Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Madeira, Patrícia Andreia Gomes, 1993-

Intervenção psicológica em contexto clínico e comunitário

http://hdl.handle.net/11067/2655

Metadados

Data de Publicação 2017-01-11

Resumo O relatório apresentado é resultado de nove meses de estágio curricular desenvolvido, no âmbito do mestrado de psicologia clínica, na Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra. As intervenções psicológicas realizadas não incidem numa população-alvo específica, pelo contrário, são abrangidas múltiplas faixas etárias do desenvolvimento humano, desde crianças a idosos. No presente relatório são, primeiramente, apresentadas a caracterização da instituição bem como da população-alvo com o intuito de enq...

Palavras Chave Santa Casa da Misericórdia (Sesimbra, Portugal) - Ensino e Estudo (Estágio), Psicologia Comunitária, Psicologia clínica - Prática profissional

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-23T10:06:50Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Intervenção psicológica em contexto clínico e comunitário

Realizado por:
Patrícia Andreia Gomes Madeira
Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientado por:
Mestre Maria Teresa Andrade Cruz de Jesus Alvarez

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente:	Prof.ª Doutora Teresa Cristina da Cruz Fatela dos Santos

Relatório aprovado em: 6 de Dezembro de 2016

Lisboa

2016

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Intervenção psicológica em contexto clínico e comunitário

Patrícia Andreia Gomes Madeira

Lisboa

outubro 2016

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Intervenção psicológica em contexto clínico e comunitário

Patrícia Andreia Gomes Madeira

Lisboa

outubro 2016

Patrícia Andreia Gomes Madeira

Intervenção psicológica em contexto clínico e comunitário

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientadora de estágio: Mestre Maria Teresa Andrade Cruz de Jesus Alvarez

Lisboa

outubro 2016

Ficha Técnica

Autora	Patrícia Andreia Gomes Madeira
Coordenadora de mestrado	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora de estágio	Mestre Maria Teresa Andrade Cruz de Jesus Alvarez
Título	Intervenção psicológica em contexto clínico e comunitário
Local	Lisboa
Ano	2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

MADEIRA, Patrícia Andreia Gomes, 1993-

Intervenção psicológica em contexto clínico e comunitário / Patrícia Andreia Gomes Madeira ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Maria Teresa Andrade Cruz de Jesus Alvarez. - Lisboa : [s.n.], 2016. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-
II - ALVAREZ, Maria Teresa Andrade Cruz de Jesus, 1957-
III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH
1. Psicologia comunitária
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Santa Casa da Misericórdia (Sesimbra, Portugal) - Ensino e Estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Community psychology
2. Clinical psychology - Practice
3. Santa Casa da Misericórdia (Sesimbra, Portugal) - Study and teaching (Internship)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. RA790.55.M33 2016

Agradecimentos

Pretendo transmitir o meu profundo agradecimento,

À Professora Doutora Túlia Cabrita pela disponibilidade apresentada, pelo apoio e sugestões fornecidas ao longo deste percurso, pela calma transmitida aos seus alunos e ainda por todo o conhecimento e experiências partilhadas durante cinco anos.

À Professora Doutora Tânia Gaspar por toda a dedicação e empenho depositado na coordenação da licenciatura em psicologia bem como no mestrado em psicologia clínica, para além de um conjunto de saberes partilhados ao longo do curso e ainda pelo profissionalismo que transmite em todos os projetos em que se envolve.

À Mestre Teresa Alvarez, orientadora do estágio na Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, pelo apoio prestado, pela orientação fornecida ao longo dos meses, pela sua disponibilidade e ainda pela partilha de experiências e aprendizagens que se demonstraram enriquecedoras.

Aos representantes da Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, pela oportunidade fornecida e pela confiança depositada ao longo dos meses de estágio.

A todos os Professores com quem me pude cruzar ao longo deste percurso académico, que me transmitiram múltiplos conhecimentos que foram colocados em prática ao longo dos meses de estágio.

À minha família por toda a compreensão, motivação, consideração, estima, incentivo e respeito demonstrados ao longo de todo meu percurso académico.

Aos meus amigos agradeço o apoio, a compreensão e força transmitida.

O meu agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, marcaram a minha trajetória académica e possibilitaram o meu crescimento enquanto pessoa e como profissional!

Resumo

O relatório apresentado é resultado de nove meses de estágio curricular desenvolvido, no âmbito do mestrado de psicologia clínica, na Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra.

As intervenções psicológicas realizadas não incidem numa população-alvo específica, pelo contrário, são abrangidas múltiplas faixas etárias do desenvolvimento humano, desde crianças a idosos. No presente relatório são, primeiramente, apresentadas a caracterização da instituição bem como da população-alvo com o intuito de enquadrar mais facilmente todo o trabalho desenvolvido ao longo destes meses. O enquadramento teórico é formulado pela revisão de literatura ao considerar a psicologia clínica, como ciência, a função do psicólogo clínico, os vários e diferentes períodos do desenvolvimento humano e ainda problemáticas que lhes possam estar associadas. Neste sentido, é utilizado, nas intervenções realizadas, o modelo cognitivo-comportamental, apelando a diversas técnicas de outros modelos como forma de adequar o tipo de intervenção ao paciente. São ainda apresentados os objetivos de estágio, o método utilizado e ainda a descrição de dois casos clínicos, em que um deles demonstra um desenvolvimento psicológico atípico. Incluído no capítulo do método, encontram-se as provas psicológicas utilizadas na avaliação e descrição do processo terapêutico assim como os resultados obtidos. O relatório termina com uma conclusão e reflexão final sobre todo o trabalho desenvolvido.

Palavras-chave: psicologia clínica, intervenção psicológica, *setting* comunitário, *snoezelen*.

Abstract

The submitted report is the result of a full nine months of curricular internship, developed to obtain master's degree in clinical psychology, in Santa Casa da Misericórdia of Sesimbra.

The psychological interventions do not focus on a specific target population, on the contrary, they are covered by multiple ages groups of human development, from children to seniors. In this investigation work is presented as first the characterization of institution as well as the target population in order to fit more easily all the work developed over the months. The theory context is formulated by the literature review to consider, this area of mental health, clinical psychology as a science. The role of a clinical psychologist is working with the patient on a various different periods of human development and with issues that might be associated. In this sense, it is used in the performed interventions cognitive-behavioral model, appealing, this way, to various techniques of other models as a way to suit a particular type of intervention to another patient. In addition to what was enlightened, it is also present the thesis objectives, the method used and the further description of two clinical cases, where one of them shows an atypical psychological development. Included on the method chapter are the psychological tests used on the evaluation and description of therapeutic process as well as the results. This academic investigation work it is concluded with a final reflection about all the work developed throughout this months.

Key-words: clinical psychology, psychology intervention, communitarian *setting*.

Lista de tabelas

Tabela 1 – Caracterização da população clínica em acompanhamento individual .……75

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

BDI – *Beck Depression Inventory*

CATL – Centro de Atividades de Tempos Livres

CMAS –R – *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ECCAS – Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social

GDS-30 – *Geriatric Depression Scale*

IPSS – Instituição de Solidariedade Social

LSAS – Escala de Liebowitz para a Ansiedade Social

MMPI - *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

MPA – Hormona Antidrogénica

NEO-FFI-20 – *NEO Five Factor Inventory*

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PEC – Programa de Estimulação Cognitiva

SCL-90-R – *Symptom Checklist-90-R*

SCMS – Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra

TAS-20 – *Toronto Alexithymia Scale*

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TR – Terapia da Reminiscência

Lista de anexos

Anexo A – Mini-Mult

Anexo B – TAS-20

Anexo C – LSAS

Anexo D – Avaliação Breve do Estado Mental

Anexo E – Teste do Relógio

Anexo F – GDS

Anexo G – Exemplar de registo utilizado no programa de estimulação cognitiva (PEC)

Anexo H – Programa de estimulação cognitiva (PEC)

Anexo I – Ficha técnica de registo das intervenções em contexto s*noezelen*

Anexo J – Outras atividades desenvolvidas

Anexo K – Certificados

Anexo L – *Poster* "Terapia Multissensorial – Espaço Sentido"

Índice

Introdução 20

Enquadramento institucional 25

Caracterização da instituição 25

Caracterização da população-alvo 29

Enquadramento teórico 31

Psicologia 31

Psicologia comunitária 31

Psicologia clínica 32

Avaliação e intervenção psicológica 32

Entrevista clínica 32

Observação clínica 33

Avaliação psicológica clínica 33

Exame do estado mental 34

Psicoterapia de apoio numa perspetiva integrativa 34

Terapia cognitivo-comportamental: teoria e modelo 36

Interpretação de si, dos outros e do mundo 37

Contribuições da terapia cognitivo-comportaemntal na psicopatologia 40

Terapia da reminiscência 41

Contribuições da terapia da reminiscência na psicopatologia 43

Ética e código deontológico 45

Desenvolvimento psicológico ao longo da vida 46

Ser adulto 47

Adultez emergente 48

Impacto da patologia na idade adulta 52

Envelhecimento 53
Qualidade de vida no processo de envelhecer 54
Impacto da patologia na qualidade de vida dos idosos 56
Caracterização das psicopatologias 57
Depressão 57
Depressão no idoso 58
Demência 60
Demência e depressão no idoso: uma díade a considerar 63
Caso das parafilias 65
Objetivos de estágio 73
Método 74
Participantes 74
Procedimentos 76
Outras atividades desenvolvidas 78
Instrumentos 79
Observação e entrevista clínica 79
Contexto e técnicas de *snoezelen* 79
Testes psicológicos 80
Mini Mental State Examination 81
Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30) 81
Teste do Relógio 82
Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) 82
Escala de Liebowitz para a Ansiedade Social (LSAS) 83
Mini-Mult 84
Estudo de casos 85

Caso clínico de Catarina 85
Apresentação do caso 85
Motivo da consulta 85
Observação clínica 86
História clínica 86
História pessoal e familiar 86
História profissional 89
Resultados da avaliação psicológica 89
Hipótese diagnóstica 91
Objetivos terapêuticos 91
Plano terapêutico 91
Síntese do acompanhamento 94
Primeira e segunda sessão 96
Terceira e quarta sessão 98
Quinta e sexta sessão 101
Sétima e oitava sessão 102
Nona e décima sessão 104
Discussão do caso 106
Caso clínico de Paulo 110
Apresentação do caso 110
Motivo da consulta 110
Observação clínica 111
História clínica 111
História pessoal e familiar 113
História escolar e profissional 116
Resultados da avaliação psicológica 117
Hipóteses diagnósticas 119

Objetivos terapêuticos 119
Plano terapêutico 120
Síntese do acompanhamento 121
Primeira a terceira sessão 123
Quarta a sexta sessão 125
Sétima a nona sessão 127
Décima a décima segunda sessão 129
Décima terceira a décima quinta sessão 131
Discussão do caso 134
Conclusão 139
Reflexão final 140
Referências bibliográficas 143
Anexos 163

Introdução

O presente relatório tem como pressuposto descrever o trabalho desenvolvido na Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra (SCMS), inserido no âmbito do segundo ano de mestrado em psicologia clínica, na Universidade Lusíada de Lisboa, visando a obtenção do grau mestre em psicologia clínica.

No presente relatório é possível dar a conhecer uma parcela do trabalho realizado na SCMS, o papel do psicólogo em contexto clínico bem como comunitário, assim como as suas nuances.

O estágio académico decorreu nas instalações da SCMS, nas unidades residenciais Senhor Jesus das Chagas e Santiago, situadas em Sesimbra, bem como no gabinete de psicologia localizado em Santana, onde se desenvolve um trabalho mais clínico, orientado maioritariamente para a intervenção psicológica, no tratamento de psicopatologias e na prevenção terciária. Neste sentido, o papel do psicólogo difere consoante o local onde este se insere e ainda tendo em consideração as necessidades apresentadas pela população no presente contexto onde foi realizado o estágio.

Os objetivos gerais do estágio tiveram como base a aquisição, aprofundamento e consolidação das competências básicas do psicólogo clínico, nos dois contextos distintos, como ainda a exploração de metodologias e técnicas de diferentes modelos e teorias como forma de auxiliar o sujeito numa visão integrativa. A participação nos eventos e projetos que envolvem a SCMS foram uma constante, sendo um dos objetivos gerais incluídos e considerados no desenrolar do estágio.

O presente relatório é composto por sete capítulos. O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento institucional ao englobar a caracterização da instituição e da população-alvo. No segundo capítulo é exposto o enquadramento teórico que envolve a explicação e descrição da psicologia como ciência bem como as suas especialidades, as

diversas teorias e modelos a que se recorre como forma de intervenção e de tratamento das psicopatologias que poderão emergir ao longo da vida, em que uma delas está relacionada com um desenvolvimento atípico.

No terceiro capítulo são apresentados os objetivos de estágio delineados entre os meses de outubro de 2015 e junho de 2016. O quarto capítulo representa o método utilizado no decorrer do estágio, onde se realiza a apresentação dos participantes, em particular, dos dois casos clínicos como ainda uma tabela com o intuito de facilitar a leitura e a apresentação da população clínica acompanhada psicologicamente a nível individual. São ainda descritos vários momentos que constituem os procedimentos efetuados ao longo do estágio bem como apresentados diversos instrumentos psicológicos como ferramentas de avaliação psicológica.

O quinto capítulo envolve a apresentação de dois estudos de caso, onde se incluem as respetivas histórias clínicas, pessoais, familiares e profissionais, os resultados das avaliações psicológicas, as hipóteses diagnósticas, os objetivos e planos terapêuticos, as sínteses dos acompanhamentos, as descrições de todas as sessões de acompanhamento psicológico e, por fim, a discussão de cada caso clínico. Os capítulos sexto e sétimo correspondem à conclusão e à reflexão final do estágio académico.

Com a existência de um gabinete de psicologia nas estruturas residenciais e ainda com outro em Santana, foi possível intervir psicologicamente junto de sujeitos de diversas faixas etárias, visando diferentes intervenções consoante o motivo de encaminhamento como ainda das necessidades observadas.

Considerar aspetos e fatores biopsicossociais revela-se fundamental na análise e compreensão da pessoa e, mais tarde, no planeamento da intervenção terapêutica. Neste sentido, as diversas influências deverão ser tidas em consideração nas diversas fases de desenvolvimento humano, como a adultez e a velhice.

A idade adulta é uma fase de vida caracterizada por numerosas oscilações e constante gestão e adaptação das mesmas (Andrade, 2010). A transição para a idade adulta torna-se um desafio para aqueles que a experienciam, no sentido em que desejam uma maior emancipação a diversos níveis (Debert, 2011). Neste ciclo de vida, o adulto tenta socorrer-se do seu conhecimento e experiência, até então adquiridos, como modo de compreender e adaptar-se a novos contextos e novas responsabilidades, efetivando explorações e associações consideradas na construção da sua identidade. O adulto terá, assim, mais facilidade em contornar determinados obstáculos e fragilidades, ao recorrer às suas aprendizagens, experiências e recursos disponíveis (Oliveira, 2004).

A pessoa adulta é considerada mais responsável e flexível no sentido de saber gerir de modo mais calmo e resiliente a imprevisibilidade da vida, gerindo-a de acordo com as suas capacidades e competências ganhas ao longo da mesma. Quando a mobilização de determinados recursos, internos como externos, não está a ser viável ou até mesmo exequível, para ultrapassar determinados eventos negativos com que o sujeito se depara, o psicólogo clínico pode auxiliar no sentido de reduzir o sofrimento, promovendo um maior bem-estar.

Compreender o trajeto que os adultos têm percorrido ao longo da sua infância e adolescência tem-se demonstrado fundamental para o planeamento de intervenções, de acordo com a análise do funcionamento psicológico do sujeito, assim como compreender quais os seus contextos e figuras significativas (Mendonça, 2007).

O psicólogo clínico, ao atuar na saúde mental, poderá ajudar diversas pessoas das mais variadas idades através de múltiplas técnicas, teorias e modelos psicológicos, possibilitando a intervenção nas diversas áreas da prevenção. A intervenção psicológica permite ao indivíduo um maior conhecimento de si próprio, através de reflexões, para que este consiga atingir o bem-estar emocional e uma melhor qualidade de vida.

Por outro lado, a pessoa idosa passa também ela, por tamanhas alterações, tanto a nível físico como a nível social, emocional e sensorial (Teixeira, 2006). Cada vez mais é necessário observar o envelhecimento do ser-humano como um ciclo de oportunidades e maximização de determinadas capacidades e competências (Walker, 2002). Ao estabelecer uma relação empática e terapêutica com a pessoa idosa, o psicólogo clínico poderá compreender melhor a história de vida da mesma, com todas as suas experiências, conhecimentos e aprendizagens, proporcionando intervenções mais eficazes quando o significado dado pelo paciente é considerado nas mesmas (Ramos, 2003).

É importante fazer com que a pessoa se adapte ao processo de envelhecer de uma forma saudável, sem promover, de alguma forma, perdas funcionais, mas demonstrar que é possível a gestão de múltiplas fragilidades e limitações, encorajando e estimulando os idosos noutras áreas de funcionamento (Rabelo & Neri, 2005).O processo de adaptação passa, igualmente, pelo acompanhamento psicológico fornecido aquando a institucionalização dos mesmos, na tentativa de desmistificar que a ida para um possível lar não corresponde à fase final das suas vidas (Chaves, s.d.). Promover um envelhecimento bem-sucedido e saudável parece diminuir o aparecimento de diversas patologias de foro psicológico e neurológico, sendo esse um dos objetivos do psicólogo clínico.

Neste sentido, a intervenção psicológica permite ao indivíduo minimizar o seu sofrimento, tristeza e angústia, fortalecendo a sua autoestima e autoconfiança, auxiliando o sujeito a desenvolver-se de modo saudável através do balancear de vários fatores e condicionantes, ao promover o bem-estar geral e equilíbrio emocional. Associada à intervenção, encontra-se a relação terapêutica entre paciente-psicólogo, que

facilita e promove, de uma forma global, a mudança, o bem-estar e a segurança em todo o processo terapêutico (Leal, Pimenta, & Marques, 2012).

Através de tudo aquilo que a avaliação psicológica abarca é possível uma maior compreensão do funcionamento psicológico de cada ser-humano, sendo assim viável o estabelecimento de um plano terapêutico com o intuito de se proceder a uma intervenção psicológica adequada.

Enquadramento institucional

Caracterização da instituição

A Santa Casa de Misericórdia de Sesimbra (SCMS) é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS), fundada no século XVI, que tenta fornecer respostas à população consoante as necessidades que vão emergindo. A presente instituição presta diversos serviços a variadas faixas etárias, incluindo crianças, jovens adolescentes, adultos e seniores. Todos estes podem beneficiar do apoio da instituição nas mais diferentes vertentes disponibilizadas pela SCMS (SCMS, 2014).

A SCMS dispõe duas estruturas residenciais são elas o Lar Senhor Jesus das Chagas, contando com um internamento permanente para 25 idosos e o Lar Santiago, contando com um internamento permanente para 34 idosos. O foco da instituição nos lares está particularmente nos cuidados diários de higiene exercidos pelas ajudantes de ação direta e nos cuidados de saúde através do auxílio de uma psicóloga clínica, de um médico, em tempo parcial, e de uma enfermeira que, no momento atual, assegura parcialmente a cobertura do serviço ao fim-de-semana (SCMS, 2015).

A SCMS estabeleceu um acordo com a segurança social que prevê a frequência de 20 utentes no estabelecimento em centro de dia, todavia e usualmente, este número tem sido vindo a aumentar pelas constantes solicitações de familiares (SCMS, 2015c). O apoio ao domicílio tem capacidade para 65 utentes, porém atualmente verifica-se um aumento do número de utentes ao cuidado do apoio domiciliário (SCMS,2007).

No mesmo edifício do Lar Senhor Jesus das Chagas, no andar superior, existe o Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL) com capacidade para 80 crianças do 1º e 2º ciclo, onde se desenvolvem também as atividades de enriquecimento curricular (SCMS, 2011). O apoio pedagógico e a concretização dos trabalhos de casa traduzem um ponto fundamental que se deverá ter em consideração, facilitando neste sentido o

estudo e realização de múltiplas tarefas não só às próprias crianças como aos respetivos pais.

Esta instituição conta com diversas áreas que possibilitam um melhor ajuste em termos físicos, emocionais, psicológicos e sociais dos utentes, nomeadamente, a existência das vertentes de serviço social, psicomotricidade, fisioterapia, animação sociocultural, acupunctura, psicologia, terapia da fala, enfermaria e, a tempo parcial, conta com a presença de um médico, ao prestar os cuidados necessários (SCMS, 2015a).

Dentro dos variados serviços disponibilizados pela SCMS incluiu-se, desde 2014, a psicologia com o intuito de se puderem realizar avaliações psicológicas e acompanhamentos psicológicos e terapêuticos, tanto aos utentes das unidades residenciais como a externos, tendo em vista determinadas intervenções de acordo com a problemática apresentada pelos mesmos (SCMS, 2015c). A importância concedida à existência da área da psicologia na SCMS veio, efetivamente, proporcionar melhores cuidados de saúde à população, promovendo um melhor equilíbrio psicológico, físico, emocional e social, em ligação com as áreas já existentes, podendo desta forma abranger outras faixas etárias. Na SCMS, a psicologia tem o propósito de promover o bem-estar psicológico e emocional da população, facilitando deste modo o acesso a cuidados de saúde mental, apoiando e intervindo nas áreas mais problemáticas e fragilizadas da vida da pessoa como ainda atuar na área da prevenção primária.

