



**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS**

**RELATÓRIO DE EQUIVALÊNCIA AO MESTRADO EM  
PSICOLOGIA CLÍNICA**

**LAURA SUSANA TAVARES LEMOS**

**COIMBRA**

**2012**



**RELATÓRIO DE EQUIVALÊNCIA AO MESTRADO EM  
PSICOLOGIA CLÍNICA**

**LAURA SUSANA TAVARES LEMOS**

**COIMBRA**

**2012**

# RELATÓRIO DE EQUIVALÊNCIA AO MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

## RELATÓRIO DE EQUIVALÊNCIA AO MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Índice

1. Dados pessoais .....	4
2. Formação Académica .....	5
3. Atividade Clínica .....	8
4. Investigação .....	14
5. Actividade docente/Formação.....	21
6. Outras atividades profissionais.....	24
7. Outras formações.....	25
8. Reflexão Crítica.....	27
9. Bibliografia.....	30

## **1. Dados Pessoais**

### **Nome**

Laura Susana Tavares Lemos

### **Cartão de Cidadão**

10782995

### **Local e data de nascimento**

Coimbra, 4 de Março de 1976

### **Cédula Profissional (Ordem dos Psicólogos Portugueses)**

5990

### **Contactos**

966260855

laurastlemos@gmail.com

## **2. Formação Académica**

2.1 . Terminou a Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, no ano de 2009, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, com classificação final de 15 valores.

2.2 .Terminou a licenciatura em Psicologia, no ano de 2006, pelo Instituto Superior Miguel Torga, com a classificação de 15 valores.

2.3 . Terminou a licenciatura em História, variante de História da Arte, Ramo de Formação Educacional, no ano de 2001, pela Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, com a classificação final de 14 valores.

2.4 Formação em Psicologia Clínica e Neuropsicologia com a duração de 600 horas teóricas e incluindo, também, prática clínica supervisionada, no Instituto de Psicologia Aplicada e Formação de 2008 a 2010.

2.5 . No ano lectivo de 2003/2004 realizou estágio curricular na Psiquiatria Mulheres dos Hospitais da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Pio de Abreu, com a classificação final de 17 valores.

2.4.1. Sendo este um estágio integrante do segundo ano da licenciatura em Psicologia, é um estágio de observação pelo que as actividades a destacar serão a observação de consultas, o registo das consultas observadas, a discussão dos casos em acompanhamento observados pelas estagiárias, e participação em reuniões clínicas semanais onde eram discutidos casos clínicos e estratégias terapêuticas.

2.4.2. Realização de entrevistas a doentes para que os dados integrassem a história clínica e fossem objeto de discussão em posteriores reuniões com o orientador.

2.6 . No ano lectivo de 2004/2005 realizou estágio curricular na Comunidade Terapêutica Lua Nova, sob a orientação da Dra. Ana Mateus, com a classificação final de 17 valores.

A Comunidade Terapêutica Lua Nova acolhe mulheres toxicodependentes em tratamento grávidas e/ou com filhos até aos 10 anos. As utentes vão progredindo ao longo do processo de tratamento no sentido de uma progressiva autonomia com o objectivo da sua reinserção social. Outro dos grandes objectivos desta Instituição é a intervenção na relação materno infantil através da promoção de competências parentais e fomento de uma relação emocional adequada.

2.5.1. Realizou de consulta semanal com as utentes e posterior discussão clínica de cada um dos casos com a orientadora de estágio.

2.5.2. Participou na reunião comunitária semanal. Esta reunião era realizada com o objectivo de discutir questões pertinentes emergentes durante a semana e a progressão de cada uma das utentes dentro da casa.

2.5.3. Trabalho ao nível da relação precoce, das interações mãe/filho, promovendo o estabelecimento de laços afetivos e o aprender a cuidar; trabalho ao nível da tolerância à frustração, controlo da agressividade.

2.6. .No ano letivo de 2005/2006 realizou estágio curricular no Estabelecimento Prisional de Coimbra, sob a orientação da Mestre Dina Luís, com a classificação final de 19 valores.

2.6.1. Com o objetivo de avaliar a influência da participação em sessões de Dinâmicas de Grupo nos níveis de ansiedade da população reclusa, foram seleccionados, de acordo com um conjunto de critérios previamente definidos, um determinado nº de reclusos em que o tipo de crime e penas a cumprir apresentavam uma grande variabilidade. Os reclusos foram inicialmente sujeito a uma avaliação de modo a obter resultados sobre a ansiedade estado a ansiedade traço (STAY x e y), posteriormente procedeu-se a uma intervenção em grupo. As dinâmicas de grupo foram elaboradas de modo a trabalhar questões como a ansiedade e a gestão das emoções, o relacionamento interpessoal, a comunicação e capacidade de abertura, a flexibilização de crenças, pensamentos, avaliações. No final foi realizada uma segunda avaliação utilizando os mesmos instrumentos. Os resultados apontaram para

uma ligeira diminuição nos resultados da ansiedade estado o que nos permitiu concluir que a intervenção em grupo pode ser um instrumento importante para a diminuição da ansiedade em contexto prisional, no entanto, outros estudos serão necessários para resultados mais conclusivos.

2.6.2. Foi realizado o acompanhamento individual semanal a reclusos, sendo os casos posteriormente discutidos com a orientadora de estágio.

