduo. Segundo alguns autores, a idade cronológica é apenas um dos elementos que influenciam o processo de envelhecimento. Meier-Ruge (1988), por exemplo, aborda essas mudanças como consequência das diferenças individuais no comportamento fisiológico e psicológico.

Neri (2009), descreve três distintas categorias de velhice: a velhice considerada normal, caracterizada pela ausência de patologias, tanto biológicas quanto psicológicas, a velhice considerada como ótima, que é aquela que mantém preservadas as funcionalidades físicas e mentais, promovendo um estado de bem-estar geral e a velhice patológica, marcada por desordens biológicas ou psicológicas, com o surgimento de quadros de doenças que afetam a qualidade de vida do indivíduo. Segundo Robert (1994), as mudanças durante o envelhecimento são percebidas de forma única por cada pessoa. As adaptações podem ocorrer

de maneira adequada, saudável ou patológica, dependendo da história anterior, da saúde física, do bem-estar socioeconômico e da experiência atual em relação às modificações, perdas e medos, ou seja, das alterações percebidas pelo idoso nos aspectos físicos, psicológicos, cognitivos e relacionais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), há uma necessidade urgente de mudança de paradigma em relação à perspectiva do envelhecimento. A ênfase deve ser colocada na promoção do envelhecimento saudável e na prevenção do envelhecimento patológico. É essencial compreender o envelhecimento como uma fase do ciclo de vida, uma oportunidade e um direito, não apenas responsabilidade dos serviços ou da rede de apoio, mas também uma responsabilidade individual. Cada pessoa deve tomar consciência da importância de agir ao longo da vida para manter a funcionalidade e garantir anos vividos com qualidade.

Donald (1997) propõe uma abordagem abrangente da qualidade de vida para os idosos, dividindo-a em cinco categorias distintas. A primeira refere-se ao bem-estar físico, abrangendo saúde, higiene e segurança. A segunda engloba as relações interpessoais, incluindo vínculos familiares, amigos e participação na comunidade. A terceira categoria envolve o desenvolvimento pessoal, contemplando oportunidades para crescimento intelectual e autoexpressão. As atividades recreativas, subdivididas em socialização, entretenimento passivo e ativo, constituem a quarta classe. Por fim, a quinta categoria aborda as atividades espirituais e transcendentais, incorporando atividades simbólicas, religiosas e de autoconhecimento (Donald, 1997, citado por Cabral, 2013; Paúl & Ribeiro, 2013).

Psicologia do envelhecimento e Psicologia do Idoso

Os psicólogos desempenham um papel crucial no apoio aos desafios enfrentados pelos idosos, oferecendo intervenções em vários contextos, como hospitais e comunidades (OPP, 2015). A intervenção psicológica é cada vez mais preferida pelos adultos mais velhos em comparação com a medicação (OPP, 2015). Estes podem promover o envelhecimento ativo, fornecendo informações realistas sobre o envelhecimento, desmistificando crenças negativas e incentivando a participação ativa na sociedade. Além disso, os psicólogos podem abordar questões como solidão, isolamento, ansiedade, depressão, demência e oferecer suporte em processos de luto e cuidados paliativos (OPP, 2015). Qualificados para conduzir avaliações psicológicas, intervenções terapêuticas individuais, grupais ou familiares, estimulação cognitiva e consultoria, os psicólogos desempenham um papel abrangente no apoio à população idosa (OPP, 2015).

O envelhecimento, frequentemente associado a ideias de degradação e perda, tem sido desmistificado ao longo do tempo com o aumento dos estudos na área da Psicologia do Envelhecimento. Segundo Neri (2006), a Psicologia do Envelhecimento concentra-se no desenvolvimento ao longo da vida, abordando o processo contínuo, multidimensional e multidirecional marcado por influências genético-biológicas e socioculturais (Batistoni, 2009). Este termo, introduzido por Paul Baltes, associa-se à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento, reconhecendo o desenvolvimento como um processo contínuo, com ganhos e perdas ao longo da vida. Embora o desenvolvimento seja frequentemente associado a idades mais jovens, todos os indivíduos, mesmo em idade avançada, têm a capacidade de autorregulação do *self*, possibilitando a continuidade do desenvolvimento biopsicossocial, promovendo a qualidade de vida e o bem-estar (Neri, 2006).

Recentes estudos na Psicologia do Envelhecimento enfatizam a importância da intervenção psicológica na promoção da saúde do idoso, como uma ferramenta capaz de impulsionar o processo de envelhecimento saudável e fortalecer a resiliência psicológica. A análise da resiliência psicológica tem como objetivo descrever os processos que contribuem para a adaptação satisfatória das pessoas idosas às circunstâncias adversas (Rutter, 1987 & Becker, 2005, citados por Paúl & Ribeiro, 2013).

Assim, a Psicologia do Envelhecimento tem como objetivo compreender os processos psicológicos que ocorrem durante o envelhecimento e como estes influenciam a saúde mental e o bem-estar dos adultos mais velhos. Esta baseia-se em estudos empíricos que investigam temas como a memória, a cognição, a personalidade, as emoções e as relações sociais na velhice. Além disso, também procura desenvolver estratégias de intervenção e programas de promoção da saúde mental para melhorar a qualidade de vida dos idosos. Esta área tem vindo a tornar-se cada vez mais relevante devido ao crescente envelhecimento populacional e à necessidade de cuidados adequados e individualizados para esta faixa etária. A Psicologia do Idoso é uma área de estudo e prática que se dedica a compreender e promover o bem-estar emocional e mental dos indivíduos na terceira idade. Através de várias abordagens teóricas e técnicas terapêuticas, procura lidar com os desafios específicos enfrentados por esta população, como o processo de envelhecimento, a perda de entes queridos, as limitações físicas e a solidão. Além disso, foca-se em auxiliar os adultos mais velhos a lidarem com os sentimentos de incompetência, inutilidade e falta de propósito que podem surgir nesta fase da vida. Através de intervenções psicoterapêuticas, grupos de apoio e estratégias de enfrentamento, esta área

procura promover o envelhecimento saudável e a qualidade de vida dos idosos (APA, 2014; Silva et al., 2023).

A Psicologia atua no combate ao idadismo, preconceito e estigma associados à velhice, promovendo uma visão mais positiva e inclusiva desta etapa da vida. Assim, a importância da psicologia no processo de envelhecimento é crucial, não apenas para os indivíduos, mas também para a sociedade como um todo (Silva et al., 2023).

A Institucionalização de idosos em Unidades Residenciais

No que diz respeito aos “idosos institucionalizados”, é fundamental esclarecer o significado desta expressão. Institucionalização, conforme definido pela língua portuguesa, refere-se ao ato ou efeito de institucionalizar, conferindo caráter de instituição ou adquirindo esse caráter. Por sua vez, instituição é definida como o ato ou efeito de instituir, associado a uma organização ou associação (Dawalibi et al., 2013).

A institucionalização de adultos mais velhos em unidades residenciais teve origem no início do século XX, como resposta às mudanças na estrutura familiar durante a Revolução Industrial e urbanização. Surgiu para fornecer cuidados e suporte a idosos sem acesso ao cuidado familiar ou necessitados de atenção médica especializada. Ao longo dos anos, essa prática evoluiu, refletindo as transformações nas normas sociais, nos sistemas de saúde e na compreensão do envelhecimento. Compreender esse contexto histórico é crucial para informar práticas futuras no cuidado aos idosos (Forbes et al., 2013).

O aumento da esperança média de vida, tem provocado transformações nas sociedades ao nível da economia, surgindo necessidades de financiamento em cuidados de saúde e medidas de ação social, cujo desenvolvimento se torna essencial “(...) para que a qualidade de vida e bem-estar acompanhem o prolongamento da vida” (OPP, 2015, p.3). Perante o progressivo envelhecimento da população, o estado tem procurado criar condições para acolher um maior número de adultos mais velhos. Neste sentido, surge a emergência das respostas sociais institucionalizadas, que podem ser: serviços ao domicílio ou instituições, que prestam serviços de acolhimento e/ou tratamento, de forma permanente, como hospitais, residências e lares, ou de forma parcial como centros de dia, de convívio, universidades seniores, entre outros (Jacob, 2007).

A institucionalização de adultos mais velhos em unidades residenciais tornou-se um tópico prevalente no campo da Psicologia Clínica. Com o aumento da expectativa de vida e as mudanças nas estruturas familiares, cada vez mais idosos se encontram com a necessidade de

cuidados e apoio fora do ambiente familiar tradicional. Com uma população em envelhecimento e a crescente necessidade de soluções de cuidados a longo prazo, é essencial analisar e compreender o impacto da institucionalização na saúde física, mental, social e ambiental dos adultos mais velhos (Schubert et al., 2016).

Em Portugal, conforme dados do Instituto Nacional de Estatística (2011), metade da população idosa enfrenta dificuldades em realizar pelo menos uma das seis atividades diárias, impactando mais de 995 mil idosos, sendo que mais da metade vive sozinha ou acompanhada por outros idosos. A qualidade de vida e a satisfação na velhice frequentemente são relacionadas a temas de dependência e autonomia (Oliveira, 2011). O índice de dependência de adultos mais velhos tem crescido, representando 32,3% em 2000 e projetando-se para 34,2% em 2025 e 57,8% em 2050 (Oliveira, 2006). Estudos revelam que a entrada no lar muitas vezes é condicionada por fatores alheios à vontade do idoso, sendo a família um mediador, mas nem sempre valorizada nesse processo. Num estudo exploratório, fatores como diminuição das capacidades funcionais foram associados à institucionalização. A família, embora deva ser o suporte, às vezes marginaliza o idoso, contribuindo para a sua entrada em lar. O sentimento de perda que os idosos podem experienciar, quando institucionalizados, pode impactar negativamente o seu bem-estar psicológico, destacando a necessidade de práticas que promovam o seu bem-estar (Oliveira, 2006).

Um dos desafios da institucionalização de idosos em unidades residenciais é a possível perda de autonomia e independência. Viver num ambiente comunitário com regras e horários predefinidos pode limitar as escolhas individuais e a tomada de decisões. Além disso, a perda de ambientes familiares e pertences pessoais pode levar a sentimentos de deslocamento e a uma sensação de difícil adaptação à institucionalização. No entanto, também existem benefícios para a institucionalização. Unidades Residenciais proporcionam acesso a uma comunidade de apoio, interação social e oportunidades para participar em atividades de grupo, oferecem também cuidados e supervisão profissionais, garantindo o bem-estar e a segurança dos residentes. Apesar dos desafios, a institucionalização em unidades residenciais pode proporcionar um ambiente que promove conexão social e apoio emocional para os adultos mais velhos (Schubert et al., 2016).

Fatores como declínio das capacidades funcionais e cognitivas, além da idade avançada, podem indicar a necessidade de institucionalização, embora estudos sugiram que o processo pode impactar negativamente tais capacidades (Oliveira et al., 2019). O estilo de vida, meio

ambiente e fatores genéticos ou hereditários podem influenciar o envelhecimento (Moniz, 2003). Destaca-se a importância da avaliação psicológica e Neuropsicológica para rastrear défices cognitivos e compreender a sua extensão. Além disso, propõe-se a implementação de programas multidisciplinares para estimulação e reabilitação física e cognitiva, promovendo um envelhecimento saudável. Considera-se essencial atender não apenas à funcionalidade e cognição, mas também ao aspeto afetivo e emocional, abordando possíveis impactos emocionais da institucionalização. O fortalecimento de vínculos afetivos, tanto com profissionais quanto com outros residentes, familiares e amigos, torna-se crucial para mitigar sentimentos de tristeza, abandono e solidão, promovendo a socialização e oferecendo apoio emocional (Oliveira et al., 2019).

A institucionalização ao ser uma realidade cada vez mais presente na vida dos idosos (OMS, 2015) pode envolver estereótipos e preconceitos, podendo suscitar sentimentos de abandono ou, contrariamente, proporcionar amparo, proteção e segurança, especialmente para aqueles sem família ou em conflito familiar (Lourenço & Santos, 2021). Optar pela institucionalização requer uma ponderação cuidadosa, envolvendo o indivíduo, familiares/cuidadores e equipas profissionais de saúde, visando alcançar um consenso e considerar as condições necessárias. Segundo Botelho e Silva (2011) nem sempre são considerados os gostos e preferências dos idosos de forma a promover o sentimento de utilidade social.

As residências deveriam ter um ambiente estimulador onde cada indivíduo se considera como alguém significativo, contribuinte, singular e cumprindo o seu papel. Em última análise, a qualidade de vida pode ser medida pela habilidade do idoso em realizar as atividades essenciais do dia a dia de maneira autónoma (Dawalibi et al., 2013). As instituições têm a responsabilidade de atender às necessidades fundamentais dos idosos, visando aprimorar a sua qualidade de vida. No entanto, em alguns casos, a falta de profissionais qualificados, dificuldades financeiras ou limitações de espaço físico podem resultar na ausência de atividades para os adultos mais velhos. Estas questões, por sua vez, contribuem para longos períodos de inatividade entre os idosos, aumentando o risco de enfrentarem problemas como angústia, depressão e outras condições de saúde (Dawalibi et al., 2013).

Estratégias para melhorar a qualidade de vida dos adultos mais velhos institucionalizados incluem o cuidado centrado na pessoa, adaptando-se às preferências individuais, promovendo autonomia e dignidade (McCormack & Mccance, 2021). Isso envolve a participação ativa dos idosos nas decisões e a criação de um ambiente de apoio que favoreça a interação social e

relacionamentos significativos, resultando em numa melhoria geral na qualidade de vida (Coutinho & Teixeira, 2021).

Envelhecimento ativo

Destaca-se a importância de mencionar o “Envelhecimento Ativo” neste relatório, uma vez que esta abordagem coloca o idoso no centro de um conjunto de estratégias destinadas a aumentar a expectativa de uma vida saudável, prolongando-a em anos e preservando a qualidade de vida.

Os termos que têm tido uma maior prevalência nos últimos anos, são o envelhecimento bem-sucedido (nos Estados Unidos) e o envelhecimento ativo (na Europa) (Foster & Walker 2015). Embora esses termos estejam frequentemente relacionados, são distintos e devem ser diferenciados. O conceito de envelhecimento ativo procura promover os direitos dos idosos para se manterem saudáveis, prolongar a vida profissional, e continuar a participar na comunidade, considerando diversos aspetos da vida, como a participação social, econômica, cultural e espiritual, saúde, atividade física, e igualdade de oportunidades. Em contraste, o envelhecimento bem-sucedido enfatiza a adoção de atitudes e comportamentos preventivos para preservar a saúde física e mental, proporcionando produtividade e participação social. Contudo, a definição de “envelhecimento bem-sucedido” pode variar entre idosos e jovens, levando em consideração diferentes perspectivas sobre o que significa ter uma vida ativa e bem-sucedida (Foster & Walker, 2015).

Conforme a definição da OMS (2005), o envelhecimento ativo refere-se à otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida na velhice. Isso implica a participação e contribuição em áreas que impactam a satisfação física, social e mental, visando aumentar o bem-estar geral nesta fase da vida, que naturalmente pode apresentar vulnerabilidades.

Ao deixarem de ser produtivos, os idosos podem ser vistos como inúteis ou um peso para a sociedade. Desta forma o envelhecimento ativo ao invés de considerar que os idosos se encontram numa “fase de repouso” procuram possibilitar a participação dos idosos na sociedade (Foster & Walker 2015). Esta abordagem pretende combater barreiras como estereótipos idadistas, políticas inadequadas, falta de acessibilidade e serviços inadequados. O idadismo, caracterizado por atitudes negativas em relação à idade (Butler, 1969), contribui para preconceitos e discriminação, afetando o bem-estar dos adultos mais velhos (Marques, 2016). A quebra desses estereótipos é crucial, pois estudos indicam que idosos com percepções mais positivas sobre o envelhecimento tendem a apresentar melhor funcionamento cognitivo, maior

longevidade e menor risco de problemas de saúde (Levy, 2017). Transformar a visão da sociedade sobre a velhice, promovendo o envelhecimento ativo e bem-sucedido, é essencial para garantir liberdade, autonomia e qualidade de vida para os idosos (Ferreira, 2012; Foster & Walker, 2015; Magalhaes, 2019; WHO, 2015). Assim, é crucial criar condições para promover um envelhecimento saudável e ativo, abordando o bem-estar mental, físico e psicossocial dos adultos mais velhos. Conforme Reis et al. (2021) sugerem, isso pode ser alcançado por meio de projetos e programas multidisciplinares dedicados a superar as dificuldades que podem surgir e ser incapacitantes.

A compreensão social do envelhecimento deve abranger a sua natureza dinâmica e progressiva, marcada por diversas manifestações nos âmbitos biológico, psíquico e social, ocorrendo de forma única em cada pessoa. Portanto, a promoção do envelhecimento saudável implica na interação multidimensional entre a saúde física, mental, a independência nas atividades diárias, a integração social, o apoio familiar e a autonomia econômica (Dawalibi, 2013). Os psicólogos desempenham um papel crucial no envelhecimento ativo, saudável e socialmente envolvente, intervindo nas questões que o processo de envelhecimento acarreta (Alves et al., 2021).

Psicopatologias no envelhecimento

A ocorrência e intensidade das incapacidades nos adultos mais velhos podem variar consideravelmente de pessoa para pessoa. As diferenças individuais desempenham um papel crucial nesse processo adaptativo, sendo uma componente essencial do desenvolvimento psicológico na velhice. Essas incapacidades são desencadeadas por uma combinação única de fatores e características biológicas, psicológicas e sociais. Nenhuma dessas características possui predominância sobre as outras, determinando assim a natureza da doença (Sequeira, 2010).

O processo de envelhecimento está associado a diversas psicopatologias, que envolvem a degeneração cerebral e o comprometimento dos processos cognitivos, tais como memória e linguagem (Konflanz et al., 2016). No contexto da saúde mental, as psicopatologias mais frequentes e prevalentes relacionadas ao processo de envelhecimento são a depressão e a demência (Cerqueira, 2018), manifestando-se em sintomas depressivos, angústia e ansiedade (Konflanz et al., 2016), bem como em doenças neurodegenerativas. Cunha & Fernandes (2011), referem que os principais diagnósticos psiquiátricos nos adultos mais velhos são, por ordem de maior ocorrência, a demência, a depressão e a ansiedade.

Segundo a OMS (2019) no CID-11, as doenças neurodegenerativas estão categorizadas como Distúrbios Neurocognitivos, abrangendo o Transtorno Neurocognitivo Leve, Demência devido à Doença de Alzheimer e Demência devido à Doença de Parkinson. Com frequência, a diminuição no funcionamento cognitivo é desencadeada pelo desuso ou pela ausência de estímulo cognitivo, condições como a depressão, comportamentos como o consumo de álcool e medicamentos, e fatores psicológicos que resultam em falta de motivação, baixa autoconfiança e expectativas reduzidas de qualidade de vida. Fatores sociais e inter-relacionais também desempenham um papel, mas, de facto, as doenças degenerativas representam a causa mais comum de demência (Oliveira, 2010).

A doença mental mais comum em idosos é a demência, uma categoria ampla de perda de memória grave acompanhada por declínios noutras funções mentais, que engloba várias doenças. Embora a demência tenha muitas causas, os sintomas são semelhantes. A probabilidade de um indivíduo sofrer de demência aumenta com a idade. Menos de 2% das pessoas entre 60 e 65 anos são diagnosticadas com demência, as percentagens aumentam para o dobro por cada período de cinco anos após os 65 (Afonso et al., 2015; Correia, 2013). Consequentemente, quase um terço das pessoas com mais de 85 anos sofrem de algum tipo de demência (Feldman, 2017).

Silva et al. (2015) destacam que o défice cognitivo é uma transição entre o envelhecimento normativo e a demência, caracterizado por alterações cognitivas superiores às esperadas. A demência refere-se à deterioração crônica, é uma condição progressiva e degenerativa que afeta a capacidade cognitiva do indivíduo, dificultando a realização de atividades diárias. É assim, um distúrbio psicológico comum em idosos, caracterizado pela deterioração da memória, do pensamento e do comportamento. Apresenta-se com pelo menos mais uma disfunção, como afasia, apraxia, agnosia ou comprometimento das capacidades executivas (Huang, 2019). Fuentes et al. (2014) explicam que o termo demência tem origem na raiz latina “dementia” (“de” que significa “sem” e “mentia” que se refere a “mente”).

A Doença de Alzheimer é a mais comum (WHO, 2012), (representa um dos problemas de saúde mental mais graves enfrentados pela população idosa) (Feldman, 2017). Esta é uma patologia degenerativa do sistema nervoso central, que impacta principalmente as funções cognitivas, progredindo para afetar aspetos comportamentais e físicos, comprometendo a autonomia do indivíduo (Freitas et al. 2022).

As restantes demências mais comuns são, por esta ordem, a demência vascular, demência com corpos de Lewy (Huang, 2019), demência relacionada à Doença de Parkinson e demência frontotemporal (Caldas & Mendonça, 2012). É importante diagnosticar corretamente a demência para que o tratamento adequado possa ser fornecido e ajudar a melhorar a qualidade de vida dos adultos mais velhos afetados (Pereira, 2017).

As psicopatologias prevalentes na população idosa incluem Perturbações Depressivas e de Ansiedade, além de processos luto (OMS, 2019). A depressão, inserida nas perturbações de humor, é descrita no CID-11 pela OMS (2019), envolvendo sintomas como humor deprimido, tristeza intensa, pessimismo (Rue & Spar, 2005), desesperança (sem objetivo para o “amanhã”) (Gallo, 1999 citado por Gonçalves, 2009), baixa autoestima e ideação suicida. Santos et al. (2019) destacam a sua frequência nos adultos mais velhos. A depressão, uma perturbação psicológica sendo comum em idosos, pode ter um impacto significativo na sua qualidade de vida. A depressão em idosos pode ser difícil de diagnosticar, pois muitas vezes os sintomas são confundidos com os resultados normais do envelhecimento, como a perda de interesse ou energia. No entanto, a depressão em adultos mais velhos é uma condição médica séria que requer atenção e tratamento adequados. Além disso, a depressão em idosos pode aumentar o risco de suicídio, tornando ainda mais importante o diagnóstico e intervenção precoces (Teixeira et al., 2018). A depressão em idosos pode ser desencadeada por sofrerem de perdas acumulativas com a morte de familiares e amigos. A sua própria saúde em declínio e capacidades físicas, que podem fazê-los sentir-se menos independentes e no controle, podem contribuir para a prevalência da depressão (Feldman, 2017). Fatores de risco para depressão em idosos incluem também experiências de vida negativas ou problemas de saúde crônicos. Além disso, a solidão e o isolamento social podem contribuir para o desenvolvimento da depressão em idosos (Sousa et al., 2021). É fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais de depressão em idosos e ofereçam apoio emocional e tratamento adequado.