A SCMS conta ainda com outro gabinete de psicologia situado em Santana que tem como finalidade o atendimento de pacientes, maioritariamente, pessoas externas à instituição. Este local tem atualmente quatro serviços disponíveis, a psicologia, a acupuntura, psicomotricidade e terapia da fala. Presentemente é possível realizar intervenções numa sala de *snoezelen*, inaugurada no mês de março de 2016, situada

também ela em Santana, no andar abaixo do local onde está situado o gabinete de psicologia. Esta sala possibilita uma melhor intervenção em determinadas fragilidades, problemáticas e patologias podendo ser utilizada em qualquer faixa etária.

A sala de *snoezelen,* designada como Espaço Sentido, propicia uma resposta mais rápida aos indivíduos no que diz respeito ao apelo das sensações e sentidos (estimulação multissensorial) e ainda ao funcionamento cognitivo. A criação desta sala veio possibilitar a realização da psicoterapia de apoio em contexto *snoezelen*, sendo possível recorrer-se a uma diversidade de técnicas de *snoezelen* de acordo com a problemática observada no paciente, incluindo-as no plano terapêutico previamente estabelecido. Sempre que se considere necessário ou, se julgue pertinente a presença do paciente na sala multissensorial, pelos benefícios que esta possa trazer, o paciente é devidamente informado dos procedimentos a efetuar, visto que o acompanhamento psicológico poderá ser realizado em contexto clínico e/ou em contexto *snoezelen.*

Considera-se importante realçar que nem todos os pacientes são direcionados para uma intervenção psicológica recorrendo a um ambiente e técnicas *snoezelen*. Esta possibilidade é colocada tendo em consideração a problemática apresentada e observada no paciente, sendo que existem fragilidades e patologias que beneficiarão melhor junto deste complemento terapêutico.

A presente instituição concede formação contínua aos seus colaboradores, desenvolvendo de igual modo as vertentes e serviços que proporciona à comunidade, estabelecendo nesse sentido múltiplos protocolos com variadas instituições. Assim, a SCMS tem tentado responder de forma eficaz e, dentro do seu leque de possibilidades, às necessidades da população colmatando algumas falhas que surgem muitas das vezes por parte do Estado (SCMS, 2014).

Neste momento aguarda pela aprovação do projeto de arquitetura para remodelação e ampliação do Lar Senhor Jesus das Chagas e do CATL. No futuro, a SCMS planeia substituir a unidade residencial de Santiago através de uma construção em Maçã, num terreno de 6.000 m2, cedido pela Câmara Municipal de Sesimbra, contando posteriormente com a existência de 60 camas para os utentes, colocando em aberto, a possibilidade de uma unidade de cuidados continuados (SCMS, 2015b).

Caracterização da população-alvo

No Lar Senhor Jesus das Chagas, estão em internamento permanente cerca de 25 pessoas com variadas patologias (SCMS, 2014). Relativamente ao nível físico a maioria dos idosos encontra-se com dificuldades motoras, impossibilitando que os mesmos tenham uma marcha satisfatória. Os idosos que têm numerosas problemáticas e debilidades nos membros inferiores deslocam-se frequentemente através de uma cadeira de rodas ou andarilho, tendo a ajuda de auxiliares e técnicos. No que concerne à área da psicologia as patologias mais comuns são, de facto, as demências, a depressão, observando-se ainda a gestão de diversos processos de luto.

No Lar Santiago, estão cerca de 34 pessoas institucionalizadas. Nesta unidade de residência encontram-se idosos mais debilitados, com menos capacidades cognitivas, que necessitam de mais cuidados de saúde, observando-se continuamente utentes acamados (SCMS, 2006).

O trabalho desenvolvido, nas duas unidades residenciais, envolve todas as vertentes e serviços que fazem parte integrante da SCMS para que se consiga proporcionar um desenvolvimento contínuo das capacidades dos utentes, promovendo o bem-estar e equilíbrio geral dos mesmos ou, se tal não for possível, atuar na manutenção das capacidades físicas e motoras bem como nas áreas que regulam as funções complexas.

Na unidade residencial de Santiago, não existe, presentemente, um gabinete de psicologia. Porém, as avaliações e os acompanhamentos psicológicos são passíveis de se concretizar no gabinete de enfermaria. Como forma de fornecer o apoio necessário a esta população, foi efetuado um planeamento e organização relativamente a diversas atividades que poderiam ser executadas e viáveis junto dos utentes. Neste seguimento foram elaboradas dinâmicas de grupo incluídas num programa de estimulação cognitiva.

No sentido de promover e proporcionar estes cuidados e apoios considerados essenciais do ponto de vista psicológico, tende-se a recorrer na globalidade a um modelo mais holístico, na medida, em que a adaptação do modelo à própria pessoa é considerada no momento dos apoios efetuados como também das intervenções. O quadro teórico utilizado para o acompanhamento e intervenções terapêuticas junto dos utentes tem-se revelado frequentemente ser a terapia cognitivo-comportamental, recorrendo a múltiplas técnicas de várias teorias e modelos terapêuticos.

No CATL a importância da realização de sessões de relaxamento como estratégia de intervenção aos 1º, 2º, 3º e 4º anos e ainda como forma de tranquilizar as crianças, fazendo com que estas fiquem com uma sensação de proteção, assume-se como essencial num panorama multidisciplinar. Atualmente e, depois de elaborado o planeamento e organização, disponibilizam-se consultas a diversas crianças que foram sinalizadas e autorizadas pelas entidades parentais a frequentar o serviço de psicologia nesta valência. Frequentemente estabelece-se a ligação e articulação com as famílias das mesmas, visto que a criança faz parte de um sistema que é complexo onde existem interações e influências mútuas.

Alguns dos comportamentos e problemáticas observadas em contexto escolar de determinadas crianças que frequentam o CATL que são tidas em consideração e se destacam no gabinete de psicologia são: hiperatividade, comportamentos desafiantes e de oposição, asperger e autismo, ansiedade, extrema proteção por parte das figuras parentais, comportamentos manipulativos, situações de luto, divórcio das figuras parentais e medos.

Presentemente e, no que diz respeito aos pacientes externos, observam-se dificuldades ao nível da gestão de problemas emocionais e comportamentais, da ansiedade, insónias, depressão, situação de desemprego, parafilias, controlo da urina.

Enquadramento teórico

Psicologia

A psicologia caracteriza-se por ser um campo não apenas de pesquisa e exploração de comportamentos do indivíduo como também das experiências subjetivas que incluem memórias, sensações, pensamentos, perceções entre outros (Leal et al., 2012). A presente ciência ramifica-se em algumas especialidades que se focam em contextos mais particulares tendo em conta o seu meio de atuação e intervenção (Costa & Brandão, 2005). A extensão da psicologia é possível, derivada em parte da sua pluralidade, na medida em que abrange campos de intervenção que poderão ser aplicados nas mais diversas áreas do quotidiano (Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro, & Gomes, 2007).

Psicologia comunitária.

A psicologia comunitária tem, ao longo tempo, tentado criar meios e serviços adequados às necessidades observadas da comunidade ao desenvolver técnicas e estratégias que facilitem a participação ativa da própria comunidade (Ximenes, Paula, & Barros, 2009). Neste sentido, o psicólogo em contexto comunitário poderá auxiliar, através das comunidades, os indivíduos que nelas vivem numa perspetiva ecológica, compreendendo as pessoas numa relação e influência direta com o seu ambiente (Ornelas, 1997). Costa e Brandão (2005) defendem que a intervenção comunitária deverá essencialmente ser realizada através das instituições que têm por base as dinâmicas sociais.

Com o decorrer do tempo, a psicologia comunitária tem ampliado o seu foco de ação na medida em que não age apenas sobre fragilidades institucionais de pacientes psiquiátricos mas também sobre estruturas que hoje se consideram fundamentais para um desenvolvimento contínuo do ser-humano (Fernandes, 2000). Atualmente, o

psicólogo em contexto comunitário tem como intuito agir, sobretudo, na prevenção primária e não apenas na secundária e terciária como observado há anos (Levine, Perkins, & Perkins, 2005). Através da prevenção primária é possível evitar o aparecimento de doenças e até desequilíbrios em termos emocionais que possam derivar, de igual forma, do contexto social do indivíduo (Fernandes, 2000).

Psicologia clínica.

A psicologia clínica surgiu, primeiramente, associada ao modelo médico, no entanto foi-se afastando dessa vinculação quando se propôs encontrar explicações de comportamentos visíveis, inicialmente, numa natureza psíquica e psicanalítica (Ribeiro & Leal, 1996). Neste sentido, a psicologia clínica pode ser contemplada como uma subárea da psicologia que tem como intuito a observação, o estudo, a avaliação, o diagnóstico e respetivo tratamento, tendo em conta o sofrimento, manifestado ou não, por cada pessoa (Brito, 2008).

Avaliação e intervenção psicológica.

Qualquer intervenção psicológica deve promover qualidade de vida aos pacientes, visando o seu bem-estar. Antes de mais e, para que de facto, a ajuda ao paciente resulte, é necessária a existência de uma relação terapêutica que por vezes é o foco da intervenção (Leal et al., 2012). Ainda assim, o psicólogo poderá recorrer a diversos meios como forma de o auxiliar a delinear uma intervenção adequada tendo em consideração o motivo que levou o paciente à consulta.

Entrevista clínica.

Na entrevista clínica existem aspetos que atendem e respeitam dogmas que regem a atividade dos psicólogos aquando a recolha de informação sobre o historial de vida do sujeito (Almeida, 2004). De uma forma geral é possível dizer-se que a entrevista funciona como um meio de ajuda e compreensão do próprio entrevistado, àquele que

pede ajuda, por outro lado pode, igualmente, ser utilizada com o objetivo de se proceder a algum tipo de avaliação ou ainda com o propósito de se exercer uma observação participante (Leal, 2008). A entrevista constitui uma técnica que permite ao psicólogo aceder mais facilmente ao mundo privado do indivíduo, como forma de compreender da melhor forma a sua história, crenças, expectativas, vivências e acontecimentos mais conflituosos, representações, crenças, origem da(s) patologia(s), entre outros mais com o propósito de tentar perceber e sentir o outro (Santos, 2014).

Observação clínica.

As técnicas de observação direta são, para o psicólogo clínico, fundamentais para o registo e para a alteração do comportamento a modificar (Britto, Oliveira, & Sousa, 2003). Para Danna e Matos (2006) recorre-se a esta técnica psicológica para investigar um pouco mais sobre a queixa do paciente, identificando sempre que possível as manifestações do próprio indivíduo, a sua frequência bem como os contextos em que estas ocorrem, no intuito de compreender mais aprofundadamente o indivíduo. O ato de observar pressupõe desta forma centrar a atenção no paciente e possuir a capacidade de descriminar as diferenças observadas entre os diversos fenómenos (Pedinielli, 1999).

A observação pode tonar-se, por vezes, o único meio para se avaliar progressos de uma intervenção ou até para avaliar determinadas dificuldades ou fragilidades do paciente na medida em que possibilita extrair informações e dados que, por vezes, de outra forma não se conseguem recolher (Pedinielli, 1999). Esta pode então caracterizar-se como um método natural que possui particularidades científicas importantes no ato clínico (Cano & Sampaio, 2007).

Avaliação psicológica.

Para a avaliação psicológica recorre-se frequentemente à observação e entrevista clínica, a instrumentos psicológicos e à informação proveniente do contexto onde o

indivíduo se insere, tendo em conta o seu núcleo familiar e social, mais próximo (Padilha, Noronha, & Nagan, 2007). Este processo torna-se complexo por envolver um conjunto de técnicas e instrumentos que permitem recolher informações mais detalhadas acerca do próprio indivíduo que se tornam relevantes, ao cruzar-se os vários dados recolhidos, para a compreensão do funcionamento psicológico e emocional dos sujeitos (Pedinielli, 1999).

Os objetivos de uma avaliação psicológica podem variar consoante o pedido, as pessoas envolvidas bem como outros aspetos que envolvam determinados contextos e situações. O psicólogo clínico deverá adotar técnicas e métodos que considere ser os mais adequados para proceder à avaliação daquilo que pretende, de fato, avaliar (Capitão, Scortegagna, & Baptista, 2005).

Exame do estado mental.

O exame do estado mental permite ao terapeuta avaliar, de acordo com o comportamento verbal e não-verbal, o funcionamento do sujeito em momentos específicos, facilitando futuras decisões terapêuticas quanto à intervenção do mesmo (Groth-Marnat, 2003). Com este exame é possível identificar e avaliar determinados comportamentos da pessoa, o seu aspeto e aparência física, a atividade motora da mesma e ainda analisar as alterações de humor, as atitudes do paciente, a sua afetividade bem como o seu juízo crítico (Sanches et al., 2005).

Psicoterapia de apoio numa perspetiva integrativa.

A psicoterapia de apoio pode ser caracterizada como uma abordagem terapêutica utilizada em momentos de particular fragilidade emocional do paciente (Leal, 2000). Embora existam diferentes técnicas a aplicar em contexto de psicoterapia, também pela orientação teórica escolhida pelo terapeuta, o objetivo desta é comum na medida em que o alívio de sintomas, a mudança comportamental, o reforço das capacidades adaptativas

e ainda mecanismos de defesa são aspetos que são considerados na presente abordagem terapêutica (Leal, 2008).

É possível fazer recurso de várias técnicas integrando múltiplas visões do funcionamento humano, onde cada uma das teorias psicológicas proporciona uma explicação considerada como válida acerca das funções psicológicas e do comportamento humano (Miguel, 2015).

A presente psicoterapia permite aos indivíduos o desenvolvimento da resiliência face às dificuldades encontradas, ajuda em situações adversas e dolorosas, aumento da tolerância às frustrações, ao promover o crescimento pessoal e emocional, a autonomia e ao auxiliar ainda no estabelecimento e solidificação de uma identidade e autoimagem estável e integrada no *self* (Cordioli, 1998). Este desenvolvimento, aprendizagem e gestão são permitidos igualmente pelos objetivos que constituem a psicoterapia de apoio: restaurar de forma rápida o equilíbrio psicológico da pessoa através de um compromisso adaptativo entre as defesas e os impulsos e obter a máxima melhoria sintomática, reforçando as defesas como modo de melhorar a sua adaptação relativamente ao meio (Rebelo, 2007).

Ao considerar as conceções e ideias das diversas escolas teóricas é possível formar um núcleo de constructos, que se demonstrem eficazes na melhoria e adaptação do sujeito, no processo e na relação terapêutica (Greben, 2004). Na literatura de Hobbs é possível recorrer-se à presente psicoterapia quando surgem momentos mais complexos, vivenciados recentemente, e ainda experiências que incluam a patologia. Na visão do autor, esta terapia permite uma melhor gestão de conflitos, reduzindo processos que impliquem sofrimento e tensão no próprio indivíduo, no entanto e com a possibilidade de existirem patologias, o terapeuta deverá tentar responder às

necessidades do paciente, promovendo um encorajamento adaptado das suas capacidades e competências (Bateman, Brown, & Pedder, 2003).

A definição de psicopatologia tem gerado alguma controvérsia na medida em que alguns autores consideram que esta inclui apenas comportamentos normais que por sua vez se afastam da norma, tendo em conta a intensidade e frequência (Pires, 2003). Para outros autores, os diversos sintomas das psicopatologias variam e abrangem tantos outros mais aspetos que não meramente comportamentos que variam em termos de frequência e intensidade de padrões (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2011).

Como forma de proporcionar ao indivíduo uma melhor qualidade de vida e bem-estar bem como promover um equilíbrio emocional e psicológico surgiram determinados tipos de tratamento que poderão aliviar, diminuir ou até extinguir o sofrimento do paciente (Barros, Leal, & Silva, 2013). As terapias, cognitivo-comportamental e reminiscência, e ainda o ambiente *snoezelen*, visto como complemento terapêutico, parecem ser uma mais-valia no sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Terapia cognitivo-comportamental: teoria e modelo

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) nasce da junção de duas terapias individuais, a terapia cognitiva e a terapia comportamental, integrando conceitos e técnicas de ambos os modelos. No entanto, é possível diferenciarem-se através do foco que é fornecido tendo em conta cada uma delas (Souza & Cândido, 2010).

A primeira tem tópicos comuns, quando comparada com a teoria psicanalítica, na medida em que os padrões de pensamento constituem de facto o objeto da mudança, porém a teoria cognitiva difere, particularmente, por ser mais diretiva e por se focar, incisivamente, no aqui e agora (Leal, 2008). Por outro lado a terapia comportamental destaca os comportamentos observáveis e manifestados pelo indivíduo em detrimento

de hipotéticos pensamentos e desejos inconscientes, centrando-se nos comportamentos, sendo estes o alvo das intervenções. Na base desta terapia, comportamentos não-adaptativos tenderão a ser modificados ou eliminados por constituírem a causa do problema (Gleitman et al., 2011).

A palavra "cognitivo" advém do latim *cognoscere* que significa conhecer (Valéria, Andrade, & Andrade, 2013). Este conceito faz referência às funções mentais complexas como a atenção, a sensação, a memória, a perceção, o raciocínio, a linguagem, o pensamento e a capacidade de planeamento (Tonietto, Wagner, Trentini, Sperb, & Parente, 2011). Como tal e tendo em atenção os processos mentais envolvidos, a terapia cognitiva pressupõe a utilização de uma panóplia de técnicas que permitem a modificação de pensamentos e crenças disfuncionais, já que estes se designam, nas teorias cognitivas, como os responsáveis pela manutenção dos sintomas manifestados pela existência de falhas no processamento da informação (Araújo & Shinohara, 2002).

Esta terapia foi inicialmente desenvolvida pelo psiquiatra Aaron Beck com o intuito de tratar a depressão, posteriormente começou a ser aplicada a uma diversidade de patologias (Beck, 1997). Na visão do psiquiatra, esta terapia define-se como uma abordagem estruturada no aqui e agora, incluindo interações terapêuticas que implicam o diálogo entre o próprio terapeuta e o paciente, utilizando técnicas específicas que visam a modificação de padrões de pensamento e crenças que causam ou mantêm esses mesmos, prejudicando o indivíduo (Gleitman et al., 2011). As alterações emocionais e de conduta só são duradouras se existir, previamente, a modificação de padrões de pensamento (Neufeld & Cavenage, 2010).

Interpretação de si, dos outros e do mundo.

Na terapia cognitiva, o indivíduo sente e expressa o seu comportamento consoante o modo como se interpreta a si, aos outros e ao mundo que o rodeia,

predominantemente, através de três níveis: os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças centrais ou nucleares (Duarte, Nunes, & Kristensen, 2008).

Os pensamentos automáticos correspondem a um nível mais espontâneo, involuntário e consciente do indivíduo através da breve avaliação das suas experiências prévias; as intermediárias têm em conta as regras e suposições que vão sendo formadas ao longo a vida, geralmente, são mantidas e oferecem suporte às crenças centrais que dizem respeito àquilo que o sujeito pensa sobre si próprio, dos outros e do mundo (Beck, 1997). Estas formam-se tendo em conta vivências infantis mais profundas, tornando-se generalizáveis e absolutas, sendo o aspeto principal que distingue as crenças centrais dos pensamentos automáticos (Matta, Denise, Silveira, Bizarro, & Trentini, 2010).

Segundo a presente teoria, as crenças centrais influenciam diretamente as crenças intermediárias, que têm impacto nos pensamentos automáticos que por sua vez são influenciados por experiências prévias (Oliveira, Pires & Vieira, 2009). Por consequência, os pensamentos automáticos afetam a emoção, o comportamento e as respostas corporais do indivíduo. Neste sentido e assim que o sujeito é capaz de gerir e alterar o pensamento automático, todos os outros aspetos se modificam em função dessa mesma primeira alteração, aliviando os seus sintomas, principalmente, se as crenças se demonstrarem disfuncionais (Oliveira et al., 2010).

Existem ainda distintas classificações das terapias cognitivo-comportamentais baseadas em certas diferenças que por sua vez são explicadas conforme objetivos específicos (Leal, 2008). Poder-se-á estar perante terapias que se focam no enfrentar de situações, minimizando os efeitos negativos; terapias focadas na resolução do problema que enfatizam a necessidade da aprendizagem de vários estilos de reação e de estratégias como forma de produzir mais alternativas, centrando-se na sua resolução e,

por último, terapias que enfatizam as técnicas de reestruturação cognitiva e que visam a alteração de pensamentos do sujeito (Barbosa & Borba, 2010).

Segundo Araújo e Shinohara (2002) a terapia cognitiva dever-se-á basear numa boa relação terapêutica valorizando a relação entre situações, pensamentos, emoções/afetos e comportamentos. Através da empatia, da postura do terapeuta e da compreensão dos problemas trazidos pelo paciente, torna-se mais fácil a resolução de certas problemáticas no presente através da identificação, de avaliação, de modificação ou eliminação de crenças disfuncionais (Leal, 2008). Consequentemente a ação do terapeuta tem como base produzir mudanças cognitivas no paciente para que ocorram mudanças emocionais e comportamentais que se demonstrem duradouras (Beck, 1997).