2.7. Voluntariado no Estabelecimento Prisional de Coimbra que permitiu dar continuidade à intervenção realizada em grupo bem como ao acompanhamento individual dos reclusos.

### **3. Atividade Clínica**

3.1. No ano lectivo de 2007/2008 desempenhou funções no Instituto de Psicologia Aplicada e Formação como Psicóloga Clínica onde acompanhou em consulta crianças e adolescentes.

3.1.1. Realizou avaliações psicológicas com recurso à WISC III, desenho da figura humana de Goodenough, Teste do Desenho da Família e ludodiagnóstico.

3.1.2. Realizou sessões de psicoterapia e ludoterapia.

3.2. Integrou o Projeto Psicoterapia nas Escolas através do Instituto de Psicologia Aplicada e Formação estando primeiramente colocada na Escola Básica Daniel de Matos em Poiães e, posteriormente, na Escola Secundária da Lousã anos lectivos de 2008/2009 e 2009/2010 respetivamente.

3.2.1. As problemáticas dominantes das crianças acompanhadas foram no âmbito das dificuldades de aprendizagem, quadros de ansiedade, quadros depressivos e comportamentos de oposição.

3.2.2. Realizou de avaliações a cada uma das crianças referenciadas sendo a WISC III, o Bar-i-lan, o Rorschach, o teste da Figura Humana de Goodenough o teste do desenho da família, o teste Toulouse Piéron, os instrumentos utilizados com maior frequência.

3.2.3. Realizou relatórios clínicos e técnico-pedagógicos elaborados por referência à Classificação Internacional de Funcionalidade para crianças e jovens (CIF-CJ). A CIF descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas com as condições de saúde, identificando o

que uma pessoa "pode ou não pode fazer na sua vida diária", considerando as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde vive (Farias, 2005). A avaliação é elaborada por uma equipa multidisciplinar que inclui professores, psicólogos, professores de educação especial, médicos. Segundo a OMS, a CID-10 e a CIF são complementares: a informação sobre o diagnóstico acrescido da funcionalidade fornece um quadro mais amplo sobre a saúde do indivíduo. Assim, duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionalidade, e duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade poderão ter diferentes condições de saúde (Farias, 2005).

Com o objetivo de planejar um sistema de educação flexível, pautado por uma política global integrada, que permita responder à diversidade de características e necessidades de todos os alunos, o decreto lei 3/2008 tornou a utilização da CIF uma obrigatoriedade na referenciação e avaliação de crianças em contexto escolar. Do relatório técnico -pedagógico constam os resultados decorrentes da avaliação, obtidos por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde, servindo de base à elaboração do programa educativo individual (decreto lei 3/2008).

3.2.4. Realizou de sessões de psicoterapia e ludoterapia tendo por base a referenciação e os resultados da avaliação.

3.3. Em colaboração com a Clínica Caminhos desempenhou funções no Externato Liceal de Albergaria dos Doze, no Serviço de Psicologia e Orientação desta escola, no ano lectivo de 2010/2011.

3.3.1. Acompanhou crianças do 5º ao 9º ano. Foi realizada avaliação psicológica sendo a WISC III, Toulouse Piéron, Figura Complexa de Rey, Bar-i-Lan, o Rorschach, o Inventário de Depressão Infantil , Teste

do Desenho da Família, os instrumentos mais utilizados na avaliação, como forma de complemento à entrevista complemento da entrevista.

3.3.2. Redigiu de relatórios clínicos com referência à CIF-CJ e elaborou Programas Educativos Individuais (PEI) com referência à CIF-CJ.

3.3.3. Contatou, também, com professores e encarregados de educação revelando-se este um instrumento fundamental na compreensão das problemáticas apresentadas pelos alunos bem como na intervenção, com a sugestão de estratégias para desenvolver quer na sala de aula quer em casa. De acordo com Sheridan e Gutkin (2000), a intervenção em contexto escolar tem tido resultados limitados pela ênfase no modelo biomédico. Estes autores defendem uma mudança para uma perspetiva ecológica em que o foco não está apenas no aluno sinalizado mas nos vários sistemas que afetam o seu desenvolvimento. A intervenção deve ter em conta os diferentes sistemas que afetam o desenvolvimento do sujeito para ser mais eficaz. Assim, pretendeu-se trabalhar em articulação com pais e professores de modo a contribuir para uma dinâmica mais funcional de cada um dos sistemas.

A intervenção clínica com o sujeito referenciado revelou-se, também, uma ferramenta fundamental na modificação de crenças e comportamentos disfuncionais contribuindo para uma maior sensação de bem-estar emocional, de ajustamento social e capacidade de relacionamentos interpessoais mais gratificantes.

3.3.4. Realizou sessões de orientação vocacional para os alunos do 9º ano através da realização de sessões de esclarecimento, entrevistas e da administração dos seguintes Instrumentos: Inventário de Interesses Profissionais (IPP) de Maria Victoria de la Cruz, versão portuguesa, que avalia os interesses dos adolescentes segundo 17 campos profissionais, tendo em conta as profissões e as tarefas que integram cada uma delas. Avalia o campo científico-experimental, científico-técnico, científico-sanitário, teórico-humanista, literário,

psicopedagógico, político-social, económico-empresarial, persuasivo-comercial, administrativo, desportivo, agropecuário, artístico-musical, artístico-plástico, militar-segurança, aventura-risco, mecânico-manual; California Occupational Preferences System (COPS) proposto por Knapp e Knapp em 1947 – versão portuguesa, um inventário de interesses vocacionais; Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD) desenvolvida pelo Prof. Doutor Leandro Almeida e validada para a população portuguesa. É constituída por 5 provas - raciocínio numérico, raciocínio verbal, raciocínio espacial, raciocínio analítico e raciocínio mecânico contribuindo para aferir as aptidões mais desenvolvidas em cada um dos sujeitos e que se espera contribuir para um melhor desempenho de determinada profissão (Almeida, 1992).