As Perturbações de Ansiedade, classificadas como perturbações de Ansiedade ou Relacionadas ao Medo no CID-11 (OMS, 2019), envolvem ansiedade e medos excessivos com sintomas graves. A ansiedade, uma perturbação psicológica, sendo também comum em idosos, é muitas vezes subdiagnosticada e subtratada. Os sintomas da ansiedade podem incluir preocupação persistente, medos irracionais e ataques de pânico. Esses sintomas podem interferir na qualidade de vida dos idosos, levando a uma diminuição da função cognitiva, dificuldades de sono e isolamento social. A ansiedade também pode aumentar o risco de desenvolvimento de outras perturbações psicológicas, como a depressão. É essencial que os

profissionais de saúde estejam atentos aos sintomas de ansiedade em adultos mais velhos e que utilizem estratégias de tratamento eficazes, como a terapia cognitivo-comportamental e a medicação adequada (Teixeira et al., 2018).

Luto, também conhecido como luto ou pesar, é outra perturbação psicológica comum em idosos. O Luto Prolongado é um diagnóstico diferencial que persiste por pelo menos 6 meses, semelhante a um episódio depressivo (OMS, 2019). Luto refere-se à resposta emocional e ao processo de luto que ocorre após a perda de um ente querido ou pessoa significativa na vida de alguém. Este pode levar a sentimentos de tristeza, solidão e saudade do indivíduo falecido. Worden (1998), descreve o luto como uma revolução no mundo conhecido, exigindo a reorganização de cognição, emoção e bem-estar. Em alguns casos, as pessoas também podem experimentar sintomas físicos, como alterações no apetite, distúrbios do sono e fadiga. O luto nos idosos é comum e difícil de lidar, uma vez que com a idade avançada, a morte pode tornar-se mais real e estar mais presente em pensamentos, não só com a perda de “entes”. Os adultos mais velhos encontram-se sensíveis a esta realidade, sendo essencial permitir que os mesmos expressem livremente as suas dores e emoções (Rebelo, 2004). É importante observar que o processo de luto é individual e pode variar em duração e intensidade para cada pessoa. Procurar apoio de amigos, familiares ou ajuda de profissionais pode ser benéfico para aqueles que se encontram a sofrer de luto (Kübler-Ross, 1969).

Correia (2013) aponta diversas causas que explicam o início dos processos demenciais, distúrbios endócrinos, distúrbios neurológicos, questões nutricionais, lesões cerebrais como tumor cerebral primário ou metastático, distúrbios sistêmicos como doença pulmonar com hipoxia e problemas vasculares (Correia, 2013).

É essencial atender prontamente às necessidades da população idosa, antecipando a identificação das patologias que mais frequentemente a afetam e agindo de maneira preventiva e eficaz. Isso possibilita evitar a deterioração do estado de saúde dos adultos mais velhos. O objetivo primordial é promover e salvaguardar a saúde dessa população, permitindo que a maioria envelheça de forma ativa e capaz de tomar decisões com autonomia (Botelho, 2000).

Estimulação Cognitiva

A conexão entre fatores ambientais e habilidades intelectuais indica que, com estímulo, prática e motivação adequados, os idosos têm a possibilidade de preservar as suas capacidades mentais. A plasticidade nessas capacidades cognitivas demonstra que as mudanças nas capacidades intelectuais durante o envelhecimento não são fixas. No campo mental, assim

como em várias outras áreas do desenvolvimento humano, a máxima "use ou perca" é altamente relevante. Com base nesse princípio, alguns especialistas em desenvolvimento têm trabalhado para criar intervenções que auxiliem os idosos na manutenção das suas capacidades de processamento de informações (Feldman, 2017).

Assim, a intervenção com adultos mais velhos é muito importante na medida em que é possível otimizar as competências humanas até ao final da vida dos indivíduos. Os idosos têm um potencial que, muitas vezes, está "oculto" (Lima, 2004, citado por Fragoso, 2012). A estimulação cognitiva em idosos é uma intervenção eficaz para melhorar a função cognitiva. As suas principais aplicações incluem treino de memória, foco e concentração, e desenvolvimento de raciocínio e resolução de problemas. Essas práticas envolvem estratégias de memorização, exercícios específicos para manter o foco e atividades que exigem capacidades cognitivas superiores (Bezerra et al., 2022).

A estimulação cognitiva representa uma abordagem não farmacológica, englobando intervenções voltadas para otimizar o funcionamento cognitivo e o bem-estar, auxiliando no processo de adaptação à condição de saúde. Sua eficácia pode se refletir na melhoria de déficits em lesões estáticas, atrasando o declínio cognitivo em estágios iniciais da demência. A efetividade dessas práticas está associada à duração, intensidade e qualidade dos programas implementados (Guerreiro, 2005).

A estimulação cognitiva em adultos mais velhos é essencial na Psicologia Clínica, visando manter ou melhorar a função cognitiva. Estudos destacam efeitos positivos em memória, atenção e função executiva (Almeida et al., 2022). Segundo a Direção Geral de Saúde (2012), há evidências científicas favoráveis, embora não definitivas, em relação à eficácia da estimulação ou reabilitação cognitiva. Essas abordagens podem ser consideradas para pacientes com declínio cognitivo ou demência de grau leve a moderado. Um idoso que participe em estimulação cognitiva frequentemente, poderá prevenir ou retardar o processo degenerativo do cérebro, ganhando uma probabilidade maior de manter a sua autonomia (Casemiro et al., 2016). Atividades estimulantes, como quebra-cabeças e leitura, estão associadas a menor risco de declínio cognitivo e demência (Dhankhar et al., 2024). Estas intervenções mostram melhorias significativas em idosos com comprometimento cognitivo ou demência, destacando a importância de incorporar programas de estimulação cognitiva na intervenção e cuidado com esta população. As atividades a desenvolver com adultos mais velhos deverão ser colaborativas, promovendo as interações sociais (Azmitia, 1996, citado por Fragoso, 2012). Os estudos

demonstram também que a estimulação cognitiva tem um impacto positivo na cognição, atenua os sintomas da depressão, promove a autonomia dos idosos e a qualidade de vida das famílias. Neste sentido, é um processo muito útil para intervir com idosos em contexto comunitário (Borges, 2018).

O declínio cognitivo associado à idade, como observado por Fuentes et al. (2014), destaca a necessidade de intervenção para preservar as funções mentais superiores em adultos mais velhos. A Estimulação Cognitiva, conforme descrito por Malloy-Diniz et al. (2016), emerge como uma abordagem eficaz, consistindo em atividades sistemáticas que visam a manutenção e melhoria de domínios cognitivos, incluindo memória, funções executivas e atenção. Assim, a EC é essencial para um bom funcionamento cognitivo e por outro lado, para reabilitações de processos cognitivos que não se encontrem tão funcionais (Lobbia et al., 2019).

As funções executivas, descritas por Fuentes et al. (2014), são capacidades integradas que permitem direcionar comportamentos a resultados que pretendem atingir, avaliar a eficiência e resolver problemáticas. A intervenção através de Estimulação Cognitiva, conforme destacado por Nóbrega et al. (2022), visa retardar o início de défices cognitivos e patologias neurodegenerativas em idosos.

A participação em sessões de Estimulação Cognitiva não apenas preserva as capacidades cognitivas, mas também promove a autonomia, bem-estar e qualidade de vida. Malloy-Diniz et al. (2016) indicam que as sessões podem ser planeadas para aplicação individual ou em grupo, proporcionando não apenas benefícios cognitivos, mas também suporte social, trabalho em grupo, entreajuda e partilha.

Vários estudos indicam que o treino cognitivo pode contribuir para a manutenção e melhoria das funções cognitivas, impactando positivamente a qualidade de vida e bem-estar psicológico dos idosos, promovendo assim um envelhecimento bem-sucedido (Irigaray et al., 2011).

Num estudo, os pesquisadores examinaram os benefícios de longo prazo do treino cognitivo em adultos mais velhos no “mundo real”. Os participantes receberam 10 sessões de treino cognitivo com duração de cerca de uma hora cada, sendo cada sessão sucessiva cada vez mais desafiadora. Três grupos de participantes receberam treinamento de memória (como estratégias mnemônicas para memorizar listas de palavras), treino de raciocínio (como encontrar o padrão numa série de números) ou treino de velocidade de processamento (como identificar objetos que piscavam brevemente numa tela de computador). Alguns participantes também receberam treino adicional um ano depois e novamente três anos depois, cada vez

consistindo de quatro sessões adicionais. Surpreendentemente, os benefícios cognitivos eram evidentes cinco anos após as sessões de treino originais. Em comparação com um grupo de controle que não recebeu treino, os participantes que receberam treinamento de raciocínio tiveram um desempenho 40% melhor em tarefas de raciocínio no quinto ano, aqueles que receberam treino de memória tiveram um desempenho 75% melhor em tarefas de memória, e aqueles que receberam treino de velocidade tiveram um desempenho impressionante 300% melhor em tarefas de velocidade (Vedantam, 2006; Willis et al., 2006 citado por Feldman, 2017).

Existem diversos métodos de estimulação cognitiva que podem ser utilizados em idosos, visando potencializar as suas habilidades cognitivas e melhorar a qualidade de vida. Dentro desses métodos, destacam-se os seguintes: a estimulação cognitiva individual, que envolve a realização de atividades personalizadas de acordo com as necessidades e capacidades de cada idoso; a estimulação cognitiva em grupo, que promove interações sociais e o compartilhamento de experiências entre os participantes; e a estimulação cognitiva computadorizada/digital, que utiliza jogos e exercícios digitais para estimular diferentes áreas cognitivas. Esses métodos têm apresentado resultados significativos na melhoria das funções cognitivas em idosos, como a memória, a atenção e o raciocínio lógico (Franceschi et al., 2018). Além disso, eles também podem contribuir para a prevenção e o tratamento de doenças neurodegenerativas, como o Alzheimer. É importante ressaltar que a escolha do método de estimulação cognitiva deve levar em consideração as características individuais do idoso, bem como o seu perfil cognitivo e preferências pessoais (Silva et al., 2023). Portanto, é fundamental que os profissionais da psicologia clínica tenham conhecimento sobre esses métodos e saibam aplicá-los de forma adequada, garantindo resultados positivos para seus pacientes idosos.

A eficácia destes programas é sustentada pela pesquisa, como revelado por Malloy-Diniz et al. (2016), que demonstra melhorias cognitivas pós-sessões em comparação com o desempenho pré-sessões. Assim, a Estimulação Cognitiva emerge como uma abordagem vital na prevenção da perda de capacidades cognitivas e na promoção do bem-estar em adultos mais velhos.

Embora a estimulação cognitiva em idosos ofereça benefícios significativos para preservar e melhorar as funções cognitivas, enfrenta desafios e considerações éticas. A individualidade dos adultos mais velhos, incluindo as suas habilidades e motivação, pode impactar os resultados. A seleção de tarefas adequadas é desafiadora, e garantir a autonomia

dos idosos na participação é essencial. É crucial informar os idosos sobre objetivos e riscos, respeitando sua dignidade. Questões de privacidade e confidencialidade também devem ser abordadas. Assim, é fundamental adotar abordagens éticas e personalizadas nos programas de estimulação cognitiva em idosos, respeitando seus direitos (Medeiros, 2012).

Avaliação Psicológica em idosos

Nos últimos anos, a avaliação psicológica em idosos tem recebido crescente atenção devido ao envelhecimento da população e aos desafios associados que isso traz. Sociedades envelhecidas enfrentam uma multiplicidade de problemas, incluindo declínio cognitivo, depressão e comprometimento da memória, que impactam significativamente a qualidade de vida global (OPP, 2015). Assim, ferramentas de avaliação precisas são essenciais para detectar e avaliar essas condições psicológicas em adultos mais velhos. A Escala de Memória de Wechsler, a EDG e o MMSE são ferramentas de avaliação amplamente reconhecidas frequentemente utilizadas na psicogeriatria (Carlos et al., 2024; Folstein et al., 1975; Folstein et al., 1998).

A avaliação psicológica em idosos é uma ferramenta essencial para identificar possíveis alterações cognitivas e emocionais que possam impactar a sua qualidade de vida. A Escala de Memória de Wechsler é amplamente utilizada na avaliação da memória episódica em idosos, focando na capacidade de retenção e recuperação de informações. Já a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) visa avaliar sintomas de depressão específicos para essa faixa etária, como tristeza, perda de interesse e alterações no sono e no apetite. Por fim, o MMSE é um instrumento de rastreio cognitivo para avaliar o estado cognitivo geral, incluindo áreas como orientação temporal e espacial, memória imediata e linguagem. A combinação dessas escalas permite uma avaliação abrangente das capacidades cognitivas e emocionais dos idosos, auxiliando no diagnóstico e no planejamento de intervenções adequadas (Carlos et al., 2024; Folstein et al., 1975; Folstein et al., 1998).

A Escala de memória de Wechsler é uma ferramenta amplamente utilizada na avaliação da memória em adultos mais velhos. Desenvolvida por David Wechsler e adaptada por Machado et al. (2008), esta escala é composta por diversas subescalas que avaliam diferentes aspectos da memória, como a memória verbal e a memória visual. A pontuação obtida nessa escala é baseada na comparação do desempenho do idoso com uma amostra normativa, levando em consideração a idade e o nível educacional. A Escala de memória de Wechsler tem sido utilizada em diversos estudos para avaliar a memória em idosos saudáveis, bem como em indivíduos

com comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer. Além disso, esta escala também tem apresentado resultados ao detetar mudanças na memória ao longo do tempo e os efeitos de intervenções cognitivas (Carlos et al., 2024).

A EDG é um instrumento amplamente utilizado para avaliar a presença e a gravidade dos sintomas de depressão em idosos. Esta foi criada para superar desafios de rastreamento em idosos, destacando-se em comparação com outros instrumentos similares (Pocinho et al., 2009). Desenvolvida por Yesavage et al. (1982) e validada para a população portuguesa por Ferreira e Espirito-Santo (2018), esta escala consiste em 30 itens, cada um com duas opções de resposta (sim ou não), refletindo o estado emocional da pessoa idosa na semana anterior (Santos et al., 2019) que abrangem vários aspetos da depressão, como humor, desinteresse, autocrítica e outros sintomas psicológicos e somáticos. A escala é de fácil aplicação e pode ser administrada em aproximadamente 10 a 15 minutos. Pontuações mais altas indicam maior gravidade dos sintomas de depressão, se as mesmas se situarem entre 0 a 10 avaliam-se como “ausência de depressão”, se forem obtidos entre 11 a 20 pontos “depressão ligeira” e entre 21 a 30 pontos “depressão grave” (Apóstolo, 2012). Pesquisas destacam que a EDG é um instrumento de qualidade para rastreio em Psicologia Clínica (Hungerbuhler et al., 2016). A EDG tem sido amplamente validada e utilizada em diferentes contextos clínicos e de pesquisa, demonstrando boa sensibilidade e especificidade para a deteção da depressão em idosos. A GDS permite evitar a confusão que outros instrumentos têm, distinguindo indicadores somáticos da depressão de manifestações físicas consideradas “normais” no envelhecimento (Santos et al., 2019). Além disso, a escala também pode ser útil no monitoramento da resposta ao tratamento e na avaliação da remissão dos sintomas depressivos ao longo do tempo (Carlos et al., 2024).

O MMSE é um instrumento de rastreio cognitivo amplamente utilizado para avaliação de comprometimento cognitivo em idosos. Foi desenvolvido originalmente por Folstein, Folstein e McHugh em 1975 e consiste numa série de perguntas e tarefas que avaliam vários domínios cognitivos, incluindo orientação, memória, atenção, linguagem e capacidades visuoespaciais. O MMSE é particularmente útil na deteção de comprometimento cognitivo leve e nos estágios iniciais da demência. Pode ser administrado por profissionais de saúde num tempo relativamente curto e fornece uma medida quantitativa da função cognitiva (Folstein, Folstein et al., 1975; versão portuguesa, Guerreiro et al., 2004).

O MMSE, com uma versão portuguesa de Guerreiro et al. em 1994, realiza uma avaliação abrangente das funções cognitivas, permitindo a monitorização do estado clínico. A administração é concisa, abrangendo 30 itens distribuídos em seis domínios cognitivos. A orientação é avaliada por cinco perguntas sobre espaço e tempo. A memória é avaliada por três itens de evocação imediata. A atenção e cálculo envolvem uma tarefa de subtração em série. Para a evocação diferida, é solicitada a lembrança de três palavras mencionadas anteriormente. No domínio da Linguagem, são realizadas duas tarefas de nomeação, a repetição de uma frase, três tarefas de compreensão verbal, um item de compreensão escrita e um item de expressão escrita. O último domínio é a capacidade construtiva, que inclui a reprodução de uma figura – dois pentágonos parcialmente sobrepostos (Guerreiro et al., 1994). A pontuação de cada domínio é dicotômica (0 se incorreta; 1 se correta). Na prova de subtração em série, se houver uma resposta inicial incorreta, mas seguida de respostas corretas, estas são consideradas corretas. No domínio da capacidade construtiva, não são considerados tremor ou rotação. Assim, a pontuação máxima é de 30 pontos. A validação para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994) apresenta consistência interna (α de Cronbach = 0.89) e pontos de corte específicos: Analfabetos (< 15); 1 a 11 anos de escolaridade (< 22); mais de 11 anos de escolaridade (< 27).

PARTE III – TRABALHO DE ESTÁGIO

Atividades de estágio

Este estágio dividiu-se em três níveis de intervenção: intervenção individual de estimulação cognitiva; acompanhamento psicológico e avaliação psicológica e por último, apoio à equipa técnica e participação na integração de possíveis novos residentes. Assim, pretendeu-se proporcionar à Fundação: acompanhamento psicológico a três utentes, aplicando a avaliação psicológica considerada necessária; intervenção grupal com quatro utentes através de atividades de estimulação cognitiva e apoiar a equipa multidisciplinar na integração de possíveis novos residentes.

De forma a dar início ao planeamento das atividades a executar ao longo do estágio, foi realizada a tabela abaixo com as atividades divididas em diretas e indiretas.

Tabela 2

Atividades Diretas e Atividades Indiretas

Atividades Diretas	Atividades Indiretas
• Acompanhamento psicológico individual com 3 utentes; • Avaliação psicológica; • Intervenção grupal através de atividades de estimulação cognitiva.	• Reuniões semanais de supervisão; • Reuniões com a equipa multidisciplinar; • Participação em eventos organizados pela fundação; • Observação e participação em atividades semanais que decorrem na fundação (ex: atividades de voluntariado como ioga e aula de música, missa, entre outras). • Preparação das sessões de acompanhamento psicológico; • Preparação de atividades de estimulação cognitiva bem como os seus materiais; • Construção de materiais para atividades de estimulação cognitiva;

-
- Participação na integração de possíveis novos residentes;
 - Apoiar a equipa técnica conforme as suas necessidades.
-

Projeto de Atividades de Estimulação Cognitiva

Durante o presente estágio curricular, a psicóloga estagiária teve a oportunidade de desenvolver um projeto abrangente de estimulação cognitiva, no qual assumiu a responsabilidade pela criação e construção da maioria das atividades (apenas duas das atividades não foram criadas pela mesma, mas sim materiais que já existiam na fundação). Esta abordagem envolveu a conceção e implementação de 21 atividades específicas (consultar anexo A e B e C), meticulosamente elaboradas para quatro utentes, contribuindo assim significativamente para o enriquecimento do ambiente de estimulação cognitiva na fundação.

A singularidade deste projeto reside no facto de ter optado por criar as atividades de raiz, utilizando diversos materiais, tornando-as personalizadas e adaptadas às necessidades dos utentes. O intuito era não apenas proporcionar benefícios imediatos durante o estágio, como também deixar um contributo duradouro. Como parte do compromisso da psicóloga estagiária para com a fundação, ofereci todas as atividades construídas, garantindo que os materiais e recursos pudessem ser utilizados pelos utentes no futuro.

Ao longo do projeto, trabalhou-se com quatro utentes, sendo três do sexo feminino, com idades de 91, 90 e 88 anos, e um do sexo masculino, com 88 anos. A uniformidade nas atividades aplicadas a cada utente permitiu criar uma abordagem inclusiva e personalizada, focada em desenvolver capacidades cognitivas específicas, independentemente da diversidade etária.

É importante destacar que, embora tenham sido planeadas inicialmente diversas sessões, algumas não realizadas devido às condições de saúde dos utentes. Esta flexibilidade foi crucial para garantir que as atividades fossem adaptadas às necessidades específicas de cada participante, assegurando sempre um ambiente seguro e confortável.

O projeto não apenas representou um desafio enriquecedor do ponto de vista profissional, mas também refletiu o compromisso contínuo em melhorar a qualidade de vida dos utentes, contribuindo para o seu bem-estar cognitivo e emocional. Ao proporcionar uma

experiência de estágio significativa, este projeto reforçou a minha compreensão da importância da estimulação cognitiva.

Relativamente à estrutura das sessões (consultar anexo C), esta foi inspirada em conteúdos retirados de duas formações que realizadas, voluntariamente, ao longo do estágio, sobre estimulação cognitiva em idosos (consultar anexo D). Estas formações permitiram alargar o conhecimento sobre a estimulação cognitiva bem como criar inspiração na criação de atividades adequadas para esta população bem como melhorar a minha abordagem para com os utentes.