O tipo de intervenção, para os terapeutas comportamentais, não incide sobre aspetos da história passada do sujeito, ou seja, sobre as origens da problemática em si, ainda que possam ser assumidas como verdadeiras, mas sobre o comportamento presente, pois é esta expressão de conduta que necessita de ser alterada (Gleitman et al., 2011). Nesta lógica, as técnicas comportamentais são utilizadas com a finalidade do paciente modificar algum comportamento menos adaptado, para que com isso, possa analisar e reformular as suas crenças que perpetuam esses mesmos comportamentos (Leal, 2008). É importante que esta análise seja elaborada com e junto do paciente como forma de este se consciencializar e alterar as crenças que se demonstrem disfuncionais (Souza & Cândido, 2010).

Numa primeira etapa torna-se necessária a identificação do paciente, da sua história de vida, abordando as suas vivências e experiências (Pedinielli, 1999). Posteriormente é fundamental elaborar-se uma lista de problemáticas que correspondam às queixas do mesmo, sendo possível desta forma a identificação de problemáticas na vida da pessoa (Beck, 1997). A partir desse momento, junto do paciente procura-se

compreender quais os fatores precipitantes e as situações que despoletam determinados comportamentos; perceber quais as crenças centrais e intermediárias do paciente e qual a sua origem, delineando algumas hipóteses diagnósticas com o intuito de se planear uma intervenção adequada ao paciente (Leal, 2008).

Geralmente são utilizados diversos instrumentos como forma de se obter informação complementar e adicional àquela recolhida durante a entrevista, facilitando o terapeuta no planeamento da sua intervenção (Araújo & Shinohara, 2002).

Contribuições da terapia cognitivo-comportamental na psicopatologia.

A utilização da terapia cognitivo-comportamental torna-se relevante em processos de patologia pois permite ao ser-humano elaborar uma nova gestão dos recursos disponíveis, das suas competências e capacidades, contribuindo para uma melhor qualidade de vida de forma a desenvolverem atividades que contribuam para a saúde não só física como também mental (Both, Kujawa, Wobeto, & Savaris, 2012). Esta modificação, que é realizada na TCC, julga-se essencial, visto que se acredita que os pensamentos parecem ter influência direta nas emoções e, por consequência, nos comportamentos. Os comportamentos tornam-se responsáveis pela manutenção dos pensamentos. Assim, apenas focando e intervindo nesta máxima, é possível modificar de modo gradual a forma como o sujeito representa as situações, alterando por sua vez a sua conduta (Souza & Cândido, 2010).

Nesta perspetiva, incute-se no sujeito a sua responsabilidade no processo terapêutico, na medida, em que facilitará a identificação e avaliação dos pensamentos automáticos e das suas crenças que sustentam o comportamento, modificando se os considerar disfuncionais (Beck, 2011). Esta modificação é mais facilitada quando existe a designada aliança terapêutica que pressupõe a colaboração dinâmica entre ambos, terapeuta-paciente (Leal, 2008).

De acordo com Powell, Abreu, Oliveira e Sudak (2008) é necessário reestruturar cognitivamente o paciente e para que isso aconteça, o indivíduo é ajudado pelo terapeuta a identificar por um lado as crenças disfuncionais; as distorções cognitivas, caracterizando os pensamentos automáticos; as reações fisiológicas, afetivas, emocionais e comportamentais, e por outro, fazer com que o paciente se consciencialize das estratégias que criou de forma a gerir e enfrentar as crenças, percebendo qual a associação entre as experiências prévias e os comportamentos atuais. Posteriormente, ao paciente compreender todos estes aspetos, poder-se-ão integrar diferentes técnicas que auxiliem o sujeito a gerir os sintomas, minimizando o seu sofrimento.

Terapia da reminiscência

A reminiscência caracteriza-se por ser um processo natural inerente aos seres humanos baseando-se na evocação de fases de desenvolvimento primordiais como a infância e adolescência, na sua história de vida e marcos considerados significativos, através de uma conotação positiva ou negativa. A terapia da reminiscência (TR), como intervenção não farmacológica, permite a análise de vivências ocorridas na infância, juventude, adultez e a compreensão das mudanças e consequente adaptação como ainda a compreensão das relações interpessoais (Marques, 2012). Esta pode ser considerada como um meio de facilitação e resolução de problemas ao integrar as vivências pessoais de cada um de forma adaptada sempre que possível (Gonçalves & Martín, 2007).

Todavia é necessário realizar a destrinça entre dois processos distintos quando se aborda o processo de reminiscência: como processo normativo de reflexão sobre memórias autobiográficas e reminiscência ainda como estratégia de intervenção baseada na evocação de diferentes ciclos de vida como fim terapêutico (Lopes, Óscar, & Ribeiro, 2014). Dirigir a TR para experiências de vida particulares e positivas poderá, por um lado influenciar a memória autobiográfica, otimizando-a e, por outro, fazer com

que o indivíduo valorize o seu percurso de vida, focando-se nas suas capacidades e competências (Bluck & Liao, 2013).

De acordo com Puyenbroeck e Maes (2005), existem seis variantes incluídas na reminiscência, diferindo-se entre todas: (1) narrativa, tendo o intuito de contar o seu percurso de vida; (2) integrativa que pressupõe, pelo próprio sujeito, a inclusão da história de vida; (3) instrumental adota a resolução de problemas através da recordação e evocação de memórias; (4) transmissiva baseando-se na transferência de princípios, crenças e valores considerados significativos; (5) defensiva como idealização do passado e (6) obsessiva que tem o propósito de recorrer e descrever incapacidades para ultrapassar obstáculos, sendo que estas duas últimas variantes poderão limitar a adaptação do sujeito ao momento atual.

Considerar o contexto onde se realiza a terapia e essencial na medida em que é necessário ter em consideração o formato que esta pode assumir, podendo ser realizada a nível individual ou grupal, existindo assuntos pré-definidos a serem abordados ou, pelo contrário, abordar temáticas de forma espontânea entre outros (Gonçalves & Martín, 2007). Os indivíduos podem assim ser estimulados a falar sobre a sua história de vida, especificando alguns momentos, através de fotografias, canções antigas, vídeos, livros, músicas, filmes, revistas entre outros mais, facilitando a comunicação e a expressão de sentimentos, emoções e pensamentos (Burgio et al., 2001). A preservação e evocação da memória remota permite ao sujeito aceder a conteúdos importantes, podendo a partir desse momento desenvolver outros aspetos que possam ser benéficos para o seu bem-estar global. Nesse momento, à que recorrer a técnicas definidas que salientem recordações positivas em detrimento de outras que lhe causem sofrimento e angústia (Bohlmeijer, 2007).

Existem diversas variáveis que podem enviesar ou influenciar a dinâmica da intervenção terapêutica como a idade, o género, a etnia, a personalidade, influências (socioculturais, institucionais e familiares), contextos entre outras (Marques, 2012). Em contextos comunitários poder-se-á fazer recurso da TR enquanto intervenção primária na medida em que se pode demonstrar ser útil na adaptação do indivíduo a algumas alterações na sua vida, na promoção de auto-perceção e autoestima, fomentando o bem-estar ao prevenir, desta forma, o surgimento de patologias (Bohlmeijer, Smit, & Cuijpers, 2003). Numa outra perspetiva, a atual terapia poderá ter como intuito a estimulação cognitiva do sujeito, diminuindo o sofrimento causado, bem como sintomatologias que possam existir (Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008).

Contribuições da terapia da reminiscência na psicopatologia.

Realça-se que reminiscência não é uma estratégia utilizada somente nos idosos, uma vez que esta supõe uma análise da vida do próprio sujeito, no entanto esta análise é de facto mais intensa na velhice (Kwon, Cho, & Lee, 2013). Mesmo assim, esta terapia tem-se demonstrado eficaz junto desta população, onde prevalece a abertura para que o idoso realize um balanço do seu percurso tendo como objetivo suprimir conflitos passados através da presente terapia, promovendo de igual modo a resolução de conflitos e consequente bem-estar e autoaceitação (Gonçalves & Martín, 2007).

A TR assume-se como fundamental na recuperação e recordação de memórias e experiências quando se intervém com uma população mais idosa, na medida, em que estes indivíduos associam de modo habitual essas recordações ao prazer ou, antagonicamente, à própria dor existente (Chiang et al., 2010). A utilização desta terapia parece deter um destaque importante na gestão de algumas problemáticas e fragilidades do próprio sujeito, com o intuito de (re)estruturar a intervenção na velhice (Lopes et al., 2014). No estudo desenvolvido por Chao e colegas (2006), concluiu-se que a TR teve

resultados significativos no que diz respeito à melhoria da autoestima dos participantes, detendo ainda um impacto positivo na satisfação acerca da própria vida.

No estudo efetuado por Lopes e colegas (2014) constatou-se uma tendência para um aumento do desempenho cognitivo como igualmente uma diminuição da ansiedade e sintomatologia depressiva. Assim e embora não existam melhorias estatisticamente significativas nas dimensões apresentadas, poder-se-á referir que a TR tem a capacidade de melhorar estas dimensões focadas, dependendo de outros fatores que influenciam a intervenção.

A TR pode ser um complemento na intervenção realizada a indivíduos com patologia por permitir a valorização de eventos e experiências de vida como das capacidades e competências dos sujeitos (Peix, 2009). A TR enquanto instrumento terapêutico pode beneficiar pacientes com este tipo de fragilidades, atuando e intervindo através de memórias remotas dos mesmos para reduzir a sintomatologia e promover o bem-estar (Gonçalves & Martín, 2007).

É possível, através da estimulação sensorial e apelando aos cinco sentidos, despoletar reminiscências que surgem por meio de sons, movimentos, ritmos, cheiros, alteração de cores e de texturas (Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2010).

A utilização dos cinco sentidos primários e a capacidade de cada um fazer recursos aos seus sentidos constitui um fator que predispõe a recordação de eventos marcantes pelo processo de reminiscência (Baillon et al., 2005). A presente terapia parece beneficiar os pacientes na medida em que estes trabalham, junto com o responsável, os seus níveis de autoestima, autoperceção e autoaceitação, permitindo ainda estabelecer novas relações interpessoais (Marques, 2012).

Torna-se fundamental estabelecer uma relação empática e terapêutica com o paciente, podendo ser efetuada através da visão ou até mesmo do toque. A sessão inicia-

se com uma apresentação e com uma recordação que o paciente referiu anteriormente, recorrendo se possível a um utensílio que o mesmo tenha reagido de forma positiva. Posteriormente dever-se-á respeitar o tempo que o sujeito deposita em cada memória, valorizando-o. Quando a sessão está perto do fim é importante não se evocar memórias que sejam negativas, nem dolorosas para o mesmo para que não saia da sessão com essa carga emocional (Lopes, 2015). Estas sessões auxiliam o terapeuta a compreender quais os gostos, capacidades, aptidões, origens, desgostos, alegrias e tristezas dos pacientes, permitindo abertura a novas conversas acerca de múltiplas temáticas (Marques, 2012).

Ética e código deontológico

A psicologia tem produzido conhecimentos que, de forma balanceada, respeitam a singularidade e particularidade do indivíduo, privilegiando a vertente relacional entre psicólogo e paciente ao tentar, de igual modo, ter em consideração o rigor científico que lhe está inerente (Leal et al., 2012). Ainda assim existem variadas características que um psicólogo clínico deve possuir, como: deter um conhecimento sólido e necessário acerca do quadro de referência escolhido, bem como um conjunto de medidas e estratégias terapêuticas claramente estruturadas que permitam aceder ao conhecimento e à totalidade do próprio indivíduo para que se inicie o processo de intervenção (Cano & Sampaio, 2007; Dittrisch, Strapasson, Silveira & Abreu, 2009).

As conceções teóricas do psicólogo e a consequente leitura da realidade que este elabora, os locais laborais, as populações e as suas práticas, podem e influenciam o seu papel como psicólogo e a sua intervenção junto do outro, no entanto tal não significa que o tratamento proporcionado ao paciente não seja eficaz (Silva, 2010). Independentemente do modelo de referência, a prática terapêutica e clínica do psicólogo deve ter como fim o alívio dos sintomas e do sofrimento inerente, o restabelecimento do equilíbrio psicológico e emocional, a diminuição ou eliminação de um estado

patológico e o aumento do bem-estar dos sujeitos, agindo no sentido de permitir e viabilizar o equilíbrio e a estabilidade necessária (Barros et al., 2013).

Com o trabalho clínico, pretende-se igualmente promover e potenciar as capacidades de cada pessoa, frequentemente através de estratégias, tendo como objetivo a sua aplicação no dia-a-dia como modo de fazer face às dificuldades encontradas (Coutinho, Ribeiro, & Safran, 2009).

O psicólogo é regido por um código deontológico que contempla variados princípios éticos que o orientam na sua prática profissional, em qualquer área de aplicação e contexto, garantindo uma máxima ética no seu exercício profissional (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2011). Talvez e, em parte, pela presença deste mesmo sistema, ser psicólogo tem vindo, progressivamente, a alcançar reconhecimento ao longo dos tempos (Gleitman et al., 2011).

Conforme o código deontológico existem princípios gerais que deverão ser tidos em consideração pelo psicólogo na sua prática profissional, nomeadamente, (1) o respeito pela dignidade e direitos pessoa, (2) a competência, (3) a responsabilidade, (4) a integridade, (5) a beneficência e não-maleficência. Torna-se fundamental fazer uso de um conjunto de ferramentas para que a prática clínica seja a mais adequada, proporcionando e promovendo não só estratégias como forma de apoio de resolução como de mudanças essenciais no próprio indivíduo (OPP, 2011).

Desenvolvimento psicológico ao longo da vida

Na perspetiva do desenvolvimento *life span* e, segundo Westernhof e Keyes (2010), existem perdas e declínios tanto na idade adulta como numa idade mais avançada. Porém estas fases de desenvolvimento não se cingem a perdas, pelo contrário, é possível a aquisição de experiências, conhecimentos, sabedoria, estabelecimento e possível alcance de objetivos e outras conquistas. É constante a procura de um

desenvolvimento saudável e de sucesso ao considerar os vários ciclos de desenvolvimento humano (Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2007).

Ser adulto

Ser adulto é ser-se dinâmico. A adultícia é uma fase de vida associada a numerosas mudanças e adaptações (Andrade, 2010). Ainda hoje existe alguma dificuldade em definir o que é ser adulto, no entanto, poder-se-á de fato agrupar determinadas características e condições, consensualmente, que integram esse mesmo período de vida, também, de um modo mais simplista, fornecendo uma perspetiva mais generalizada (Reitzle, 2006).

Hoje, definir o momento em que o indivíduo entra na idade adulta, é uma tarefa complexa, mesmo para as ciências humanas e sociais, reflexo da adaptação que os jovens geraram como forma de contornar obstáculos, desafios dúbios e um futuro cada vez mais incerto (Gonçalves & Martín, 2007). Os processos que estão inerentes à entrada na vida adulta têm sofrido múltiplas transformações derivado das alterações que, atualmente, se fazem sentir na sociedade contemporânea (Mendonça, 2007). Se antigamente ser adulto tinha como base a prática profissional e a constituição de um seio familiar, hoje em dia e tendo em consideração as modificações sociais, este estatuto é encarado de forma distinta (Silveira & Wagner, 2006).

Presentemente, os jovens adultos prolongam os seus estudos muito em parte pela instabilidade profissional vivida, associada à dificuldade observada em integrar o mercado de trabalho (Coll, Marchesi, & Palácios, 2004). Verifica-se ainda uma emancipação residencial cada vez mais tardia, tendo como consequência um atraso na constituição do núcleo familiar como também dos papéis parentais (Debert, 2011). Parece que este novo contexto que os jovens em transição para a vida adulta vivenciam,

torna-se um desafio com o qual têm de lidar, gerindo-o do melhor modo possível (Andrade, 2010).

Adultez emergente.

Arnett (2000) defende que a designação "adultez emergente" é o termo correto quando se aborda a passagem para a vida adulta. De acordo com o autor, a expressão "transição para a idade adulta" assume um curto período de passagem, focando existir uma transformação nos jovens e não uma fase do ciclo de vida com particularidades um tanto específicas, que os caracterizam como verdadeiramente são, refletindo igualmente as transformações da sociedade (Arnett, 2007). O autor define que a fase correspondente à adultez emergente se encontra entre o final da adolescência e o início da etapa da vida adulta, situando-se entre os 18 e os 25 anos de idade, embora alongue esta última idade, tendo em conta o ambiente do indivíduo.

Para Mendonça (2007) esta etapa, que parece ficar em *standby*, surge como uma oportunidade que confronta os jovens com uma panóplia de tarefas e experiências não só a nível profissional como ideológico, afetivo e identitário que lentamente oferece a possibilidade de se transformar em escolhas para a vida adulta. Arnett (2000) considera ainda que este é um período marcado por explorações e associações que os sujeitos experienciam e vivenciam consoante a instabilidade que decorre nos seus percursos de vida.

Oliveira (2004) destaca algumas características que poderão conduzir a uma distinção geral entre o adulto e o jovem. A autora salienta que o adulto abarca, dentro de si, um conjunto de conhecimentos e experiências complexas, fruto de uma longa história e de reflexões constantes sobre o próprio mundo interno como externo. Nesta lógica, o adulto pode socorrer-se dos seus conhecimentos, experiências e aprendizagens como forma de contornar determinadas dificuldades, resistências e fragilidades

decorrentes do seu percurso de vida (Oliveira, 2004). De um modo geral, são estas algumas das condições que diferenciam o ser adulto de ser jovem.

Mas até esta conceção de adulto, segundo Sousa (2007), tem sofrido algumas alterações ao longo do tempo. Segundo a autora, a representação do adulto como um indivíduo perfeito e talvez heroico é cada vez menos atual e menos ajustada à realidade em que vivemos. Nesta perspetiva, pode surgir o medo de ser adulto devido ao desconhecimento daquilo que é, efetivamente, vivenciar essa etapa de vida, resistindo a diversas mudanças que possam ocorrer (Sousa, 2007).

A autora tentou clarificar e propor alternativas, contrapondo a perspetiva de Oliveira (2004), realçando aspetos positivos que integrariam o adulto como um sujeito estável, equilibrado e constante na sua vida quotidiana. Nessa linha de pensamento, o adulto estaria focado num progresso constante, baseando-se no controlo da sua própria vida e projetos futuros como se se tratasse de algo linear, sem que existissem contradições e imprevistos associados. Desta forma, Sousa (2007) concebe o termo "adulto inacabado", refletindo um estado interminável de desenvolvimento e construção do seu próprio eu, considerando o mundo interno e externo.

Neste sentido é possível observar uma definição paradoxal daquilo que é ser adulto (Pikunas, 1979). Enquanto umas perspetivas consideram o adulto como alguém estável e por vezes até com um percurso linear, outras reconhecem que o adulto é aquele que lida com a imprevisibilidade dos momentos, com riscos associados e mesmo assim tenta geri-los dentro das suas capacidades e competências (Debert, 2011). O adulto deverá assumir uma postura flexível ao aceitar a complexidade e impossibilidade de obter um controlo total sobre a sua vida na medida em que se situa exposto às mais variadas situações inerentes à própria existência e vida (Coll et al., 2004).

Na literatura, múltiplos autores consideram que dentro da vida adulta dos sujeitos existem três fases, que poderão ser ainda subdivididas com o objetivo de compreender problemáticas específicas, classificando-as em: adultez jovem, adultez média e adultez velha, alertando para diversas fragilidades que possam ocorrer em cada uma dessas mesmas fases, afetando o modo como os indivíduos constroem as suas relações e preveem o seu projeto de vida (Arnett, 2006).

No período de adultez jovem, o indivíduo procura sentir-se valorizado através da conquista da avaliação positiva externa, existindo desta forma uma forte orientação para obter aprovação sem julgamento, sendo esta última uma característica da fase final da adolescência (Tavares et al., 2007). O jovem, neste período, parece ainda ter a tendência para se motivar através de rápidas recompensas, tentando confirmar e provar as suas competências intelectuais, físicas e interpessoais e habilidades até então consolidadas (Arnett, 2000).

Por outro lado, na adultez média é expectável que a pessoa tenha alcançado os seus objetivos, visto que esta fase compreende indivíduos entre os 40 e os 65 anos. Estes objetivos passam comumente por ter constituído família, por ter alcançado um emprego estável que tenha dado prazer e ainda questões de habitação entre outros aspetos. Nesta fase, os indivíduos possuem uma maior disponibilidade e, por vezes, motivação para cumprirem outros objetivos e metas pessoais, no entanto poderá igualmente emergir uma preocupação maior com os seus pares (Pikunas, 1979).

No que concerne à adultez velha poder-se-á considerá-la como uma fase em que surgem variadas alterações no mundo externo e interno com as quais o ser humano tem de gerir. Neste sentido, o sujeito reflete sobre o seu ciclo de vida, sendo que a disponibilidade para tal, permite-lhe entrar em contacto consigo próprio e com os seus pensamentos. O declínio das suas capacidades motoras começa a ser significativo,

condicionando a qualidade de vida dos indivíduos, tendo como consequência um célere envelhecimento se, em contra partida, não forem percecionados pelo sujeito aspetos motivadores e adaptativos que contornem esse mesmo declínio (Coll et al., 2004).

Embora seja fundamental reunir características comuns do adulto com o intuito de se obter mais conhecimento sobre esta etapa de vida para, de igual forma, se se compreender de modo mais aprofundado, de facto, o que é ser adulto e o quais os trilhos que a sociedade está neste momento a percorrer, torna-se imprescindível realçar que cada ser humano é singular e único, devendo ser compreendido como tal, não excluindo as suas particularidades (Santos & Antunes, 2007). Em cada momento de interação, cada indivíduo recorre à sua própria história, mesmo que inconscientemente, observando e interpretando as situações de acordo com ela, ao fornecer determinados significados que resultam de uma multiplicidade, inerente aos diversos processos de desenvolvimento (Tavares et al., 2007).