Os resultados foram devolvidos através da elaboração de um relatório que cruza os resultados dos diferentes instrumentos suportado, também, por entrevistas prévias e dinâmicas de grupo.

O desenvolvimento vocacional é um processo de aprendizagem ao longo da vida, com base nas relações, actividades, trabalho, que se inicia na primeira infância. Os interesses profissionais, a atração ou preferência por determinada atividade em detrimento de outras, tendem a estabilizar no final da adolescência e mantêm-se durante o período da maturidade (Bock, 2002).

No final do 9º ano o aluno terá, pela primeira vez, que realizar uma importante escolha, em termos de área de estudos, que influenciará o seu futuro percurso escolar/profissional. Assim, uma avaliação vocacional nesta fase será um instrumento muito importante que auxiliará no momento desta escolha e que proporcionará ao aluno um maior esclarecimento sobre as suas aptidões e interesses mas também sobre os diferentes percursos e ofertas formativas.

### 3.4. Realizou/realiza Clínica Privada

3.4.1. Realizou/realiza Clínica Privada desde Setembro de 2007 com crianças, adolescentes e jovens adultos. Neste contexto realiza avaliação psicológica e processos de intervenção psicoterapêutica.

3.5. Supervisão de Estágios do Mestrado em Psicologia Clínica em colaboração com o Instituto Superior Miguel Torga nos anos letivos de 2008/2009, 2009/2010, 2010/2011, 2011/2012.

3.5.1. A supervisão de estágio tem por objetivos a facilitação da compreensão da dinâmica do estágio e o acompanhamento e monitorização das actividades desenvolvidas. Pretende, também, servir como suporte didático-pedagógico e teórico. Assim, é realizada a supervisão dos casos acompanhados pelos alunos distribuídos pelas diferentes instituições acolhedoras de estágios curriculares, em sessões semanais de supervisão. Nestes seminários de supervisão os alunos apresentam casos clínicos que são alvo de discussão. Há também espaço para debate de temas teóricos relacionados com os locais de estágio e utilização de técnicas de role-play para casos práticos.

A avaliação é composta pelo desempenho do estagiário no local de estágio, participação nos seminários de supervisão e pela elaboração de dois relatórios de estágio, um por semestre de estudos, de acordo com uma estrutura pré-definida e comum a todos os alunos.

3.6. Realizou avaliação de Competências para Ingresso no 1º ciclo nos anos letivos de 2010/2011, 2011/2012 na Mondego Associação de Solidariedade Social, Instituição Particular de Solidariedade Social, e no ano letivo de 2011/2012 no Infantário de Eiras.

3.6.1. Realizou avaliação de crianças em idade pré-escolar, 5/6 anos através da administração das Provas de Diagnóstico Pré-Escolar, Desenho da Figura Humana de Goodenough e Desenho da Família.

- 3.6.2. Elaborou relatórios para as Educadoras de Infância e para os pais/encarregados de educação com a devolução dos resultados das avaliações e com sugestões de exercícios para estimular as competências menos desenvolvidas em cada uma das crianças.

#### **4. Investigação**

4.1. A partir de Setembro de 2010 teve a oportunidade de participar no Projeto Investigação: do Trajectórias do Envelhecimento: estudo dos factores preditivos do envelhecimento saudável e da demência.

4.1.1. Os objetivos deste projeto são avaliar a saúde física, cognitiva e emocional da pessoa idosa de modo a encontrar os indicadores de envelhecimento bem e mal sucedido. Com este estudo pretendemos obter informação útil para fazer a caracterização dos idosos sob resposta social do Concelho de Coimbra e, numa segunda fase, desenvolver programas de promoção de saúde e de reabilitação.

Este projeto teve início em Setembro de 2010 envolvendo docentes do Instituto Superior Miguel Torga e alunos do 1º e 2º ciclos de estudos em Psicologia.

Numa primeira fase, que se estendeu durante um ano letivo, foram avaliadas 22 Instituições num total de 476 idosos. Os instrumentos utilizados foram o GDS, GAI, PANAS, SWLS, IQCODE, NPI-Q, MMSE, MoCA, FAB, FIGURA DE REY, STROOP, FLUÊNCIAS, TESTE DO TEMPO E TROCO.

Pretendemos avaliar os idosos sob resposta social – Lar Residencial, Centro de Dia, Centro de Noite – nas dimensões cognitiva e emocional. Pretendemos, também, identificar os pródromos da deterioração cognitiva de modo a poder delinear estratégias de intervenção adequadas e identificar fatores protetores e fatores de risco no processo de envelhecimento.

Neste projeto a participou sobretudo na área da investigação do Bem-Estar-Subjetivo (BES) dos idosos em resposta social e em toda a fase de projeto, planeamento e execução.