Estimulação cognitiva individual - Utente C

Quanto à utente C, 91 anos de idade, foi aplicado, inicialmente, em dezembro de 2022, o MMSE com o objetivo de obter um rastreio cognitivo da utente e perceber quais as áreas mais debilitadas no seu caso. Os resultados do rastreio não apresentam sugestão de défice cognitivo, considerando o seu nível de escolaridade (4º ano) (défice cognitivo: 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22) (Folstein, 1975), tendo obtido 24 pontos num total de 30, observou-se ligeiras dificuldades a nível da orientação temporal, na evocação e linguagem. Os resultados mais detalhados do instrumento de rastreio cognitivo aplicado, foram os seguintes: orientação: 7 pontos (7/10); retenção: 3 pontos (3/3); atenção e cálculo: 4 pontos (4/5); evocação: 2 pontos (2/3); linguagem: 7 pontos (7/9), com um total de 23 pontos (23/30).

Ao longo das sessões de estimulação cognitiva com a utente C (anexo E), observou-se uma dinâmica marcada por momentos positivos e alguns desafios. Em grande parte das sessões, a utente demonstrava motivação, apreciação pelos jogos propostos e um notável empenho, refletindo-se positivamente na sua estimulação cognitiva. Contudo, existiram ocasiões em que a utente enfrentava condições adversas de saúde e fadiga, impactando o seu desempenho durante essas sessões específicas. De forma geral as sessões corriam bem e notou-se alguma evolução, principalmente ao nível do raciocínio e da linguagem.

Na última semana das atividades de estimulação cognitiva, foi aplicado, novamente em maio, o MMSE com o objetivo perceber se existiram alterações nas funções cognitivas da utente. Os resultados do rastreio não apresentaram, mais uma vez, sugestão de défice cognitivo, considerando o seu nível de escolaridade (4º ano) (défice cognitivo: 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22) (Folstein, 1975), tendo obtido 25 pontos num total de 30, ainda se observou ligeiras dificuldades a nível da evocação. No entanto, a mesma, neste rastreio obteve 2 pontos a mais comparativamente à primeira aplicação do MMSE, o que sugere uma ligeira melhoria das suas

funções cognitivas. Os resultados mais detalhados do instrumento de rastreio cognitivo aplicado, foram os seguintes: orientação: 8 pontos (8/10); retenção: 3 pontos (3/3); atenção e cálculo: 4 pontos (4/5); evocação: 2 pontos (2/3); linguagem: 8 pontos (8/9), com um total de 25 pontos (25/30).

Estimulação cognitiva individual - Utente A

Relativamente ao utente A, 88 anos de idade, foi aplicado, inicialmente, em dezembro de 2022, o MMSE com o objetivo de obter um rastreio cognitivo do utente e perceber quais as áreas mais debilitadas no seu caso. Os resultados do rastreio não apresentam sugestão de défice cognitivo, considerando o seu nível de escolaridade (4º ano) (défice cognitivo: 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22) (Folstein, 1975), tendo obtido 24 pontos num total de 30, observou-se ligeiras dificuldades a nível da orientação temporal e na evocação. Os resultados mais detalhados do instrumento de rastreio cognitivo aplicado, foram os seguintes: orientação: 7 pontos (7/10); retenção: 3 pontos (3/3); atenção e cálculo: 4 pontos (4/5); evocação: 2 pontos (2/3); linguagem: 8 pontos (8/9), com um total de 24 pontos (24/30).

Ao longo das sessões de estimulação cognitiva com o utente A (anexo F), foi notável um grande envolvimento nas atividades, por parte do utente. No entanto foram enfrentados desafios, como é o caso da lesão física que o utente sofreu em abril de 2023 (por este motivo 2 das sessões não foram realizadas nas primeiras semanas de recuperação). Ainda assim, na maioria das sessões, o utente demonstrava motivação e empenho nas atividades refletindo-se positivamente na sua estimulação cognitiva. Destaca-se as suas capacidades de raciocínio e de memória semântica ao saber a tabuada de cor. De forma geral as sessões corriam bem e notou-se alguma evolução, principalmente ao nível da linguagem.

Na última semana das atividades de estimulação cognitiva, foi aplicado, novamente em maio, o MMSE com o objetivo perceber se existiram alterações nas funções cognitivas do utente. Os resultados do rastreio não apresentaram, mais uma vez, sugestão de défice cognitivo, considerando o seu nível de escolaridade (4º ano) (défice cognitivo: 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22) (Folstein, 1975), tendo obtido 28 pontos num total de 30, ainda se observou ligeiras dificuldades ao nível da evocação. No entanto, o mesmo, neste rastreio obteve 3 pontos a mais comparativamente à primeira aplicação do MMSE, o que sugere uma ligeira melhoria das suas funções cognitivas. Os resultados mais detalhados do instrumento de rastreio cognitivo aplicado, foram os seguintes: orientação: 8 pontos (8/10); retenção: 3 pontos (3/3); atenção e

cálculo: 5 pontos (5/5); evocação: 2 pontos (2/3); linguagem: 8 pontos (8/9), com um total de 28 pontos (28/30).

Estimulação cognitiva individual - Utente N

Quanto à utente N, 90 anos de idade, foi aplicado, inicialmente, em dezembro de 2022, o MMSE com o objetivo de obter um rastreio cognitivo do utente e perceber quais as áreas mais debilitadas no seu caso. Os resultados apresentam sugestão de défice cognitivo, considerando o seu nível de escolaridade (4º ano) (défice cognitivo: 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22) (Folstein, 1975), tendo obtido 18 pontos num total de 30, observou-se ligeiras dificuldades a nível da orientação temporal e na evocação. Os resultados mais detalhados do instrumento de rastreio cognitivo aplicado, foram os seguintes: orientação: 4 pontos (4/10); retenção: 3 pontos (3/3); atenção e cálculo: 5 pontos (5/5); evocação: 0 pontos (0/3); linguagem: 6 pontos (6/9), com um total de 18 pontos (18/30).

Ao longo das sessões de estimulação cognitiva com a utente N (anexo G), foi notável as inúmeras dificuldades da utente. A mesma apresenta dificuldades significativas de memória a curto prazo e não se encontra orientada no tempo e por vezes no espaço também enfrenta dificuldades a orientar-se. Apesar desta desorientação, em algumas sessões a utente referiu de forma correta o dia em que nos encontrávamos, destaca-se as duas últimas sessões, nas quais a mesma sabia qual o dia em que estávamos. Acredita-se que o facto de existirem um novo calendário de orientação temporal na sala dos idosos, poderá ter ajudado (o calendário foi uma das atividades de estágio realizadas, voluntariamente). Apesar das suas dificuldades, notava-se um empenho da utente ao longo das sessões. É de salientar as suas capacidades de raciocínio matemático e de memória semântica ao saber a tabuada de cor. Com esta utente, o que se destaca mais é a evolução do início das sessões para o fim das mesmas, isto é, no início a utente apresenta dificuldades em compreender as atividades, mas assim que percebe a ideia, consegue reter as instruções e realizá-las de forma autónoma, o que foi mais evidente nas últimas sessões do que nas primeiras, tendo existindo assim, também, uma evolução ao longo das sessões. Ainda assim, na maioria das sessões, o utente demonstrava motivação e empenho nas atividades refletindo-se positivamente na sua estimulação cognitiva. Foi notável uma evolução ao nível da linguagem e da atenção.

Na última semana das atividades de estimulação cognitiva, foi aplicado, novamente em maio, o MMSE com o objetivo perceber se existiram alterações nas funções cognitivas do utente. Os resultados do rastreio apresentaram, mais uma vez, sugestão de défice cognitivo,

considerando o seu nível de escolaridade (4º ano) (défice cognitivo: 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22) (Folstein, 1975), tendo obtido 21 pontos num total de 30. No entanto, a utente N aproximou-se dos valores normativos e neste rastreio, obteve 3 pontos a mais comparativamente à primeira aplicação do MMSE, o que sugere uma ligeira melhoria das suas funções cognitivas. Os resultados mais detalhados do instrumento de rastreio cognitivo aplicado, foram os seguintes: orientação: 5 pontos (5/10); retenção: 3 pontos (3/3); atenção e cálculo: 5 pontos (5/5); evocação: 1 pontos (1/3); linguagem: 7 pontos (7/9), com um total de 21 pontos (21/30).

Estimulação cognitiva individual - Utente H

Quanto à utente N, 90 anos de idade, foi aplicado, inicialmente, em dezembro de 2022, o MMSE com o objetivo de obter um rastreio cognitivo do utente e perceber quais as áreas mais debilitadas no seu caso. Os resultados apresentam sugestão de défice cognitivo, considerando o seu nível de escolaridade (4º ano) (défice cognitivo: 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22) (Folstein, 1975), tendo obtido 21 pontos num total de 30, observou-se ligeiras dificuldades a nível da orientação temporal e na evocação. Os resultados mais detalhados do instrumento de rastreio cognitivo aplicado, foram os seguintes: orientação: 5 pontos (5/10); retenção: 3 pontos (3/3); atenção e cálculo: 4 pontos (4/5); evocação: 1 pontos (1/3); linguagem: 8 pontos (8/9), com um total de 21 pontos (21/30).

Ao longo das sessões de estimulação cognitiva com a utente H (anexo H), foi observado um padrão inicial falta de motivação para realizar as atividades. Inicialmente, a utente demonstrava resistência em ter que sair do sofá para realizar as atividades propostas. Contudo, ao longo do tempo, houve um esforço consciente para trabalhar a motivação da utente. Apesar das dificuldades iniciais em sair do sofá, notou-se uma mudança gradual à medida que a motivação era abordada de maneira específica. O empenho da utente começou a tornar-se mais evidente à medida que a mesma se envolvia mais ativamente nas atividades de estimulação cognitiva. Esse processo sugere uma melhoria na disposição da utente para participar e dedicar-se às atividades propostas, ressaltando a importância do trabalho contínuo na motivação para alcançar resultados mais positivos ao longo do tempo.

Na última semana das atividades de estimulação cognitiva, foi aplicado, novamente em maio, o MMSE com o objetivo perceber se existiram alterações nas funções cognitivas do utente. Os resultados do rastreio já não apresentaram, sugestão de défice cognitivo, considerando o seu nível de escolaridade (4º ano) (défice cognitivo: 1 a 11 anos de escolaridade

≤ 22) (Folstein, 1975), tendo obtido 22 pontos num total de 30. No entanto, a utente H atingiu assim os valores normativos ao obter, neste rastreio, 1 ponto a mais comparativamente à primeira aplicação do MMSE, o que sugere uma ligeira melhoria das suas funções cognitivas. Os resultados mais detalhados do instrumento de rastreio cognitivo aplicado, foram os seguintes: orientação: 6 pontos (6/10); retenção: 3 pontos (3/3); atenção e cálculo: 4 pontos (4/5); evocação: 1 pontos (1/3); linguagem: 8 pontos (8/9), com um total de 22 pontos (22/30).

Casos Clínicos

Caso Clínico 1- Avaliação psicológica em Acompanhamento Psicológico

História Clínica

Identificação

Nome: E.R

Sexo: feminino

Idade: 89 anos

Estado civil: viúva

Motivação da referenciação

A utente tinha sido operada recentemente, tendo sido retirada a sua mama esquerda. Para além desta condição de saúde, E.R tem tido uma adaptação muito difícil à sua institucionalização na fundação, tendo chorado muito nos primeiros dias.

Exame do estado mental e dados de observação

No exame do estado mental, os dados recolhidos são os seguintes: quanto ao estado geral; E.R tem um aspeto cuidado, saudável e higiene em dia. No entanto, a sua colega de quarto revelou que a mesma não gosta de colocar a roupa para lavar, utilizando a mesma durante muitos dias. A utente não gosta que comentem sobre o seu aspeto, numa situação na qual várias utentes e auxiliares comentaram o facto da mesma estar a precisar de cortar o cabelo, E.R respondeu, chateada, “eu é que sei, o cabelo é meu e está bem assim”. A utente é colaborativa. A alimentação é adequada, referindo até que ultimamente tem comido “muito bem” e por esse motivo parece estar com mais peso. A mesma confessa várias vezes que a comida da fundação é ótima. Relativamente ao sono, E.R dorme bem. A mesma confessa que, por norma, dorme toda a noite e ao longo dia também vai fazendo algumas sestas; no estado de orientação: a utente está orientada auto psiquicamente. No entanto, não está orientada alo

psiquicamente (orientada no tempo), mas está orientada no espaço. A mesma revela que se sente pior, ao nível da orientação temporal desde que está na fundação, pois considera que os dias são todos iguais; ao nível da memória, apresenta alterações ao nível da memória. E.R apresenta dificuldades em lembrar-se do que é falado em cada sessão, repete muitos acontecimentos e histórias que já tinha referido anteriormente considerando que é a primeira vez que as conta, não se recorda do que comeu ao longo do dia, refere também não se lembrar de acontecimentos específicos relativamente à sua infância e adolescência. E.R confessou numa das sessões que não se lembra de qual é a sua idade, mas sabe quando é o seu aniversário. Quando relata a sua vida, em poucas frases resume a mesma, repetindo estas frases em quase todas sessões. Demonstra incoerência no seu discurso em vários momentos, como por exemplo, nas primeiras sessões referiu que o seu irmão morreu naquela semana. Numa das últimas sessões referiu que todos os seus irmãos estavam vivos. Coloca-se a hipótese da utente não se recordar dos acontecimentos ou não se recordar o que já revelou nas sessões; relativamente ao humor, por norma a utente apresentou um humor distímico, oscilando entre momentos distímicos e eutímicos em algumas sessões do acompanhamento psicológico; quanto ao discurso, a utente apresenta um discurso com algumas incoerências. Para além de uma das incoerências já referida anteriormente, outra incoerência encontrada no seu discurso é referir que os dias são todos iguais e que não há nada para fazer. No entanto, na fundação, quando são dadas sugestões de tarefas que poderia realizar ou lhe são feitos pedidos, a maioria destes são rejeitados, referindo que quer descansar e ficar o dia todo no sofá. Refere também que considera estar ainda capaz para morar sozinha e realizar as suas tarefas autonomamente, com sucesso, uma vez que ainda tem muita saúde. No entanto, apresenta incoerência quando minutos depois, refere várias vezes “estou velha” e que não quer contar ao seu filho que gostava de estar em casa porque acha que “está perto da sua hora” (já não tem muito tempo de vida) e por esse motivo não adianta estar a preocupá-lo. Outra incoerência identificada no seu discurso foi o facto da utente ter dito que o seu filho a visitava todos os dias e noutra sessão disse que o mesmo a visitava uma vez por semana; relativamente ao pensamento, relativamente ao curso, apresenta por vezes, bloqueio de pensamento, mudando de assunto repentinamente. Relativamente à forma, revela um pensamento vago, não aprofundando muito as suas ideias. Relativamente à posse, não apresenta alterações, relativamente ao conteúdo, não apresenta alterações; não apresenta alterações da percepção; não apresenta alterações da cognição; não foram detetadas alterações na motricidade, tem uma marcha autónoma, sem estereotipia e tremores. Ao nível da libido, não foram recolhidas informações. Quanto à vida instintiva: a alimentação é adequada, referindo até que ultimamente tem comido “muito bem” e por esse

motivo parece estar com mais peso. Relativamente ao sono, E.R dorme bem. A mesma confessa que, por norma, dorme toda a noite e ao longo dia também adormece várias vezes no sofá; relativamente à capacidade crítica para a situação, E.R apresenta ter *insight* quando refere que não está bem na fundação, confessa que está triste e que chora muito. Quanto a um possível início de quadro demencial, a utente tem *insight* de que “está muito esquecida” e refere várias vezes que precisava de um medicamento para ajudar na sua falta de memória.

Anamnese

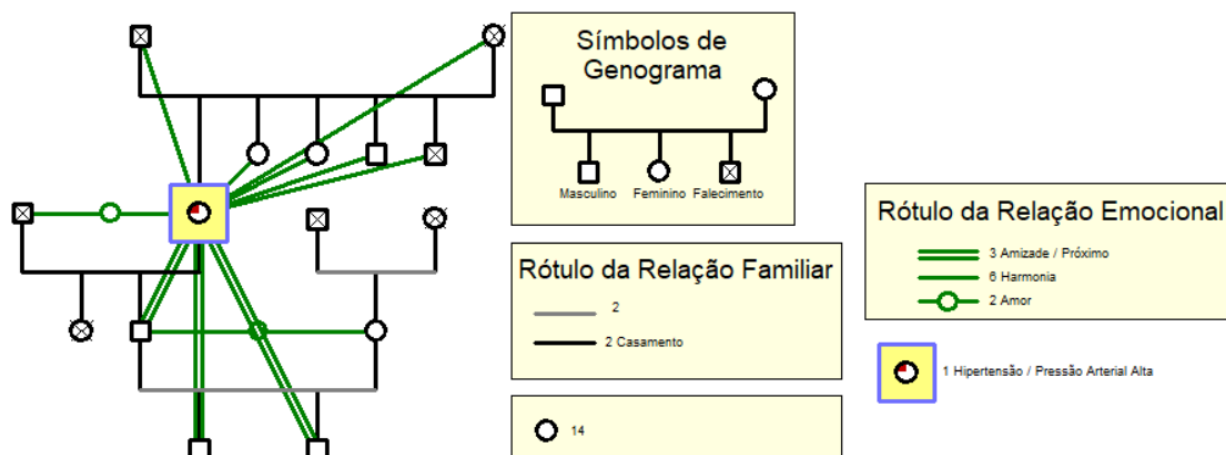
E.R, utente do sexo feminino, nasceu em 1934, no dia 6 de fevereiro, tendo atualmente 89 anos. A utente viveu toda a sua vida no concelho de Mafra. No que diz respeito ao nível de escolaridade, E.R, tem o 4º ano. A utente nunca fez acompanhamento psicológico.

A utente trabalhou na tapada de mafra quando era jovem e solteira, tendo memórias muito positivas sobre esta fase. Recorda que era um grupo de jovens que ia apanhar o trigo e andavam muitos km, indo com realejos a cantar todo o caminho. Refere que quando chegam ao local de trabalho tinham um “capataz” que vigiava todo o trabalho. Mais tarde, após casar, trabalhou na Santa Casa da misericórdia de Mafra, onde cuidava de crianças e idosos, cozinhava, referindo que fazia tudo o que lhe pedissem, chegando até a ter a tarefa de dar banho ao cão (gostava muito deste cão) e revela que o mesmo se chamava Pantufa.

Após estar reformada, a utente foi ama de 3 crianças, duas irmãs com as quais desenvolveu uma relação muito próxima naquela altura (atualmente só se lembra do nome de uma delas) e um menino de uma outra família (a utente recorda-se do nome deste menino). E.R tem muita curiosidade em saber como se encontram atualmente estas crianças, questiona-se de como será que estão as suas vidas uma vez que desde que encontrou para a fundação (há quase 2 anos) nunca mais teve notícias delas.

A utente teve dois filhos, uma do sexo feminino e um do sexo masculino. A sua filha morreu aos 7 meses. E.R refere que o seu marido chorou muito, confessa que nunca tinha visto um homem chorar tanto e que chorou muito mais do que ela, revela ainda que considera que os homens são mais apegados às filhas do que aos filhos. Quanto ao seu filho, este é hoje um adulto com dois filhos. E.R confessa que se dá muito bem com o seu filho e que este cuida muito bem de si, preocupando-se com o seu bem-estar e ligando todos os dias. Quanto à relação com os seus netos, esta também é muito saudável, refere que ambos os seus netos trabalham em hospitais num departamento administrativo, um dos seus netos está a morar em Espanha. E.R descreve a sua família como presente e afetuosa, estando grata pela mesma.

Figura 1- Genograma do caso 1



Quanto aos seus interesses, estes são: cozinha, costura e ver televisão. E.R também gosta muito de animais. O filho da utente tem um cão que se chama “Patinhas” e a mesma refere que este é muito inteligente e que “só lhe falta conseguir falar”. O seu filho costuma trazer o seu cão para E.R poder “matar saudades”.

A utente é católica, valoriza muito a sua religião. A mesma estava habituada a ir à missa todas semanas. A utente utiliza a religião como estratégia compensatória para “aliviar as suas preocupações”. E.R reza todos os dias pelas pessoas que já perdeu e quando se encontra mais triste reza para se sentir melhor. A utente considera que Deus sabe o que faz e que leva as pessoas para o céu quando chega a sua hora, referindo “é bom termos alguém para nos guiar lá em cima”. Neste sentido, E.R confessa que não tem medo do “fim” (da morte) porque “Deus sabe o que faz”. Outra estratégia que a utente referiu utilizar para se sentir melhor é afastar-se de quem não se identifica e tentar não pensar nos assuntos que a inquietam.

E.R está institucionalizada na fundação desde julho de 2021. Tem tido uma difícil adaptação à fundação. A mesma refere que foi um choque para si “vir para aqui” uma vez que o seu filho não lhe perguntou se queria e não lhe explicou qual o motivo da sua decisão, apenas foi consigo visitar a fundação, sem explicar o porquê e passado um tempo levou a mesma à fundação para lá ficar institucionalizada. E.R chorou muito nos primeiros dias. Atualmente ainda chora, mas menos vezes comparativamente às primeiras semanas.

Na maioria das sessões confessa que tem muitas saudades da sua casa, utilizando muitas vezes a seguinte expressão “a minha casa é a minha brasa”. A mesma gosta muito de lembrar a sua rotina na sua casa, referindo em quase todas as sessões que da sua casa conseguia ver o convento de Mafra e gostava muito de ficar a ver as pessoas a entrar no mesmo. A utente gosta

muito do Convento de Mafra, referindo que todos os acontecimentos importantes e positivos da sua vida foram passados neste local, como por exemplo, a sua comunhão, o seu crisma, o seu casamento, o batizado dos seus filhos, entre outros.

Devido ao facto do seu filho não lhe ter explicado o porquê de ter decidido levar a sua mãe para um “lar”, a utente desenvolveu várias hipóteses de possíveis motivos que o levaram a tomar esta decisão, tais como: preocupação que a mesma ficasse sozinha em casa e se pudesse sentir mal; considerar que E.R já não está capaz para viver sozinha e a principal hipótese que a utente coloca, repetindo muitas vezes é que, como a mãe da sua nora faleceu recentemente, a mesma considera que o casal tomou a decisão de a colocar num “lar” para que a sua nora não se lembrasse tanto da sua mãe.