Para compreender o crescimento pessoal dos jovens e adultos, é essencial perceber de igual forma o percurso que estes têm efetivado desde a sua infância, tendo em conta contextos emocionalmente significativos que por sua vez influenciam o sujeito ao longo da sua vida e na sua interação com os pares (Matos & Costa, 1996; Mendonça, 2007). A segurança contribui para que surjam comportamentos adaptativos, pelo carácter firme e contínuo que é sentido pelo próprio indivíduo, não sendo, o mundo assim, percecionado como algo ameaçador (Ainsworth, 1985).

A entrada na vida adulta pressupõe o desenvolvimento do próprio sujeito, focando um processo de (re) estruturação interno que o mesmo vai sofrendo consoante o seu crescimento pessoal (Pikunas, 1979). Mota e Rocha (2012) defendem que a superação de conflitos identitários, a individuação em relação à família e, particularmente, a integração da perspetiva do outro de forma balanceada, no seu

próprio ser, constituem desafios com que o ser humano nesta fase tem de gerir, sendo fundamental efetuarem-no de modo adaptativo. Quando tal não sucede, existe a possibilidade de surgirem patologias que causam, frequentemente, uma profunda angústia e debilitação no próprio indivíduo (Pedinielli, 1999).

Impacto da patologia na idade adulta.

Atualmente, a esperança de vida de pacientes com doenças crónicas parece ter aumentado com o investimento que tem sido realizado no desenvolver de variados tratamentos para diversas enfermidades. No entanto, patologias que antigamente seriam fatais, nos dias de hoje tornam-se crónicas devido aos avanços da medicina, mas tal não significa que a experiência e a vivência, tanto do paciente como da sua família, sejam menos dolorosas e angustiantes (Castro, Ponciano, & Pinto, 2010).

Gerir o processo de uma doença crónica não é simples, nem imediato visto que é necessária a aceitação e, por consequência, uma adaptação na convivência com a própria patologia, que implica, frequentemente, a deslocação do paciente a profissionais de saúde, realizando determinados tratamentos farmacológicos (Mota, Martins, & Véras, 2006). Existem períodos na vida do sujeito em que o seu estado de saúde poderá ficar mais fragilizado, podendo surgir igualmente alterações a nível comportamental, associado a um sofrimento não só físico como também emocional do paciente. A existência de patologias físicas e a dificuldade de as gerir, dentro de si e no seu quotidiano, poderá ter como consequência o surgimento de patologias em termos psicológicos, pela carga psíquica a que o paciente muitas das vezes está sujeito (Almeida & Malagris, 2010).

O paciente com patologia física poderá deparar-se com outra realidade: a gestão de uma outra patologia a nível psicológico. Nesta perspetiva torna-se essencial ressaltar que a psicopatologia poderá ser a causa de uma enfermidade física ou, por outro lado,

poderá ser a consequência de uma doença física que foi ou está a ser mal gerida presentemente (Saldanha, Rosa, & Cruz, 2013).

Envelhecimento

O envelhecimento é universal e inevitável. Em pleno século XXI constata-se cada vez mais a existência de um crescimento significativo da população idosa portuguesa (Pordata, 2014). O envelhecimento caracteriza-se por ser um processo lento e natural, marcado por variadíssimas mudanças, experiências e vivências que são decorrentes do caminho percorrido pelo próprio sujeito e, por isso, torna-se essencial compreender todos estes fatores de influência (Oliveira et al., 2010). Outrora, o ciclo de envelhecer estava relacionado apenas com limitações e deficiências. Contudo e nos dias de hoje, pretende-se compreender e discutir este processo, frequentemente apelando às teorias existentes e reconhecidas, as suas consequências como forma de criar estratégias e propor soluções com o intuito de conseguir uma população mais jovem, mais ativa e, nesse sentido, também mais produtiva (Walker, 2002).

Ao estabelecer respeito e empatia pela pessoa idosa, dignificando tanto as suas fragilidades como potencialidades, é possível percorrer-se o caminho da compreensão e, efetivamente, de intervenções mais eficazes tendo por base aspetos e dimensões que acabam por deter elevado significado para esses sujeitos (Gruhn, Rebucal, Diehl, Lumley, & Labouvie-Vief, 2008). Embora exista uma diminuição significativa, em maior parte da população, das capacidades físicas do organismo e até sensoriais, devem proporcionar-se atividades que promovam o bem-estar e a saúde global, na medida, em que se o processo de envelhecer for saudável, as pessoas poderão tornar-se cada vez mais intelectualmente ativas, desfrutando de uma maior qualidade de vida perspetivando-a de um modo diferente e até positivo (Teixeira, 2006).

A atualização das potencialidades do ser humano, a perceção e a maximização dos seus recursos, estimula no sujeito sensações de adaptação e aprendizagem, sem esquecer a perceção e consciência do mesmo relativamente às suas limitações (Rabelo & Neri, 2005). Como tal, o envelhecimento não deverá ser percebido como uma última fase de vida do Homem ou ainda como um período antecessor ao processo de morte (Araújo & Carvalho, 2005).

Qualidade de vida no processo de envelhecer.

O ser humano é um ser biopsicossocial (Barracho, 2010). Tal significa que o Homem sofre diversos tipos de influência através do ambiente físico, cultural, ambiental, familiar, no entanto, ele por si próprio também gera transformações e influencia ativamente esses mesmos ambientes, levando a um processo constante de adaptação (Tavares et al., 2007). Dependendo do ambiente onde o sujeito estiver inserido, a sua adaptabilidade poderá, ou não, ficar condicionada, provocando alterações no próprio processo de envelhecer, retardando-o ou pelo contrário, acelerando-o (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012). Com base nesta situação de adaptabilidade, é possível que o sujeito experiencie diferentes tipos de envelhecimento.

O envelhecimento produtivo, bem-sucedido e saudável está relacionado com o envelhecimento ativo em detrimento do sedentarismo, sendo esta uma questão cada vez mais preocupante (Motta, 2005). Apesar do sedentarismo não ser uma escolha unicamente dos idosos, a verdade é que alguns dos comportamentos sociais estão a promover estilos de vida cada vez menos saudáveis e menos ativos, podendo originar e desenvolver como fator de risco o aparecimento de doenças crónicas e degenerativas (Gualano & Tinucci, 2011). Um envelhecimento saudável e ativo aliado a uma boa qualidade de vida podem, assim, conseguir-se através do balanço entre potencialidades e vulnerabilidades do ser humano, resultando um equilíbrio entre ambos que poderá ser

iniciado por processos adaptativos inerentes ao ser humano e aprendidos (Heckhausen, Wrosch, & Schulz, 2010).

Os recursos, quando disponíveis, detêm um impacto significativo e positivo na vida e na qualidade de vida, neste caso, dos idosos pois poderão influenciar a saúde como consequência de alterações que existam no curso da doença, agindo como fatores protetores (Rabelo & Neri, 2005). Estas modificações podem ocorrer a nível do estado emocional que produzem, posteriormente, alterações fisiológicas e neuroendócrinas. Por sua vez estas transformações orgânicas promovem comportamentos mais benéficos, saudáveis e, por vezes, até mais positivos o que leva, segundo Ramos (2003), as pessoas mais idosas a controlarem as suas vulnerabilidades e à possibilidade de usufruírem de uma vida mais digna mesmo perante algumas limitações apresentadas.

Uma boa qualidade de vida é de facto aquela que oferece condições para que o ser humano consiga maximizar as suas potencialidades como forma de se realizarem (Santos, Santos, Fernandes, & Henriques, 2002). Envelhecer bem e com qualidade de vida "significa ter uma história passada com diversas experiências, onde o indivíduo aplicou seus recursos e empenhou-se em manter aqueles comportamentos e estratégias que se mostraram eficazes na obtenção do sucesso adaptativo, em evitar e modificar aqueles que se mostraram ineficazes" (Freire, Resende, & Rabelo, 2012, p.193).

No entanto e dependendo das experiências vivenciadas, da personalidade do sujeito, de acidentes, da predisposição genética e do seu contexto, o processo de envelhecer pode trazer determinados problemas psicológicos quando o indivíduo não consegue seguir um ciclo de adaptação, podendo provocar quadros somáticos como ainda somatizações que originam problemas físicos graves e, por vezes, até penosos (Tavares et al., 2007).

Impacto da patologia na qualidade de vida dos idosos.

Quando se fala em envelhecer, elementos da sociedade associam comumente este processo à presença gradual de debilidades e, nomeadamente, à existência de patologias (Lima & Coelho, 2011). Perante esta comum situação, é necessária a ressalva de dois conceitos distintos que, por sua vez, não querem dizer necessariamente o mesmo, para além de não terem o mesmo significado, sendo eles o envelhecimento e a doença (Fonseca, 2004). Estes dois termos não têm que estar interligados obrigatoriamente, já que uma pessoa idosa poderá não possuir doenças e, por outro lado, a existência de patologias poder-se-á manifestar num indivíduo jovem (Minayo & Coimbra, 2002).

Conforme Cancela (2007) indica, a senescência pauta-se por incluir tanto um conjunto de disfunções como de patologias que podem eventualmente provocar certas alterações orgânicas, funcionais, sociológicas e psicológicas a indivíduos idosos. Nesta ótica assiste-se a um claro declínio do organismo principalmente ao nível funcional, sendo esta, infelizmente, uma realidade da população portuguesa. Embora o processo de envelhecer não esteja necessariamente relacionado com o processo patológico e com incapacidades, observa-se que a maioria dos idosos apresentam, sem dúvida, pelo menos uma doença crónica a partir dos 65 anos, para além do número de indivíduos da terceira idade com comorbidades ser ainda elevado (Pereira & Roncon, 2010).

Sabe-se que as doenças afetam a vida do indivíduo na medida em que influenciam variadas dimensões, particularmente, a física pela dor que está frequentemente associada a múltiplas patologias (Teixeira, 2006). Estas influências que ocorrem provocam limitações na qualidade de vida essencialmente pela diminuição da sensação de bem-estar (Mota, et al., 2006). Nesta perspetiva, torna-se fundamental considerar as patologias que o idoso possui, como forma de o compreender melhor

através da inclusão das múltiplas dimensões, ajudando-o da melhor forma possível ao integrar as várias áreas que o influenciam (Freitas, Queiroz, & Sousa, 2010). O bem-estar na terceira idade poderá resultar do equilíbrio entre estas dimensões, no entanto este pode suceder mesmo quando existem problemáticas relacionadas, sendo necessário, o equilíbrio multidimensional (Felipe & Zimmermann, 2009).

Caracterização das psicopatologias

Depressão.

A depressão é uma das patologias mais estudadas e tem sido, ao longo do tempo, uma das mais incidentes por todo o mundo pela incapacitação que provoca (Santiago & Holanda, 2013). Outrora este conceito era utilizado para descrever sintomas que correspondessem a um tipo de temperamento e estado emocional específicos em que o indivíduo se sentiria infeliz e desanimado com ele próprio e, por consequência, com o mundo, designando esses estados, nessa mesma época, como melancolia (Porto, 1999).

Atualmente, o termo depressão é empregado para caracterizar uma perturbação de humor, uma síndrome em que a queixa predominante exibida pelo paciente é, de facto, o humor deprimido e por vezes irritável durante a maior parte do dia (Abelha, 2014). Existem variados sintomas que se devem ter em consideração e que poderão fazer parte de um quadro depressivo: alteração na capacidade de atenção e concentração, diminuição do apetite, lentificação das funções psíquicas, perda de interesse, diminuição da capacidade na experimentação do prazer bem como da autoestima e autoconfiança (Santiago & Holanda, 2013).

Segundo Canale e Furlan (2006) é essencial compreender que a tristeza não é sinónimo de depressão, elas são diferentes visto que esta última acaba por ser muito mais profunda “a tristeza não implica desinteresse, enquanto a depressão muitas vezes

implica (…) para compreender a depressão é tão importante saber o que não o é, como o que é" (Lurie, 2007, p. 10 cit. por Pereira, 2010).

Alguns fatores de risco são considerados por Santos (2011) no aparecimento e desenvolvimento da depressão como: história familiar e episódios prévios de depressão, existência de patologias, eventos que provoquem ansiedade e stress e abuso de drogas ou fármacos.

Depressão no idoso.

Frequentemente são apontadas, e designadas como normais, diversas alterações que ocorrem no processo de envelhecimento, incluindo perturbações de sono, desinteresse, perda do gosto pela vida, fadiga, dificuldades em interagir, falta de apetite e dores que parecem ser subestimadas nos idosos devido a considerarem que todos estes aspetos fazem parte do processo de envelhecer (Silva, 2010). Estas manifestações poderão, desta forma, funcionar como uma mascarilha que disfarça a depressão. É realmente nestas idades que a depressão adota formas mais atípicas, podendo ser mais dificultado o seu diagnóstico e o seu tratamento (Martins, 2008).

Numa idade mais avançada, os indivíduos deparam-se com acontecimentos que incluem perdas continuadas que levam ao idoso a experienciar sentimentos de tristeza, saudade e desânimo (Freitas, et al., 2010). A adaptação de cada ser-humano ao seu processo de envelhecer poderá tornar a pessoa mais vulnerável a quadros depressivos, dependendo também da sua fragilidade emocional e da sua reação ao envelhecimento (Martins, 2008). Frequentemente a presença da depressão prejudica a vida dos idosos pelas consequências que derivam da mesma (Matias, Fonseca, Gomes, & Matos, 2016). Segundo Silva (2010), o idoso depara-se com a progressiva diminuição de capacidades que outrora estavam intactas, com dificuldades cognitivas, dificultando o processo de aprender; a perda de *status* social, a solidão, o isolamento e o afastamento do seu grupo

de pares são também aspetos fundamentais que o idoso tem de encarar e aprender a gerir da melhor forma.

Deste modo, idosos deprimidos podem revelar-se insatisfeitos com aquilo que lhes é proporcionado para o seu bem-estar, existindo frequentemente uma mudança nos seus estilos de vida, em particular, quando surge a reforma, ao deixarem de exercer a sua profissão (Soares et al., 2013). Além destes aspetos, ainda se poderão privar da vertente interpessoal como consequência do isolamento que a depressão poderá provocar, diminuindo substancialmente as suas expectativas de vida, igualmente, pelo surgimento ou existência de quadros somáticos (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006).

Ainda assim e de acordo com Chaves (s.d), os idosos que estão institucionalizados parecem estar mais propensos a desenvolver este tipo de patologia por diversas razões: separação do ambiente familiar e habitacional, isolamento individual, social e cultural, sentimentos de abandono e inutilidade, constante dependência, ausência de intimidade e constante tristeza, insegurança, autoestima são alguns dos fatores de risco que contribuem para o agravamento da patologia. De acordo com Bruno, Marques e Silva (2006) quando as pessoas são inseridas em instituições, nomeadamente, em lares perdem a esperança num futuro, assumindo a instituição como a reta final das suas vidas, existindo desta forma uma rotina extrema, na medida, em que todos os dias se tornam iguais.

Na perspetiva de Tavares (2007), os sujeitos institucionalizados conformam-se perante este género de situações e pensamentos até porque convivem frequentemente com outros utentes num processo de "adoecer e morrer" (Tavares, 2007, p. 28). A depressão, nesta faixa etária, sem ser diagnosticada e, por consequência sem ser tratada, provoca um grande sofrimento não só para o idoso que a vivencia mas igualmente para a sua família (Canale & Furlan, 2006). Neste sentido, torna-se necessário, ainda

segundo as autoras, o diagnóstico do tipo de depressão, para ser efetivado o tratamento farmacológico mais adequado, sem excluir a psicoterapia como meio fundamental para a redução dos sintomas bem como para a promoção de bem-estar geral (Canale & Furlan, 2006).

Na visão de Bentes, Pedroso e Maciel (2012), a institucionalização oferece tanto vantagens como desvantagens quando os cuidados são prestados de forma eficaz, proporcionando bem-estar aos indivíduos, a propensão para ocorrência e aparecimento de patologias parece diminuir. Torna-se de extrema importância compreender de modo mais aprofundado as questões que envolvem a institucionalização dos idosos com o intuito de se satisfazerem as necessidades dos mesmos, oferecendo uma melhor qualidade de vida tanto quanto possível. Dever-se-á promover um envelhecimento ativo e saudável, tendo como base a linha de pensamento em que se promove e proporciona uma melhor qualidade de vida (Fonseca, 2004).

Demência.

Atualmente surge uma preocupação cada vez maior no que diz respeito à pessoa idosa e às mudanças que estão inerentes ao envelhecimento do ser-humano (Fonseca, 2004). A saúde dos idosos é igualmente importante e, nestas idades mais avançadas, são mais frequentes os problemas a nível de saúde que afetam e podem comprometer a autonomia dos mesmos (Andrade, s.d.). O envelhecimento natural, também designado de senescência, pode incluir variadas alterações ao nível neurológico que poder-se-ão relacionar com sintomas não só depressivos como demenciais, sendo comum este tipo de manifestações nesta fase de vida (Schlindwein-Zanini, 2009).

A senescência proporciona ao ser-humano a convivência com as suas limitações, possibilitando ao idoso geri-la da melhor forma, enfatizando uma melhor qualidade de vida (Leal, 2008). Assim, para além dos aspetos físicos sofrerem alterações ao longo do

tempo, a senescência acaba por provocar, numa fase mais tardia, uma desorganização mental e complicações no organismo do próprio indivíduo que sofre múltiplas alterações, nomeadamente, nos sistemas urinário, imunológico, cardiovascular e respiratório (Amaral & Vicente, 2000). É fundamental compreender, e agir nesse sentido, que o envelhecimento natural poderá transformar-se em algo patológico, envolvendo deste modo algum sofrimento, por exemplo, com o efeito negativo de doenças que se prolongam no tempo como é o caso da incapacidade progressiva. Este processo que abarca condições patológicas designa-se por senilidade, ou seja, senescência com presença de patologia (Ciosak et al, 2011).

Estas fases de vida mais tardias no ser-humano acarretam diversas mudanças a nível morfológico, psicológico e físico. São ainda salientes, nesta fase, alguns lapsos de memória, estados confusionais, tremores, insónias noturnas com sonolência diurna, falta de equilíbrio e menor velocidade no processamento de informações que afetam a autonomia, bem-estar e qualidade de vida dos idosos (Schlindwein-Zanini, 2009). Ainda assim e de acordo com Lima (2006), existem diversos estudos que indicam que algumas capacidades cognitivas poderão ficar fortalecidas pela compensação que é executada pelo próprio organismo quando as redes neurais se reestruturam e o sistema nervoso central inicia a ativação de múltiplas áreas cerebrais.

Na sequência da senescência patológica podemos encontrar as demências (Santana, Farinha, Freitas, & Carvalho, 2015). A palavra demência foi utilizada pela primeira vez no séc. XVIII para descreverem a deterioração e degradação dos tecidos cerebrais (James, 2009). O termo demência salienta um esgotamento do funcionamento psicológico do indivíduo em que existem diversas falhas no funcionamento mental consideradas como sintomas da própria demência: declínio da memória associada ao défice cognitivo, de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, gnosias,

praxias ou funções executivas) dependendo da intensidade e da frequência com que se apresentam (Carvalho et al., 2014).

Nesta perspetiva e para que haja um diagnóstico de demência, o sujeito necessita de apresentar alteração numa destas funções cognitivas que, de facto, se manifestem com intensidade suficiente afetando as diversas áreas de vida do mesmo (Ramos et al., 2009). Quando existe um conhecimento mais alargado das patologias, o diagnóstico precoce oferece a possibilidade de melhorar as condições de vida do sujeito, aumentando a sua qualidade de vida (Schlindwein-Zanini, 2009). Ramos e colegas (2009) sugerem que os quadros demenciais se originam décadas antes de se manifestarem numa idade mais tardia. Neste sentido pode ser realizado um diagnóstico precoce, recorrendo se assim for necessário a instrumentos que auxiliem na avaliação, tendo em conta a história clínica do próprio indivíduo. Assim, para que seja realizado o diagnóstico diferencial de demência, o indivíduo terá que manifestar uma deterioração, comprometimento e declínio cognitivo em relação à sua condição prévia (Neto, Tamelini & Forlenza, 2005).

É necessário realçar a tendência que, por vezes, os idosos têm em relembrar experiências da sua juventude e adultez em detrimento de experiências prévias, podendo ser parcialmente explicada pelo fato do sistema límbico ser um dos sistemas mais afetados pelo envelhecimento, fazendo com que as memórias a curto e médio prazo fiquem, de semelhante modo, afetadas. Existe frequentemente uma preferência para conversarem acerca de diversas vivências, sobre a infância e adolescência, períodos onde se sentiram felizes e seguros (Schlindwein-Zanini, 2009).

Poderão existir outras fragilidades e problemáticas a afetar a síndrome demencial, coexistindo com ela. Para além dos sintomas manifestados pelo indivíduo com demência, desequilíbrios comportamentais e emocionais deverão ser balanceados e

tidos em conta quando observados concomitantemente com sintomas demenciais: alterações de humor, alucinações, apatia, ansiedade, delírios, agressividade verbal e não-verbal, alterações no apetite e desinibição, deverão ser aspetos a ser considerados aquando a sua observação, atuando assim que possível nas necessidades que se fazem sentir (Caramelli & Barbosa, 2002).