Os resultados dos Censos 2011 indicam que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada por cada 100 jovens há hoje 129 idosos. As regiões do Alentejo e do Centro são

as que apresentam os valores mais elevados, respetivamente 179 e 164 (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

O processo de envelhecimento envolve mudanças no indivíduo que poderão conduzir ao declínio cognitivo e físico pelo que existe a necessidade de uma adaptação física, psicológica e social do indivíduo e da própria sociedade (Lima, 2010), ainda que na ausência doença, é normativa a presença de declínio de algumas competências. No entanto, existe também o declínio associado a algumas doenças características da idade adulta avançada, como por exemplo a Doença de Alzheimer.

O envelhecimento surge cada vez mais, como gerador de diversas investigações no sentido de melhor compreender esta etapa do ciclo vital. Como resposta ao progressivo envelhecimento populacional surge um interesse crescente na compreensão das necessidades do idoso, numa tentativa de aprofundar os conhecimentos sobre o processo de envelhecimento, desenvolvendo organizações no sentido de criar respostas sociais que possam colmatar as lacunas em termos de suporte para estes idosos (James & Wink, 2006). Por outro lado, o desenvolvimento das ciências tem proporcionado, de um modo geral, um prolongamento da vida dos indivíduos, inclusive dos indivíduos com doenças crónicas, o que conduzirá a um aumento das necessidades de cuidados de saúde dos idosos, tornando urgente desenvolver estratégias que possibilitem uma melhor qualidade de vida e o desenvolvimento de respostas sociais adequadas a estas realidades (Trincadeiro e col., 2009).

Quando não é possível contar com as redes de suporte primárias, por ausência ou indisponibilidade do cônjuge, filhos ou outros familiares, a institucionalização torna-se o caminho viável para assegurar os cuidados necessários a estes idosos.

De acordo com Cardão (2009), a institucionalização nesta etapa do ciclo vital poderá ser entendida como um duplo processo: como recurso a serviços sociais de internamento do idoso em lares, centros de dia e outras respostas sociais; e como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional. Esta nova realidade poderá marcar o encontro com um ambiente coletivo de regras que não têm em conta a

individualidade e a história de vida de cada idoso, um ambiente em que os recursos humanos são muitas vezes escassos para que a pessoa possa vivenciar qualitativamente todas as mudanças que está a experienciar. O direito à privacidade é de algum modo perdida, na medida em que todos os espaços são partilhados com pessoas com quem, na maior parte das vezes, não se estabelecem laços sociais íntimos profundos. A vida do idoso passa a ser organizada por outrem facilitando a falta de projeção no futuro e a marcada falta de objetivos. Desta forma, o ambiente institucional poderá não ser facilitador de um luto normal da perda do meio familiar. Neste contexto a pessoa idosa encontra-se face a face com a realidade da sua finitude voltando-se para os fantasmas da sua morte (Cardão, 2009).

Numa sociedade envelhecida a qualidade de vida do idoso passa ser um construto alvo de interesse e de diversos estudos. A qualidade de vida inclui essencialmente dois elementos – as condições de vida, que se referem ao conjunto dos fatores sócio demográficos, e as experiências de vida que influenciam a forma como o sujeito experiencia e avalia a sua vida. O construto Bem Estar Subjetivo (BES) corresponderá a esta avaliação que o sujeito faz da sua própria vida, sendo um dos componentes da qualidade de vida. O BES será, então, a reação avaliativa das pessoas à sua própria vida – quer em termos de satisfação com a mesma (avaliação cognitiva), quer em termos de afetividade (reações emocionais estáveis) (Diener e col, 2003). O BES integra uma dimensão cognitiva traduzida na satisfação que o sujeito tem com a sua própria vida e uma dimensão afetiva que corresponde às reacções emocionais positivas ou negativas (Simões e col, 2001). A afetividade positiva é a tendência para experimentar emoções agradáveis, como alegria, felicidade, entusiasmo, a afetividade negativa é a tendência para experimentar sentimentos e emoções desagradáveis, como tristeza, ansiedade, culpabilidade (Simões e col, 2000). Assim, para avaliar estes construtos foram escolhidos os seguintes instrumentos: Satisfaction With Life Scale (SWLS) e Positive Affect Negative Affect Scale (PANAS). Pretendemos avaliar os níveis de BES dos idosos que frequentam as diferentes respostas sociais das IPSS do Concelho de Coimbra e cruzá-los com variáveis sócio demográficas,

declínio cognitivo, níveis de ansiedade, estados depressivos e tipo de resposta social que frequentam.

Em termos de resultados do nosso estudo, numa amostra de 476 idosos, pudemos até este momento concluir que, no que diz respeito ao declínio cognitivo, avaliado pelo MMSE, os resultados foram estratificados por idade e escolaridade, sendo de sublinhar que 46% da população é analfabeta e 39% tem a escola primária. 62% dos idosos avaliados têm entre 72 e 85 anos. Com os resultados da avaliação através do MMSE foi possível concluir que 13,5 dos idosos apresentam déficit cognitivo. De acordo com os resultados do SWLS, 51% dos idosos terá uma alta ou muito alta satisfação com a vida enquanto que 49% terá uma moderada ou baixa satisfação com a vida. Relativamente ao PANAS, e de acordo com a subescala de Afeto Negativo, 48% dos idosos avaliados terá um nível de afeto negativo alto ou muito alto e, de acordo com a subescala de Afeto Positivo 50% terá um nível de afeto positivo baixo ou moderado. Os resultados do GDS sugerem que 68% dos idosos apresenta depressão e destes, 14% terá depressão grave.