E.R quando está triste e a desabafar ou quando fala de alguma condição de saúde como por exemplo, o facto de sentir que ultimamente anda mais esquecida, tende a referir “estou velha”, “os velhos são uns trapos”, “isto é a velhice” e “não importa, está quase na minha hora”.

Ao nível da saúde, a utente sofre de insuficiência renal crónica, a doença “Von Willebrand”, sofre também de colesterol, hipotireoidismo e insuficiência venosa nos membros inferiores. A ficha clínica da utente refere que a mesma sofre de falhas de memória significativas, especialmente a “curto espaço de tempo”. Estas falhas de memória foram observadas ao longo das sessões de acompanhamento psicológico. Na ficha clínica da utente é também referido que a mesma apresenta início de um quadro demencial.

Ainda, nesta ficha é referido que, a utente de A a D apresenta, em média, um nível de autonomia classificado como B nas suas tarefas diárias na fundação, incluindo atividades como higiene, alimentação, idas à casa de banho, entre outras.

Numa atividade intergeracional, em novembro de 2022, a utente encontrava-se a amassar pão, tendo desmaiado. Este é um episódio que a utente conta várias vezes, o qual foi presenciado pela estagiária.

Medicação: Pantoprazol (20 mg); eutirox (75mg); Larix (40mg); memantina (10mg); inderal (10mg); Zyloric (100mg); vigantol (50mg); condesartan (8mg); Sivantatina (20mg); Brintellix (10mg); Valeriana (500mg); raivastigmina (4,6mg).

Avaliação psicológica

Após a elaboração da anamnese, visando uma compreensão mais aprofundada do caso da utente E.R, foram administrados vários instrumentos de Avaliação Psicológica, conforme detalhado na tabela 3.

Tabela 3

Avaliação Psicológica do caso clínico 1

Instrumento de Avaliação Psicológica	Data da Avaliação Psicológica	Resultados do instrumento de avaliação psicológica
MMSE	17-11-22	19 pontos (19/30) – Défice cognitivo
Escala de depressão geriátrica	24-11-22	9/30 respostas positivas – Não há sugestão da presença de depressão
Escala de memória de Wechsler	02-12-22	Percentil abaixo de 50 em todos os tipos de memória - Apresenta falhas na memória significativas
MMSE	19-05-2023	21 pontos (21/30) – Défice cognitivo

Conforme apresentado na tabela 3, foram aplicados vários instrumentos de avaliação psicológica (consultar anexo M) a E.R. No que diz respeito ao MMSE, numa primeira aplicação do instrumento de rastreio cognitivo, a utente foi colaborante, empenhando-se para responder às questões e para realizar os exercícios apresentados. Os resultados apresentam sugestão de défice cognitivo, considerando o seu nível de escolaridade (4º ano) (défice cognitivo: 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22) (Folstein, 1975), tendo obtido 19 pontos num total de 30, observou-se ligeiras dificuldades a nível da orientação temporal e na evocação. Os resultados mais detalhados do instrumento de rastreio cognitivo aplicado, foram os seguintes: orientação: 4 pontos (4/10); retenção: 3 pontos (3/3); atenção e cálculo: 4 pontos (4/5); evocação: 0 pontos

(0/3); linguagem: 8 pontos (6/9), com um total de 19 pontos (19/30). Já na 2ª aplicação do mesmo instrumento, a utente foi também colaborante, empenhando-se para responder às questões e para realizar os exercícios apresentados. A utente referiu que não se recordava que já tinha respondido a estas questões na primeira aplicação do instrumento. Os resultados do instrumento de rastreio cognitivo aplicado, foram os seguintes: 5 pontos (4/10); retenção: 3 pontos (3/3); atenção e cálculo: 4 pontos (4/5); evocação: 1 pontos (1/3); linguagem: 8 pontos (6/9), com um total de 21 pontos (21/30). E.R teve uma maior pontuação comparativamente à primeira aplicação com 2 pontos de diferença no MMSE. No entanto, a mesma continua a ser abaixo para o que seria expectável para uma pessoa com o 4ºano de escolaridade (Folstein, 1975).

Durante a aplicação da EDG, E.R demonstrou uma colaboração significativa, respondendo às questões com calma e disposição. A sua atitude cooperativa facilitou o processo da aplicação do instrumento. Ao longo da sessão, E.R revelou-se recetiva às perguntas, partilhando as seus pensamentos e sentimentos de forma clara e aberta. Os resultados da EDG indicaram um baixo número de pontos (9/30 pontos), sugerindo que E.R não está atualmente a sofrer de depressão.

Relativamente à Escala de memória de Wechsler, aplicou-se os subtestes obrigatórios do instrumento de Avaliação Psicológica Escala de memória de Wechsler. Ao longo da aplicação destes subtestes, a utente empenhou-se para responder às questões, tendo sido colaborante. No entanto, quando não sabia as respostas dizia apenas “não sei” ou, por vezes, dava um palpite baseado em possibilidades e não em noções. Após terminar a aplicação dos subtestes, que durou 90 minutos no total, a utente agradeceu pela sessão e confessou “a minha cabeça não anda bem” e “estou muito esquecida”.

Relativamente à interpretação dos resultados obtidos, entende-se que E.R apresenta falhas na memória significativas uma vez que em todos os tipos de memória a utente apresenta um percentil abaixo de 50. Os valores mais altos que E.R apresenta são na memória de trabalho com um percentil de 32 e os valores mais baixos que a mesma apresenta são na memória imediata com um percentil de 1.

No que diz respeito à análise de diferenças entre tipos de memória, segundo o manual técnico da Escala de Memória de Wechsler (2008, p.174),

As diferenças entre o desempenho nos Índices Auditivos e Visuais (i.e., Índice Auditivo Imediato vs Índice Visual Imediato e Índice Auditivo Diferido vs

Índice Visual Diferido) podem indicar pontos fortes ou fracos ou défices adquiridos nos processos de memória, quando a informação é apresentada em diferentes modalidades. Outras capacidades cognitivas (p.e., atenção, linguagem expressiva e receptiva, organização perceptiva, vocabulário e articulação) podem também influenciar as diferenças entre a apresentação auditiva e visual.

E.R teve uma pontuação 25 pontos mais elevada no índice Visual Imediato do que a obtida no índice Auditivo imediato. Assim, a mesma apresenta uma diferença estatisticamente significativa ao nível de confiança de 95% e ocorre em 7,5% da amostra de aferição, o que significa que esta diferença não ocorre com muita frequência na população em geral com mais de 80 anos. A utente também apresenta uma diferença estatisticamente significativa ao nível de confiança de 95% que ocorre em 6,2% da população, tendo tido uma pontuação 16 pontos mais elevada no índice auditivo diferido do que a obtida no índice auditivo imediato.

Acompanhamento psicológico

Após uma reunião com toda a equipa técnica, multidisciplinar, do Apoio Integrado da fundação, o caso clínico de E.R foi encaminhado, em outubro de 2022, para acompanhamento psicológico. A primeira sessão de Acompanhamento Psicológico foi realizada no dia 03 de novembro do mesmo ano. Inicialmente, procurou-se estabelecer a relação terapêutica, bem como recolher informações para a elaboração da anamnese, observando também as necessidades da utente e delineando o contrato terapêutico. O foco do Acompanhamento Psicológico concentrou-se na redução do humor distímico de E.R e na adaptação à institucionalização, seguindo os princípios da ACP. Ao todo foram realizadas 28 sessões.

Na primeira sessão, foi explicado o papel do psicólogo à utente. A E.R foi colaborante e falou sobre si, tendo resumindo em poucos minutos a história da sua vida. Referiu que gosta da Fundação e que “ninguém a trata mal”, mas que tem muitas saudades de casa e que não quer viver ali. Confessou que a sua adaptação está a ser fácil. A utente revelou ainda, que acredita que o facto de se encontrar atualmente a viver na Fundação se deve ao falecimento da mãe da sua nora. Explica que acredita nesta possibilidade porque sente que a sua presença pode fazer com que a sua nora esteja constantemente a relembrar a perda da sua mãe, e que por isso decidiram afastá-la da família, para que fosse menos doloroso para a mesma. Refere “eu é que penso isto, ninguém me disse”. Algumas das respostas de compreensão empática referidas ao longo desta sessão: "compreendo que parece estar a sentir-se triste e deslocada aqui na

Fundação"; "parece estar a sentir muitas saudades de casa e da sua antiga rotina. Parece estar a ser difícil para si adaptar-se a este novo ambiente e realidade."; "compreendo que está a passar por um momento difícil e sente falta do conforto e da familiaridade da sua casa"; "parece-me que está a tentar entender qual o motivo de estar aqui e como isso pode impactar a sua família, especialmente a sua nora durante este período de luto."; "parece-me que tem alguma preocupação sobre como a sua presença pode afetar a sua nora após a perda da mãe dela".

E.R demonstrou sentir-se à vontade com a psicóloga estagiária, foi colaborante, partilhou a história da sua vida e demonstrou disponibilidade e vontade para voltar a ter uma segunda sessão na semana seguinte. E.R apresenta-se triste porque não se sente em casa e sente a falta da sua antiga rotina e do seu espaço. E.R refere que acha que o seu filho decidiu e pensou que seria melhor a mesma ser institucionalizada para que a sua esposa não se lembre da sua mãe que faleceu recentemente. Refere que o filho nunca fez ou disse algo que a fizesse pensar assim, mas que esta é a sua ideia. E.R respondeu às questões de forma sucinta e por vezes repetia algumas frases.

Na segunda sessão, E.R falou mais, desenvolvendo mais as suas respostas às questões. Nos primeiros minutos da sessão, E.R começou a chorar ao falar da sua adaptação na Fundação. A mesma apresentou-se muito triste e referiu que há dias em que se sente pior do que outros e que “hoje” estava com vontade de chorar. Referiu várias vezes “é da idade”/ “é a velhice”. Revelou que nesta semana, a sua dentadura desapareceu, tendo sido, mais tarde, encontrada no quarto de outra utente. E.R apresentou-se inquieta, confusa de como sucedeu tal situação e indignada porque não se lembra de onde a deixou na noite anterior. Referiu várias suposições do que poderá ter acontecido e confessou que gostava de resolver este “mistério” e que repara que a sua memória começa a falhar. E.R voltou a referir várias vezes, a sua ideia do motivo pelo qual o seu filho a quis institucionalizar. Referiu como é a sua dinâmica familiar, descrevendo como sendo positiva. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "parece estar a ser um momento difícil para si, esta adaptação à Fundação."; "entendo que esteja a sentir-se triste e confusa com o desaparecimento da sua dentadura. Esta situação parece estar a deixa-la inquieta e curiosa sobre como é que isto aconteceu."; "parece estar preocupada com a sua memória e como esta pode estar a afetar a sua vida diária."; "a sua ideia de que o seu filho a institucionalizou por causa do falecimento da mãe da sua nora parece ser uma hipótese, para si, para o motivo pelo qual o seu filho tomou esta decisão."; "ao descrever a dinâmica familiar como positiva, parece sentir-se grata pela família que tem e que

você valoriza muito os seus relacionamentos familiares."; "Parece que hoje está num dia mais complicado em que se sente mais em baixo e emotiva.".

Nesta sessão, E.R. apresentou-se mais à vontade no ambiente de acompanhamento psicológico, falou dos seus sentimentos e preocupações e desenvolveu mais as respostas às questões, o que facilitou a recolha de dados para a elaboração da anamnese. E.R. apresentou-se mais em baixo nesta sessão, tendo referido “da outra vez não chorei”. Revelou que se sentia “esquisita da cabeça” e não sabia porquê. Considera-se que E.R. sente necessidade de encontrar motivos e explicações para as questões que a inquietam, como o motivo pelo qual foi institucionalizada. E.R. parece sentir-se grata pela família que tem, pelos membros entre si terem relações saudáveis e estarem presentes na sua vida. Em relação às falhas ao nível da memória, propõe-se a aplicação de um rastreio psicológico. A utente foi preparada para a avaliação psicológica.

Na terceira sessão, no início da sessão, procurou-se lembrar a utente de qual era o plano e objetivos da mesma através de uma breve explicação à cerca do instrumento de rastreio cognitivo que se pretendia aplicar. Ao longo da aplicação do instrumento de rastreio cognitivo – MMSE, E.R. apresentou vontade de responder às questões e perceber se saberia ou não as respostas às mesmas. E.R., ao perceber-se de que não sabia responder às primeiras questões referiu que não sabe o ano em que nos encontramos porque ao estar na fundação perde a noção do tempo e dos dias. Quanto à questão “Em que mês estamos?” a utente referiu que não sabia porque não tinha calendário. De seguida, confessou que considera que precisa de um tratamento porque anda muito esquecida e que se sente pior desde que está na Fundação. Ao longo do processo, E.R., quando tinha dificuldades para responder às questões tendeu a rir ao mesmo tempo que referia “estou perdida...”. No final da sessão a utente agradeceu. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "parece-me que está preocupada com a sua memória e com o facto de não conseguir responder a algumas perguntas."; "é compreensível que tenha algumas dificuldades para responder às questões".; "consegui ver o seu empenhado em responder às questões, mesmo que tenha sido desafiador para si."; "Parece sentir-se frustrada ao notar que se sente esquecida e confusa".

Na quarta sessão foi aplicada a EDG para avaliar o seu estado emocional. Durante a sessão, E.R. demonstrou colaboração e calma ao responder às questões do instrumento. Esta expressou algumas preocupações relacionadas à sua condição atual e ao seu ambiente, mencionando a sua tristeza por não poder estar em casa e a sua perceção de estar "esquecida".

Após a aplicação da escala, E.R expressou gratidão pela sessão e considerou importante discutir os seus sentimentos e preocupações. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "tem mantido esta tristeza por não poder estar na sua casa, sentido saudades do seu lar. É difícil adaptar-se a este novo ambiente."; "entendo que esteja preocupada com a sua memória ao notar que se sente esquecida."; "parece-me considerar importante de discutir os seus sentimentos e preocupações. Poderá continuar a fazê-lo neste espaço seguro e livre."

Na quinta sessão aplicou-se os subtestes obrigatórios do instrumento de Avaliação Psicológica Escala de memória de Wechsler. Ao longo da aplicação destes subtestes, a utente empenhou-se para responder às questões, tendo sido colaborante. No entanto, quando não sabia as respostas dizia apenas “não sei” ou, por vezes, dava um palpite baseado em possibilidades e não em noções. Após terminar a aplicação dos subtestes, que durou 90 minutos no total, a utente agradeceu pela sessão e confessou “a minha cabeça não anda bem” e “estou muito esquecida”. Duas das respostas de compreensão empática referidas nesta sessão: "está preocupada com a sua memória, é compreensível sentir-se assim perante estes desafios." e "parece-me que está a enfrentar algumas dificuldades e desafios com a sua memória, mas ainda assim esforçou-se durante os exercícios."

Na sexta sessão, a utente encontrava-se triste, revelando que o seu irmão mais velho faleceu esta semana. Recordou memórias vividas com o seu irmão. Referiu que é católica e que aceita a morte por acreditar que é a “vontade de Deus”. E.R reza muito pelos seus familiares falecidos. Confessa que a sua estratégia para sofrer menos é “forçar-se” a esquecer e tentar não pensar nas questões que a inquietam e lhe causam sofrimento. Referiu que não se lembra há quantos anos o seu marido faleceu e referiu também que não se lembra que idade tem. No entanto, confessou que tem mais dificuldade em recordar acontecimentos recentes, lembrando-se mais facilmente de acontecimentos passados. E.R questionou o porquê da sua referenciação para acompanhamento psicológico e após conversarmos sobre isso, referiu: “acho que isto seria bom para todos”. Neste sentido, aproveitou-se o assunto introduzido pela utente para definir o contrato terapêutico, foi concordado que o que a utente pretende trabalhar e falar nas sessões são as suas maiores inquietações como o facto de estar institucionalizada contra a sua própria vontade, as saudades da sua casa, dificuldades de adaptação ao ambiente da instituição, sentimentos de tristeza e desamparo, preocupações com sua condição de saúde, necessidade de lidar com a perda da independência, possível ansiedade em relação ao futuro e à morte,

possíveis sentimentos de solidão e isolamento social. Todos estes tópicos foram mencionados pela utente nas suas próprias palavras. No final da sessão referiu ainda: “obrigada por tudo”.

Nesta sessão, foi evidente o impacto emocional que a recente perda do irmão teve sobre E.R., levando-a a recordar memórias vividas e a expressar as suas crenças religiosas como forma de conforto. A estratégia de tentar "forçar-se" a esquecer e evitar pensamentos dolorosos revela uma tentativa de lidar com o sofrimento de forma ativa, embora possa ser também uma forma de negação da dor. A dificuldade em lembrar-se de eventos recentes contrasta com uma maior facilidade em recordar o passado, sugerindo uma pior deterioração da memória de curto prazo. A identificação das principais inquietações de E.R., como a institucionalização involuntária, saudades de casa, tristeza e preocupações com a saúde, permite estabelecer um contrato terapêutico claro e orientado para os desafios específicos que E.R enfrenta. A expressão de gratidão no final da sessão sugere um vínculo positivo da relação terapêutica, o que é fundamental para o sucesso do acompanhamento psicológico.

Na sétima sessão, E.R começou a sessão a confessar que se sentia “mais ou menos” pelos mesmos “motivos de sempre” e que as semanas são todas iguais. Referiu que pensa na sua casa todos e dias e que sente muitas saudades da mesma. A utente confessou que não sabe qual foi a ideia de a trazerem para cá. No entanto refere que tem de aceitar que talvez seja o melhor para si e que o que importa é estar com saúde. Revelou que por vezes chora e outras sente-se melhor e que acha que estas questões se devem à idade. Refere que continua desorientada no tempo, nunca sabendo em que dia e mês se encontra, mas refere não dar importância a esta questão. Ainda relativamente à sua memória, E.R não se lembra de qual é a sua idade, mas sabe quando é o seu aniversário. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: “parece-me sentir alguma nostalgia não é? ao falar sobre as suas saudades de casa. Tem sido difíceis para si de lidar com estes sentimentos, especialmente quando as semanas parecem arrastar-se e tudo lhe parece igual.”; “parece que apesar da reflexão sobre a sua situação atual e os motivos que a trouxeram para cá, tem procurado priorizar a sua saúde, considerando que estar aqui poderá ser benéfico para si.”; “mencionou que às vezes chora e outras vezes se sente melhor, e parece atribuir estas oscilações emocionais à idade. É compreensível que associe esses sentimentos à idade, apesar de que cada pessoa enfrenta os seus próprios desafios, independentemente da idade.”

A utente, quando refere que qualquer sintoma se deve à idade, rotula-se como “velha”. Referiu que concorda com a famosa expressão “os velhos são uns trapos” e quando confessa

que não se lembra de várias questões e que “tem a cabeça cansada” questiona e afirma: “É a idade, não é? Não concorda? Eu acho que é”. É de salientar que a utente refere vários acontecimentos que já contou noutras sessões, como se nunca tivesse referido anteriormente, o que também demonstra a sua dificuldade em reter a informação que é falada em cada sessão.

Na oitava sessão, E.R., voltou a repetir várias vezes que está “velha” e sempre que desabafava sobre as saudades que sente sobre a sua casa ou sobre o seu humor deprimido referia – “é a velhice”. A utente refere que ultimamente, não lhe tem apetecido fazer nada sem ser descansar no sofá e fazer sestas. No entanto, referiu que dorme bem. A utente confessou que preferia ter uma cuidadora na sua casa do que estar num “lar”. No entanto, não quer falar com o seu filho sobre este assunto, guardando para si os seus pensamentos e vontades. Relativamente à quadra natalícia, a utente referiu “quero lá saber disto” “já estou velha para estas coisas”.

Nesta sessão, a utente referiu que considera que não existe um “tratamento milagroso” para que a mesma consiga sentir-se melhor e refere que não se importa porque “já está velha” e só tem que esperar que “chegue o seu dia”. Algumas das respostas de compreensão empática referidas nesta sessão: "parece-me que ao estar a passar por um momento desafiador, tem associado estes sentimentos à idade."; "esta fase de desânimo parece estar a influenciar a sua ideia sobre a velhice, considerando que quanto mais idade tem mais difícil é para si realizar certas atividades e satisfazer certas necessidades"; "compreendo que preferia ter uma pessoa a cuidar de si na sua casa uma vez que estaria no seu espaço onde se sente mais confortável e familiarizada do que aqui na fundação"; "Expressou uma atitude resignada em relação à sua saúde, referindo que não há um 'tratamento milagroso' para se sentir melhor. Parece-me que considera difícil e pouco provável vir a sentir-se melhor. É difícil para si acreditar que isso poderá acontecer".

Compreendeu-se que a utente não tem grandes perspetivas de melhoria. E.R., quando refere que qualquer sintoma se deve à idade, rotula-se como “velha”. No seu discurso, ao referir-se ao Natal e ao considerar-se “velha” para esta quadra, parece não se considerar digna de gostar do Natal devido à sua idade.

Na nona sessão, E.R., enfatizou no seu discurso os vários pensamentos já referidos nas sessões anteriores e tende a contar os mesmos acontecimentos e preocupações. Neste dia, a utente confessou “hoje estou chorosa” e refere que há dias mais difíceis que outros, mas que se esforça em “esquecer” e aceitar a sua realidade para se sentir melhor. A utente referiu que lhe

tem feito bem conversar sobre o que se sente, pois, está habituada a guardar para si os seus pensamentos e sentimentos. Algumas das respostas de compreensão empática que foram utilizadas ao longo da sessão: “parece-me que hoje está a sentir-se mais emotiva e vulnerável.”; “tem tentado fazer um esforço para lidar com os dias mais difíceis, tentando esquecer e aceitar a sua realidade, embora seja difícil para si não é.”; “considera que conversar sobre os seus sentimentos está a ser útil para si. É importante ter um espaço seguro onde possa expressar livremente as suas preocupações e pensamentos.”