Santana e colegas (2015) aludem que estudos mais recentes sugerem que a demência em países mais desenvolvidos estagnou ou reduziu por meio de melhores hábitos e estilos de vida mais saudáveis, associados à redução de doenças vasculares. Ainda assim, torna-se imprescindível proporcionar melhor cuidados às pessoas com demência, estando atentos aos sinais e sintomas que vão sendo manifestados até porque a "deficiência criada pela demência não tem de ser um inferno (…) é realmente possível criar bem-estar para o resto da vida se usar o seu método para lidar com a doença" (James, 2009, p. 11).

Demência e depressão em idosos: uma díade a considerar.

Tanto a depressão como a demência constituem duas das patologias mais comuns nos idosos (Schlindwein-Zanini, 2009). A relação destas patologias levanta questões que deverão ser tanto quanto possível esclarecidas. Por um lado é possível considerar que a demência pode elevar o risco ou desencadear a depressão, quer seja por alterações orgânicas ou mesmo pela atitude com que o indivíduo encara e gere a sua doença e as suas condicionantes. Por outro lado poder-se-á considerar que a existência de depressão poderá aumentar o risco do desenvolvimento de um quadro demencial, surgindo inicialmente como um alerta da degradação do funcionamento cognitivo e intelectual (Steibel & Almeida, 2010).

Num estudo realizado por Saczynski e colegas (2010), concluiu-se que os participantes com depressão apresentavam quase o dobro do risco de desenvolver

demência. Este estudo foi efetuado com uma amostra de 949 participantes, com uma idade média de 79 anos, seguidos durante dezassete anos. Ainda, e em variados estudos como os de Barnes e colegas (2012) e Vilalta-Franch e colegas (2013), é apontado que a depressão, especialmente com início tardio, constitui-se como um dos fatores de risco para o desenvolvimento de demência.

Neste sentido dever-se-á ter em atenção a existência ou a possibilidade do indivíduo com demência desenvolver um quadro depressivo, pelo impacto significativo causado no seu bem-estar bem como pela eventualidade de agravar o quadro demencial já estabelecido (Ramos, 2014). O autor questiona ainda se ambas as patologias serão realmente diferentes ou se o quadro depressivo poderá ser indicador de um alerta precoce de défice mnésico e consequente demência. Com um maior controlo através dos cuidados de saúde primários, das formações aos clínicos e na avaliação e tratamento de pessoas com casos demenciais poder-se-á, cada vez mais, detetar precocemente este género de patologias no ser-humano no intuito de se acompanhar, terapeuticamente, o indivíduo como os seus familiares da melhor forma possível (Ramos, 2014).

Nesta perspetiva é necessária a administração de fármacos específicos para cada problemática, fundamentais no controlo dos sintomas provocados pela doença, bem como várias intervenções que sejam eficazes e possibilitem uma melhor qualidade de vida ao indivíduo, envolvendo os familiares de um modo sistémico. A intervenção psicológica propõe agir no sentido da plasticidade cerebral, incentivando o convívio e a realização de atividades e tarefas que proporcionam o bem-estar e prazer, estimulando as capacidades e potencialidades da pessoa. Reeducar o indivíduo fragilizado a diversos níveis para que alcance a alegria, tranquilidade e satisfação de viver, julga-se relevante também como modo de atenuar algumas das condicionantes que a doença possa ter provocado e/ou continue a provocar (Lima, 2006).

Caso das parafilias

Devido à especificidade da presente psicopatologia e no sentido de promover uma leitura clara e compreensível de todo enquadramento teórico, pretendeu-se colocar a temática específica, que visa as perturbações sexuais, no final do mesmo visto que, no seguinte capítulo, apresentar-se-ão psicopatologias bastante diferentes. Nesta ótica, e ao considerar esta particularidade, abordar-se-á a temática das parafilias.

Bergeret (2000) considera que um indivíduo dito "normal" pode em qualquer momento da sua vida entrar num sofrimento excessivo, emergindo deste modo a patologia mental. Numa outra perspetiva e de acordo com a literatura de Jung, a patologia surge quando a adaptação da própria pessoa em relação ao meio, cessa. Por outro lado, Diatkine aborda o adulto como um indivíduo que não possui uma estrutura "normal" na medida em que situações desconhecidas poderão colocar o indivíduo em desequilíbrio psíquico ou, pelo menos, afetar de algum modo o equilíbrio psíquico do mesmo (Bergeret, 2000).

Com o passar dos anos, assistem-se a grandes mudanças na sociedade e estas ocorrem de igual forma na conceção daquilo que é um comportamento sexual aceitável para a sociedade, variando de acordo com algumas culturas (Gomes & Sant'ana, 2013). Definir e distinguir concretamente o que é uma conduta sexual adaptada e adequada e uma conduta sexual caracterizada como desviante, torna-se uma tarefa complexa aquando o estudo de parafilias. O termo parafilia deriva do grego em que a sílaba *para* significa desvio ou para além de e *filia* tem como significado atração (Colombino, 1999).

A existência de indivíduos com parafilias não é estanque a um tipo de contexto que seja linear e fixo, pelo contrário (Bernstein, Clarcke-Stewart, Penner, & Roy, 2014). Estas fantasias que geram prazer e comportamentos associados à fuga de um

desconforto interno, podem ocorrer em qualquer etnia, qualquer contexto sociodemográfico, não tendo que ver necessariamente com níveis de inteligência nem com a orientação sexual do sujeito (Goodman, 1993 cit. por Briken, Habermann, Berner & Hill, 2007).

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (2014) situa as várias parafilias: exibicionismo, voyeurismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, masochismo sexual, sadismo sexual, fetichismo transvertido e parafilia sem outra especificação, nas perturbações parafílicas (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM-V], 2014). A quinta edição do DSM vem realçar a distinção entre comportamentos atípicos e comportamentos derivados de uma patologia, sendo esta última uma conduta que implica sofrimento, angústia, mal-estar e ameaça física para si ou para os outros, ressalvando ainda que a existência de comportamentos sexuais atípicos, não justificam imperiosamente uma intervenção clínica pela possibilidade de não existir patologia mental (DSM-V, 2014).

Para a realização do diagnóstico de uma perturbação parafílica, o indivíduo deverá apresentar e manifestar, há pelo menos seis meses, angústia pessoal acerca da sua conduta sexual, existindo um mal-estar clinicamente significativo ou dificuldades no funcionamento social, ocupacional ou noutras esferas importantes (DSM-V, 2014).

Contudo torna-se fundamental realçar que pessoas com este tipo de patologia habitualmente não procuram tratamento, pela combinação e associação de prazer e conforto que surge através das fantasias e consequentes comportamentos, bem como pelo estigma interpretado pela própria sociedade aquando a discussão deste tipo de perturbações (Muse & Frigola, 2003). Em contrapartida, existem pessoas com parafilias que procuram voluntariamente ajuda, conversando mais abertamente sobre a problemática, o que contribui para a sua motivação e responsabilidade no tratamento,

porém negam a extensão e o significado da sua conduta frequentemente, escondendo informações relevantes, tendo como repercussão a pobre eficácia do tratamento (Seligman & Hardenburg, 2000).

Na literatura de Sigmund Freud é revelado que todos os seres humanos transgridem o limiar daquilo que é considerado como "normal". De acordo com o médico neurologista, a perversão está relacionada com a sexualidade na medida em que as práticas sexuais ultrapassam a relação coital através de objetos considerados como desviantes (Freud, 1905 cit. por Silva, 2011). As perversões acabam então por ser o resultado do desenvolvimento da pulsão sexual nas zonas erógenas que não as genitais, existindo meios atípicos para a obtenção de prazer sexual. O termo perversão cessou em 1987 na área de saber da psiquiatria, substituindo-o pelo conceito de parafilia (Muribeca, 2009).

O conceito de parafilia tem sido constantemente discutido. Todavia a ideia geral que é necessária ser transmitida, é que o presente termo pressupõe a existência de condutas sexuais intensas e persistentes, fantasias e impulsos (Lehne & Money, 2000). As parafilias são geralmente associadas a fantasias e a comportamentos sexuais considerados desviantes que poderão ter início na infância ou na primeira fase da adolescência, ainda assim tornam-se mais frequentes e refinadas até à entrada da vida adulta (Muse & Frigola, 2003). Segundo Muribeca (2009) com o início da idade adulta, este tipo de comportamentos e interesses tornam-se cada vez mais diminutos.

Seligman e Hardenburg (2000) referem que estas perturbações caracterizam-se por serem crónicas, não existindo total eficácia nos tratamentos realizados, o que faz com que as mesmas persistam ao longo da vida. As parafilias detêm uma alta taxa de reincidência e, por isso, a conciliação entre um tratamento mais longo, a existência de prevenção de recaída e a monitorização são passos fundamentais a realçar (Masuda,

Ishitobi, Tanaka, & Akiyoshi, 2014). A intervenção e o tratamento tornam-se mais complicados quando estão ainda presentes perturbações mentais, quando existe um início precoce da problemática, quando a ausência de remorsos pela sua conduta persiste e quando a frequência de condutas parafílicas é elevada.

O prognóstico parece melhor quando a intervenção é realizada precocemente, quando existe uma motivação intrínseca por parte do sujeito em querer mudar e quando a existência de experiências sexuais é ajustada. É ainda realçado pelos autores que as parafilias poderão modificar-se, escalando na sua frequência e severidade como até passarem de uma parafilia para outra (Masuda et al., 2014).

De acordo com o DSM-V (2014), parafilia é um conceito que se caracteriza por qualquer interesse sexual intenso e persistente, não sendo aqui considerados os comportamentos dirigidos para a estimulação genital ou para carícias preliminares com pares humanos que consintam e apresentem fenótipo normal e maturidade física. Indivíduos com parafilias manifestam tipicamente dificuldades relativamente ao controlo de impulsos, experimentando geralmente alguma tensão antes de iniciarem qualquer comportamento parafílico (DSM-V, 2014).

Nesta perspetiva, existe um ciclo que inclui, primeiramente, a acumulação de tensão, a libertação da tensão correspondente ao alívio e consequentemente, o arrependimento (Scharfetter, 1988). Por sua vez, existem outros sujeitos com comportamentos parafílicos que planeiam cautelosamente os seus atos, detendo mais controlo sobre os seus impulsos. Este tipo de pessoas desenvolve, por vezes, alguma tolerância e/ou até uma necessidade de elevar a frequência ou mesmo a intensidade dos seus comportamentos (Seligman & Hardenburg, 2000).

Através das fantasias e dos comportamentos, estes indivíduos conseguem recrear sensações e sentimentos associados às experiências sexuais da sua infância e

adolescência (Muse & Frigola, 2003). Estas pessoas desejam intimidade e proximidade, receando frequentemente a rejeição e abandono e, para que tal não suceda, parecem utilizar como recurso este tipo de condutas. A capacidade empática fica seriamente comprometida em pessoas com este tipo de perturbações e geralmente utilizam como mecanismos de defesa a negação, a projeção, a racionalização entre outros mais, sendo comum as distorções cognitivas (Hoffman & Horowitz, 1991).

Compreender o contexto familiar, cultural e experiencial de pessoas com parafilias pode facilitar tanto aos terapeutas como aos pacientes à compreensão da origem e das dinâmicas subjacentes à patologia (Coskun & Ozturk, 2013). Geralmente estes indivíduos crescem e desenvolvem-se em ambientes pouco funcionais e estruturais em que geralmente o pai é percecionado como emocionalmente distante, indiferente e pouco envolvido no contexto e na vida da própria família, por outro lado, a mãe aparece como uma figura intrusiva, pouco afetiva e exigente (Seligman & Hardenburg, 2000). Para além desta visão, os autores, Hoffman e Horowitz (1991) sugerem que pacientes com esta perturbação têm passados complexos que poderão envolver múltiplas hospitalizações, tentativas de suicídio, histórias que envolvem marginalidade e descompensação aquando o término do tratamento.

Este género de dinâmicas provoca nestes indivíduos uma pobre aquisição de competências sociais, sentimentos de rejeição e discriminação, medos, distorções cognitivas em termos da intimidade sexual, vulnerabilidade e baixa autoestima (Perry & Orchard, 1992; Lehne & Money, 2000). Na literatura destaca-se com grande frequência, que estes indivíduos sofreram, em tempos, violência maioritariamente física comparativamente à violência sexual. Goodman (1993) citado por Briken, Habermann, Berner e Hill (2007) defende que existe uma propensão para a cormobilidade em pessoas com parafilias associada ao controlo dos impulsos, à perturbação obsessivo-

compulsiva, perturbações de humor e de ansiedade. Em adolescentes com parafilias é identificado comumente comportamentos antissociais, nas mulheres realçam-se dificuldades ao nível do humor, excitação e promiscuidade (Perry & Orchard, 1992).

Seligman e Hardenburg (2000) referem que a intervenção em determinadas áreas que estejam deficitárias possa beneficiar e reduzir o impacto da perturbação na vida diária do sujeito. Repetidamente estes indivíduos utilizam a sua energia sexual em diferentes recursos como: masturbação, pornografia, prostitutas, computador, conversas sexuais pelo telefone entre outras mais. Ainda assim é possível especificar as parafilias de acordo com interesses sexuais preferenciais que envolvem, por um lado, atividades eróticas (amarrar, chicotear, cortar, espancar entre outras) e por outro a própria utilização dos alvos eróticos (roupa íntima feminina, calçados femininos ou masculinos, artigos de borracha, fraldas entre outros mais) (DSM-V, 2014).

O fetichismo constitui-se como uma das múltiplas parafilias. Em particular, o fetichismo define-se, numa perspetiva psicopatológica, como uma forma de expressão que o indivíduo dispõe e encontra, como modo de manifestar a sua atração sexual por uma zona específica do corpo ou por algum objeto associado à mesma (Scharfetter, 1988). Por outro lado, pode caracterizar-se como sendo uma atribuição de significados mais eróticos a objetos e roupas que *per si* não compreendem esse mesmo significado, o indivíduo parece utilizar objetos inanimados para satisfazer alguma necessidade. De acordo com Santos (2007) indivíduos com esta problemática acabam por permanecer focados e até "enfeitiçados" pelos objetos a que recorrem como forma de se satisfazerem, justificado pelo medo sentido dos órgãos genitais de possíveis parceiros sexuais, eliminando-os e substituindo-os por objetos.

Geralmente indivíduos com esta perturbação, masturbam-se enquanto estão com o objeto perto de si, podendo segurá-lo, cheirá-lo ou até esfregando o objeto em si

próprios (Muribeca, 2009). É também frequente, quando estes indivíduos detêm relações amorosas, que peçam ao seu par para agirem de forma semelhante, o que poderá ser causa de discórdia, inclusivamente é possível o término da relação quando esta problemática afeta significativamente o dia-a-dia de ambos (Lehne & Money, 2000). Lipscomb (2014) realça que na literatura mais antiga, os fetiches eram considerados crónicos e o seu tratamento era dito como sendo improvável.

Num estudo conduzido por Speaker (1980) chegou-se à conclusão que tanto os fetiches como os comportamentos mais infantis por parte de adultos, designados por vezes de infantilismo ou *Adult Baby Syndrome*, funciona como um género de mecanismo de *coping.* Parece que sujeitos com estas características alternam entre dois mundos de funcionamento na medida em que existe uma alternância entre a própria vida adulta, que inclui a gestão da sua profissão, a família, as relações entre outras mais, e a vida infantil onde a utilização de objetos como fraldas e outros objetos infantis estão presentes (Muse & Frigola, 2003). Estes comportamentos mais infantilizados não são constantes durante o dia pois geralmente estes sujeitos procuram encontrar um sítio mais seguro e apropriado, tentando esconder-se para que não seja descoberto (Caldwell, 2008).

Na literatura de Freud defende-se que o fetiche age como uma substituição do pénis da mulher, isto é, o pénis outrora da mãe (Freud, 1927 cit. por Muribeca, 2009). No entanto, há que destacar que o fetiche não funciona como um substituto do pénis, mas sim da ausência do mesmo. Na teoria do psicanalista, a criança tende a renegar o conhecimento de que a sua mãe não tem pénis, provocando um tipo de angústia, já que a criança perceciona, tendo em conta essa ausência na mãe, que o seu próprio pénis possa estar em perigo e sob ameaça. O fetiche sobrepõe-se como um fator de proteção à castração a que poderia ser submetido (Freud, 1927 cit. por Muribeca, 2009).

Através deste tipo de processos inconscientes, o fetichista utiliza uma recusa contínua por meio de atividades, tarefas e objetos destinados a cumprirem a sua função por intermédio do significado fornecido (Caldwell, 2008). Segundo a teoria psicanalítica de Freud, o indivíduo obterá um maior prazer sexual aquando a utilização do substituto, isto é, perante o ato sexual o sujeito poderá experimentar sensações de angústia e desconforto, fazendo-o revivenciar de modo inconsciente o receio da castração, neste momento o indivíduo sente a necessidade primordial de ir ao encontro do seu objeto preferencial, utilizando-o (Santos, 2007).

Em termos farmacológicos existem alguns antidepressivos que evidenciam algumas melhorias ao nível da redução da frequência e grau de severidade das fantasias e desejos parafílicos, tais como a fluoxetina, sertralina, fluovoxamina e ainda a hormona antidrogénica (MPA) é considerada no tratamento da perturbação das parafilias associada à distribuição da testosterona. Assim com uma quantidade diminuta de testosterona a possibilidade de redução das fantasiais e condutas associadas às parafilias, seria maior (Lehne & Money, 2000).

Masuda, Ishitobi, Tanaka e Akiyoshi (2014) apontam para uma possível relação entre o fetichismo e a função cerebral, visto que a diminuição da função do lobo temporal poderá estar associado, de alguma forma, com os comportamentos fetichistas. A possibilidade de existir esta relação entre a hipersexualidade e a função do lobo temporal foi de certa forma testada aquando o tratamento de um paciente, com sucesso, através da carbamazepina. Estes autores alertam ainda para a existência de uma síndrome, designada como síndrome de Klüver-Bucy, que tem como características principais a diminuição da função do lobo temporal e ainda a alteração do comportamento sexual.

Objetivos do estágio

O presente estágio curricular integra-se no 2º ano do mestrado em psicologia clínica, proporcionando ao futuro psicólogo clínico desenvolver conhecimentos tanto teóricos como práticos, visando ainda a capacidade de desenvolver múltiplas competências que integram o trabalho de um psicólogo clínico. Toda esta aprendizagem, instrução e desenvolvimento é possível através de processos dinâmicos que incluem objetivos delineados, entre os meses de outubro de 2015 e junho de 2016, pela supervisão direta de uma orientadora de estágio, compreendendo:

- Realização de entrevistas psicológicas, acompanhamento psicológico, avaliações e sessões de psicoterapia de apoio;
- Explorar metodologias e técnicas de resposta no acompanhamento de crianças, adolescentes, adultos e idosos;
- Planeamento e implementação de técnicas de relaxamento;
- Acompanhamento psicológico em contexto *snoezelen*;
- Acompanhamento psicológico aos utentes institucionalizados e centro de dia, utentes externos e crianças do CATL.

Método

No desenvolver do presente capítulo serão referidos e caracterizados alguns dos participantes, os procedimentos adotados e alguns dos instrumentos utilizados durante todo este processo. O atual capítulo tem ainda como objetivo, especificar sobre qual população, todo o trabalho desenvolvido no estágio, incidiu.

Participantes

De acordo com os diferentes contextos de trabalho que estiveram envolvidos no presente estágio, a população com quem se realizou a avaliação e intervenção psicológica abrangeu pacientes de sexo masculino e feminino com idades compreendidas entre os cinco anos e os 92 anos. Em situação de acompanhamento individual e, no intuito de dar a conhecer os pacientes será, apresentada na tabela abaixo exposta (Tabela 1), uma breve caracterização dos mesmos. Os nomes reais dos participantes serão protegidos e substituídos através de nomes fictícios no sentido de resguardar a identidade e privacidade dos mesmos.