Os sintomas depressivos são muito frequentes entre a população idosa. Prevê-se que em 2020 a depressão seja a segunda doença mais prevalente, apenas suplantada pelas doenças coronárias. À medida que a população envelhece haverá tendência para aumentar o número de sintomas depressivos (Chapman & Perry, 2008).

Carr & Shephard (2003) concluíram que o declínio cognitivo pode ser acelerado pela ocorrência de depressão. Muitos idosos com declínio cognitivo sofrem de humor depressivo, que afeta negativamente as atividades da rotina diária e a qualidade de vida, agravando ainda mais o prejuízo cognitivo (Okumiya e col., 2005 cit in Tavares e col., 2009). Os resultados de um estudo de Wilson e colaboradores (2002) sugerem que os sintomas depressivos são preditores de declínio cognitivo.

Um estudo de Schaie e Willis (1993, cit in Vaz Serra, 2006) pretendeu analisar o funcionamento intelectual de 1628 indivíduos entre os 29 e os 88 anos com um grau de instrução elevado, bom emprego e vencimentos médios concluindo que o avançar da idade leva a um declínio que se inicia

por volta dos 50 anos. Este declínio afeta sobretudo o raciocínio indutivo, a orientação espacial, a memória verbal e a velocidade perceptiva. Por volta dos 70 anos surgem diferenças nas aptidões numéricas e verbais. A partir dos 80 anos o desempenho declina em todo o tipo de tarefas.

A autonomia nas atividades de vida diária e atividades cognitivamente estimulantes parecem ser preditores de manutenção de um bom desempenho cognitivo (Shaie 2005).

A reabilitação cognitiva poderá surgir como uma mais valia nos idosos que progressivamente perdem as suas aptidões cognitivas.

Um estudo de 2009 pretendeu implementar um programa de reabilitação cognitiva num grupo de 5 idosos, em 22 sessões com a frequência de duas vezes por semana, com a duração de cerca de uma hora. Assim, procedeu-se a uma avaliação prévia através do Mini Exame do Estado Mental e Escala de Depressão Geriátrica. Após a implementação do programa de intervenção os idosos foram avaliados com os mesmos instrumentos. O programa de reabilitação cognitiva consistiu em atividades lúdicas, dinâmicas e práticas de tarefas direcionadas à estimulação de determinados processos cognitivos, principalmente da memória e atenção. Com este estudo foi possível concluir que em relação à capacidade cognitiva geral a maioria dos participantes apresentou aumento ou manteve seu nível de desempenho após as intervenções (Tavares e col. 2009).

Estudos recentes apontam para que exercícios semanais de estimulação cognitiva em idosos tais como a resolução de problemas e jogos de memória, aumentam o bem estar psicológico daqueles que os praticam. O envolvimento em atividades estimulantes, o treino cognitivo e atividades intelectuais estarão associadas a um menor risco de declínio cognitivo e também a um menor risco de desenvolver a doença de Alzheimer (Schaie, 2005).

Diversas investigações sugerem que quando estamos na presença de uma demência um programa de reabilitação cognitiva poderá recuperar algumas das funções afetadas como a memória, atenção, concentração, praxias e as funções executivas. Na ausência de um tratamento que possa curar ou reverter a deterioração causada pela demência, os tratamentos disponíveis, atualmente, procuram minimizar sintomas cognitivos e comportamentais

através de medicação e técnicas cognitivas de reabilitação, melhor estruturação do ambiente, e também por meio de grupos informativos para pacientes e familiares (Ávila & Miotto, 2002).

A reabilitação cognitiva com doentes de Alzheimer tem como objetivo capacitar pacientes e familiares a lidarem melhor com os prejuízos causados pela doença, fazendo com que estes passem a ter uma vida melhor, com menos rupturas nas atividades de vida diária propiciando tanto melhora das funções cognitivas, como da qualidade de vida (Wilson, 2004; Botino e col, 2002).

Depois da primeira fase de avaliação, e identificados os idosos com declínio cognitivo, tornou-se pertinente criar um plano de intervenção com o objetivo de promover as aptidões cognitivas dos idosos, pretendendo ter impacto na sua qualidade de vida que poderá influenciar os seus níveis de BES. Assim, procedemos à elaboração de um programa de reabilitação cognitiva para administrar aos idosos que integraram a primeira fase do estudo e cujos resultados da avaliação indicaram declínio cognitivo. Neste sentido, está a ser elaborado um programa de reabilitação cognitiva que pretende promover a atenção, linguagem, memória, praxias, e funções executivas. Neste plano de intervenção pretendemos também integrar exercícios no âmbito da terapia orientada para a realidade (TOR) e a terapia da reminiscência. A TOR tem como objetivo apresentar dados da realidade ao sujeito de forma organizada e contínua, criando estímulos ambientais que facilitem a orientação. Não se pretende promover apenas a orientação espácio-temporal mas também promover a comunicação, a interação social e treino de competências cognitivas adequadas às dificuldades do idoso (Bottino, 2002). A terapia de reminiscência será uma variação da TOR, e terá como objetivo estimular o resgate de informações e emoções através de figuras, fotografias, músicas, jogos e outros estímulos relacionados com o passado dos sujeitos (Fraser, 1992 cit in Bottino, 2002).