Na décima sessão, E.R, nesta sessão, manteve o mesmo discurso bem como os temas referidos. Ao longo desta sessão ao falar sobre o motivo pela qual a utente poderá ter sido institucionalização, alcançou-se a conclusão de que a mãe da sua nora falecera há cerca de 3 anos e a utente está na fundação há menos de 1 ano, pelo que, E.R considera que a morte da mãe da sua nora poderá não ser o motivo pelo qual a utente foi institucionalizada. Assim, falamos sobre a preocupação que o seu filho tem para com a utente e que esse poderá até ter sido o único motivo pelo qual o seu filho tomou esta decisão, considerando ser o melhor para a sua mãe, estar acompanhada e com auxílio de acordo com as suas necessidades. E.R referiu que o seu filho tem vindo visitá-la todos os dias, o que mostra o carinho que o mesmo tem para com a utente, sendo algo muito positivo. A utente revelou estar grata pela família que tem. Respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: “Parece que durante esta sessão você conseguiu considerar diferentes perspetivas sobre a situação da sua institucionalização.”; “mencionou que tem sentido saudades de casa e que às vezes se sente ‘chorosa’. Esses sentimentos de nostalgia e tristeza parecem ser difíceis para si de lidar.”; “esta dificuldade em lembrar-se de certas coisas e a sua sensação de que ‘é da velhice’, parece ser pensamentos que estão a causar-lhe algum desconforto.”

Na décima primeira sessão, E.R, voltou a repetir várias vezes que está “velha” e utiliza este rotulo cada vez que revela as suas frustrações e preocupações. Ao longo da sessão procurou-se explorar qual o significado que a utente dá a este rotulo. Percebeu-se que a idade não é a razão pela qual temos preocupações e situações que nos deixam tristes. Duas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: “Percebo que tem utilizado a palavra ‘velha’ para expressar as suas frustrações e preocupações.”; “parece-me que o rótulo ‘velha’ continua associado a muitas das suas preocupações.”

Na décima segunda sessão, não recorreu tantas vezes à rotulação “velha”. A utentes mencionou as estratégias de *coping* que utiliza. A mesma tende a aproximar-se mais das pessoas

com quem se identifica e a afastar-se das pessoas com que não se identifica e refere que não gosta de conflitos, pelo que prefere afastar-se de pessoas conflituosas. Outra estratégia que a utente utiliza para se sentir melhor é rezar e por fim, a mesma gosta de guardar para si os seus pensamentos e não partilhar com as pessoas que a rodeiam porque não gosta que falem sobre os seus problemas. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "encontrou essa forma de lidar com as suas frustrações e preocupações, parece que aproximar-se de pessoas com as quais se identifica e afastar-se daquelas com as quais não se identifica é uma estratégia que tem sido útil para si."; "referiu que rezar é uma forma de se sentir melhor, esta prática parece desempenhar um papel importante na sua vida e aliviá-la". "mencionou que prefere guardar para si os seus pensamentos e não os partilhar com os outros. Parece-me que valoriza a sua privacidade e preferência por lidar com os seus problemas de forma mais independente."

Na décima terceira sessão, E.R. entrou no gabinete com uma expressão mais serena do que nas sessões anteriores. Esta começou por partilhar que, desde a última sessão, tem refletido sobre as estratégias que mencionou na sessão anterior. Esta referiu que tentou continuar a aproximar-se mais das pessoas com quem se identifica e afastar-se daqueles que podem trazer conflitos para sua vida, mencionando algumas utentes. E.R. também expressou que dedicou mais tempo a rezar. Esta foi a primeira sessão que a utente menciona o que falamos na sessão anterior, o que foi inesperado uma vez que por norma, E.R. revelava que não se recordava do que falámos e por vezes até contava alguns acontecimentos que já tinha revelado anteriormente.

Na décima quarta sessão a utente encontrava-se muito inquieta. No percurso da sala de convívio dos idosos até ao gabinete onde são realizadas as sessões, E.R. foi fazendo alguns comentários como “estou farta disto”, “estou pelos cabelos”, “o que é que eu estou aqui a fazer?!” ... Após começarmos a sessão, a utente continuou a questionar-se a si própria de forma indignada, “mas o que é que eu estou aqui a fazer?!”. Encontrava-se inquieta e revoltada por não se conseguir habituar à institucionalização na fundação. E.R. referiu que a fundação tem um ambiente triste e que não se identifica com o mesmo. Referiu também que não gosta de estar rodeada de “pinheiros”. Assim, no início da sessão, a utente encontrava-se triste. No entanto, ao longo da sessão, após falar sobre este assunto e referir como se sente, foi notável uma diferença no seu humor, aparentando estar mais calma com um melhor humor. A mesma terminou a sessão a dizendo várias vezes “o que tem que ser tem muita força”. E.R. referiu que apesar de ninguém a tratar mal na fundação e de saber que tem auxílio a vários níveis não se sente bem na mesma e tem muitas saudades de casa. No entanto, acredita que “Deus é pai” e

sabe o faz e por esse motivo acredita que deve aceitar o seu destino e não quer contar ao filho que se sente assim pois acredita que se ele tomou esta decisão (de institucionalizar a mãe) é porque é assim que deve ser. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "Parece-me que esta institucionalização na fundação está a causar-lhe muita angústia e desconforto, é compreensível sentir-se dessa forma perante de uma mudança tão significativa na sua vida."; "Compreendo o quão desafiador deve ser para si adaptar-se a este novo ambiente e rotina, especialmente quando sente uma falta tão grande do conforto e familiaridade da sua casa."; "Ao descrever os seus sentimentos e frustrações, consigo perceber o quanto esta situação na fundação está a afetar a sua tranquilidade e bem-estar. Parece ser difícil para si lidar com tudo isso."; "parece que, apesar das circunstâncias difíceis, está a tentar encontrar algum sentido e conforto na sua religião."; "Parece sentir alguma revolta e indignação com esta situação."

Na décima quinta sessão, a utente não quis sair da sala de convívio, confessando que esta semana não estava com vontade de falar nem de sair do seu sofá. No dia seguinte tentou-se perceber se utente se encontrava com mais vontade de vir à sessão, mas a mesma repetiu o que dissera no dia anterior.

Na décima sexta sessão, E.R, neste dia, encontrava-se mais animada em comparação com as sessões anteriores. Referiu que no seu tempo não exista o “Dia dos namorados” e que não se recorda de como conheceu o seu marido. E.R, por vezes, refere que não se recorda do que falou na sessão anterior e tende a repetir acontecimentos que deseja contar. Duas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "Parece-me ser frustrante para si não conseguir recordar-se detalhes importantes da sua vida, como o momento em que conheceu o seu marido." e "é interessante que no seu tempo não celebravam o Dia dos Namorados. Parece que há diferenças culturais que influenciam as nossas tradições e experiências."

Na décima sétima sessão, a utente, encontrava-se com vontade de falar, desabafando sobre as mesmas questões que a preocupam. E.R confessou que tem que se conformar em estar na fundação porque foi o desejo do seu filho, embora seja difícil para si perceber porquê. Após este assunto ser mais falado, E.R revelou que sabe que o melhor para si nesta fase é estar acompanhada, embora seja difícil sentir-se bem neste local que não vê como a sua casa. Respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "parece que está a lidar com sentimentos conflituosos sobre estar na fundação. É difícil reconciliar o desejo do seu filho com o seu próprio conforto e sensação de pertença."; "entendo que a ideia de estar na fundação

possa ser desafiadora para si, especialmente quando não se sente totalmente em casa aqui. "; "parece que está a tentar passar por um processo de aceitação em relação à sua situação aqui na fundação. É um caminho difícil para si"; "Parece-me sentir-se dividida entre o desejo de estar acompanhada e o desejo de estar num lugar no qual se sinta verdadeiramente como sendo um lar para si."

Na décima oitava sessão, a utente revelou que não se lembrava como foi a sessão anterior, confessando "lembro-me que estive consigo, mas não me lembro de como foi". E.R, neste dia, encontrava-se com vontade de vir à sessão. A mesma referiu que fala sempre "da mesma coisa" porque é aquilo em que pensa constantemente. A mesma referiu mais uma vez, que a Fundação apenas tem "coisas boas" e que ninguém a trata mal, mas que não queria "estar aqui". A utente refere estar muito esquecida ao ponto de não se lembrar se costuma fazer atividades com a animadora sociocultural às segundas-feiras. No início da sessão a utente começou por desabafar sobre as suas inquietações e tende a contar inúmeros acontecimentos que já referiu noutras sessões. Nesta sessão, E.R encontrava-se mais animada. Duas das respostas de compreensão empática referidas nesta sessão: "Parece que está a enfrentar alguns desafios com a sua memória, o que parece ser assustador e desconfortável para si"; "É compreensível que se sinta frustrada por não se lembrar de algumas coisas recentes."

Ao longo de várias sessões, geralmente pode acontecer que as interações terapêuticas pareçam semelhantes entre si, especialmente quando a pessoa em acompanhamento aborda continuamente os mesmos temas e preocupações. No caso de E.R, observamos esta tendência, em que da décima nona sessão à vigésima sexta sessão a utente foi referindo repetidamente os mesmos assuntos que a inquietavam. Desde as suas frustrações com a institucionalização na fundação às preocupações com a falta de memória. Essa repetição de temas é compreensível particularmente com questões profundamente enraizadas ou complexas. Para E.R, estas questões parecem ser centrais na sua vida no momento, e é natural que esta queira expressar repetidamente os seus sentimentos e pensamentos sobre elas. Neste sentido, nestas sessões as respostas de compreensão empática foram sendo semelhantes às mencionadas anteriormente de uma sessão para outra, pois são baseadas nas emoções e preocupações expressadas por E.R, sendo respostas autênticas e sensíveis ao que está a ser partilhado.

Considerando que a ACP apoia a não diretividade, é fundamental que o cliente seja quem conduz o tema das sessões. Apesar do cuidado incondicional e da compreensão empática demonstrada pelo terapeuta, quando um cliente repete continuamente as suas inquietações,

pode ser um indicador de que o mesmo ainda não se sente totalmente compreendido ou aliviado. No caso de E.R, a sua repetição de preocupações pode ser atribuída, em parte, aos seus comprometimentos de memória, levando-a a esquecer o que foi discutido em sessões anteriores.

Na sessão vigésima sétima, foi aplicada a segunda vez o MMSE. A utente foi colaborante, empenhando-se para responder às questões e para realizar os exercícios apresentados. A utente referiu que não se recordava que já tinha respondido a estas questões na primeira aplicação do instrumento.

Na última sessão com E.R., houve um clima de nostalgia e emoção no ar, já que era a sua última consulta. Ao chegar à sala de terapia, ela parecia um pouco mais silenciosa do que o habitual, como se estivesse processando a ideia de que aquela seria a despedida (já tínhamos conversado no corredor, relembrando de que esta era a última sessão devido ao término do estágio). Durante a sessão, E.R. partilhou os seus sentimentos sobre o término do acompanhamento psicológico, expressando tristeza por ter que se despedir. Esta mencionou que desenvolveu uma conexão significativa com o processo terapêutico e confessou estar triste em perder esse apoio. E.R. mencionou que, se fosse possível, gostaria de continuar com alguém que a entendesse e a apoiasse da mesma maneira que aconteceu neste acompanhamento. Esta terminou a sessão a dizer "obrigada por tudo" e no final da sessão, quando chegou a hora de nos despedirmos, E.R. ficou visivelmente emocionada.

Discussão do caso clínico 1

O caso clínico de E.R oferece uma visão profunda das complexidades enfrentadas por uma utente idosa integrada num ambiente de cuidados geriátricos. Este estudo de caso destaca as experiências e os desafios de E.R, que apresenta várias questões emocionais, cognitivas e comportamentais. Ao analisar a sua história e suas interações durante as sessões de acompanhamento psicológico, é possível explorar as diversas facetas da sua saúde mental e emocional. Através de uma análise abrangente, pretende-se compreender não apenas os sintomas apresentados por E.R, como também os fatores subjacentes que contribuem para o seu bem-estar e qualidade de vida. Ao abordar o caso de E.R à luz dos princípios da ABCP exploram-se as suas perceções, emoções e necessidades que influenciam a sua jornada de envelhecimento e adaptação à institucionalização.

A avaliação psicológica do caso clínico de E.R revela resultados que fornecem *insights* importantes sobre o seu estado cognitivo e emocional.

Relativamente ao MMSE, os resultados indicam um défice cognitivo, com pontuações abaixo do esperado para alguém com o 4º ano de escolaridade. Embora tenha existido uma melhora marginal na segunda aplicação, a pontuação ainda permanece abaixo do nível normativo.

Quanto à EDG: E.R não apresentou sintomas significativos de depressão, sugerindo que a sua condição emocional pode não estar a ser um fator impactante para as suas dificuldades cognitivas.

Na Escala de Memória de Wechsler, E.R demonstrou falhas significativas na memória, com pontuações abaixo do percentil 50 em todos os tipos de memória avaliados. A diferença estatisticamente significativa entre os índices auditivos e visuais pode indicar pontos fortes ou fracos nos processos de memória, sugerindo uma preferência ou capacidade diferenciada de processar informações apresentadas em diferentes modalidades sensoriais.

E.R expressou conscientemente a sua dificuldade de memória ao afirmar que a sua cabeça "não anda bem" e que está "muito esquecida". Estas observações diretas são confirmadas nos resultados dos testes de avaliação cognitiva.

Estes resultados fornecem uma base importante para orientar intervenções terapêuticas e de suporte adequadas, que podem incluir estratégias de estimulação para a memória, estimulação cognitiva e apoio emocional para lidar com as dificuldades percebidas. No caso de E.R o caso foi encaminhado para acompanhamento psicológico, não tendo existido estimulação cognitiva. No entanto, se na fundação existisse outro profissional de psicologia o caso poderia ter seguido também essa intervenção. Uma avaliação holística e multidisciplinar poderia ser necessária para abordar todas as dimensões do bem-estar de E.R e garantir uma abordagem abrangente e eficaz para o seu cuidado.

A avaliação psicológica forneceu uma linha de base inicial para o estado cognitivo e emocional de E.R, o que permite monitorar mudanças ao longo do tempo. A avaliação psicológica foi importante para o caso de acompanhamento psicológico de E.R. Através dos resultados dos instrumentos de avaliação psicológica utilizadas, foi possível identificar áreas específicas de dificuldade, como défices de memória, que são essenciais para compreender as necessidades individuais de E.R. Essa compreensão permite à/ao psicólogo/a que está a intervir, adaptar as suas intervenções para atender às necessidades específicas da utente.

Esta avaliação validou as experiências relatadas por E.R, como a sua percepção de esquecimento e confusão, o que pode ajudar a reduzir a ansiedade e o estigma associados às dificuldades cognitivas, permitindo que E.R se sinta compreendida e apoiada no seu processo terapêutico.

Através da avaliação psicológica, foi possível desenvolver uma compreensão mais profunda das experiências, sentimentos e percepções de E.R, o que permite uma relação terapêutica mais empática e genuína, um dos princípios fundamentais da ACP. Ao conduzir a avaliação psicológica, demonstrou-se aceitação incondicional por E.R, acolhendo as suas experiências, dificuldades e emoções sem julgamento, o que cria um ambiente terapêutico seguro e não crítico, onde E.R tem a liberdade para expressar os seus pensamentos e sentimentos mais profundos. Ao fornecer *feedback* honesto e preciso com base nos resultados da avaliação, demonstrou-se congruência e autenticidade, outros princípios essenciais da ACP, o que promove a confiança e a transparência na relação terapêutica. A avaliação psicológica permitiu a exploração do mundo interno de E.R, incluindo as suas crenças, valores e percepções sobre si mesma e sobre os outros, o que facilita o processo de autoexploração e autoconsciência, fundamentais para o crescimento pessoal e a mudança terapêutica. Ao identificar áreas de conflito, ambivalência ou dificuldade para E.R, a avaliação psicológica facilita o processo de atualização, pode promover a integração e a harmonia entre as diferentes partes da sua experiência pessoal, o que pode ajudar E.R a “caminhar” em direção a uma maior congruência e autorrealização.

E.R, ao longo das sessões apresentou inúmeras vezes um humor distímico e várias questões que a inquietam sendo que a que parece impactar mais a utente é a difícil adaptação à institucionalização bem como as saudades da sua casa.

O caso de E.R apresenta alguns desafios emocionais e existenciais que requerem uma abordagem terapêutica sensível e centrada no cliente. A compreensão das suas preocupações e experiências, com o apoio na exploração das suas emoções e na promoção de sua autoconsciência, pode ser fundamental para ajudar a mesma a enfrentar os desafios da velhice e encontrar significado e bem-estar na sua vida.

A utente expressa uma série de sentimentos conflitantes. Por um lado, esta afirma que estaria bem em sua casa e que ainda se sente capaz de realizar atividades. No entanto, a mesma também refere que já não faz atividades no dia-a-dia da fundação porque “já não é capaz” preferindo passar os seus dias no sofá da sala de convívio. Esta dissonância cognitiva sugere

uma falta de congruência emocional e uma possível desconexão entre os seus sentimentos internos e o seu comportamento externo.

A mesma demonstra preocupação com a sua identidade e autoconceito. E.R faz referência à sua idade avançada e expressa sentimentos de inutilidade e esquecimento. As suas expressões sobre a sua casa como sendo o seu refúgio e a sua tristeza em estar na fundação indicam uma forte ligação emocional com o seu ambiente familiar e uma perceção de si mesma como alguém fora do seu lugar habitual.

E.R parece valorizar a sua independência e liberdade, expressando um desejo de estar na sua própria casa. Esta sente-se deslocada e incompreendida na fundação, questionando (a si própria), constantemente, qual será o motivo de ter sido colocada na fundação. As suas preocupações com a possível motivação do seu filho e nora para a institucionalizar refletem uma necessidade de pertencimento e de ser compreendida no seu ambiente familiar.

A utente manifesta um desejo de receber tratamento para as suas falhas de memória, indicando uma disposição para procurar crescimento pessoal e autoaperfeiçoamento. No entanto, as suas expressões de desesperança e desamparo sugerem uma possível dificuldade em alcançar o seu potencial máximo devido às limitações percebidas da velhice e da situação atual.

Ao analisar o caso clínico de acompanhamento psicológico de E.R, segundo a ACP, pretende-se entender a experiência subjetiva da paciente, as suas necessidades, perceções e desafios à luz da TDP.

A utente expressa a necessidade de um tratamento para ajudar no seu esquecimento, indicando uma possível dissociação entre o seu *self* percebido e desejado, o que pode gerar tensões internas e afetar a sua autoestima (Hipólito, 2011).

E.R, ao mencionar "falta pouco para ir desta para melhor," pode estar a explorar a noção de morte e procurar um sentido mais profundo para a sua vida.

Expressões como "eu estaria bem na minha casa" sugerem uma preferência por um ambiente onde a mesma sinta mais controle e autonomia, o que reflete LCI, onde esta percebe a sua capacidade de influenciar o seu ambiente.

A mudança para a instituição pode representar um desafio para o LCI da utente, indicando um possível deslocamento em direção a um LCE. O facto de E.R se questionar sobre

a razão de estar na fundação pode indicar uma perda de controlo percebido sobre a sua situação (considerando que a escolha de ser institucionalizada não foi da utente).

A utente pode estar a enfrentar um conflito interno entre a vontade de manter o controlo sobre a sua vida (LCI) e a realidade da fundação que representa uma falta de controlo percebido (LCE). A resistência em partilhar a sua situação com o filho, possivelmente por receio da sua reação, pode refletir um desejo de manter o controlo sobre as informações que revela (LCI). No entanto, a decisão de estar na fundação pode indicar influências externas (LCE).

O acompanhamento psicológico pode: explorar estas dinâmicas, ajudando a utente a identificar áreas onde esta ainda mantém controlo interno e como a mesma pode reconstruir ou adaptar o seu LCI nas mudanças da vida; pode fortalecer o LCI de E.R, promovendo sentimentos de empoderamento e autonomia, mesmo dentro do contexto da fundação; pode ajudar na identificação de áreas específicas em que a utente pode exercer algum controlo dentro da fundação, proporcionando um sentido de autonomia e reduzindo a perceção de controle externo; pode ajudar na aceitação da mudança para a fundação e no desenvolvimento de estratégias adaptativas pode contribuir para uma reconciliação entre as perceções de LCI e LCE, facilitando um maior equilíbrio; pode apoiar o processo de valorização orgânica, pode abordar os conflitos para facilitar uma adaptação psicológica mais suave, pode explorar formas de fortalecer a estrutura do *self* e promover a aceitação de si mesma, explorar as suas perceções sobre a instituição e o seu ambiente atual; facilitar a reflexão sobre a sua própria perceção de velhice, esquecimento e a importância da sua casa, incentivando um maior autoconhecimento e aceitação; compreensão de um possível trauma associado à mudança para a fundação, fornecendo um espaço seguro para a expressão emocional e o processamento de experiências; ajudar na redução de dissociações entre o *self* percebido e desejado, visando promover um equilíbrio interno e uma autoestima mais saudável.

Para a ACP, o cliente é que saberá melhor que ninguém o que o inquieta e como integrar as suas experiências no seu conceito reorganizado de *self* (Rogers, 2003). Neste acompanhamento psicológico pretendeu-se ter e transmitir confiança na tendência atualizante de E.R e proporcionar o ambiente para que as condições suficientes e necessárias para a mudança terapêutica ocorrem.

Toda a intervenção se alinhou com os princípios da ACP, proporcionando um ambiente terapêutico que promove a autenticidade, aceitação e compreensão empática.

Numa análise profunda do caso clínico da utente, é possível perceber a sua necessidade urgente de reconexão com o seu ambiente familiar, expressando um desejo intenso de estar na sua casa. Este anseio revela-se como uma âncora emocional, destacando a importância significativa da casa na sua estrutura do *self*.

As expressões relacionadas à velhice, esquecimento e a própria instância de estar na instituição indicam áreas sensíveis que merecem uma atenção cuidadosa. A abordagem não-diretiva, fundamentada nas seis condições necessárias e suficientes do processo terapêutico, oferece um espaço terapêutico propício para explorar essas complexidades.

Ao trabalhar as forças e a tendência atualizante da utente, poderá ser possível antever um processo de transição do LCE para um LCI, alcançando uma mudança na percepção e expressão das suas manifestações emocionais e sentimentos. A terapia pode facilitar a simbolização dessas emoções, permitindo uma compreensão mais profunda, mesmo quando contraditórias.