Tabela 1

Caracterização da população clínica em acompanhamento individual

Nome fictício	Idade	Motivo do pedido	Local de atendimento	Avaliação psicológica	Nº de sessões	Observações
Catarina	92	Dificuldades cognitivas; Preservação das capacidades mentais complexas	Sala s*noezelen*	Entrevista clínica; Mini-Mental; GDS; Teste do relógio;	10	Alta
Paulo	25	Dificuldades emocionais	Gabinete psicologia	Entrevista clínica; LSAS; TAS-20; Mini-mult;	15	A continuar o apoio psicológico
Daniela	9	Separação dos pais;	Gabinete psicologia – Lar Chagas	Entrevista clínica; Desenho da Família; Jogo das emoções;	9	Alta
Filipe	20	Dificuldades relacionadas com o jogo *online* e dificuldades emocionais	Gabinete psicologia	Entrevista clínica; NEO-FFI-20	11	A continuar o apoio psicológico
Flávio	16	Encaminhado pela CPCJ por abuso sexual	Gabinete psicologia	Entrevista clínica; Desenho da Família; ECAS; WISC-III.	11	A continuar o apoio psicológico
Gabriel	15	Dificuldades comportamentais e emocionais	Gabinete psicologia	Entrevista clínica; SCL-90-R; BDI;	8	Término de consulta por mudança residencial
Hélder	5	Dificuldades emocionais e na relação com a madrasta	Gabinete psicologia Sala *snoezelen*	Entrevista clínica; Desenho da Família; Jogo das emoções; Jogo dos medos "Coragem"	13	A continuar o apoio psicológico
Marta	13	Separação dos pais; Dificuldades comportamentais	Gabinete psicologia; Sala *snoezelen*	Entrevista clínica; CMAS-R;	4	*Dropout*
Rafaela	11	Separação dos pais e dificuldades comportamentais	Gabinete psicologia Sala *snoezelen*	Entrevista clínica; Jogo dos medos "Coragem"; CMAS-R; Jogo das emoções	6	Alta
Raúl	75	Processo de luto	Gabinete psicologia; Sala s*noezelen*	Entrevista clínica; Inventário de luto prolongado; BDI;	10	A continuar o apoio psicológico
Rita	15	Comportamentos obsessivo-compulsivos	Gabinete psicologia; Sala s*noezelen*	Entrevista clínica; SCL-90-R; CMAS-R	12	A continuar o apoio psicológico
Rodrigo	10	Dificuldades emocionais relacionadas com medos	Gabinete psicologia	Entrevista clínica; CMAS-R; Jogo dos medos "Coragem";	4	Alta
Yuri	14	Processo de luto	Gabinete psicologia	Entrevista clínica	4	*Dropout*

Foram ainda realizados acompanhamentos psicológicos a diversos utentes de ambas as estruturas residenciais que apresentavam mais comumente patologias graves e letais, ideação suicida, quadros depressivos, demenciais, intervindo ainda na gestão de processos de luto. Embora nem todos os utentes tenham usufruído de acompanhamento psicológico, alude-se que o reforço positivo e o apoio psicológico no momento presente foram constantes ao longo do estágio. Ainda assim, destaca-se que está implícita a realização dos vários acompanhamentos psicológicos na função de um psicólogo clínico em contexto comunitário.

Procedimentos

Numa primeira fase, procedeu-se à observação e à integração nas instalações da SCMS bem como a sucessiva apresentação dos vários serviços e técnicos. Foi proposto pela orientadora de estágio que se realizasse algumas pesquisas sobre avaliação psicológica que contemplasse testes e escalas psicológicas que pudessem ser, quando aplicadas, uma mais-valia para o contexto institucional. Mais tarde, procedeu-se à delimitação dos objetivos gerais e específicos a serem cumpridos com o intuito de conhecer na prática o trabalho desempenhado pelo psicólogo tanto em contexto comunitário como em contexto clínico.

Pretendia-se, através da aquisição de múltiplos conhecimentos, do desenvolvimento de capacidades para a utilização de instrumentos teóricos e metodológicos adequados à abordagem de problemas concretos como ainda de um contacto direto com as práticas profissionais e formas de intervenção ligadas às competências desenvolvidas ao longo do curso, futuramente desempenhar funções enquanto psicóloga clínica.

Num segundo momento e posteriormente à observação efetuada no mês de outubro de 2015 procederam-se, nos dois meses seguintes, à intervenção com

supervisão junto da comunidade e dos utentes de ambas as estruturas residenciais, bem como das atividades realizadas no CATL.

Todos os utentes e pacientes atendidos tiveram conhecimento prévio de que a intervenção estaria a ser realizada por uma estagiária de psicologia clínica. Durante este período, foram realizados, semanalmente, acompanhamentos psicológicos com supervisão, tanto nos lares como no gabinete de psicologia, em Santana, com uma duração de 50 minutos, bem como vários tipos de relaxamento, com música, junto das crianças que frequentavam o CATL. Para este efeito, dividiram-se dois grupos do CATL, o primeiro grupo era constituído por crianças do 1º e 2º anos e o segundo era formado por crianças que frequentavam o 3º, 4º e 5º anos.

O dia da semana estipulado para efetuar o relaxamento ao primeiro grupo foi a quinta-feira, das 14H15 às 14H45, com uma duração de 30 minutos sensivelmente, uma durabilidade inferior ao segundo grupo tendo em conta as idades das crianças. Ao segundo grupo era proporcionado um relaxamento com uma duração maior, com cerca de 50 minutos, sendo o dia estipulado a sexta-feira, das 10H00 às 11H00 de forma a conciliar com outras atividades desenvolvidas no CATL. É necessário destacar que, devido ao fluxo de pacientes a surgir em Santana, a partir do mês de fevereiro, teve que ser suprimida esta atividade de relaxamento junto das crianças do CATL.

No início do presente ano, colocou-se em prática o terceiro momento do estágio académico, correspondendo à intervenção individual sem supervisão, dando continuidade aos casos clínicos seguidos anteriormente, tanto em contexto institucional como clínico. Foi ainda elaborado um programa de estimulação cognitiva (PEC) para os utentes residentes no Lar Senhor Jesus das Chagas e no Lar Santiago. Cada atividade incluída no PEC foi adaptada ao grupo selecionado consoante as necessidades observadas bem como o funcionamento cognitivo apresentado pelos mesmos. Não foi

possível realizar as atividades constituintes do PEC semanalmente por motivos de sobreposição a outras tarefas desenvolvidas por outros serviços da SCMS. Neste sentido as atividades foram concretizadas com uma periodicidade quinzenal.

No mês de abril e recorrendo ao contexto e a técnicas *snoezelen,* iniciou-se o acompanhamento psicológico a vários pacientes externos à SCMS, a utentes institucionalizados e ainda em centro de dia da mesma instituição, sempre que se julgasse importante e benéfica a frequência de utentes e pacientes no Espaço Sentido. Para a realização de acompanhamentos psicológicos neste contexto foram consideradas as problemáticas apresentadas, como forma de proporcionar bem-estar, sensações de tranquilidade e segurança e, igualmente, promover o equilíbrio psicológico e emocional.

As reuniões de supervisão ocorreram ao longo do estágio, não existindo um dia específico para a realização das mesmas. Esta prática tornou-se fundamental não só pela partilha de conhecimentos teóricos e práticos como ainda pela reflexão em termos interventivos, fornecendo perspetivas diferentes acerca dos casos clínicos, visando ainda determinadas estratégias e técnicas que podiam ser empregues aquando as diversas intervenções.

Na SCMS, o estágio pôde ser realizado de segunda à sexta-feira, das 10H00 às 15H00, horário definido inicialmente. O horário estipulado foi ultrapassado largamente pouco depois, não só pelos novos casos clínicos que surgiam no gabinete de psicologia em Santana bem como pelas atividades que seriam desenvolvidas.

Outras atividades desenvolvidas

Durante o estágio foi possível a participação em diversos eventos, inaugurações, conferências, *workshops*, congressos entre outros mais. No entanto e com o intuito de facilitar a leitura e de fornecer uma melhor compreensão acerca do processo de estágio, as várias atividades desenvolvidas poderão ser consultadas em anexo (Anexo J).

Instrumentos

Para uma melhor compreensão do funcionamento psicológico e emocional dos pacientes, recorreu-se a variadas técnicas e instrumentos psicológicos, utilizados em contexto clínico, que se mostraram essenciais no auxílio da recolha de dados sobre cada um dos pacientes. No intuito de se compreender de forma mais aprofundada o paciente apelou-se à constante utilização da entrevista e observação psicológica como ainda da avaliação psicológica. Múltiplos instrumentos como o Exame do Estado Mental - *Mini Mental State Examination*, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), Teste do Relógio, Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), Escala de Liebowitz para a Ansiedade Social (LSAS) e Mini-Mult possibilitaram uma melhor intervenção pela informação que era possível recolher através deste tipo de instrumentos mais específicos.

Observação e entrevista clínica.

As técnicas de observação direta são, para o psicólogo clínico, fundamentais para o registo e para a alteração do comportamento a modificar (Britto et al., 2003), sendo ainda considerada um método de recolha na psicologia clínica (Pedinielli, 1999). Nesta visão, a observação direta tem como base o registo pormenorizado dos detalhes verbais e não-verbais exibidos pelo paciente para classificar relações, como por exemplo a relação entre terapeuta e paciente (Britto et al., 2003). A entrevista constitui-se como uma ferramenta que permite ao psicólogo aceder a conteúdos diversos e mais profundos da vida do sujeito (Araújo & Shinohara, 2002).

Contexto e técnicas de *snoezelen*.

As técnicas de *snoezelen* são constituintes de uma terapia não diretiva, numa abordagem descrita como sensível, que possibilita experiências sensoriais únicas de acordo com o foco que é fornecido ao sujeito (Théroux, 2010). O ambiente de uma sala *snoezelen* é seguro e não ameaçador na medida em que se caracteriza por um ambiente

que oferece de maneira geral bem-estar e tranquilidade, permitindo a descoberta como forma de utilizar a criatividade sem apelar necessariamente à razão intelectual (Hotz et al., 2006).

Através da estimulação sensorial, neste ambiente proporcionado, é possível limitar e reduzir o desconforto físico e medo do desconhecido, aliviando também a agressividade e a dor enquanto o indivíduo explora a própria sala, tornando-se igualmente participante nessa descoberta e na interação com o outro (Martins, 2011). Os sujeitos poderão experienciar o autocontrolo, a exploração da própria sala, promovendo a sua autonomia e contribuindo desta forma para o crescimento pessoal. Assim, a partir de um treino comportamental, emocional, comunicacional e de uma restruturação cognitiva é possível promover respostas adaptativas. O ambiente *snoezelen* poderá ser visto como um "precioso complemento à terapia tradicional" (Martins, 2011, p. 70).

Testes psicológicos.

Para além das técnicas subjacentes à entrevista clínica, à observação e ao exame do estado mental, o psicólogo sente, por vezes, a necessidade de fazer uso de testes psicológicos para obter um maior conhecimento acerca dos indivíduos com o intuito de confirmar as suas hipóteses diagnósticas (Araújo & Shinohara, 2002). O recurso que o psicólogo clínico faz ao utilizar estes instrumentos tem que ver concretamente com o objetivo dos mesmos, isto é, permitem revelar o que as entrevistas por vezes não revelam, por si só, com tamanha precisão ao fornecer resultados válidos e mais objetivos (Pedinielli, 1999). Apresentar-se-ão, de seguida, os vários instrumentos utilizados para este efeito.

Mini Mental State Examination.

Este instrumento foi desenvolvido e validado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) e aferido para a população portuguesa por Guerreiro, Silva e Botelho (1994). É um dos testes mais utilizados para avaliar as funções cognitivas e para fazer o rastreio de quadros. Os cinco domínios que constituem o teste permitem fazer uma breve avaliação das seguintes funções cognitivas: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e linguagem. A pontuação total da escala varia entre 0 e 30 pontos, quanto mais elevada for a pontuação, menor a deterioração cognitiva do paciente. A consistência revela-se adequada, com um alfa de *cronbach* de 0,71 (Folstein, Folstein, & Mchugh, 1975).

***Escala de Depressão Geriátrica* (GDS-30).**

A Escala de Depressão Geriátrica é uma adaptação da *Geriatric Depression Scale*, desenvolvida por Yesavage e colegas (1983), aferida para o contexto português por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003) tendo como principal objetivo avaliar o estado depressivo da pessoa idosa. A escala de autopreenchimento é composta por 30 itens e oferece duas alternativas de resposta, entre "sim" ou "não", considerando a forma como o idoso se tem sentido durante a última semana (Veríssimo, 1988). Se existir alguma dificuldade e o paciente não conseguir responder de forma independente às várias questões, poderá proceder-se à leitura das mesmas (Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2003).

Os resultados podem oscilar entre os zero e 30 pontos através da soma da pontuação fornecida em todos os itens. Quanto mais elevada for a pontuação obtida, maior é o grau de depressão. A presente escala revela uma excelente consistência interna, com um alfa de *cronbach* de 0,94 bem como uma excelente confiabilidade de 0,94. Os autores consideram a seguinte classificação tendo em conta a pontuação obtida

na escala: entre 0 e 10 pontos classifica-se como ausência de depressão; entre 11 e 20 pontos considera-se a presença de depressão ligeira e, por último, entre 21 e 30 pontos é considerada a existência de depressão grave (Barreto et al., 2003).

Teste do Relógio.

O Teste do Relógio (TR) é utilizado frequentemente como um instrumento de avaliação neurológica, psiquiátrica e psicológica. Este teste avalia de forma rápida as funções cognitivas e por esse motivo é um dos mais utilizados no rastreio de demências. Quando é solicitado ao paciente a realização do teste, existe um apelar de diferentes tipos de memória (Peres & Pinto, 2008).

Edith Kaplan sugere a representação de um relógio com as horas "11horas e 10minutos" marcados, solicitando deste modo que cada ponteiro se posicione numa metade diferente. A marcação das horas através da representação dos ponteiros parece ser mais sensível à disfunção neurocognitiva (Freedman et al., 1994).

De acordo com a classificação de Shulman, a interpretação do teste é realizada consoante o desempenho do sujeito: 0 pontos quando existe uma inabilidade absoluta para representar um relógio; 1 ponto se o desenho for representativo de um relógio, considerando uma grave desorganização visuo-espacial; 2 pontos quando existe uma desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação da hora incorreta, confusão esquerda-direita, números repetidos ou ausentes, sem ponteiros ou com ponteiros em excesso; 3 pontos quando existe uma distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora; 4 pontos para pequenos erros espaciais com os dígitos e horas corretos e, por último, 5 pontos quando a representação está sem erros.

***Escala de Alexitimia de Toronto* (TAS-20).**

A escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) é definida como um construto de personalidade mutifatorial que poderá ser aplicada tanto à população médica como

psiquiátrica. É uma escala autoaplicável, constituída por vinte itens, com a finalidade de avaliar o grau de alexitimia dos indivíduos. Foi desenvolvida originalmente por Bagby, Parker e Taylor em 1994, sendo mais tarde adaptada para a população portuguesa por Prazeres, Parker e Taylor (2000). Na presente escala, as respostas são dadas através de uma escala ordinal de concordância, tipo *likert*, com cinco posições, oscilando entre o (1) discordo totalmente e o (5) concordo totalmente (Prazeres, Parker, & Taylor, 2000).

Para se obter um valor global, procede-se à soma de todos os itens de acordo com os valores atribuídos aos mesmos, existindo alguns com cotação inversa (itens 4, 5, 10, 18, 19). O valor de consistência interna, da versão portuguesa da escala, parece adequado já que o alfa tem um valor de 0,79 e uma fiabilidade, entre teste-reteste, considerada excelente A pontuação da escala varia entre os 0 e 100 pontos, desta forma os sujeitos podem ser classificados: com pontuação superior ou igual a 61 o sujeito é considerado alexitímico, entre 51 e 61, é considerado um grau intermédio de alexitímia e uma pontuação menor ou igual a 51 o individuo é considerado não alexitímico (Prazeres et al., 2000).

***Escala de Liebowitz para a Ansiedade Social* (LSAS).**

A Escala de Liebowitz para a Ansiedade Social foi a primeira escala de avaliação clínica desenvolvida para a perturbação de ansiedade social por Michel Liebowitz de forma a avaliar as dificuldades de interação social, considerando o medo e o evitamento do sujeito perante múltiplas situações. A LSAS foi primeiramente concebida como uma escala de heteroavaliação, todavia em estudos posteriores realizados, concluiu-se que este instrumento poderia ser empregue como uma versão autoaplicada, visto que as qualidades psicométricas se revelavam satisfatórias quando comparadas com a versão hétero aplicada, que apresentava uma excelente consistência interna, com um valor de alfa entre os 0,68 a 0,98.

A escala é composta por 24 itens que são respondidos de acordo com duas categorias "ansiedade/ medo" e "evitamento", oscilando entre uma classificação de 0 a 3 pontos em que zero, corresponde a uma classificação de "nenhuma" e "nunca", respetivamente, e três corresponde a uma classificação de "muita" e "quase sempre".

Para se obter um valor global, procede-se à soma de todos os itens de acordo com os valores atribuídos aos mesmos. Desta forma, é possível classificar os indivíduos consoante o resultado final. Se a pontuação obtida estiver entre 55 e 65 pontos classifica-se como fobia social moderada, entre 66 e 80 pontos é considerada fobia social média, se estiver entre 81 e 95 considera-se fobia social grave e, por último, se a pontuação total for superior a 95 pontos classifica-se como fobia social muito grave (Liebowitz, Gorman, Fyer, & Klein, 1985).

Mini-Mult.

O Mini-Mult caracteriza-se por ser um instrumento psicológico validado e aferido para a população portuguesa, constituindo uma versão diminuta do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI). O presente questionário tem como intuito avaliar traços de personalidade a fim de explorar os diferentes aspectos da personalidade normal e patológica através de um conjunto de afirmações, totalizando 71 itens em que o indivíduo os classifica como "verdadeiro" ou "falso". Este questionário permite pontuar 11 das 13 escalas essenciais do MMPI, com exceção da escala masculinidade/feminilidade e introversão social.

O presente teste psicológico demonstra uma boa consistência interna, tendo como coeficiente de fidelidade um valor de 0.795. Porém outras escalas apresentam um alfa de *cronbach* baixo, são elas a hipocondria, a depressão e a histeria (Kincannon, 1968).

Conclusão

A concretização do estágio académico permitiu a frequente ligação entre os conteúdos teórico-práticos relacionados com a psicologia clínica. A supervisão semanal proporcionada nas aulas, a exposição dos casos clínicos, como ainda, as experiências relatadas pelos meus colegas demonstraram ser de extrema importância, pela reflexão, pelas sugestões e discussão de técnicas, hipóteses de diagnóstico e instrumentos a utilizar.

Todas as atividades realizadas ao longo do estágio revelaram-se enriquecedoras, em particular, pela ampla prática clínica. Penso que o estabelecimento de relação terapêutica e empática e a capacidade de fornecer a oportunidade ao paciente de se expressar de modo livre, sem julgamento, são características essenciais no processo de acompanhamento psicológico, ao considerar a individualidade do paciente, vendo-o como um ser biopsicossocial.

As principais limitações encontradas durante o estágio estão relacionadas com a dificuldade de acesso a determinados instrumentos psicológicos para a avaliação psicológica dos pacientes e ainda com o facto de não existir, nas estruturas residenciais, um espaço adequado para diversas intervenções psicológicas bem como a realização de programas de estimulação cognitiva.

Como sugestão futura, destaca-se a importância da aquisição e formação ao nível da avaliação psicológica como forma de melhor compreender o indivíduo, considerando os resultados nas seguintes intervenções. Por outro lado, seria importante adequar um pouco melhor o espaço com o intuito de melhorar intervenções futuras, considerando sempre os horários inerentes às rotinas dos idosos.

Destaca-se, por fim, a importância da realização do estágio aliado à prática clínica do psicólogo, demonstrando ser significativo e enriquecedor.

Reflexão Final

A realização do estágio académico possibilitou a colocação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do tempo, permitindo compreender qual a função do psicólogo na prática e *setting* clínico e comunitário. Este percurso permitiu o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, proporcionando diversas aprendizagens e partilha de experiências através do contacto com múltiplos serviços da SCMS. A frequente partilha de conhecimentos e experiências ao nível multidisciplinar permitiu uma melhor integração numa equipa dinâmica tendo como base a interajuda.

Com este percurso, compreendi que realmente cada pessoa é um ser único, em que múltiplos aspetos deverão ser considerados e até adaptados consoante o paciente que se encontra perante o terapeuta. Que o trabalho do psicólogo em *setting* comunitário passa pela constante adaptação de numerosos aspetos e ainda pela atuação nas diversas fases de prevenção.

Ao longo destes meses de experiência e de aprendizagem, existiram diversas emoções que foram constantemente geridas da melhor forma. Momentos positivos, de satisfação e de alegria como ainda de receio, dúvida e de insegurança estiveram presentes nestes meses de estágio.

Para a concretização desta etapa e para o futuro, penso ser imprescindível o estudo e a formação contínua, visando a constante atualização do saber da prática clínica. Cada vez mais nos deparamos com novos conhecimentos, aliados a novas práticas, técnicas e perspetivas do ser-humano. O trabalho do psicólogo clínico passa por acompanhar todos estes saberes que vão emergindo ao longo do tempo, analisando-os e colocando-os em prática se assim considerados benéficos aquando as intervenções. Desta forma é possível, um maior e melhor, aperfeiçoamento da intervenção psicológica e da prática clínica na sua generalidade.

Estes pressupostos deverão ser cumpridos pelo psicólogo, visando a atualização de saberes. Os diagnósticos psicológicos nem sempre são lineares. Ao longo do estágio, surgiram algumas dificuldades a este nível, na medida em que várias hipóteses de diagnóstico eram consideradas, tendo em conta múltiplos sintomas observados em pacientes, dificultando o estabelecimento de diagnósticos precisos e claros. Por vezes, diversos sintomas são apenas consequências e reflexo de outras perturbações que devem ser consideradas. Destaca-se a importância da duração do acompanhamento psicológico na classificação diagnóstica, bem como na interpretação e compreensão de todos os sintomas observados e referenciados, pelo paciente e/ou familiares, bem como os respetivos contextos em que estes surgem.

Ainda assim e, para que determinados acompanhamentos psicológicos ocorram com sucesso, é necessário, em especial, no caso de crianças e adolescentes, que os pais estejam presentes e façam o possível para que estes sucedam de acordo com algumas sugestões fornecidas pelo psicólogo. Nem sempre é fácil a gestão daquilo que parece ser o não-comprometimento de algumas figuras parentais no decorrer do processo terapêutico dos filhos.