O programa está a ser construído com o objetivo de ser aplicado em pequenos grupos, de cinco/seis elementos, ao longo de dez sessões semanais com a duração de cerca de 60 minutos.

O objetivo deste programa será a reabilitação cognitiva dos idosos com deterioração cognitiva promovendo as suas capacidades cognitivas e autonomia funcional e a promoção de maiores níveis de BES.

Pretendemos, também, perceber se existe variação em cada um dos construtos avaliados em função da participação nas sessões de reabilitação cognitiva. Deste modo, após o período de intervenção, os idosos serão sujeitos a uma reavaliação. Será constituído um grupo de controlo a quem serão administrados os instrumentos de avaliação nos dois momentos mas que não participarão no programa de reabilitação cognitiva.

## 5. ATIVIDADE DOCENTE/FORMAÇÃO

5.1. Leccionou diversas Unidades Curriculares no 1º ciclo de Psicologia, 1º ciclo de Gestão de Recursos Humanos, 1º ciclo de Serviço Social no Instituto Superior Miguel Torga.

5.1.1. No ano letivo de 2011/2012 realizou/realiza supervisão de Estágios do Mestrado em Psicologia Clínica (turma ISMT), Supervisão de Estágios do Mestrado em Psicologia Clínica (turma ISMT/IPL) e leccionou/lecciona as Unidades Curriculares de História da Psicologia, Psicologia do Desporto, Psicologia da Personalidade, Psicologia da Arte e Performance no Instituto Superior Miguel Torga.

5.1.2. No ano letivo de 2010 /2011 realizou Supervisão de Estágios do Mestrado Psicologia Clínica (turmas ISMT) Supervisão de Estágios do Mestrado Psicologia Clínica (turma ISMT/IPL) no Instituto Superior Miguel Torga. Leccionou as Unidades Curriculares de Psicologia da Personalidade (regimes diurno e noturno), História da Psicologia (regimes diurno e noturno), Psicologia da Saúde (regimes diurno e noturno), Psicologia da Sexualidade, Psicologia da Arte e Performance no Instituto Superior Miguel Torga.

5.1.3. No ano letivo de 2009/2010 realizou Supervisão de Estágios do Mestrado Psicologia Clínica (turmas ISMT) Supervisão de Estágios do Mestrado Psicologia Clínica (turma ISMT/IPL). Leccionou as Unidades Curriculares de

Psicologia da Personalidade (regimes diurno e noturno),  
Psicologia Social (regimes diurno e noturno) no Instituto  
Superior Miguel Torga.

5.1.4. No ano letivo de 2008/2009 realizou Supervisão de  
Estágios do Mestrado Psicologia Clínica (turmas ISMT)  
Supervisão de Estágios do Mestrado Psicologia Clínica  
(turma ISMT/IPL). Leccionou a Unidade Curricular de  
Psicologia Social no Instituto Superior Miguel Torga.

5.1.5. No ano letivo de 2007/2008 leccionou a Unidade  
Curricular de Saúde Mental e Psicopatologia no Instituto  
Superior Miguel Torga.

5.2. Desenvolveu atividades de formação, no âmbito da Psicologia, dirigidas a  
diferentes públicos-alvo:

5.2.1. Em 2009 desenvolveu a ação de formação Relacionamento  
Empático Afectivo e Processo de comunicação –  
comportamentos comunicacionais e comunicação  
pedagógica da criança (100h) - EFA N Básico Acção  
Educativa em colaboração com a Cruz Vermelha  
Portuguesa – Delegação de Pereira.

5.2.2. Em 2009 desenvolveu a ação de formação Saúde Mental  
na 3ª idade (25h) – UFCD – em colaboração com a  
Associação Maria Luísa Ruas.

5.2.3. Em 2008/2009 desenvolveu a ação de formação  
Desenvolvimento Pessoal e Social (75h) - RE-Acção – em  
colaboração com a Cruz Vermelha Portuguesa –  
Delegação de Pereira.

- 5.2.4. Em 2008/2009 desenvolveu a ação de formação Desenvolvimento Pessoal e Social (125h) - Pré-Ação – em colaboração com a Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Pereira.
- 5.2.5. Em 2008 realizou a ação de formação Desenvolvimento Pessoal e Social de Cadetes em regime de voluntariado dirigido aos Bombeiros Voluntários de Brasfemes.
- 5.2.6. Em 2003/2004 desenvolveu os módulos Desenvolvimento Infantil e Relacionamento Empático Afectivo (110h); Comportamentos adequados a hábitos de independência progressiva da Criança (50h); Atitudes Educativas (40h); Cuidados Primários de Saúde da Criança (30h); Nutrição, Higiene e Repouso (20h) - EFA N Básico - Acompanhante de crianças em colaboração com a Associação Fernão Mendes Pinto.

## **6. OUTRAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS**

- 6.1. No ano letivo de 2011/2012 realizou a Coordenação dos Estágios do Mestrado Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga.
- 6.2. No ano letivo de 2010/2011 realizou a Coordenação dos Estágios do Mestrado Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga.
- 6.3. No ano letivo de 2009/2010 realizou a Coordenação dos Estágios do Mestrado Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga.