A dimensão da institucionalização merece uma exploração mais profunda. Como é que a utente percebe a sua estadia na instituição? Existem aspetos específicos que a incomodam? As expressões de desejo de estar em casa podem estar relacionadas a uma necessidade de reconexão e familiaridade.

Questões fundamentais sobre a expressão de que “falta pouco para ir desta para melhor” e a resistência em partilhar com o filho sugerem a presença de áreas traumáticas e emocionalmente sobrecarregadas que merecem uma abordagem sensível.

Desta forma, a abordagem terapêutica adotada visou não apenas explorar esses pormenores por vontade da utente, como também oferecer um espaço seguro para a mesma percecionar e expressar plenamente as suas emoções, trabalhando na sua autoestima e construindo uma relação mais saudável consigo e com os outros. Este processo, alinhado com os princípios humanistas, tem o potencial de proporcionar um significativo progresso no bem-estar emocional da utente.

Caso Clínico 2- Acompanhamento Psicológico

História Clínica

Identificação

Nome: M.T

Sexo: feminino

Idade: 93 anos

Estado civil: viúva

Motivação da referenciação

No início do presente estágio a utente encontrava-se em processo de luto devido à recente morte do seu marido poucos meses antes. A partir da informação fornecida pela equipa técnica, entende-se que a mesma encontrava-se com um humor distímico frequente.

Exame do estado mental e dados de observação

No exame do estado mental, os dados recolhidos são os seguintes: relativamente ao estado geral, M.T apresenta um aspeto cuidado, saudável e com higiene em dia. Manifesta preferência por tomar banho logo pela manhã. É colaborativa na interação. A alimentação adequada, embora manifeste desagrado por comer frequentemente os mesmos alimentos ao pequeno-almoço. Revela dificuldade em dormir profundamente e refere que, se não estiver envolvida em atividades, tem facilidade em adormecer. Quando dorme no sofá da sala, adota uma posição desconfortável que pode resultar em dores físicas; no que diz respeito ao estado de vigília, a mesma apresenta-se vígil, sem alterações da consciência; no estado de orientação, a orientação autopsíquica preservada. No entanto, apresenta desorientação alop-síquica (no tempo), mas mantém a orientação no espaço; ao nível da atenção, não foram identificadas alterações; na memória, evidencia alterações, tendo dificuldade em recordar o que é discutido em cada sessão. Repete frequentemente acontecimentos e histórias, aparentemente esquecendo que já os mencionou anteriormente; não foram identificadas alterações significativas na vivência do eu; apresenta uma variabilidade no humor, oscilando entre momentos distímicos e eutímicos durante o acompanhamento psicológico; quanto ao discurso, a utente apresenta um discurso com algumas incoerências possivelmente relacionadas à dificuldade em reter informações que aparentam não lhe permitir manter conversas duradouras coerentes; não foram observadas alterações no pensamento; não foram identificadas alterações da percepção; não foram identificadas alterações da cognição; ao nível da motricidade, M.T relata tremores nos membros superiores, especialmente ao realizar atividades que exigem precisão fina. Utiliza um andador para locomoção e não apresenta estereotípias ou tremores nos membros inferiores; não foram recolhidas informações ao nível da libido; quanto à vida instintiva, a alimentação é adequada. Relativamente ao sono, apresenta dificuldades em adormecer à noite. No entanto,

durante o dia adormecer várias vezes, como já referido anteriormente; relativamente à capacidade crítica para a situação, M.T apresenta ter *insight* quando refere que tem falhas na memória e dificuldade em ter uma conversa coerente e lembrar-se da mesma. Ao partilhar as suas condições de saúde que lhe causam sofrimento, a mesma considera que com a idade as suas problemáticas vão piorar. No entanto, M.T procura encontrar estratégias para lidar com as situações que lhe causam sofrimento.

Anamnese

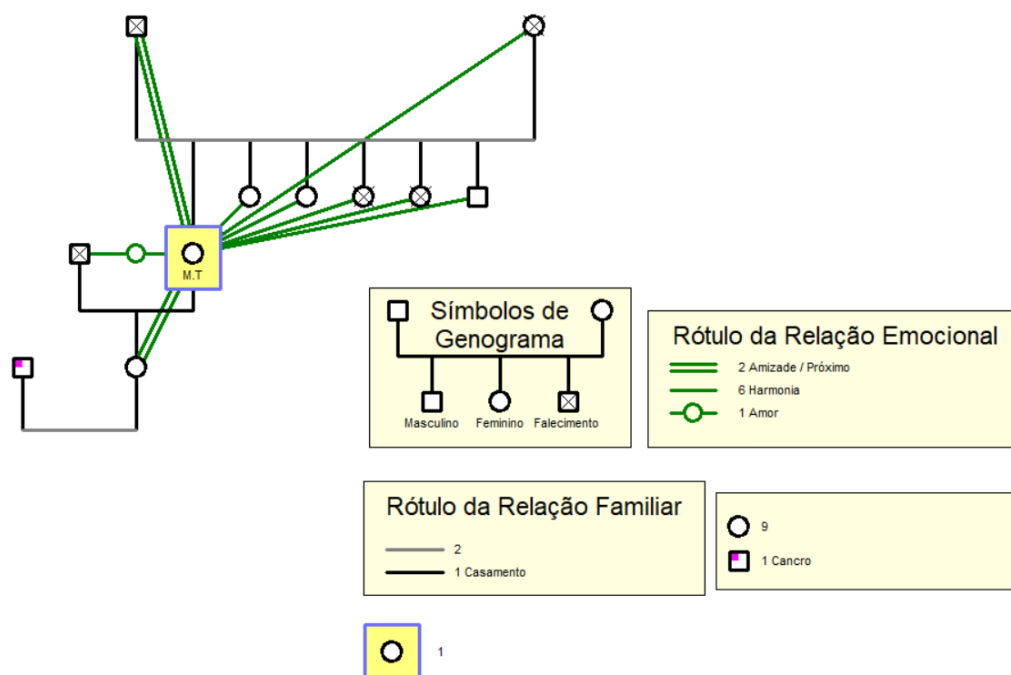
A utente M.T, uma sujeita do sexo feminino, nasceu em 1930, tendo 93 anos (no momento em que o estágio foi realizado). A utente revela que só tem dois nomes porque o pai se esqueceu de registar mais do que dois nomes e por esse motivo ficou para sempre só com os dois nomes.

A utente M.T teve uma vida que envolveu muito trabalho, revela que a partir do momento em que casou a sua vida baseava-se em trabalho. O trabalho da mesma era um trabalho no campo, referindo que era um trabalho muito duro. Acredita que as dores que sente no corpo atualmente são do imenso e difícil trabalho que teve ao longo da vida.

Em várias sessões a utente tentava lembrar-se de acontecimentos da sua vida e referia que ainda se recordava de inúmeras situações do seu passado, ao contrário das informações e acontecimentos do presente que já é muito difícil para si de reter e evocar. A mesma refere que até se recorda que a sua menstruação iniciou aos 14 anos e confessa que sempre que chegava à altura do mês em que menstruava era sempre uma fase muito complicada porque “não existiam as ajudas que existem hoje”.

Relativamente à família de M.T, os pais já faleceram, tinha 5 irmãos, 4 irmãs e 1 irmão, duas irmãs já faleceram devido a doenças e os restantes irmãos ainda estão vivos. M.T tem uma filha, com 65 anos, esta é casada e o seu genro sofre de uma doença severa que afeta muito a qualidade de vida de ambos.

Figura 2 – Genograma do caso 2



A mãe de M.T morreu a amassar pão, que era o seu trabalho. M.T revela que a sua mãe trabalhava demais e que se esquecia de comer e que faleceu de fraqueza por não comer.

M.T confessa estar constantemente preocupada com o facto da sua filha ter o marido tão doente. Esta teve que parar de trabalhar para cuidar do seu marido e porque o mesmo, devido à sua doença, não pode estar sozinho. M.T revela uma grande tristeza sobre o facto de se ter esforçado a trabalhar para conseguir pagar os estudos da filha que aprendeu várias línguas como alemão, francês e inglês e que nunca pôde trabalhar devido à doença do teu marido. A maior preocupação da utente é que o seu genro morra e a sua filha fique sozinha porque já não vai estar cá para acompanhar a filha.

A mesma refere que tinha amigas, mas amigos nunca teve.

M.T é muito católica e revela que reza muito pelas pessoas que gosta, principalmente pela sua filha e pelo seu marido que já faleceu. A utente confessa que já não tem noção do tempo e por esse motivo não se recorda há quanto tempo o marido faleceu (tendo sido há 4 meses), o que a deixa muito triste e inquieta. Relativamente à morte do seu marido, M.T sente muito a falta do mesmo. M.T e o seu marido foram institucionalizados na fundação ao mesmo tempo, partilhando o mesmo quarto. Após o falecimento do mesmo, M.T tem tido uma difícil adaptação ao facto de estar sozinho e lembra-se muito do seu marido. M.T confessa que ainda tem variados objetos no quarto que lhe fazem muita confusão por lhe lembrarem muito do seu marido.

Apesar de já não estar orientada no tempo e não conseguir recordar-se de inúmeros acontecimentos e datas específicas, M.T, confessa que ainda se recorda que em janeiro é o seu aniversário. No entanto, não se recorda do ano em que nasceu.

A mesma menciona inúmeras vezes o facto de sentir que “já não sabe nada”, confessa que quer ter conversas com sentido e que se esforça para tal, mas logo a seguir às conversas terminarem tem dificuldade em lembrar-se daquilo que foi falado, o que a deixa muito frustrada.

Atualmente, tem tido muita dificuldade a dormir, confessa que fica a pensar muito à noite nas questões que a inquietam principalmente relativamente ao facto de já não ter capacidades para fazer “quase nada” e ter inúmeras condições de saúde que a afetam, como por exemplo, dores no corpo, falta de audição e falta de visão. Devido à sua dificuldade em dormir durante a noite, a utente passa grande parte dos seus dias a dormir no sofá da sala de convívio da fundação.

M.T confessa que já não vontade de fazer nada e revela que “agente não tem vontade de morrer, mas também já não estamos aqui a fazer nada, então não vale a pena”.

Relativamente aos seus interesses, a mesma gosta muito de flores e de pintar com aguarelas, tendo descoberto este último interesse quando entrou na fundação. Nos dias em que pinta com aguarelas a mesma sente-se mais animada. No entanto, confessa que não pode pintar todos os dias porque exige muito da visão e esforço motor, tremendo muito ao longo do processo e fica muito cansada.

Acompanhamento psicológico

Após uma reunião com toda a equipa técnica, multidisciplinar, do Apoio Integrado da fundação, o caso clínico de M.T foi encaminhado, em outubro de 2022, para acompanhamento psicológico. A primeira sessão de Acompanhamento Psicológico foi realizada no dia 03 de novembro do mesmo ano. Inicialmente, procurou-se estabelecer a relação terapêutica, bem como recolher informações para a elaboração da anamnese, observando também as necessidades do utente e delineando o contrato terapêutico. O foco do Acompanhamento Psicológico pretendia concentrar-se na redução do humor distímico de M.T possivelmente relacionado com o luto pelo qual se encontrava a passar e pelas suas condições de saúde, seguindo os princípios da ACP. Após a elaboração da anamnese, visando uma compreensão mais aprofundada do caso da utente M.T, foi administrado o instrumento de rastreio cognitivo, conforme detalhado na tabela 4. Ao todo foram realizadas 28 sessões.

Tabela 4

Avaliação psicológica do caso clínico 2

Instrumento de Avaliação Psicológica	Data da Avaliação Psicológica	Resultados do instrumento de avaliação psicológica
MMSE	11-11-22	14 pontos (14/30) – Défice cognitivo
MMSE	19-05-2023	16 pontos (16/30) – Défice cognitivo

Na primeira sessão, foi explicado o papel do psicólogo à utente. A M.T foi colaborante e falou sobre si, com maior foco nas suas condições de saúde. Ao longo do seu discurso apresentou desorientação no tempo. Revelou que se sente triste porque o marido da sua filha se encontra doente e não pode “ser deixado sozinho”, o que significa que a sua filha não pode trabalhar e tem de estar sempre com o mesmo. Neste sentido, referiu que gastou muito dinheiro para os estudos da filha, em vão. Em vários momentos, pretendeu detalhar vários aspetos, mas referiu que não se conseguia lembrar (ex: o nome e local onde a filha estudou). O objetivo da sessão foi cumprido uma vez que M.T demonstrou sentir-se à vontade com a psicóloga estagiária, foi colaborante e demonstrou disponibilidade para voltar a ter uma segunda sessão na semana seguinte. M.T apresentou dificuldade em relembrar acontecimentos passados. Apresentou também desorientação em relação ao tempo e por vezes o discurso foi incoerente. Preparou-se a utente para o rastreio de avaliação psicológica MMSE. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "parece que esta sessão foi uma oportunidade para partilhar algumas das suas preocupações mais profundas, especialmente em relação à saúde do marido da sua filha. Expressou a sua tristeza e frustração perante essa situação difícil. Acredito que essas preocupações a inquietem." e "revelou várias preocupações, principalmente relacionadas à saúde do marido da sua filha. Parece-me que isso está a deixá-la muito preocupada com a sua família, ficando triste e frustra perante esta situação.

Na segunda sessão, no início, procurou-se relembrar a utente de qual era o plano e objetivos da mesma através de uma breve explicação à cerca do instrumento de rastreio cognitivo que se pretendia aplicar. Ao longo da aplicação do instrumento de rastreio cognitivo (MMSE), M.T apresentou vontade de responder às questões. No entanto, em várias questões,

a utente sentiu que não conseguiria responder por muito que pensasse e por esse motivo respondeu apenas “não sei”. No último exercício de Linguagem, a utente apresentou muita dificuldade, apresentando tremor nas mãos enquanto desenhava. Um exemplo de uma resposta de compreensão empática que foi utilizada nesta sessão: Durante esta sessão, parece que você enfrentou algumas dificuldades, durante a aplicação deste instrumento. A sua disposição e esforço para responder às perguntas foi evidente”.

Na terceira sessão, M.T, focou-se nas suas condições de saúde. A utente referiu que se tem sentido inútil e que “está aqui só porque sim”, que já não sabe em que dia, mês e ano se encontra, que não sabe quando o marido faleceu e que quando a filha lhe diz essas informações, a mesma esquece-se logo de seguida. M.T, ao explicar que não se lembra há quanto tempo o seu marido faleceu, começou a chorar. Confessou que já não consegue ver televisão porque não vê bem e já não consegue pintar (algo que gosta de fazer) porque as suas mãos tremem muito. Referiu que mais vale “desaparecer” e que é triste viver assim. M.T voltou a mencionar que gastou muito dinheiro para a sua filha estudar e que devido à doença do seu marido, a mesma não pode trabalhar. A utente referiu que estava chateada porque nesta semana, deram-lhe a medicação antes de ir dormir e devido ao copo de água que bebeu, urinou a cama e que lhe custa estar tanto tempo à espera na cama de manhã e gostava de ser das primeiras utentes a ser “atendidas”. Os objetivos da sessão foram cumpridos. Foi estabelecido o contrato terapêutico que os temas acordados em trabalhar, sendo os que M.T pretende abordar ao longo das sessões, as preocupações com sua saúde física e mental, sentimentos de solidão e isolamento e receio da morte e preocupações com o envelhecimento.

Ansiedade em relação ao futuro, especialmente sobre o bem-estar da sua filha e o que está por vir nos seus últimos anos de vida. A utente parece querer aproveitar as sessões para desabafar sobre as suas inquietações e no final da sessão disse duas vezes “obrigada”. M.T questionou em que dia da semana nos encontrávamos, ao qual respondi “sexta-feira”, após passarem cerca de 10 minutos, a utente referiu que já não se lembrava outra vez do dia da semana no qual nos encontrávamos. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "parece-me que para si já é difícil ter uma noção do tempo o que faz com que já não se consiga aperceber de há quanto tempo foi o falecimento do seu marido"; "parece-me sentir muitas preocupações sobre a sua saúde e a sua vida familiar. É doloroso para si lidar com tantas dificuldades, desde a sua memória até aos desafios físicos que tem enfrentado ultimamente e diariamente." e "esta parece ser uma fase muito desafiadora e difícil para si devido aos sintomas que vai sentido diariamente”.

Na quarta sessão, M.T focou-se mais uma vez nas suas condições de saúde, mencionando o facto de já ter 93 anos e já não ser capaz de realizar as suas atividades diárias da mesma forma que realizava no passado. A utente voltou a apresentar queixas ao nível da memória e desorientação no tempo, referindo que achava que já tínhamos tido sessão esta semana. M.T repetiu vários acontecimentos já contados nas sessões anteriores, aparentando não se lembrar que já os tinha contando. A utente enfatizou, mais uma vez, o facto da sua filha ter estudado para poder ter um bom trabalho no futuro, mas estar incapacitada devido à doença do seu marido (referiu mais detalhes, como o facto da mesma ter estudado 3 línguas diferentes). No final da sessão, a utente apresentou-se mais calma, no seu discurso, em comparação com o início da mesma. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "as suas preocupações sobre a sua saúde e memória são difícil para si de lidar pois são desafios diários que tem sentido, especialmente quando afetam a sua capacidade de realizar atividades comuns"; "parece-me que as dificuldades que enfrenta em relação à sua idade e à sua saúde a deixam muito frustrada e desanimada"; "compreendo que se sinta assim, especialmente quando percebe que a sua memória não é a mesma, conforme referiu."

Na quinta sessão, iniciou a sessão a explicar, mais uma vez que não ouve bem. Neste sentido, referiu que ultimamente tem sido muito difícil para a utente ter uma conversa coerente porque tem dificuldade em perceber as pessoas e confessa que quando entende, esquece-se logo de seguida da maioria dos assuntos que conversou com as mesmas. Neste contexto a utente confessou: "estou farta". M.T revelou que se sente muito chateada por todas as suas condições de saúde estarem a afetar a sua vida ao ponto de sentir que "já não está a viver". Refere que não tem vontade de morrer, mas "às vezes mais-valia, do que andar aqui a penar". Considera que está pior desde que o seu marido faleceu. M.T considera que o seu marido morreu porque perdeu a placa dos dentes na Fundação e por isso foi comendo cada vez menos porque tinha muitas dificuldades. Não consegue dormir à noite quando se lembra de todos os assuntos que a preocupam e é por isso que adormece muitas vezes durante o dia. M.T demonstrou muita preocupação pela sua filha, porque quando o marido da mesma, falecer, vai ficar sozinha. M.T, quando falou no seu marido e na preocupação da sua filha ficar sozinha no futuro, chorou. A mesma sente-se muito triste e preocupada relativamente à vida da sua filha e frustrada devido ao facto de não se lembrar de quando o seu marido faleceu. A utente considera que é inútil, referindo também que mais valia não estar viva, do que viver assim. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "parece-me que todas as dificuldades que está a enfrentar lhe trazem esse sentimento de "inútil" conforme referiu e que às vezes a vida parece

ser muito difícil para si de suportar, estando a passar por um momento muito difícil"; "tem sido difícil para si ter conversas coerentes e que esquecendo os assuntos logo de seguida, sendo estas dificuldades ao nível de memória muito desafiadoras para si"; "parece ser frustrante para si não se lembrar das coisas e sentir que não consegue acompanhar as conversas, o que a deixa muito irritada"; "a perda do seu marido afetou a sua vida e tem sido muito difícil para si lidar com a falta que o mesmo lhe faz".

Na sexta sessão, M.T, ao longo da sessão falou sobre as preocupações que sente em relação à vida da sua filha. A mesma confessou que toda a sua família, inclusive ela mesma têm preferência em cremação em detrimento de enterro. Neste sentido a utente desabafou sobre as suas dificuldades, devido ao avançar da idade e confessou que “tem que aguentar até ir embora...”. A utente voltou a repetir alguns episódios já contados em sessões anteriores. No entanto, referiu informações sobre a sua família que não tinham sido mencionadas anteriormente. É de salientar que, M.T, nesta sessão, referiu ainda, relativamente à sua vida, que “é uma vida que não interessa a ninguém”, “isto não presta”. A relação terapêutica apresenta-se forte, uma vez que a utente tem apresentado mais vontade de partilhar as suas vivências em cada nova sessão. A utente parece utilizar as suas caminhadas como estratégia de *coping* perante as suas dificuldades. M.T, devido às dificuldades que sente atualmente no seu dia-a-dia, encontra-se frustrada, acabando por desvalorizar a sua vida e continuando a rotular-se como “inútil”. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "as suas preocupações em relação à vida da sua filha refletem a sua preocupação com o bem-estar dela." "é difícil para si lidar com essas preocupações, especialmente quando se trata de alguém tão importante para si."; "entendo que está a passar por um momento desafiador em relação ao avançar da idade e às suas dificuldades atuais." e "perante estes desafios que tem sentido acaba por desvalorizar a sua vida por considerar que já não é útil".

Na sétima sessão, neste dia (quinta-feira), deu-se um evento de voluntariado no qual a utente quis participar, onde vários jovens se juntaram para cantar e conversar com os idosos, pelo que ocupou a manhã toda. M.T encontrava-se cansada, tendo estado a dormir a tarde inteira. No dia seguinte (sexta-feira), foi o dia de tolerância de véspera de Ano Novo. Neste sentido, não se encontraram reunidas as condições para realizar a sessão semanal.

Na oitava sessão, a utente encontrava-se mais animada. No entanto, desabafou sobre as suas condições de saúde com um discurso menos negativo comparativamente às sessões anteriores. A utente parecia estar a pensar de forma mais positiva, lidando melhor com as suas

condições de saúde e as suas estratégias de *coping* como dar “várias voltas” a pé, na fundação para sentir menos dor nas pernas. Considera-se que M.T se sentiu compreendida e que considerou que as suas estratégias têm sido benéficas. A utente não apresentou um discurso tão negativo comparativamente às sessões anteriores, apenas desabafou sobre as suas condições de saúde. Duas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "parece que as suas estratégias de *coping* estão a ajudá-la a lidar melhor com as suas condições de saúde. Dar essas voltas a pé na fundação parece ser uma boa forma de aliviar a dor nas pernas" e "ao ouvi-la falar sobre as suas estratégias para lidar com a dor nas pernas, parece-me que está a esforçar-se para encontrar maneiras de se sentir melhor."