Neste sentido é possível garantir que o estágio proporcionou múltiplas sensações, emoções e sentimentos, contribuindo para a aquisição de novas experiências e conhecimentos, para potenciar algumas das minhas capacidades como ainda oferecer a possibilidade de me deparar com limitações próprias e, desta forma, tentar superá-las da melhor forma encontrada.

Existiu, sem dúvida, ao longo deste percurso, um enriquecer e desenvolver das minhas competências pessoais, profissionais e técnicas, proporcionado em parte por todos os elementos que, de algum modo, fizeram parte deste crescimento académico.

Referências Bibliográficas

Abelha, L. (2014). Depressão, uma questão de saúde pública. *Caderno de Saúde Coletiva, 22*(3), 223.

Ainsworth, M.D. (1985). Attachments across life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61*(9), 792-812.

Almeida, N.V. (2004). A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo. *Revista de Psicologia da Vetor Editora, 5*(1), 34-39.

Almeida, R.A., & Malagris, L.E. (2010). A prática da psicologia da saúde. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 14*(2), 183-202.

Amaral, M.F., & Vicente, M.O. (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de castelo branco. *Saúde dos Idosos, 18(2), 23-31.*

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ªEd.). Lisboa: Climepsi Editores.

Andrade, C. (2010). Transição para a idade adulta: das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise Psicológica, 2*(28), 255-267.

Araújo, C.F., & Shinohara, H. (2002). Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interação em Psicologia, 6*(1), 37-43.

Araújo, L.F, & Carvalho, V.A. (2005). Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. *Revista de Humanidades, 6*(13), 1-9.

Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469-480.

Arnett, J.J. (2006). Emerging adulthood in Europe: a response to Bynner. *Journal of Youth Studies*, *9*(1), 111-123.

Arnett, J.J. (2007). Emerging adulthood: what is it, and what is it good for?. *Child Development Perspectives, 1*(2), 68-73.

Bagby, R.M., Parker, J.D., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item toronto alexithymia scale I: item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*(1), 23-32.

Baillon, S., Diepen, E., Prettyman, R., Rooke, N., Redman, J., & Campbell, R. (2005). Variability in Response of Older People with Dementia to Both Snoezelen and Reminiscence. *British Journal of Occupational Therapy*, *68*, 367-374.

Baltes, P.B., Lindenberger, U., & Staudinger, U.M. (2007). *Life Span Theory in Developmental Psychology,* 569-664.

Barbosa, J.I., & Borba, A. (2010). O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico comportamental dos eventos privado. *Revista Brasileira de Terapias Comportamental e Cognitiva, XII* (1/2), 60-79.

Barnes, D.E., Yaffe, K., Byers, A.L., McComick, M., Schaefer, C., & Whitmer, R.A. (2012). Midlife vs late-life depressive symptoms and risk of dementia: differential effects for Alzheimer disease and vascular dementia. *Archives of General Psychiatry*, *69*(5), 493-498.

Barracho, C., & Dias, M.J. (2010). *Da psicologia do ambiente à psicologia do espaço.* O espaço e o homem: perspetivas multidisciplinares (pp. 19-21). Lisboa: Edições Sílabo.

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). Escala de Depressão Geriátrica (GDS). In A. Mendonça, C. Garcia & M. Guerreiro (Coords.). *Escalas e Testes na Demência - Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência* (pp.59-62). Lisboa: Colaboração da UCB Pharma.

Barros, M.F., Leal, C.S., & Silva, J.V. (2013). A assistência humanizada à pessoa idosa com dificuldade de comunicação: atuação de um psicólogo em um hospital universitário de São Luís-MA. *O Portal dos Psicólogos*, 1-17.

Bateman, A., Brown, D., & Pedder, J. (2003). *Princípios e prática das psicoterapias* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Beck, J.S. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas 116-183.

Bentes, A.C., Pedroso, J.C., & Maciel, C.A. (2012). O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. *Aletheia, 38*, 196-205.

Bergeret, J. (2000). *A personalidade normal e patológica.* Lisboa: Climepsi Editores.

Bluck, S., & Liao, H. (2013). I was therefore i am: creating self-continuity through remembering our personal past. *The International Journal of Reminiscence and Life Review*, *1*(1), 7-12.

Bohlmeijer, E., Roemer, M., PHD, P.C., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: a meta-analysis. *Aging and Mental Health, 11* (3), 291-300.

Bohlmeijer, E., Smit. F., PHD, P.C. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry 18*,1088-1094.

Both, T.L., Kujawa, D.R., Wobeto, M.I., & Savaris, V. (2012). Consideração sobre o idoso aposentado: uma intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental como instrumento de preparação à aposentadoria. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano, 9*(1), 90-101.

Briken, P., Habermann, N., Berner, W., & Hill, A. (2007). Diagnosis and treatment of sexual addiction: assurvey among german sex therapists. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *14*, 131–143.

Brito, S. (2008). A psicologia clínica: procura de uma identidade. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 63-68.

Britto, I.A., Oliveira, J.A., & Sousa, L.F. (2003). A relação terapêutica evidenciada através do método de observação direta. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 5*(2), 139-149.

Bruno, C.T., Marques, M.B., & Silva, M.J. (2006). Transtornos depressivos em idosos: o contexto social e ambiente como geradores. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 7*(1), 35-42.

Burgio, L.D., Allen-Burge, R., Rothe, D.L., Bourgeois, M.S., Dijkstra, K., Gerstle, J., Jackson, E., et al. (2001). Come talk with me: improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *The Gerontologist, 41*(4), 449-460.

Caldwell, J. G. (2008). Relational aspects of maladaptive diaper-wearing and treatment with couples therapy. *Sexual and Relationship Therapy*, *23*, 157-160.

Canale, A. & Furlan, M.M. (2006). Depressão. *Arquivos Mudi, 10*(2), 23-31.

Cancela, D.M. (2007). O processo de envelhecimento. *O Portal dos Psicólogos*, 1-15.

Cano, D.S., & Sampaio, I.T. (2007). O método de observação na psicologia: considerações sobre a produção científica. *Interação em Psicologia, 11*(2), 199-210.

Capitão, C.G., Scortgagna, S.A., & Baptista, M.N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, *4*(1), 75-82.

Caramelli, P. & Barbosa, M.T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(1), 7-10.

Carvalho, A., Faria, S., Taborda, A., Melo, M., Gonçalves, C., Paquete, P.S., Costa, A., et al. (2014). *Demência na terceira idade: contributos teóricos, competências a mobilizar e estratégias de intervenção.* Vila Nova de Famalicão: ADRAVE.

Castro, E.K., Ponciano, C.F., & Pinto, D.W. (2010). Autoeficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crónicas. *Aletheia, 31*, 137-148.

Chao, S., Liu, H.S., Wu. C., Jin, S., Chu, T., Huang, T., & Clark, M. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. *Journal of Nursing Research, 14*(1), 36-44

Chaves, I. (s.d.). Depressão no idoso & processo de envelhecimento: quando o entardecer chega.

Chiang, K., Chu, H., Chang, H., Chung, M., Chen, C., & Chiou, H. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25,* 380-388.

Ciosak, S.I., Braz, E., Costa, M.F., Nakano, N.G., Rodrigues, J., Alencar, R.A et al., (2011). Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP, 45*(2), 1763-1768.

Coll, C., Marchesi, A., & Palácios, J. Desenvolvimento psicológico na idade adulta e na velhice. *Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva* (pp.371-421). Porto Alegre: Artmed.

Colombino, A.F. (1999). Puesta al día: parafilias. *Revista Argentina de Sexualidad Humana, 1,* 7-35.

Cordioli, A.V. (1998). *Como atuam as psicoterapias.* In: Cordioli, Aristides V. Psicoterapias – Abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed.

Coskun, M., & Ozturk, M. (2013). Sexual fetishism in adolescence: report of two cases. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 26*(2), 199-205

Costa, L.F., & Brandão. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicologia & Sociedade, 17*(2), 33-41.

Coutinho, J., Ribeiro, E., & Safran, J. (2009). Resolution of ruptures in therapeutic alliance: Its role on change processes according to a relational approach. *Análise Psicológica, 4*(27), 479-491.

Danna, M.F. & Matos, M.A. (2006). *Aprendendo a observar.* São Paulo: Edicon.

Debert, G.G. (2011). The dissolution of adult life and youth as a value. *Horizontes Antropológicos, 34*, 49-70.

Duarte, A.L., Nunes, M.L., & Kristensen, M.L. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 4*(1).

Felipe, L.K., & Zimmermann, A. (2011). Doenças crónicas degenerativas em idosos: dados fisioterapêuticos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 24*(3), 221-227.

Fernandes, A.P. (2000). Alguns quadros teóricos da psicologia comunitária. *Análise Psicológica, 2* (XVIII), 225-230.

Ferreira, O.G., Maciel, S.C., Costa, S.M., Silva, A.O., & Moreira, M.A. (2012). Active aging and its relationship to functional independence. *Text Context Nursing, 21*(3), 513-518.

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.

Fonseca, A.M. (2004). Saúde e envelhecimento. *O envelhecimento: uma abordagem psicológica* (pp. 123-129). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Freire, S.A., Resende, M.C., & Rabelo, D.F. (2012). Enfrentando mudanças no envelhecimento: o modelo de seleção, otimização e compensação. *Perspectivas em Psicologia, 16*(1), 190-211.

Freitas, M.C., Queiroz, T.A., & Sousa, J.A. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista Escola de Enfermagem USP, 44*(2), 407-12.

Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg. (2011). Tratamento da psicopatologia. *Psicologia* (pp. 1101-1152). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gomes, G.Z. & Sant'ana, V. (2013). Um caso de exibicionismo e a terapia cognitivo comportamental. *Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, 18*(1), 245-257.

Gonçalves, D.C. & Martín, I. (2007). Intervenção na depressão geriátrica através da reminiscência. *Psicologia Argumento, 25*(51), 371-384.

Gonçalves, D.C., Albuquerque, P.B., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica, 1* (XXVI), 101-110.

Groth-Marnat, G. (2003). The assessment interview. In *Handbook of psychological assessment (4 ed.).* (pp.69-102). Canada: Wiley.

Gruhn, D., Rebucal, K., Diehl, M., Lumley, M., & Labouvie-Vief, G. (2008). Empathy across the adult lifespan: longitudinal and experience-sampling findings. *Emotion, 8*(6), 753-765.

Guerreiro, M., Silva, A. P., & Botellho, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia, 1*, 9-10.

Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review, 117*(1), 32-60.

Hoffman, S., & Horowitz, I. (1991). Treating the latrogenically infantilized patient. *American Journal of Psycotherapy, XLV* (2), 279-283.

James, O. (2009).Compreender a demência. In *Conviver com a demência* (pp.19-50). Porto: Civilização Editora.

Kincannon, J.C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32,* 319-325.

Kwon, M., Cho, B., & Lee, J. (2013). Reminiscence therapy for dementia – meta analysis. *Healthcare and Nursing Science and Technology Letters, 40,* 10-15.

Leal, I. (2000). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio.* Lisboa: ISPA.

Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica: Técnica, teoria e clínica.* Lisboa: Fim de Século.

Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). *Intervenção em psicologia clínica e da saúde: modelos e práticas.* Lisboa: Placebo Editora Lda.

Lehne, G.K., & Money, J. (2000). The first case of paraphilia treated with depo-provera: 40-year outcome. *Journal of Sex Education and Therapy, 25*(4), 213-220.

Levine, M., Perkins, D., & Perkins, D. (2005). *Principles of Community Psychology: Perspectives and Applications* (3ª ed.). New York Oxford: Oxford University Press.

Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J., & Klein, D.F. (1985). Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 42*, 729-736.

Lima, J.S. (2006). Envelhecimento, demência e doença de alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso?.*Revista de Ciências Humanas, 40,* 469-489.

Lima, P.M., & Coelho, V.L. (2011). A arte de envelhecer: um estudo exploratório sobre a história de vida e o envelhecimento. *Psicologia, Ciência e Profissão, 31*(1), 4-19.

Lipscomb, R.J. (2014). The clinical mental health experience of persons with paraphilic infantilism and autonepiophilia: a phenomenological research study (Master's thesis, Faculty of The American Academy of Clinical Sexologists).

Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: revisão da literatura. *Psicologia, saúde & doenças, 15*(3), 597-611.

Lopes, T.S. (2015). Avaliação de um programa de reminiscência em pessoas idosas com demência leve (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e da Universidade de Aveiro, Porto). Recuperado de URL https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/83303/2/125801.pdf

Marques, A.I. (2012). *Terapia de reminiscências: projeto de intervenção* (Tese de Mestrado, não publicada, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu).

Martins, R. M. L. (2008). A depressão no idoso. *Millenium Revista do ISPV, 34,* 119-123.

Masuda, K., Ishitobi, Y., Tanaka, Y., & Akiyoshi, J. (2014). Underwear fetishism induced by bilaterally decreased cerebral blood flow in the temporo-occipital lobe. *BMJ Case Report,* 1-2.

Matias, A.G., Fonseca, M.A., Gomes, M.L., & Matos, M.A. (2016). Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. *Einstein, 14*(1), 6-11.

Matos, P.M., & Costa, M.E. (1996). Vinculação e processos desenvolvimentais nos jovens e adultos. *Cadernos de Consulta Psicológica, 12*, 45-54.

Matta, A., Denise, B.Y., Silveira, P.G., Bizarro, L., & Trentini, C.M. (2010). Intervenções Cognitivo-Comportamentais no Transtorno de Humor Bipolar. *Interamerican Journal of Psychology, 44*(3), 432-441.

Mendonça, M.P. (2007). *Processo de transição e percepção de adultez: análise diferencial dos marcadores identitários em jovens estudantes e trabalhadores* (Dissertação de Mestrado, não publicada, Universidade do Porto, Porto).

Miguel, F.K. (2015). Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. *Psico-USF, 20*(1),153-162.

Minayo, M.C., & Coimbra, C.E. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Mota, C.P., & Rocha, M. (2012). Adolescência e jovem adultícia: crescimento pessoal, separação-individuação e o jogo das relações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *8*(3), 357-366.

Mota, R.A., Martins, C.G., & Véras, R.M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo, 11*(2), 323-330.

Motta, L.B. (2005). *Treinamento interdisciplinar em saúde do idoso: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento* (Tese de Mestrado, não publicada, Universidade Aberta da Terceira Idade, Rio de Janeiro).

Muribeca. M. (2009). As diferenças que nos constituem e as perversões que nos diferenciam. *Estudos da Psicanálise,* 32, 117-128.

Muse, M., & Frigola, G. (2003). La evaluación y tratamento de transtornos parafilicos. *Cuadernos de Medicina Psicossomatica y Psiquiatra de Enlace,* 65, 55-72.

Neto, J.G., Tamelini, M.G., & Forlenza, O.V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica, 32*(3), 119-130.

Neufeld, C.B., & Cavenage, C.C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 6*(2), 3-35.

Oliveira, C.I., Pires, A.C., & Vieira, T.M. (2009). A terapia cognitiva de Aaron Beck como reflexividade na alta modernidade: uma sociologia do conhecimento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(4), 637-645.

Oliveira, C.R., Rosa, M.S., Pinto, A.M., Botelho, M.A., Morais, A., & Veríssimo, M.T. (2010). *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa*. (GERPI, Ed.) Acedido em 12 de Maio de 2016, de http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/estudo-do-envelhecimento-em-portugal.pdf

Oliveira, D.A., Gomes, L., & Oliveira, R.F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública, 40*(4), 734-736.

Oliveira, M.K. (2004). Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. *Educação e Pesquisa, 30*(2), 211-229.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código deontológico.* Lisboa: OPP.

Ornelas, J. (1997). Psicologia comunitária: origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica, 3*(XV), 375-388.

Padilha, S., Noronha, A.P., & Fagan, C.Z. (2007). Instrumentos de avaliação psicológica: uso e parecer de psicólogos. *Avaliação Psicológica, 6*(1), 69-76.

Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Peix, R.O. (2009). Réminiscence: une philosophie du soin. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie 9*, 163-165.

Pereira, L.P. (2010). *Solidão e depressão no idoso institucionalizado: a intervenção da animação sociocultural* (Tese de mestrado, não publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real).

Pereira, M.G., & Roncon, J. (2010). Relacionamento familiar em pessoas idosas: adaptação do índice de relações familiares (IFR). *Psicologia, Saúde & Doenças, 11*(1), 1-53.

Peres, R., & Pinto, E. (2008). Literature review of the clock drawing test as a tool for cognitive screening. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. Londres.

Perry, G.P., & Orchard, J. (1992). *Assessment and treatment of adolescent sex offenders.* Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Pikunas, J. (1979). Adult development and aging in a changing world. In *Desenvolvimento humano* (pp. 1-34). USA: McGraw-Hill Companies, Inc.

Pimentel, A. F., Afonso, R. M. & Pereira, H. (2012). Depression and social support in old age. *Psicologia, Saúde & Doenças, 13*(2), 311- 327.

Pires, C.M. (2003). Breve história da psicopatologia. *Manual de psicopatologia: uma abordagem biopsicossocial* (pp. 19-27). Leiria: Editorial diferença.

Pordata. (2014). Indicadores de esperança de vida aos 65 anos: por sexo na Europa. Consultado em 3 de Abril de 2015. Disponível em

http://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+por+sexo-1262

Porto, J.A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira Psiquiátrica, 21*, 6-11.

Powell, V.B., Abreu, N., Oliveira, I.R., & Sudak, D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(II), 73-80.

Prazeres, N., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (2000). Adaptação portuguesa da escala de alexitimia de toronto de 20 itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, *9*(1), 9-21.

Prazeres, N., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2008). *Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens* (TAS-20). In L. S. Almeida, M. R. Simões, C. Machado, & M. M. Gonçalves (Eds.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol II, 2ª ed.) (pp.95-107). Coimbra: Quarteto.

Puyenbroeck, J., & Maes, B. (2005). Reminiscence in ageing people with intellectual disabilities: an exploratory study. *British Journal of Developmental Disabilities, 51*(1) 3-16.

Rabelo, D.F., & Neri, A.L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo, 10*(3), 403-412.

Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública, 19*(3), 739-798.

Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica, 4*(XXV), 543-557.

Reitzle, M. (2006). The connections between adulthood transitions and the self-perception of being adult in the changing contexts of east and west Germany. *European Psychologist, 11*(1), 25-38.

Ribeiro, J.P., & Leal, I.P. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica, 4* (XIV), 589-599.

Saczynski, J.S., Beiser, A., Seshadri, S., Auerbach, S., Wolf, P.A., & Au, R. (2010). Depressive symptoms and risk of dementia: the framingham heart study. *Neurology, 75*(1), 35-41.

Saldanha, S.V., Rosa, A.B., & Cruz, L.R. (2013). O psicólogo clínico e a equipe multidisciplinar no hospital santa cruz. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 16*(1), 1-14.

Sanches, M., Marques, A.P., Ortegosa, S., Freirias, A., Uchida, R., & Tamai, S. (2005). O exame do estado mental: é possível sistematizá-lo?. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Medicas da Santa Casa São Paulo, 50*(1), 18-23.

Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da demência e da doença de alzheimer em Portugal: estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação. *Revista Científica da Ordem dos Médicos, 28* (2), 182-188.

Santiago, A., & Holanda. A.F. (2013). Fenomenologia da depressão: uma análise da produção académica brasileira. *Revista da Abordagem, XIX*(1), 38-50.

Santos, B.S., & Antunes, D.D. (2007). Vida adulta, processos motivacionais e diversidade. *Educação, 1*(61), 149-164.

Santos, L.M. (2011). Fatores que contribuem para a depressão no idoso. *Revista de Enfermagem UNISA, 12*(2), 112-116.

Santos, R.M. (2007). Fetichismo: paradigma da perversão. *O Portal dos Psicólogos*, 1-6.

Santos, S.G. (2014). A entrevista em avaliação psicológica. *Revista Especialize On-Line IPOG, 008*(01).

Santos, S.R., Santos, I.B., Fernandes, M.G., & Henriques, M.E. (2002). Elderly quality of life in the community: application of the FlanMgan's Scale. *Revista Latino-Am. Enfermagem, 10*(6), 757-764.

Scharfetter, C. (1988). Patología. In *Introducción a la psicopatología general* (pp. 356-380). Madrid: Ediciones Morata, S.A.

Schlindwein-Zanini, R. (2010). Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Revista de Neurociências, 18*(2), 220-226.

SCMS. (2006). *Regulamento interno de lar de santiago*. Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.

SCMS. (2007). *Regulamento interno de apoio domiciliário (SAD) e apoio domiciliário integrado (ADI).* Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.

SCMS. (2011). *Regulamento interno do Centro de Atividade de Tempos Livres.* Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra

SCMS. (2014). *Carta social*. Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.

SCMS. (2015). *Regulamento interno do lar de idosos.* Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.

SCMS. (2015a). *Plano de atividades e orçamento para 2016.* Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.

SCMS. (2015b). *Mapa de investimento previsional de 2015.* Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.

SCMS. (2015c). *Regulamento interno gabinete de psicologia.* Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.

SCMS. (2015d). *Regulamento interno de centro de dia.* Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.

Seligman, L., & Hardenburg, S.A. (2000). Assessement and treatment oh paraphilias. *Journal of Counseling and Development, 78,* 108-113.

Silva, G.B. (2010). Caracterizando a depressão no idoso: uma revisão bibliográfica. *Centro Científico Conhecer, 6*(9), 1-7.

Silva, G.C. (2010). O método científico na psicologia: abordagem qualitativa e quantitativa. *O Portal dos Psicólogos,* 1-10.

Silveira, P.G., & Wagner, A. (2006). Ninho cheio: a permanência do adulto jovem em sua família de origem. *Estudos de Psicologia, 23*(4), 441-453.

Soares, P.F., Oliveira, F.B., Freitas, E.A., Leite, E.S., Nogueira, J.R., & Nóbrega, A.C. (2013). Depressão em idosos assistidos nas unidades básicas de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on line, 7*(9), 5453-5459.

Sousa, F.C. (2007). O que é "ser adulto": as práticas e representações sociais sobre o que é "ser adulto" na sociedade portuguesa. *Revista Eletrónica Acolhendo a Alfabetização nos Países de Língua Portuguesa, 1*(2), 1-14.

Souza, I.C., & Cândido, C.F. (2010). Diagnóstico psicológico e terapia cognitiva: considerações atuais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 5*(2), 82-93.

Speaker, T. J. (1980). *Sexual infantilism in adults: Causes and treatment* (Master's thesis). Retrieved from http://understanding.infantilism.org/paraphilic_infantilism.php

Steibel, N.M., & Almeida, R.M. (2010). Estudo de caso – avaliação neuropsicológica: depressão x demência. *Aletheia, 31,* 111-120.

Tavares, J., Pereira, A.S., Gomes, A.A., Monteiro, S.M., & Gomes, A. (2007). *Desenvolvimento humano: velhice.* In Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem (pp. 98-106). Portugal: Porto Editora.

Tavares, L. (2007). *Estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática e atividades cognitivas e atividades físicas* (Tese de Mestrado, não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil).

Teixeira, J. A. (2006). Problemas psicopatológicos contemporâneos: uma perspectiva existencial. *Análise Psicológica, 24*(3), 405-413.

Tonietto, L., Wagner, G.P., Trentini, C.M., Sperb, T.M., & Parente, M.A. (2011). Interfaces entre funções executivas, linguagem e intencionalidade. *Paidéia, 21*(49), 247-255.

Valéria, O., Andrade, C.A., & Andrade,P.E. (2013). Aspectos neurobiológicos e evolucionários da cognição e suas implicações para a educação. In *Aprendizagem,*

comportamento e emoções na infância e adolescência: uma visão transdisciplinar (pp.7-17). Editora UFGD.

Veríssimo, M. T. (1988). A*valiação diagnóstica dos síndromes demenciais: escala de depressão geriátrica*. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.

Vilalta-Franch, J., Lopez-Pousa, S., Llinas-Regla, J., Calvo-Perxas, L., Merino-Aguado, J., & Garre-Olmo, J. (2013). Depression subtypes and 5-year risk of dementia and alzheimer disease in patients aged 70 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry. 28*(4), 341-50.

Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review, 55,* 121-139.

Webster, J.D., Bohlmeijer, E.T., & Westerhof, G.J. (2010). Mapping the future of reminiscence: a conceptual guide for research and practice. *Research on Aging, 32*(4), 527-564.

Westerhof, G.J., & Keyes, C.L. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17, 110-119.*

Ximenes, V.M., Paula, L.R., & Barros, J.P. (2009). Psicologia comunitária e política de assistência social: diálogos sobre atuações em comunidades. *Psicologia, Ciência e Profissão, 29*(4), 686 - 699.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17(1), 37-49.*

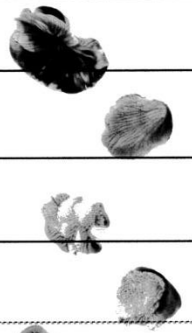
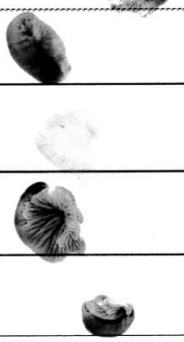
ANEXOS

ANEXO G

Exemplar de registo utilizado no programa de estimulação cognitiva (PEC)

PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITVA

"Eu existo, Logo Sorriu" - *I*

Sessões	*Data*	*Grupo 1 / Nomes*	*Assinaturas*	*Estado de Espírito*
Sessão nº 1	18 / 01 / 2016			
Sessão nº 2	01 / 02 / 2016			

ANEXO H

Programa de estimulação cognitiva (PEC)

PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

"Eu existo, Logo sorriu"

UTENTES

Este programa irá decorrer em 5/10 sessões quinzenais de 30/45 minutos, de forma a estimular as capacidades cognitivas, potenciando-as se possível.

O programa será aplicado a diversos grupos de 4 ou 5 elementos. Cada grupo será trabalhado tendo em conta o programa de estimulação cognitiva, abordando as funções psicológicas superiores e ainda a vertente psicomotora. Cada atividade constituinte do programa é adaptada ao grupo selecionado, tendo em conta as características comuns, e igualmente tendo em consideração as capacidades de cada utente.

Neste sentido, foram planeados diferentes tipos de programas com distintas sessões. Utentes que demonstrem melhores capacidades e condições cognitivas, intelectuais e motoras irão beneficiar do Programa de Estimulação Cognitiva "Eu existo, Logo Sorriu" *–I,* e os utentes que se apresentem com comprometimento maior ao nível da cognição, beneficiarão de um Programa de Estimulação Cognitiva "Eu existo, Logo Sorriu" *–II.*

Assim, cada grupo será organizado de forma homogénea, com especificidades comuns, de forma a facilitar a dinâmica do mesmo, potenciando algumas fragilidades apresentadas e manifestadas pelos utentes.

O programa poderá sofrer algumas alterações, no momento em que se está a executar o mesmo, derivado de fragilidades que possam ser observadas pelas psicólogas em contexto do mesmo, tendo como intuito uma adaptação prática aos utentes e das suas necessidades presentes.

PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Unidade Residencial Lar Sr. Jesus das Chagas

Utentes com capacidades cognitivas minimamente intactas (raciocínio; memória -aquisição, retenção e evocação; habilidade construtiva e linguagem)

Sessão nº1: *Eu desenho, Tu adivinhas* **18 Janeiro 2016**

Objetivo: Treinar a motricidade fina, assim como a capacidade de raciocínio e de execução e representação de um objeto, existindo desta forma uma associação entre palavra-objeto-representação.

Material: Rolinhos de papel com a palavra/objeto escrito; um saco para baralhar as palavras/objetos; Folhas de papel branco A4; Lápis de carvão; Borracha; Ampulheta (2 voltas).

- Consiste num conjunto de 33 palavras, onde o utente terá que tirar a sorte um papel que conterá a palavra que irá desenhar em seguida para que os restantes elementos do grupo adivinhem qual o objeto que está a ser representado.

Sessão nª 2: *Vamos ser populares* **1 Fevereiro 2016**

Objetivo: Recorrer à memória a longo-prazo, à cultura e à experiência de vida.

Material: Ditados Populares

- A sessão decorrerá com os elementos de um grupo, onde cada ditado é lido pela(s) psicóloga(s). O mesmo ditado é dado aos utentes, para que leiam e seja discutido. Por exemplo, uma das psicólogas lê "Amigos, amigos negócios à

parte" e passa para o utente à esquerda, prosseguindo essa ordem de leitura até chegar à outra psicóloga. Após a leitura do ditado popular inicia-se a discussão do mesmo, tentando perceber de que forma é que fez e/ou continua a fazer sentido na sua vida, havendo a possibilidade de recorrer à teoria da reminiscência.

Sessão nº 3: *Medo de desafios* **15 Fevereiro 2016**

Objetivo: Perceber como os utentes reagem e gerem o desconhecido.

Material: Caixa; Folhas de jornal; Chocolate; Rádio, CD, Folha branca "come-me".

- Nesta sessão existirá uma caixa contendo um chocolate. Esta caixa vai sendo passada a cada elemento do grupo ao som de uma música. No momento em que a música parar, o elemento do grupo que estiver com a caixa na mão, deverá abri-la de forma a ver o que está no seu interior, obedecendo ao que está escrito numa folha branca A5 "come-me". Neste exercício os utentes são confrontados com a novidade e com o fator surpresa, revelando de algum modo a sua personalidade perante o desconhecido.
- É importante notar que a atividade é realizada num ambiente de receio e pressão criado pelas psicólogas antes de se avançar com a música. O elemento do grupo que possuir a caixa deverá "fazer o que lá está dentro", sendo esta uma das frases mencionadas pelas psicólogas com o intuito de criar algum receio.

Sessão nº 4: *A pessoa que marcou a minha vida…* **29 Fevereiro 2016**

Objetivo: Trabalhar o processo de luto.

Material: Folhas A4 com representação de uma figura neutra em termos de género; pinceis; guaches.

- Nesta atividade os utentes têm de pintar "a pessoa que marcou a minha vida" para que o grupo de psicologia consiga perceber quais as figuras significativas de cada elemento, trabalhando desta forma a influência da mesma.

Sessão nº 5: *A pessoa que deixou saudade…* **7 Março 2016**

Objetivo: Trabalhar o processo de luto.

Material: Folhas A4 com representação de uma figura neutra em termos de género; lápis de cor.

- Nesta atividade os utentes têm de pintar "a pessoa que me deixou saudade" para que o grupo de psicologia consiga perceber quais as figuras significativas de cada elemento, trabalhando desta forma a influência e ausência da mesma.

Sessão nº 6: *A pessoa com quem posso contar…* **21 Março 2016**

Objetivo: Trabalhar o processo de luto.

Material: Folhas A4 com representação de uma figura neutra em termos de género; lápis de cera.

- Nesta atividade os utentes têm de pintar "a pessoa com quem posso contar" para que o grupo de psicologia consiga perceber quais as figuras significativas de cada elemento, trabalhando desta forma a influência e presença da mesma para superar as adversidades da vida.

Sessão nº 7: *Lista de palavras* **4 Abril 2016**

Objetivo: Trabalhar a memória a curto prazo e a motricidade fina (escrita).

Material: Folhas A4; Lista de Palavras; Cronómetro.

- Nesta atividade os utentes têm de memorizar e posteriormente escrever numa folha de papel A4 uma lista de 10 palavras. As psicólogas mostram aos elementos do grupo a lista de 10 palavras, lendo-as de forma a facilitar a memorização. O grupo terá 3 minutos para decorar essa mesma lista. No final, é verificado o número de palavras corretas de cada elemento, abordando as dificuldades sentidas neste exercício.

Sessão nº8: ***As palavras da minha vida*** **18 Abril 2016**

Objetivo: Trabalhar a memória; estabelecer relação com utentes; estabelecer relação entre utentes; Compreender significados atribuídos.

Material: Lista de Palavras.

- Nesta sessão, existirá um saco que contém diversas palavras isoladas no seu interior. Individualmente cada um dos utentes retirará uma palavra do saco, onde esta deverá ser lida em voz alta pelo próprio elemento do grupo ou pelas psicólogas se houver necessidade, e todos devem refletir sobre essa mesma palavra, procurando significados, discutindo-os com os restantes membros do grupo.

Sessão nº 9: ***Declamar poesia*** **2 Maio 2016**

Objetivo: Trabalhar as capacidades cognitivas, leitura e expressão verbal.

Material: Diversas folhas A4 com diversos poemas.

- Cada um dos utentes terá uma folha A4 com um poema incluído. Cada um irá ler esse poema em voz alta para os restantes elementos do grupo. Oferecendo espaço na sessão, se existir necessidade, dos utentes discutirem sobre o poema lido.

Sessão nº 10: ***Jogo da memória*** **16 Maio 2016**

Objetivo: Trabalhar as capacidades cognitivas: memória a curo-prazo e raciocínio.

Material: Cartas com elementos ilustrativos, alguns do dia-a-dia.

- Nesta atividade, as cartas serão dispostas no centro da mesa, onde um elemento à vez procura um par, tenha encontrado ou não, e assim sucessivamente até ao fim do jogo. No final, totaliza-se quantos pares tem cada elemento, sendo o vencedor aquele que apresente o maior número de pares.

PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Unidade Residencial Lar Santiago

"Eu existo, Logo sorriu"- II

Utentes com capacidades cognitivas comprometidas (raciocínio; memória -aquisição, retenção e evocação; habilidade construtiva e linguagem)

Sessão nº 1: *Monumento Torre* **24 Junho 2016**

Objetivo: Treinar a motricidade fina assim como a capacidade de raciocínio e de execução.

Material: Figuras geométricas de madeira *(Tower)*

- A dinâmica consiste na construção de uma torre, através das peças de madeira. Após a sua construção, cada elemento retira uma peça do interior da torre, com o intuito de não a derrubar.

  **Esta atividade pode ser concretizada pela formação de dois grupos.*

Sessão nº2: *Jogo da memória* **8 Julho 2016**

Objetivo: Trabalhar as capacidades cognitivas: memória a curo-prazo e raciocínio.

Material: Cartas com elementos ilustrativos, alguns do dia-a-dia.

- Nesta atividade, as cartas serão dispostas no centro da mesa, onde um elemento à vez procura um par, tenha encontrado ou não, e assim sucessivamente até ao

fim do jogo. No final, totaliza-se quantos pares tem cada elemento, sendo o vencedor aquele que apresente o maior número de pares.

Sessão nº 3: ***A pessoa que marcou a minha vida…*** **15 Julho 2016**

Objetivo: Trabalhar o processo de luto.

Material: Folhas A4 com representação de uma figura neutra em termos de género; pinceis; guaches.

- Nesta atividade os utentes têm de pintar "a pessoa que marcou a minha vida" para que o grupo de psicologia consiga perceber quais as figuras significativas de cada elemento, trabalhando desta forma a influência da mesma.

Sessão nº 4: ***A pessoa que deixou saudade…*** **22 Julho 2016**

Objetivo: Trabalhar o processo de luto.

Material: Folhas A4 com representação de uma figura neutra em termos de género; lápis de cor.

- Nesta atividade os utentes têm de pintar "a pessoa que me deixou saudade" para que o grupo de psicologia consiga perceber quais as figuras significativas de cada elemento, trabalhando desta forma a influência e ausência da mesma.

Sessão nº 5: ***A pessoa com quem posso contar…*** **29 Julho 2016**

Objetivo: Trabalhar o processo de luto.

Material: Folhas A4 com representação de uma figura neutra em termos de género; lápis de cera.

- Nesta atividade os utentes têm de pintar "a pessoa com quem posso contar" para que o grupo de psicologia consiga perceber quais as figuras significativas de cada elemento, trabalhando desta forma a influência e presença da mesma para superar as adversidades da vida.

ANEXO I

Ficha técnica de registo das intervenções em contexto *snoezelen*

Sesimbra

FICHA DE REGISTO DE SESSÃO

SNOEZELEN

Paciente: _____

Técnico: _____ Acompanhante: _____

Data: __ / ___ / _____ Hora: __ H ____ - ___ H _____ Sessão nº: ____

Técnico/ Objetivo	Estímulos / Equipamentos	Atividades / Observações

Observações:_____

_____

_____

_____

Técnico(a) _____

ANEXO J

Outras atividades desenvolvidas

- Participação na inauguração/ *open day* do gabinete de psicologia em Santana;

- Participação num *workshop* intitulado "Aprender a ser saudável no Outono/Inverno – nutrição, exercício físico e saúde mental" em Sesimbra;

- Participação num *workshop* intitulado "Conhecer as terapias alternativas e bem-estar" em Sesimbra;

- Participação no III congresso nacional de psicogerontologia intitulado "Temas candentes" na Universidade Lusíada de Lisboa.

- Participação no VII congresso internacional da criança e do adolescente, intitulado "Risco psicossocial: investigação e boas práticas" na Universidade Lusíada de Lisboa.

- Elaboração de um *poster*, apresentado no VII congresso internacional da criança e do adolescente, intitulado "Terapia multissensorial – Espaço Sentido", na Universidade Lusíada de Lisboa;

- Participação na inauguração da sala de s*noezelen* em Santana;

- Participação no estabelecimento do protocolo entre serviços da SCMS e da Liga dos Amigos da Lagoa de Albufeira (LIALA);

- Realização de panfletos para promoção dos vários serviços da SCMS;

- Participação na organização de eventos e inaugurações da SCMS;

- Participação na inauguração do gabinete de psicologia na LIALA;

ANEXO K

Certificados

Universidade Lusíada de Lisboa

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Para os devidos efeitos se declara que o(a) Senhor(a)

PATRÍCIA ANDREIA GOMES MADEIRA

esteve presente no 3.º Congresso Nacional de Psicogerontologia: Temas candentes que se realizou no dia 24 de Fevereiro de 2016, entre as 9H00 e as 18H00, na Universidade Lusíada de Lisboa.

O Director da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

(Prof. Doutor Carlos Motta)

A Directora do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

(Prof.ª Doutora Marina Antunes)

A Directora do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

(Prof.ª Doutora Tânia Gaspar)

Universidade Lusíada de Lisboa

CERTIFICADO

Certificamos que **CÁTIA NOGUEIRA, PATRÍCIA MADEIRA, TERESA ALVARES, TÚLIA CABRITA e TÂNIA GASPAR** apresentaram uma comunicação Poster com o título "**Terapia Multissensorial Espaço Sentido**" no VII Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente intitulado "Risco psicossocial: investigação e boas práticas" que se realizou nos dias 13 e 14 de Abril de 2016, na Universidade Lusíada de Lisboa.

O Director da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

(Prof. Doutor Carlos César Lima da Silva Motta)

A Directora do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

(Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos)

Universidade Lusíada de Lisboa

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se declara que o(a) Senhor(a)

Patrícia Andreia Gomes Madeira

participou no VII Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente intitulado "Risco psicossocial: investigação e boas práticas" que se realizou em Abril de 2016, na Universidade Lusíada de Lisboa.

O Director da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

(Prof. Doutor Carlos César Lima da Silva Motta)

A Directora do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

(Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos)

CERTIFICADO

Certifica-se que Patrícia Madeira

Assistiu e participou activamente no Workshop *Aprender a ser Saudável no Outono/Inverno – Nutrição, Exercício Físico e Saúde Mental.*

Com a duração de 2 horas lectivas.

Sesimbra, 30 de Outubro 2015

O Responsável pelo Workshop,

Dra med.chinesa Filipa Bernardino Baião

ANEXO L

Poster "Terapia Multissensorial – Espaço Sentido"

Terapia Multissensorial
Espaço Sentido

Patrícia Madeira[1], Cátia Nogueira[1], Teresa Alvarez[2], Túlia Cabrita[1], Tânia Gaspar[1]
[1]Universidade Lusíada de Lisboa
[2]Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra

A presente comunicação tem por objetivo apresentar um trabalho de intervenção psicológica realizado com recurso a técnicas de *Snoezelen*, na Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra (SCMS), no contexto do estágio curricular em psicologia clínica da Universidade Lusíada de Lisboa.

Terapia *Snoezelen:* Intervenção multissensorial de acordo com três eixos:

- Relaxamento/bem-estar (sensações de relaxamento e de tranquilidade),
- Relacional (respeito pela pessoa),
- Sensorial (o ambiente da sala *Snoezelen* recorre à criatividade, a partir dos materiais da mesma).

Snoezelen é um termo holandês que deriva de:
Snuffelen que significa **cheirar**;
Doezelen que significa **relaxar**.

Objetivo:

- Vivenciar e experienciar um ambiente calmo e tranquilo;
- Promover a aprendizagem emocional, o bem-estar físico e mental;
- Proporcionar um clima de confiança facilitando a expressão e identificação de emoções e sentimentos.

A quem de destina?

A qualquer faixa etária, tenha patologia ou não.

A terapia insere-se na prevenção e promoção da saúde, podendo atuar em diversas patologias e fragilidades:

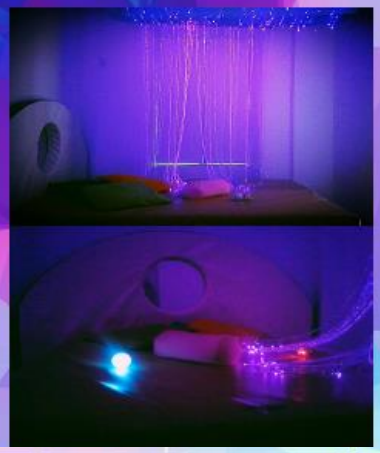
- Perturbações do desenvolvimento;
- Perturbações de ansiedade e humor;
- Perturbações alimentares;
- Dor crónica;
- Depressão pós-parto;
- Interação mãe-bebé;
- Dificuldades na interação social;
- Demências, entre outras.

A partir de um treino comportamental, emocional, comunicacional e de uma restruturação cognitiva, adequada à pessoa, é possível promover respostas adaptativas.

O ***Espaço Sentido*** disponibiliza diversos equipamentos que apelam aos cinco sentidos primários, influenciando igualmente os sentidos vestibular e propriocetivo.

Apresentam-se alguns dos materiais que a sala oferece:

Cama de água aquecida com som incorporado	Estímulos vestibular e propriocetivo Relaxamento, interação, conforto, autonomia e autocontrolo
Espelhos	Estímulos visual e propriocetivo Melhor perceção espacial e sobre si próprio. Contribui para uma melhor autoestima e interação social
Colunas de água Fibras óticas	Estímulos visual e tátil Concentração, relaxamento, perceção do objeto e corporal
Sofás vibratórios	Estímulos tátil e propriocetivo Sensações de relaxamento e conforto



*As imagens utilizadas neste *poster* foram retiradas da Sala *Snoezelen* situada em Santana "Espaço Sentido" da SCMS , 2016