## 7. OUTRAS FORMAÇÕES

Ao longo dos anos participou em algumas ações de formação bem como na organização de outras. Destas poder-se-ão destacar as mais relevantes nos últimos 3 anos:

7.1. Em 2011 participou na organização das **1as Jornadas de Investigação** do 2º ciclo em Psicologia do ISMT.

7.2. Em 2011 participou na organização do Ciclo de Conferências: **Psicologia do Século XXI: Contextos Práticos de Intervenção** – ISMT – com as seguintes temáticas:

7.2.1. Intervenção na Crise com a participação da Dr.ª Sara Rosado; Psicóloga Clínica – INEM;

7.2.2. Psicologia do Crime: Vertentes de prevenção e reabilitação em indivíduos com comportamento anti-social com a participação do Prof. Doutor Daniel Rijo - Professor e investigador da FPCE da Universidade de Coimbra; Investigador do projecto “Gerar percursos sociais”, financiado pela FCT;

7.2.3. Mindfulness: O que é e qual a sua utilidade para a Psicologia Clínica? Com a participação do Prof. Doutor José Pinto Gouveia Prof. Catedrático da FPCE da Universidade de Coimbra; Presidente da Associação Portuguesa para o Mindfulness.

7.3. Em 2011 participou na organização do Simpósio: o **Psicólogo do Desporto** – várias visões com a participação do Professor Doutor Jorge Silvério – ISMT.

- 7.4. Participou no Simpósio **Sexualidade na Terceira Idade** com a participação do Professor Doutor Júlio Machado Vaz – ISMT.
- 7.5. Participou nas Jornadas “**Ser Idoso Hoje - Saúde Mental e Qualidade de Vida da Pessoa Idosa**” – CSLB Alvaiázere.
- 7.6. Em 2009 participou na organização da Conferência: **CIF** – Classificação internacional de Funcionalidade com a participação do Coordenador da Direcção Regional de Educação de Coimbra - ISMT
- 7.7. Em 2009 participou no Seminário de **Psicopatia** com a participação do Professor Doutor Rui Abrunhosa Gonçalves - Bloco Mental.
- 7.8. Em 2009 participou no Workshop **Demências** promovido pela Faculdade de Ciências Médicas UNL.
- 7.9. Em 2009 realizou formação sob a temática **CIF** – Classificação internacional de Funcionalidade – IPAF.

## 8. REFLEXÃO

Após a conclusão da licenciatura em Psicologia tive oportunidade de iniciar a prática clínica num consultório privado o que me permitiu colocar em prática conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso académico. Permitiu-me também entrar em contacto com algumas inseguranças e lacunas, próprias de quem se inicia numa atividade profissional, pelo que recorri a formação complementar em Psicologia Clínica e Supervisão Clínica. A atividade clínica foi, desde então, uma componente relevante no meu percurso profissional permitindo desenvolver competências no âmbito da avaliação psicológica, técnicas de entrevista, formulação de casos clínicos e intervenção terapêutica. A prática de clínica privada possibilitou-me o contacto com diversos quadros psicopatológicos dotando-me da capacidade prática de avaliação e intervenção.

O trabalho na área clínica não se limitou à clínica privada tendo sido, também, realizado nas diferentes escolas onde tive oportunidade de trabalhar. Este foi, a meu ver, um trabalho muito enriquecedor, em que tive como função, sobretudo, o acompanhamento de crianças sinalizadas por pais, professores, médicos. O trabalho de intervenção numa escola é um trabalho necessariamente em articulação com pais, professores e outros profissionais de modo a proporcionar as melhores condições para um desenvolvimento equilibrado da criança.

No contexto escolar é-nos permitido tomar contacto com as mais diversas problemáticas provenientes dos mais diversos níveis sócio-económicos. O acompanhamento clínico destes alunos surge como um momento fulcral pois, apesar de as referências serem sobretudo devido a dificuldades de aprendizagem, o que verificamos na avaliação e acompanhamento é que predominam os problemas emocionais que “indisponibilizam” estas crianças para investimentos académicos. A proveniência de meios familiares desestruturados é uma variável comum a muitas crianças e adolescentes contribuindo de forma significativa para algumas das patologias que nos surgem recorrentemente.

As perturbações de ansiedade e as perturbações de oposição são patologias que surgem com muita frequência para o Psicólogo que trabalha em contexto escolar. Não só o trabalho em consulta com a criança/adolescente é importante, mas também o trabalho com os adultos significativos e professores, sobretudo nos casos de perturbações de oposição, de modo a

trabalhar estratégias para estabelecer regras e limites e motivar o investimento em atividades construtivas.

A supervisão de estágios do Mestrado em Psicologia Clínica permitiu o acompanhamento clínico do trabalho dos alunos nas diferentes instituições acolhedoras de estágio. O supervisor acompanha problemáticas diversas trazidas pelos alunos estagiários e que são alvo de discussão em contexto de seminário. Um outro objetivo da supervisão é o trabalho de questões teóricas pertinentes para os diferentes locais de estágio e sugestão bibliográfica. Ao longo das sessões pretende-se a promoção de competências de avaliação psicológica, técnicas de entrevista, formulação de casos clínicos e Intervenção terapêutica.

. O acompanhamento dos diferentes alunos e problemáticas exige ao supervisor um grande trabalho de atualização e domínio de diferentes temáticas, pelo que é um trabalho muito enriquecedor e exigente.