Na nona sessão, a utente encontrava-se muito animada devido ao seu aniversário ser no dia seguinte e estava feliz por ir passar o dia fora com a sua filha. A utente apresentou muita vontade de conversar e contar vários acontecimentos. M.T não manteve, nesta sessão, o seu discurso negativo sobre as suas condições de saúde. Neste dia, a utente passou a manhã, por iniciativa própria, a pintar desenhos (que me tinha solicitado no gabinete, na semana passada), com aguarelas. A utente apresentou vontade de contar vários acontecimentos e alguns destes apresentavam detalhes que estimulavam a memória da utente, como por exemplo tentar lembrar-se de um nome de um senhor da sua terra, tendo tido sucesso na evocação deste nome. Duas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "parece-me animada hoje, sabendo que o seu aniversário está a chegar e sente-se feliz por ir passar o dia fora com a sua filha." e "hoje sentiu mais vontade para pintar desenhos";

Na décima sessão, a utente encontrava-se doente, com uma constipação, estando acamada. No entanto, a mesma já se encontrava melhor e por esse motivo, a sessão ocorreu no seu quarto, pela vontade de M.T. A utente contou como foi o seu dia de anos, ficando muito animada ao falar sobre esse assunto. No restante tempo da sessão a utente contou vários acontecimentos do passado que ainda não tinham sido mencionados anteriormente como por exemplo, uma queda do seu marido que causou numa perna partida mesmo antes de terem vindo para a fundação. M.T contou também que no 1º ano de escola era muito boa aluna e que a professora considera que a mesma deveria ter continuado a estudar e que merecia melhor nota do que a que tinha tido. Duas das respostas de compreensão empática utilizadas na sessão: "ao ouvi-la a contar sobre o seu dia de aniversário, parece-me que foi um momento especial para si" e "parece que apesar de ainda estar doente já está a sentir-me melhor e a recuperar".

Na décima primeira sessão, a utente encontrava-se melhor da sua constipação. No entanto, ainda se encontrava com tosse, referindo que ainda não se sentia bem, o que por sua vez teve impacto a nível emocional, uma vez que se encontrava mais em baixo. M.T mostrou animo no momento de iniciar a sessão. Foram contadas novas histórias da vida da utente, estando animada ao falar do seu passado. A utente apresentou vontade de contar acontecimentos que nunca tinha mencionado anteriormente. Duas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "parece-me que ainda está a recuperar da constipação, o que faz com que ainda não se esteja a sentir totalmente bem o poderá afetar o seu humor." e "entendo que ainda não esteja a sentir-se no 'seu melhor', o que pode ser desafiador para si".

Na décima segunda sessão, a utente referiu que tinha vontade de falar, mas que não tinha nada de novo para contar e falar. No entanto, M.T após começar a falar, entusiasmou-se e contou muitos acontecimentos da sua vida. Nesta sessão, a utente não referiu as suas questões de saúde. Duas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "entendo que possa sentir que não tem nada de novo para contar e por isso pensa no que poderá lembrar-se para poder contar alguma coisa" e "parece-me que é importante para si contar acontecimentos ao longo das sessões";

Na décima terceira sessão, M.T encontrava-se frustrada porque ainda não tinha recuperado da sua constipação a 100% e por esse motivo esteve na cama durante 3 dias nesta semana. A utente referiu que estava chateada porque alguém mexeu nos seus materiais na sala de convívio. Após este assunto ser falado, M.T colocou a hipótese de que poderá haver outra explicação para os materiais se encontrarem remexidos e que não tinham nenhum dano e acabou por se acalmar. No restante tempo da sessão, M.T, contou alguns acontecimentos da sua vida que já tinha referido anteriormente. No entanto, alguns destes, contou com mais detalhe. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: "parece-me que esta semana foi desafiadora para si, lidando com esta constipação e sentindo-se frustrada por ainda não estar completamente recuperada"; "parece-me que esta constipação acaba por afetar também o seu humor, estando desanimada"; "sentiu-se frustrada e chateada com o facto de alguém ter mexido nos seus materiais na sala de convívio."

Na décima quarta sessão, a utente apresenta-se disponível em vir às sessões e partilhar as suas vivências, parecendo sentir muita necessidade de desabafar. M.T refere que tem pensado cada vez mais nos seus acontecimentos de vida e que se tem lembrado de muitos

destes, ultimamente. Após contar alguns destes acontecimentos, a mesma confessou que considera que se lembra bem do seu passado, mas que tem sido muito difícil para si, lembrar-se de acontecimentos recentes, dando o exemplo de não se lembrar de quando foi a morte do seu marido. Nesta semana a utente revelou, numa conversa de corredor, que “nesta idade já só aparecem novas dores e preocupações”. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão: “parece-me que está a passar por um período no qual está a refletir bastante sobre a sua vida e os seus acontecimentos, surgindo lembranças e pensamentos sobre o passado”; “tem sentido ultimamente mais vontade de falar sobre a sua vida e contar acontecimentos que se tem lembrado”; “parece-me que é muito difícil para si lidar com certas lembranças, que a inquietam especialmente quando se trata de eventos dolorosos, como a morte do seu marido”.

Na décima quinta sessão, a utente encontrava-se animada por vir ao gabinete e agradeceu no início da sessão. M.T continua a relembrar o seu passado, contando alguns acontecimentos já referidos em sessões anteriores e outros que nunca tinha contado anteriormente. A utente confessou que atualmente têm pensado muito na morte e referiu que se encontra à espera de falecer porque acha que está muito perto devido à sua idade. Após este assunto ser mais falado, M.T referiu que se sente bem e que poderá estar mais longe do que pensa. No final da sessão, a utente desabafou sobre as preocupações que tem com a sua filha, chorando enquanto falava sobre o assunto. Algumas das respostas de compreensão empática utilizadas nesta sessão.

Durantes as seguintes sessões, observou-se que as interações terapêuticas com M.T tinham sido semelhantes, abordando repetidamente os mesmos temas e preocupações. Desde as suas frustrações com a sua saúde até às suas preocupações sobre o futuro, estes tópicos parecem ser centrais na sua vida neste momento. É compreensível que M.T queira expressar repetidamente os seus sentimentos e pensamentos sobre estas questões que a inquietam. Assim, as respostas de compreensão empática têm sido consistentes, refletindo as suas emoções e preocupações de forma autêntica e sensível.

Na última sessão com M.T., esta expressou tristeza por saber que não nos veríamos mais. Esta compartilhou o quanto gostava das conversas e das sessões. No entanto, a mesma desejou boa sorte à estagiária para o futuro e referiu que, em comparação com os seus 93 anos, a mesma ainda era jovem, destacando a juventude como uma dádiva. Foi um momento emotivo, onde foi reconhecido a importância do tempo compartilhado.

Discussão do caso clínico 2

Ao analisar o caso clínico de M.T, existe uma compreensão da sua jornada pessoal, com momentos de luta e sacrifício, mas também por momentos de gratidão e resiliência. Através das suas partilhas, compreende-se não apenas os desafios enfrentados no processo de envelhecimento, como também as profundas conexões familiares, crenças religiosas e preocupações com a família que deixará para trás.

Ao analisar o caso clínico de acompanhamento psicológico de M.T, segundo a ACP, pretende-se entender a experiência subjetiva da utente, as suas necessidades, percepções e desafios à luz da TDP.

M.T parece perceber a ameaça em situações que desafiam a sua estrutura de *self*, como a ausência do marido e as dificuldades ao nível da memória.

No caso de M.T, esta expressa dores no corpo, falta de audição, falta de visão e dificuldades de sono. Esses elementos podem ser vistos como manifestações do seu *Self* Organísmico, representando as sensações e experiências físicas internas.

M.T parece ter uma dificuldade em lembrar-se de eventos recentes, sentir-se frustrada pela falta de memória e ter a sensação de não saber mais nada. Essa desconexão entre a experiência atual e a retenção de informações passadas pode influenciar a percepção do seu *Self* Real.

A utente expressa a frustração por esforçar-se para ter conversas com sentido, mas esquecer logo de seguida o que foi discutido, deixando-a muito frustrada. Essa dificuldade pode afetar a sua percepção de si mesma como uma pessoa capaz e competente.

M.T revela a sua tristeza por não ver a filha a realizar os estudos para os quais trabalhou tanto para pagar. Esta preocupação pode estar associada ao seu ideal de uma filha bem-sucedida e independente, refletindo a sua preocupação com o futuro da filha quando esta não estiver presente.

A dissociação entre o *Self* Percecionado e o *Self* Ideal pode criar tensão e afetar a autoestima. M.T menciona sentir-se frustrada e expressa a sensação de não saber nada, indicando uma possível lacuna entre a sua percepção atual de si mesma e o que esta desejaria ser.

O LCI refere-se à capacidade do indivíduo de perceber que tem controle sobre os eventos que ocorrem na sua vida (Hipólito, 2011). No caso de M.T, o LCI pode ser observado no contexto do trabalho árduo que desempenhou ao longo da vida. Esta menciona que a sua vida baseava-se em trabalho, e esse trabalho no campo era considerado muito duro. Essa dedicação ao trabalho pode indicar uma crença no seu esforço e controlo sobre as circunstâncias, mesmo que desafiadoras. O LCE, por outro lado, refere-se à percepção de que eventos externos ou forças fora do controlo pessoal determinam o curso da vida (Hipólito, 2011). No caso de M.T, alguns elementos indicam uma possível orientação para o LCE. Por exemplo, as preocupações significativas com a filha, especialmente devido à doença do genro, e a tristeza relacionada à incapacidade da filha de trabalhar devido a essas circunstâncias podem sugerir uma percepção de eventos externos influenciando significativamente a sua vida.

Pode existir uma coexistência de elementos de LCI e LCE no relato de M.T. Enquanto esta demonstra uma forte ética de trabalho e atribui as suas dores no corpo ao trabalho árduo, as preocupações intensas com a filha e o genro podem indicar uma sensação de falta de controlo sobre eventos externos.

Em conclusão, o caso de M.T ilustra a complexidade do processo terapêutico centrado no cliente. A perda, as preocupações familiares e as dificuldades em adaptar-se ao ambiente institucional desafiam seu conceito de *self*. A ACP pretendeu proporcionar um ambiente facilitador, onde M.T pode explorar as suas experiências, reconstruir seu *self* e promover a adaptação psicológica.

Ao longo do acompanhamento psicológico, procurou-se que M.T sentisse que as suas experiências, mesmo as dolorosas, eram aceites e compreendidas. Procurou-se criar um ambiente seguro e livre de julgamentos, demonstrando empatia, compreensão do mundo subjetivo de M.T, compreender as suas preocupações em relação à filha e ao marido falecido, bem como as dificuldades em lidar com a solidão após a morte do marido. A aplicação dos princípios da ACP pretendeu contribuir para uma exploração das suas experiências e um desenvolvimento do autoconhecimento e aceitação.

Segundo Rogers (2003), o terapeuta deve incentivar a autoatualização e o desenvolvimento da autonomia. Pretendeu-se ajudar M.T a explorar os seus interesses, como a pintura, promovendo um sentido renovado de realização pessoal. A mesma procurou várias vezes a estagiária ao longo da semana solicitando imagens para poder pintar, considerando que a mesma sabe escolher melhor quais os desenhos que a utente gostaria de pintar.

Outros Casos Clínicos

Ao longo do presente estágio a psicóloga estagiária acompanhou outro caso clínico, o caso de A.C.

O caso de A.C foi referenciado devido a um quadro depressivo persistente nos últimos meses, acompanhado por dificuldades alimentares e uma ansiedade constante.

A.C, um utente do sexo masculino, nascido em novembro de 1943, com 79 anos, é natural de Arronches. Com o 4º ano de escolaridade, passou 37 anos na Polícia de Segurança Pública (PSP), reformando-se em 1997. Viúvo desde 2019, após uma relação de 56 anos com sua esposa, enfrenta uma série de desafios emocionais desde então. Com 8 filhos e diversos bisnetos, A.C teve uma infância marcada pela perda da mãe aos 2 anos, sendo criado pelo pai. Revela que os seus relacionamentos familiares sempre foram distantes e pouco afetivos. Na ficha clínica do utente mencionava que o mesmo tinha um diagnóstico de depressão.

Após a morte da esposa, A.C enfrenta sintomas depressivos, falta de apetite, problemas intestinais, insônia e ansiedade. Embora tenha tido episódios de consumo excessivo de álcool, atualmente não ingere nem álcool nem tabaco. O seu isolamento social e preocupações constantes indicam um estado emocional fragilizado.

O utente foi encaminhado para acompanhamento psicológico em outubro de 2022, A.C iniciando as sessões em novembro do mesmo ano. Este acompanhamento pretendia reduzir os seus sintomas depressivos e ansiosos, centrando-se nos princípios da ACP.

Após a elaboração da anamnese, visando uma compreensão mais aprofundada do caso da utente A.C, foram administrados vários instrumentos de Avaliação Psicológica, conforme detalhado na tabela 5.

Tabela 5

Avaliação psicológica do caso A.C

Instrumento de Avaliação Psicológica	Data da Avaliação Psicológica	Resultados do instrumento de avaliação psicológica
MMSE	18-11-22	

23 pontos (23/30) – Não há sugestão de défice cognitivo		
Escala de depressão geriátrica	24-11-22	26/30 respostas positivas – Sugestão de depressão severa

Foram realizadas 9 sessões, sendo que o caso terminou em “*drop out*”. O “*drop out*” é o termo usado quando um indivíduo interrompe um programa de tratamento ou estudo antes da conclusão prevista. Este pode ocorrer por várias razões, incluindo falta de motivação ou satisfação, dificuldades pessoais ou perda de interesse. O *drop out* pode representar um desafio, pois afeta os resultados do tratamento ou estudo e dificulta a avaliação da eficácia das intervenções. É importante entender as razões por trás do *drop out* e considerar estratégias para minimizar este problema (Roos & Werbart, 2013).

É crucial reconhecer que o *drop out* pode ser uma oportunidade de aprendizagem para o/a paciente e para o/a psicólogo/a. Para o/a paciente, pode ser uma experiência de lidar com frustrações e obstáculos na procura de ajuda ou crescimento pessoal. Para o/a psicólogo/a, representa uma oportunidade de refletir sobre a sua abordagem e desenvolver estratégias mais eficazes de *engagement* e suporte (Roos & Werbart, 2013).

É importante ter em conta que o *drop out* não deve ser automaticamente interpretado como indicativo de falhas por parte do/a psicólogo/a. Muitos fatores podem influenciar a decisão de um indivíduo de interromper o tratamento, e nem sempre estas podem ser controladas pelo/a profissional. Em vez disso, o *drop out* pode ser visto como uma parte natural do processo terapêutico, e o/a psicólogo/a pode usar essa experiência para aprimorar as suas competências e abordagens para o futuro (Roos & Werbart, 2013). Assim, este caso contribuiu para o entendimento da realidade e do que é o *drop out*.

A complexidade psicológica de A.C manifesta-se em desafios emocionais e comportamentais, evidenciando algumas dissonâncias cognitivas e dificuldades nas relações interpessoais. A.C apresenta resistência em procurar ajuda e dificuldades em expressar as suas necessidades. A perda da sua esposa poderá ter desencadeado sintomas depressivos mais severos, agravados por comportamentos de isolamento e preocupações constantes.

A ACP, ao promover uma maior autoaceitação, empatia e congruência emocional, poderia ter facilitado a sua transição para um estado de bem-estar psicológico mais equilibrado.

Outras atividades de estágio

Ao longo do estágio, procurou-se ir além das atividades programadas, criando iniciativas que deixassem uma marca duradoura e positiva na fundação. Destaca-se duas contribuições significativas que foram desenvolvidas com o intuito de enriquecer a experiência dos utentes.

Uma das iniciativas adicionais que foi desenvolvida durante o estágio foi a criação de um calendário de madeira, inovador, com 90 cm de comprimento. O objetivo do calendário, é estimular a orientação temporal dos utentes (consultar anexo I), uma vez que não existia nenhum nas salas que os idosos frequentam. O calendário foi construído durante várias semanas, testando como ficaria melhor (consultar anexo I). Este calendário era dinâmico na medida em que tinha uma parte no meio para preencher e as peças de madeira encontravam-se à volta. As peças são dos dias da semana, do mês, os meses do ano e imagens relacionadas às diferentes estações do ano e às variações de temperatura.

Assim, outro propósito deste projeto era motivar os utentes diariamente a terem um momento interativo, proporcionando uma experiência sensorial ao preencherem diariamente o calendário com as respetivas peças de cada dia. Assim, este projeto, não só se revelou como um elemento prático que pretende melhorar a orientação temporal na sala dos utentes como também é uma prática de estimulação cognitiva.

Destaca-se que uma das utentes da fundação, a Utente R expressou elogios relativamente ao projeto do calendário, revelando-se como uma das utentes mais participativas. A sua contribuição consistente ao colocar as peças corretas quase diariamente evidenciou o envolvimento ativo desta atividade proposta e a relevância do projeto.

Outra iniciativa que integrou o compromisso em contribuir positivamente para o ambiente da fundação foi uma decoração para a sala dos idosos. Utilizou-se peças quadradas grandes de cortiça, cada uma contendo uma letra. Estas peças foram organizadas de modo a formar palavras-cruzadas para colocar numa das paredes da sala de convívio dos idosos, sendo selecionadas palavras como paz, conforto, amizade, respeito, carinho, cantar, rir, abraço e amor (Consultar anexo J).

A conceção deste projeto visava criar um espaço visualmente mais atraente e com significado, alinhado aos valores e objetivos da fundação em proporcionar um ambiente

acolhedor e positivo para os idosos. Durante a construção dos materiais para este projeto, ao ver os materiais, uma das utentes (utente R) questionou se poderia ajudar a fazer algumas das peças, o que foi também uma oportunidade para esta utente de fazer uma atividade diferente naquele dia (consultar Anexo J). Durante o processo de fixação das peças na parede, um grupo de idosos expressaram o seu interesse em transformar aquele momento numa atividade de adivinhas. Enquanto a psicóloga estagiária posicionava as letras, estas tentavam adivinhar as palavras formadas e, posteriormente, compartilhavam os seus pensamentos e sentimentos sobre cada uma destas palavras. Esta dinâmica não apenas enriqueceu o ambiente da sala naquele momento, como também fortaleceu a coesão social entre as utentes, incentivando a comunicação e a expressão de opiniões. Assim, esta iniciativa não trouxe apenas uma dimensão estética e temática à sala de convívio dos idosos, como também se revelou como uma atividade socialmente envolvente.

A repercussão positiva desta última iniciativa levou a que uma das auxiliares de ação direta solicitasse a participação da estagiária na elaboração de novas palavras cruzadas para decorar outra área da instituição, uma parede que estava em branco na área da comunidade de inserção. Neste novo projeto, foram utilizados cartões para a construção dos quadrados (consultar anexo L) e uma criança da comunidade quis envolver-se ao assistir ao processo de colagens. Assim, foi também promovido um melhor ambiente decorativo a esta área da fundação, com as seguintes palavras: família, afeto, acolher, união, amor, relação, abraço, presença, conforto e rir (consultar anexo L).

Outro exemplo de uma atividade extra durante o estágio ocorreu na semana do 25 de abril. A animadora sociocultural tinha preparado uma apresentação em PowerPoint sobre esta celebração, mas estava sem tempo para conduzir a atividade. A estagiária foi então convidada a realizar a atividade grupal com os idosos na sala de convívio e aceitou. Mesmo com a sugestão da animadora sociocultural de que uma das utentes, a Utente I, que geralmente não participa nas atividades nem vai à sala de convívio porque não gosta, não se interessaria, decidiu-se convidá-la para participar. Assim, contrariando as expectativas, a Utente I aceitou o convite, desceu para a sala e participou notavelmente na atividade grupal por ser um tema que lhe interessa particularmente. A surpresa da animadora sociocultural com a participação ativa da Utente I destacou como as interações adaptadas e o estabelecimento de uma relação positiva podem influenciar a participação dos utentes em atividades propostas.

Iniciativas adicionais ao longo do estágio

De forma geral, além dos projetos específicos que foram desenvolvidos durante o estágio, a estagiária empenhou-se sempre na promoção do bem-estar dos idosos. Através da observação atenta das suas necessidades, procurou-se constantemente formas de contribuir para a melhoria das suas qualidades de vida.

Um exemplo concreto foi identificar que uma utente em cadeira de rodas enfrentava desafios de ansiedade e desconfiança. A estagiária propôs alterar a sua posição na sala de convívio para um local fora de uma zona de passagem, mais acolhedor, o que foi bem recebido pelas auxiliares de ação direta e aceite pela utente, reduzindo os seus episódios de desconfiança. Outra situação ocorreu durante um evento de voluntariado, onde uma utente desenvolveu afinidade por um jovem voluntário. Num outro evento em que o mesmo jovem esteve presente, a estagiária organizou um encontro entre os dois, resultando num momento positivo para a utente. Além disso, a psicóloga estagiária no trajeto entre gabinetes, notou várias vezes, a necessidade dos utentes de cadeira de rodas quererem trocar de sítio, auxiliando os mesmos levando-os do pátio de fora para a sala de convívio. Ao longo do estágio, estabeleceu-se uma ligação afetiva com uma utente (utente I), que procurava a estagiária regularmente. Outra utente (utente R) partilhou problemáticas com a estagiária, incluindo questões de conflito com colegas. Esta expressou gratidão pelo apoio e atenção recebida durante o estágio.

Em suma, estas foram apenas alguns dos exemplos de ações que visaram promover relações positivas, interações sociais e, acima de tudo, o bem-estar psicológico (conforme o tema do estágio) dos utentes, procurando assim alcançar um propósito mais amplo de estágio.

Parte IV - Dificuldades e limitações enfrentadas

Durante o estágio, foram enfrentadas algumas dificuldades e limitações, representando desafios significativos que exigiram adaptação e resolução.

Uma das primeiras dificuldades encontradas foi a adaptação da linguagem à população atendida. Após algum treino e habituação, esse processo tornou-se mais fácil, mas inicialmente exigiu esforço para encontrar o tom e comunicação adequados a esta população.