O gosto pela área dos idosos, para o qual contribuiu o trabalho prévio realizado em Instituições Particulares de Solidariedade Social do Concelho de Coimbra, levou-me a integrar o Projeto Trajectórias do Envelhecimento do Instituto Superior Miguel Torga/Cepese.

A atividade docente foi um ponto muito relevante do meu percurso profissional. A minha primeira experiência na área da docência foi no âmbito da primeira formação académica e desde logo me despertou o gosto pela pesquisa, construção e transmissão de conhecimentos. Posteriormente enveredei pela área de Educação de Adultos e Formação de Jovens na área da Psicologia, nomeadamente na área do desenvolvimento infantil, na área do desenvolvimento pessoal e na área da Psicogeriatría. Desde o ano letivo de 2007/2008 que o meu maior investimento profissional se centra no Instituto Superior Miguel Torga através da lecionação de diferentes unidades curriculares da área da Psicologia. Esta atividade contribuiu para pesquisas de carácter científico que me permitiram uma progressiva atualização e um cada vez mais sólido domínio de diversas problemáticas, e para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao longo do meu percurso profissional mantive sempre contato com a atividade clínica pois penso que para um psicólogo, professor de alunos de nível superior, é fundamental o contato com os pacientes de modo a ligar a teoria à prática. Esta foi, a meu ver, uma dinâmica

importante que contribuiu de forma significativa para o meu crescimento em ambas as esferas da minha atividade profissional.

Assim, venho submeter a apreciação o meu percurso profissional, bem como os meus conhecimentos teórico-práticos, com o objetivo de vir a obter equivalência ao grau Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto Superior Miguel Torga.

## 9. BIBLIOGRAFIA

Almeida, L. (2003). Psicologia escolar em Portugal. In S. N. Jesus (Ed.), *Psicologia em Portugal. Balanços e Perspectivas*. Coimbra: Quarteto.

Almeida, L. (1992). Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD). Braga: Edipsico

Almeida, L. (1992). Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD) – Manual. Braga: Edipsico

Ávila, R, Miotto, E. (2002). Reabilitação Neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria clínica*. São Paulo, v. 29, n. 4, p. 190-196.

Bock, S. (2002). Orientação profissional. S. Paulo: Cortez Editora.

Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez, A., Ávila, R. (2002) Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Neuropsiquiatria* 60 (1): 70-9.

Cardão, S. (2009). O idoso institucionalizado. Lisboa: Coisas de Ler.

Carr, J., Shephard, R. (2003). “Stroke Rehabilitation –guidelines for exercise and training to optimize motor skill”. Butterworth Heinemann eds. Elsevier Lda.

Chapman, D., Perry, G. (2008) Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Diseases* Jan;5(1):A22.

Diener, K., Diener, E., Schwarz, N. (2003). Well-being – The foundations of hedonic Psychology. New York: Kahneman Diener Schwarz Editors.

Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. *Cadernos Climepsi de Saúde* nº 4. Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A, Seabra- Santos M.J e Gaspar, M.F (2007). *Psicologia e educação novos e velhos temas*. Coimbra: Almedina.

Fonseca, V. (1999). Insucesso escolar: Abordagem Psicopedagógica das DA. Lisboa: Editorial Âncora.

Fonseca, V. (2001). Educação Especial – programa de intervenção precoce. Lisboa: Editorial Notícias

Instituto Nacional de Estatística.(2011). Censos 2011 – Resultados Provisórios. (consultado em 15-12-2011 em [www.ine.pt](http://www.ine.pt))

James, J. B. e Wink, P. (2006). The third age: a Rationale for research. *Em: Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 26, pp. xix-xxxii. Springer Publishing Company.

Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N. (1999). Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology. New York: Russel Sage Foundation.

Leitão, L., Miguel, J. (2001). Interesses revisitados. *Psicológica*, 26: 79-104.

Lima, M. (2007). Orientação Profissional. São Paulo: Vetor Editora.

Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Savickas, M. (2005). The theory and practice of career construction. In S. Brown & R. Lent (Eds.), *Career Development and Counseling: Putting Theory and Research to Work*. Hoboken, NJ: Wiley.

Schaie, K. W. & Willis, S. L. (1996). *Psychometric intelligence and aging*. New York: McGraw Hill.

Sheridan, S., & Gutkin, T. (2000). The ecology of School Psychology: Examining and changing our paradigm for the 21st Century. *School Psychology Review*, 29(4), 485-502.

Simões, M. (1983). Sobre a utilização de testes psicológicos: recenseamento de algumas posições. *Revista portuguesa de pedagogia*, 17, 91-127.

Simões, M. (1986). Métodos de avaliação comportamental em crianças.. *Revista portuguesa de pedagogia*, 18, 247-283.

Tavares, L., Takase, E., Chaves, A., Schmidt, B., Guidoni, B. Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas. *Revista Digital – Buenos Aires* vol. 13, nº 129, 2009.

Trincadeiro, M., Lopes, N. e Marques, S. (2009). Cuidados continuados: Evoluir no cuidar. *Hospitalidade*, ano 73 nº284, pp. 12 – 17. Lisboa: Instituto São João de Deus.

Vaz Serra, A. (2006). Que significa envelhecer? In Horácio Firmino. *Psicogeriatría* (pp 21-33). Coimbra: Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Wilson, R. S., Mendes de Leon, C. F., Bennett, D. A., Bienias, J. L. & Evans, D. A. (2004). Depressive symptoms and cognitive decline in a community population of older persons. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 75, 126-129.