Muitos utentes enfrentavam dificuldades em orientar-se no tempo na fundação, resultando em situações em que não sabiam que era o dia da sua sessão de acompanhamento psicológico ou estimulação cognitiva, o que levava à necessidade de recordar os utentes que era o dia da sessão.

O facto de os utentes facilmente adormecerem na sala de convívio resultava algumas vezes em atrasos ou ausências das consultas agendadas. Para a estagiária, decidir se deveria acordá-los para a consulta ou aguardar um momento mais oportuno foi um desafio, exigindo consideração tanto pela necessidade de respeitar o descanso dos utentes quanto pela importância da pontualidade das sessões.

As fragilidades de saúde dos utentes, como dificuldades auditivas, também representaram um desafio na comunicação durante as sessões. Manter a confidencialidade da consulta sem falar alto demais, a ponto de ser ouvida fora do gabinete, foi uma tarefa delicada que exigiu sensibilidade e adaptação.

Durante o estágio, deu-se um “*drop out*” de um caso clínico. O abandono do tratamento por parte de um utente exigiu reflexão sobre os motivos que levaram a essa interrupção. Esta realidade é comum na prática clínica, exigindo dos profissionais a capacidade de lidar com as emoções envolvidas e de procurar compreender os fatores que contribuíram para a desistência (Roos & Werbart, 2013). Embora seja uma situação desafiadora, é importante utilizar essa experiência como oportunidade para aprendizagem e aperfeiçoamento das estratégias terapêuticas.

Estas dificuldades e limitações, embora desafiadoras, proporcionaram oportunidades de aprendizagem e crescimento profissional, permitindo o desenvolvimento de capacidades de adaptação e resolução de problemas.

Parte V - Conclusões

Como considerações e reflexões finais, é de destacar que, ao finalizar este estágio em psicologia clínica, é evidente o quão transformadora foi esta jornada para o desenvolvimento profissional e pessoal da psicóloga estagiária. Durante este período, envolveu-se na complexidade do envelhecimento humano, explorando não apenas os desafios físicos e mentais enfrentados pelos idosos, como também a resiliência e potencial que cada indivíduo carrega consigo.

No final deste estágio, considera-se ter atingido como resultados pessoais, uma consolidação de conhecimentos e aprendizagens práticas da Psicologia Clínica. O estágio curricular permitiu à psicóloga estagiária como estudante de mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento ter o meu primeiro contacto com a prática da Psicologia Clínica, compreendendo a importância que o psicólogo clínico tem no progresso das várias dimensões

do indivíduo. Através da supervisão e partilha de dúvidas relacionadas à inexperiência, alcançou-se o pretendido desenvolvimento de competências e absorveu-se inúmeras aprendizagens, juntamente de um crescimento exponencial que influenciará positivamente a identidade profissional da estagiária.

Assim, como resultados deste estágio, deu-se um alargamento de conhecimento a vários níveis, não apenas da prática profissional, mas também relacionais, capacidade de análise e identificação de dificuldades e limitações que, algumas foram ultrapassadas, outras serão futuramente ultrapassadas com a continuidade da experiência no campo da Psicologia, formação e supervisão.

Destaca-se a importância da empatia e do cuidado incondicional na prática da Psicologia. Ao interagir com os residentes e observar as suas rotinas diárias, compreendeu-se a necessidade de abordagens adaptadas e sensíveis a cada utente. A ACP revelou-se fundamental para estabelecer relações terapêuticas significativas e eficazes com os residentes. Ao adotar esta abordagem, foi possível reconhecer e valorizar a singularidade de cada indivíduo, respeitando as suas experiências de vida, preferências e necessidades específicas. A empatia e a escuta ativa foram pilares essenciais desta abordagem, permitindo uma compreensão mais profunda dos desafios enfrentados pelos residentes, promovendo um ambiente nas sessões seguro e acolhedor, facilitando o seu processo de autoconhecimento.

Além disso, a colaboração com colegas e profissionais multidisciplinares destacou a importância da comunicação eficaz e da troca de conhecimentos na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Aprendeu-se que a verdadeira excelência na psicologia clínica não reside apenas na aplicação de técnicas e teorias, como também na capacidade de estabelecer conexões genuínas e significativas com os utentes.

Ao longo deste estágio, a psicóloga estagiária foi desafiada a refletir sobre a sua própria prática e a desenvolver uma compreensão mais profunda das necessidades e preocupações dos idosos institucionalizados.

No futuro, serão aplicadas na dimensão profissional inúmeras aprendizagens adquiridas neste estágio e um compromisso com o bem-estar dos outros. Considerando que cada indivíduo é único, alcançou-se uma visão mais nítida das especificidades de cada utente, tendo fortalecido e trabalhado ao longo do tempo a confiança, proximidade, compreensão e ajuda. Os resultados foram fruto da dedicação da estagiária para cumprir os objetivos estabelecidos e para ajudar os indivíduos, sendo esse o lema da Psicologia.

Referências

- Afonso, P. & Figueira, M. L. & Sampaio, D., (2015). *Manual de psiquiatria clinica: de acordo com o DSM-5*. Lisboa: Lidel
- Alcântara, V. P., Vieira, C. A. L., & Alves, S. V. (2022). Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 351-361. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.22562019>
- Almeida, M., Freitas, J., Santos, P. J. L., Correia, R. A., Barreto, R. F., & Merelles, S. (2022). Impactos da pandemia da COVID-19 em pacientes portadores de demências e seus cuidadores. <https://www.semanticscholar.org/paper/508ec1022e6ebb2702d90ed82dbbf89f8334dec7>
- Alves, K., Trindade, S., & Rocha, F. (2021). *Atuação do psicólogo no processo de envelhecimento*, 11 (1), 99-104.
- American Psychological Association. (2008). Clinical Psychology. <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/clinical>
- American Psychological Association. (2014). APA Guidelines for Psychological Practice with Older Adults.
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- APPCPC - Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Counselling. (s.d.). Recuperado a 10 de março de 2024, de <http://www.appcpc.com/>
- Baptista, T., & Neto, D. (2019). *Dicionário de Psicologia* (1ª ed.). Edições Sílabo.
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental. Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto: Edição do Autor.
- Batistoni, S. (2009). Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com idosos. *Psicologia em Pesquisa*, 3(2), 13-22. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/23643>

- Bezerra, I., Santos, M. E. R., Oliveira, M. G. C. D., Arrais, M. L. S. P., & Leite, V. M. M. (2022). Grupo de estimulação cognitiva com idosos institucionalizados no contexto pandêmico: relato de experiência de uma prática acadêmica/Cognitive stimulation group with elderly institutionalized in the pandemic context: report on the experience of an academic practice. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/a30b0152218679f63d69a31cc6be7c0b679411cf>
- Botelho, M. A. S. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Prémio Bial 2000, Porto: Artipol.
- Borja-Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa-relação terapêutica e processo de mudança. *Psicologos*, 1(2), 18-23.
- Branco, P. C. C. (2020). *A Ideia da Consideração Positiva Incondicional como Epoché: Limites e Suspensão do Quê?*. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 20(4), 1088-1107
- Brites, R., Nunes, O. & Hipólito, J. (2016). Psychopathology and the person-centred perspective. In C. Lago & D. Charura (Eds.), *The Person-Centred Counselling and Psychotherapy Handbook: Origins, Developments, and Current Applications* (pp. 91-101). Berkshire: Open University Press.
- Burns, A., Brayne, C., & Folstein, M. (1998). Key Papers in Geriatric Psychiatry: Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. M. Folstein, S. Folstein and P. McHugh, *Journal of Psychiatric Research*, 1975, 12, 189-198.
<https://www.semanticscholar.org/paper/356064f00d4da3162522e865016f618409d59cf7>
- Cabral, M. V. & Ferreira, P. M. (2013). *Envelhecimento ativo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Carlos, A. G., Dias, V. N., Perracini, M. R., Doná, F., Sousa, A. G. P., & Gazzola, J. M. (2024). Equilíbrio postural e fatores associados ao risco de quedas em idosos com diabetes mellitus tipo 2. <https://www.semanticscholar.org/paper/d4d44008cf2e4b30eaa4ca9d7e71aaf50877d8c7>

- Cerqueira, L. (2018). *Envelhecer com as patologias e transtornos mentais*. Revista Portal de Divulgação, 55, 54-58.
- Coutinho, K. L. B., & Teixeira, F. B. (2021). Atenção domiciliar: Desafios para a promoção da saúde de idosos. <https://www.semanticscholar.org/paper/357fb4019a3792da32b2dc120fe52cc393b6f6cb>
- Correia, D. (2013). *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: Lidel.
- Cunha, N. A., & Fernandes, L. (2011). Comorbilidade no Idoso. In L. Fernandes, M. G. Pereira, L. C. Pinto, H. Firmino & A. Leuschner (Eds.) *Jornadas de Gerontopsiquiatria* (pp. 59-62). Porto, Portugal: Artípol.
- Cury, B., Lopes, L., Linhares, D. (2012). Formação de educadores e abordagem centrada na pessoa: instrumentalização de discentes frente às questões educacionais. *Psique*, 8, 75-92.
- Dawalibi, N. W., Anacleto, G. M. C., Witter, C., Goulart, R. M. M., & Aquino, R. D. C. D. (2013). Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30, 393-403.
- Dhankhar, S., Sharma, P., Chauhan, S., Saini, M., Garg, N., Singh, R., Kamal, M. A., Sharma, S. K., & Rani, N. (2024). Cognitive Rehabilitation For Early-Stage Dementia: A Review.
- Direção Geral de Saúde. (2012). Abordagem terapêutica das alterações cognitivas. Departamento da qualidade. N°053/2011.
- Europsy – European Certificate in Psychology. (2015). Regulamento da EFPA sobre o Europsy e apêndices. European Federation of Psychologist Associations. Disponível em: <http://www.ordemdospsicologos.pt/>
- Feldman, R. S. (2017). *Development Across the Life Span* (8th ed.). University of Massachusetts, Amherst: Pearson Education Limited.
- Ferreira, C. F. D., & Espírito-Santo, H. O. (2018). Validação da Escala de Depressão Geriátrica numa amostra de idosos institucionalizados da população portuguesa. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório.

- Ferreira, R. (2015). *Psicologia Clínica: Uma Perspetiva de Intervenção*. [Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório Lusíada. <http://hdl.handle.net/11067/1750>
- Filho, C. (1994). Práticas de Glosa e Anamnese. *PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva*. 4(1)
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini-mental state". *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Forbes, W. F., Jackson, J. A., & Kraus, A. S. (2013, October 22). Institutionalization of the Elderly in Canada. Elsevier. Retrieved from http://books.google.com/books?id=wktBQAAQBAJ&dq=Historical+Overview+of+Institutionalization+of+the+Elderly+in+Residential+Units&hl=&source=gbs_api
- Freitas, J. L., & Tozatto, A. (2023). O sujeito além da doença: A abordagem centrada na pessoa diante das doenças psicossomáticas. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/ce33a6d87b71bdb74f33f44fe0a8833a91a1b213>
- Freitas, S., Linhares, C., Soares, T., & Cavalcante, R. (2022). Alzheimer: características e as dificuldades do cuidador familiar. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 39(1), 18-24. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20220605_115259.pdf
- Fuentes, D., Malloy-Diniz, L., Camargo, C., & Cosenza, R. (2014). *Neuropsicologia: Teoria e Prática*. Artmed Editora.
- Franco, M., Silva, R., & Rodrigues, M. (2019). Partnerships between higher education institutions and firms: The role of students' curricular internships. *Industry and higher education*, 33(3), 172-185.
- Franceschi, C., Garagnani, P., Morsiani, C., Conte, M., Santoro, A., Grignolio, A., Monti, D., Capri, M., & Salvioli, S. (2018). The Continuum of Aging and Age-Related Diseases: Common Mechanisms but Different Rates. <https://www.semanticscholar.org/paper/e4fd6dae732df135550a5003d48a91a4816f37e7>

- Gallo JJ, G. J. (1999). Depression and other mood disorders in: Twenty common problems in geriatrics. New York, NY: McGraw-Hill.
- Genuino, B. L., Chagas, S. E. C., & Silva, J. (2019). *Abordagem centrada na pessoa e sua importância clínica para o processo de envelhecimento humano*. <https://editorarealize.com.br/>
- Gonçalves, D. C. (2009). Assessment of depression in aging contexts: General considerations when working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40,(6), 609-616.
- Guerreiro, M. (2005). Terapêutica não farmacológica da Demência. Em A. Castro Caldas & A. Mendonça, *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade – Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. EdiUAL.
- Huang, J. (2019). Demência. *Manual MSD*. <https://www.msdmanuals.com/ptpt/profissional/dist%C3%BArbios-neuro%C3%B3gicos/delirium-edem%C3%A2ncia/dem%C3%A2ncia>
- Hungerbuhler, I., Wang, Y. P. & Gorenstein, C., (2016). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Instituto Nacional de Estatística (2009-2014). *censos@ine.pt* © 2009-2014, *Instituto Nacional de Estatística*.
- Irigaray, T. Q., Schneider, R. H., & Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 810-818.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos*. Lisboa.

- Konflanz, F., Costa, K., & Mendes, T. (2016). *A Neuropsicologia do envelhecer: as “faltas” e “falhas” do cérebro e do processo cognitivo que podem surgir na velhice*. Psicologia.pt, 13(8), 1-6. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1103.pdf>
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillan.
- Leal, I. (2000). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. ISPA.
- Leal, I. (2008). *A entrevista Psicológica: Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Pactor
- Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas*. Placebo, Editora LDA.
- Leitão, V. M. (1990). Psicoterapia centrada na pessoa e responsabilidade existencial: possibilidade de transformação humana. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 10(2-4), 4-11.
- Lima, S. J. P., Ferreira, W. K. S., & Moret, M. C. F. F. (2023). *Prevenção e promoção da saúde mental: contribuições da psicologia para um envelhecimento saudável*. <https://www.semanticscholar.org/paper/57b022d3c2bd4631cac593e4f641b8f26b4d2a79>
- Lira, C. Z. S. de, Silva, T. G. da, Queiroz, N. A. de, Castro, E. L. de F., Pegado, C. de L., & Rodrigues, M. F. (2018). *Projeto Humaniza ILPI: Ação multiprofissional para promoção da saúde de residentes da instituição de longa permanência para idosos Juvino Barreto*. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/b0665146c7fbdbc30dc9edf33893b8ac0f79c991>
- Lourenço, L., & Santos, S. (2021). Institucionalização de idosos e cuidado familiar: perspectivas de profissionais de instituições de longa permanência. *Cogitare Enfermagem*, 26, 1-23. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.69459>
- Machado, M., Menezes Rocha, A., Barreto, H., Moreira, A., & Castro, S. L. (2008). *WMS-III: Wechsler Memory Scale - Third Edition: Technical Manual* [Manual Técnico]. Lisboa: CEGOC-TEA.

- Machado, M., Menezes Rocha, A., Barreto, H., Moreira, A., & Castro, S. L. (2008). *Escala de Memória de Wechsler - 3ª Edição*.
- Maier-Ruge, W. (1988). *O doente Idoso e a prática clínica*. S. Paulo: Sandoz.
- Malloy-Diniz, L., Mattos, P., Abreu, N., & Fuentes, D. (2016). *Neuropsicologia: Aplicações Clínicas*. Artmed Editora.
- Mascaro, S. A. (2004). *O que é velhice*. In: Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense editora.
- McCormack, B., & Mccance, T. (2021). *The Person-Centred Nursing Framework*. Link para o artigo.
<https://www.semanticscholar.org/paper/d6724a708c79496fd96a0b836b7c620477ffb5b1>
- Medeiros, I. F. (2012). *A cognição no processo de envelhecimento: contribuições da música e da musicoterapia*. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/b533edaa0496f8d93bccc6ec2550e9e97c960574>
- Moon, K. A., & Rice, B. (2012). *The nondirective attitude in client-centered practice: A few questions*. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(4), 289-303.
- Moreira, V. (2010). *Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa*. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(4), 537-544.
- Mendonça, A. & Castro Caldas, A. (2012). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Neri, A. (2006). *O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento*. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751426004>
- Neri, A. L. (2009). *Qualidade de vida e idade madura*, 8. ed. Campinas, SP: Papirus editora.
- Nóbrega, M., Freitas, C., Jesus, B., Santos, J., & Silva, M. (2022). *Programas de estimulação cognitiva para idosos com ou sem síndromes demenciais supervisionados ou aplicados por enfermeiros: revisão integrativa*. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1-14.
<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.78943>

- Oliveira, A. F. (2011). *Características Psicológicas e Solidão sentidas em Idosos do Meio Urbano*. Dissertação de Mestrado em Psicologia com a especialização em Psicologia do Idoso, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.
- Oliveira, C. (2006). *Otimizar a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas*. Revista Virtual textos e textos nº6.
- Oliveira, J. B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. 4ª Ed. Porto: Livpsic.
- Oliveira, M., Konzen, V., Fleig, T., & Signori, L. (2019). Impacto sobre a capacidade funcional e cognitiva em idosos após um ano de institucionalização. *Fisioterapia Brasil*, 20(2), 139-146. <https://doi.org/10.33233/fb.v20i2.2792>
- OMS (2014). *About ageing and life – course*. World health organization. Obtido em 7 de junho de 2017, de Relatório Mundial Obtido de <http://www.who.int/ageing/about/en/>
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (11ª ed.). Organização Mundial de Saúde. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Ordem dos Psicólogos. (2018). *Associação Portuguesa de psicoterapia centrada na pessoa e counselling*.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). *Código Deontológico*. Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *O Papel dos Psicólogos no Envelhecimento*. Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2022). *Ser Psicólogo - O Início da Carreira em Psicologia* (1º volume da coleção de artigos Psicarreiras OPP). Lisboa.
- Pacheco, F. P., Maia, C. M., & Bomfim, Z. Á. C. (2017). *Contribuições da Psicologia Rogeriana para a Psicologia Comunitária*.

- Paúl, C; & Ribeiro. (2013). *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do desenvolvimento*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, ld^a.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à Psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M. L. (2017). Queixa amnésica na atenção primária à saúde: caracterização clínica, neuropsicológica e funcional. <https://www.semanticscholar.org/paper/f8272337145308f14eeb23fe664969ddd608b055>
- Pocinho, M. T. S; Farate, C; Dias, C. A; Lee, T. T; & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*.
- Rebelo, J. E. (2004). *Desatar o nó do luto*. Alfragide, Portugal: Casa das Letras.
- Reis, M., Casas-Novas, M., Serra, I., Magalhães, M., & Sousa, L. (2021). Importância de um programa formativo sobre envelhecimento ativo na perspectiva das pessoas idosas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0843>
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Placebo Editora
- Rodrigues, Â. L. (2012). A abordagem centrada na pessoa e a relação de ajuda em contexto de comunidade religiosa: estudo exploratório realizado em duas comunidades da zona metropolitana de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11144/179>
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy research*, 23(4), 394-418.
- Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rogers, C. (1976). *Tornar-se Pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C., e Wallen, J. L. (2000). *Manual de counselling*.
- Rogers, C. R. (1992). *Terapia centrada no cliente* (MJ Ferreira, Trad.).
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Jornal of Consulting Psychology*, vol.21 (2): 95-103.

- Rogers, C. R. (2003). *Terapia Centrada no Cliente*. EDIUAL. p. 12. (Obra original publicada em 1951).
- Rue, A.L. & Spar, J. E., (2005). *Guia pratico climepsi de psiquiatria geriátrica*. (J.N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editora.
- Silva, C. J. de A., Moraes, M. F. F. de, Gomes, F., Alcântara, M. S., Moreira, P. N. de O., Gonçalves, R. G., & Oliveira, L. P. B. de. (2023). Experiências de enfermeiros no cuidado à pessoa idosa na Rede de Atenção à Saúde em tempos de pandemia de COVID-19. Disponível em <https://www.semanticscholar.org/paper/2c4ec3bbb38241db20eb68528b8ca174c030209d>
- Silva, F., Santo, H., Costa, M., Cardoso, D., Vicente, F., Martins, S., & Lemos, L. (2015). Reabilitação Neuropsicológica Grupal de idosos institucionalizados com Défice Cognitivo sem Demência. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 15-30. <https://eg.uc.pt/handle/10316/46761>
- Silva, I. R. M., Ribeiro, M. B. V., & Faria, A. G. D. (2023). A importância da atuação da Psicologia em face ao desenvolvimento saudável do idoso e combate ao idadismo. <https://www.semanticscholar.org/paper/578baac293af83e082d1f4a9cc71955097423ff9>
- Silva, L. C. C., Farias, L. M. B., de Oliveira, T. S., & Rabelo, D. F. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós-Gerontologia*, 15(2), 119-140.
- Silva, S. G. M. D. R. N. D. (2009). Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos (Doctoral dissertation, [sn]). <http://hdl.handle.net/10284/1092>
- Souza Junior, S. N. D., Cruz, A. P. L. M., & Cruz, L. M. M. (2024). Abordagem centrada na pessoa e suas possíveis articulações na prevenção ao uso de drogas em contextos militares. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/6bdd6d7dcd9eb968f303d01a3b773eeaab6f2b44>
- Sousa, C. S. M. de. (2021). Editorial. <https://www.semanticscholar.org/paper/0c36754edd7df5f031c902a2ff04f101c0e9fdd2>

- Santos, A., Nunes, B., Kislaya, I., Gil, A., & Ribeiro, O. (2019). Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica*, 3(37), 405-415. <http://hdl.handle.net/10400.12/7205>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos Dependentes com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Teixeira, S., Souza, L., & Viana, L. (2018). O suicídio como questão de saúde pública. <https://www.semanticscholar.org/paper/d0f4ab0032562924a0c228877e023d7b2fdfb8cd>
- Telles, T. C. B., Boris, G. D. J. B., & Moreira, V. (2014). The actualizing tendency concept in contemporaneous humanistical psychotherapists' clinical practice. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(1), 13.
- Thorne, B. (2003). *Carl Rogers*. Sage.
- Worden, W. J. (1998). *Terapia no Luto e na Perda - Um Manual para Profissionais de saúde Mental*. Porto Alegre, Brasil: Artes M&édicas.
- World Health Organization. (2012). *Dementia: a public health priority*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/9789241564458_eng.pdf
- World Health Organization (WHO). (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan.