



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

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM ADULTOS MAIS VELHOS EM
CONTEXTO MILITAR**

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

Autora: Fernanda Maria dos Santos Barra

Orientadora: Professora Doutora Maria Odete das Neves Fernandes dos Santos Nunes

Número da candidata: 30002463

Setembro de 2024

Lisboa

Agradecimentos

A conclusão deste relatório é o resultado de uma longa caminhada, que parece ter sido iniciada ontem. Tal só foi possível graças a quem comigo, de forma direta ou indireta, fez parte dela. Como tal, expresso aqui os meus agradecimentos. Em primeiro lugar à minha orientadora, Professora Doutora Odete Nunes, por todo o apoio e compreensão num momento tão difícil da minha vida. Agradeço também a todos os professores que me acompanharam nesta jornada: Professores Doutores: Luísa Ribeiro, Pedro Almiro, Rute Brites, Tito Laneiro, e a toda a restante equipa docente em geral, não só pelos conhecimentos partilhados, mas também pela forte componente humana. Agradeço ainda ao Professor Doutor João Hipólito, com quem tive a sorte de me cruzar, pela partilha de conhecimento e serenidade próprias de um grande mestre. Dirijo ainda um agradecimento especial ao neuropsicólogo do meu local de estágio.

Como esta caminhada não seria possível sem os colegas, agradeço, em particular ao Miguel, à Nadir, ao Gabriel, à Eugénia, ao Alex, ao Nuno e a todos os que caminharam a meu lado, não esquecendo os que ficaram pela licenciatura, como sejam a Iolanda e o Manel, amigos que levo para a vida, mesmo que esta se encarregue de nos distanciar. Um agradecimento especial aos colegas que foram delegados de turma, pois deram muito do seu tempo em prol de todos nós.

*“Porque os homens são anjos nascidos sem asas, é o que há de mais bonito,
nacer sem asas e fazê-las crescer”.*

José Saramago

Resumo

O presente relatório resulta do estágio curricular realizado numa Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) na região de Lisboa e Vale do Tejo. Considera-se adulto mais velho a pessoa com sessenta anos ou mais em países desenvolvidos e com sessenta e cinco anos ou mais em países em desenvolvimento. O envelhecimento populacional global implica novas exigências, desde a saúde física e emocional até aos cuidados de longa duração. As mudanças nas dinâmicas familiares nas últimas décadas, dificultam o cuidado dos idosos pelos seus filhos, aumentando a necessidade recorrer a estruturas de apoio especializadas como as ERPI. O psicólogo clínico é essencial nesta faixa etária, marcada pela prevalência de condições como ansiedade, depressão, luto, demência, doença de Alzheimer (DA) e doença de Parkinson (DP). O acompanhamento psicológico e a estimulação cognitiva (EC) são fundamentais para apoiar a regulação emocional e retardar o declínio cognitivo. A avaliação psicológica (AP) permite identificar o estado mental e emocional, orientando a definição de planos terapêuticos. Este relatório apresenta uma revisão do estado da arte, a apresentação de instrumentos utilizados AP e a análise de dois casos de EC e um caso de acompanhamento psicológico, enquadrado na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Destaca o papel fundamental do psicólogo clínico neste contexto.

Palavras-chave: Adulto mais velho, avaliação psicológica, estimulação cognitiva, acompanhamento psicológico, Abordagem Centrada na Pessoa.

Abstract

This report results from a curricular internship carried out in a nursing home located in the Lisbon and Tagus Valley region. Older adults are defined as individuals aged sixty or over in developed countries and sixty-five or over in developing countries. Global population ageing poses new challenges, including physical and emotional health needs and long-term care requirements. Shifts in family dynamics over the past few decades have significantly reduced the capacity of children to provide care for their ageing parents, thereby amplifying the demand for specialized support structures such as nursing homes. The clinical psychologist plays a pivotal role in this population, which is characterized by a high prevalence of conditions such as anxiety, depression, grief, dementia, Alzheimer's disease (AD), and Parkinson's disease (PD). Psychological support and cognitive stimulation (CS) are essential for promoting emotional regulation and delaying cognitive decline. Psychological assessment (PA) is equally important in identifying mental and emotional states guiding the definition of therapeutic plans. This report presents a review of the current literature, an overview of the instruments employed in psychological assessment (PA), and an analysis of two cognitive stimulation (CS) cases and one psychological support case, framed within the Person-Centred Approach (PCA). It underscores the critical role of the clinical psychologist in this setting.

Keywords: Older adult, psychological assessment, cognitive stimulation, psychological counselling, Person-Centred Approach.

Índice

Agradecimentos.....	II
Resumo.....	IV
Abstract	V
Lista de Siglas	IX
Introdução.....	11
I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E REVISÃO DE LITERATURA	13
1. CONCETUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	14
1.1. Contextualização da Instituição do local de estágio	14
1.2. A Unidade de Psicologia da Instituição.....	15
1.3. As Funções dos Psicólogos na Unidade de Psicologia.....	16
1.4. População Alvo.....	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO ADULTO MAIS VELHO: Revisão de Literatura.....	17
2.1. O Adulto Mais Velho	17
2.2. O Processo de Envelhecimento	22
2.3. Mortalidade e Morbilidade no Adulto Mais Velho	25
2.4. Discriminação pela Idade: “O Idadismo”	26
3. A PSICOLOGIA DO ENVELHECIMENTO	29
3.1.1. Envelhecimento Bem Sucedido	30
3.1.2. Envelhecimento Ativo.....	32
3.1.3. Teoria da Gerotranscendência	33
3.1.4. Envelhecimento Saudável	35
3.2. O Papel do Psicólogo no Envelhecimento.....	35
3.3. A Saúde Mental do Adulto Mais Velho	37
4. AS DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS	41
4.1. Perturbações Neurocognitivas à Luz do DSM-V-TR: Demência e Défice Cognitivo 41	
4.1.1. <i>Delirium</i>	43
4.1.2. Síndromes de Perturbação Neurocognitivas Major e Ligeiras.....	43
a) Perturbações Neurocognitivas Major.....	43
b) Perturbações Neurocognitivas Ligeiras	44
4.2. Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira – Subtipos:.....	45
a) Devida a Doença de Alzheimer	45
b) Devida a PNC Frontotemporal Major ou Ligeira	47
c) Com Corpos de Levy	47

d) PNC Vascular Major ou Ligeira	48
e) Devida a Doença de Parkinson	48
f) Devida a Doença de Huntington (DH).....	49
g) Devida a Outra Condição Médica.....	50
h) Devida a Múltiplas Etiologias.....	50
i) Devida a uma Etiologia Desconhecida	50
j) PNC Não Especificada.....	50
5. A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA NO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO	51
6. DESENVOLVIMENTO PSICO-AFETIVO	55
PARTE II - O ESTÁGIO INTERVENÇÃO.....	57
7. PLANO DE ESTÁGIO.....	58
7.1. Objetivos.....	58
7.2. Prática Clínica.....	59
7.3. Horário de Estágio	60
7.4. Atividades Desenvolvidas	61
7.5. Observação	61
7.6. Atividades realizadas autonomamente sob supervisão.....	61
7.6.1. Rastreios Cognitivos	61
7.6.2. Acompanhamento Psicológico.....	62
7.6.3. Avaliação Psicológica/Neuropsicológica.....	62
7.6.4. Estimulação cognitiva	72
7.6.5. Estimulação cognitiva em grupo	73
7.6.6. Estimulação cognitiva individual	74
7.6.7. Reuniões de supervisão clínica	74
7.6.8. Outras atividades desenvolvidas no estágio	75
8. CASOS CLÍNICOS	77
8.1. Caso 1-Estudo de um caso de estimulação/reabilitação cognitiva	77
8.1.1. Identificação e dados biográficos	77
8.1.2. Motivo do pedido	77
8.1.3. Entrevista clínica	77
8.1.4. Observação e exame do estado mental.....	77
8.1.5. Amanese	77
8.1.6. História da doença atual	78
8.1.7. Anamnese médica em geral.....	79

8.1.8.	Avaliação Psicológica	79
8.1.9.	Plano de intervenção	80
8.1.10.	Avaliação Psicológica-Reavaliação.....	81
8.1.11.	Análise clínica do caso	82
8.2.	Caso 2-Avaliação psicológica – Estudo de caso cliente C.C.	83
8.2.1.	Identificação e dados biográficos	83
8.2.2.	Motivo do pedido	83
8.2.3.	Entrevista clínica e anamnese	83
8.2.4.	Observação e exame do estado mental.....	84
8.2.5.	Anamnese	84
8.2.6.	História da doença atual	85
8.2.7.	Anamnese médica em geral.....	85
8.2.8.	Avaliação Psicológica	86
8.2.9.	Análise e discussão clínica do caso.....	87
8.2.10.	Reflexão final do caso	87
8.3.	Caso 3-Acompanhamento Psicológico – Estudo de caso cliente M.F.	88
8.3.1.	Identificação e dados sociodemográficos.....	88
8.3.2.	Motivo do pedido	88
8.3.3.	Entrevista clínica e anamnese	88
8.3.4.	Anamnese da doença atual:	89
8.3.5.	Anamnese médica em geral:	89
8.3.6.	Anamnese biográfica:.....	89
8.3.7.	Genograma	91
8.3.8.	Acompanhamento psicológico	91
8.3.9.	Descrição de algumas sessões	92
8.3.10.	Análise e discussão clínica	99
8.3.11.	Reflexão pessoal do caso	102
PARTE III - CONCLUSÃO		104
9. DISCUSSÃO E REFLEXÃO FINAL		105
Referências Bibliográficas		108

Lista de Siglas

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
ANP	Avaliação Neuropsicológica
AP	Avaliação Psicológica
APA	American Psychiatric Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
BSI	Brief Symptom Inventory
CE	Comunidade Europeia
COVID-19	Coronavírus Disease
DA	Doença de Alzheimer
DCL	Demência com Corps de Lewy
DFT	Demência Frontotemporal
DH	Doença de Huntington
DGS	Direção Geral de Saúde
DH	Doença de Huntington
DND	Doença Neurodegenerativa
DP	Doença de Parkinson
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DR	Diário da República
DV	Demência Vascular
EC	Estimulação Cognitiva
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
EUROSTAT	Gabinete de Estatísticas da União Europeia
GDS	Geriatric Depression Scale

HTA	Hipertensão Arterial
INE	Instituto Nacional de Estatística
MMSE	Mini Mental State Examination
MoCa	Montreal Cognitive Assessement
OCDE	Organização para a Economia, Cooperação e Desenvolvimento
ONU	Organização das Nações Unidas
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
PNC	Perturbações Neurocognitivas
PNS	Plano Nacional de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TCFCR	Teste de Cópia de Figuras Complexas de Rey
TR	Teste do Relógio
TCE	Traumatismo Crânioencefálico
UE	União Europeia
WHO	World Health Organization

Introdução

O presente relatório reflete a prática clínica supervisionada desenvolvida durante o último ano do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento na Universidade Autónoma de Lisboa, realizada numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) na região de Lisboa e Vale do Tejo.

A Psicologia Clínica é uma especialidade que oferece cuidados de saúde mental e comportamental contínuos e abrangentes para indivíduos, casais, famílias e grupos (APA, 2024). O estágio curricular é parte integrante da formação em Psicologia Clínica e de Aconselhamento e tem como principal objetivo a introdução à prática profissional de forma supervisionada, neste caso concreto, no atendimento a uma população constituída por adultos mais velhos, dos quais cerca de 80% são mulheres. O estágio teve uma duração de 424,30 horas de trabalho direto e outras tantas, não contabilizadas, de trabalho indireto constituído por revisão de literatura, pesquisas e elaboração de material para as sessões de estimulação cognitiva individual e em grupo. Proporcionou a integração, aplicação e consolidação de conhecimentos teóricos e práticos, e promoveu o desenvolvimento de competências essenciais para o exercício independente da profissão no futuro.

Trabalhar com idosos requer conhecimento específico da idade avançada (APA, 2014). Assim como das doenças que tendem a prevalecer com o aumento da idade, nomeadamente a demência (Weller & Budson, 2018; Nichols & Vos, 2021). De acordo com Fiorillo & Gorwood (2020), a recente pandemia COVID-19 (coronavírus disease 2019), afetou não só a saúde física, mas também a mental do adulto mais velho. A experiência permitiu compreender as especificidades e desafios associados ao trabalho com esta população específica, incluindo aspetos relacionados com a saúde mental, a promoção do bem-estar e a intervenção psicológica.

A primeira parte deste relatório inclui uma revisão da literatura, com o objetivo de contextualizar o envelhecimento em Portugal e no mundo, as principais teorias acerca do envelhecimento, os problemas de saúde mental mais frequentes, as comorbidades associadas à idade e o papel do Psicólogo nesta matéria. Será ainda apresentado o modelo de compreensão e intervenção terapêutica utilizado durante a prática clínica de estágio, baseado na Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Ransom Rogers (1951/2003), assim como “as perturbações psicológicas à luz do desenvolvimento psico-afetivo” de Hipólito (2011).

Na segunda parte encontram-se descritos os objetivos do estágio curricular de acordo com a orientação do *Europsy*: Regulamento da Federação Europeia de Associações Profissionais de Psicologia (EFPA, 2015). São descritas as atividades realizadas no local de estágio, em quatro grandes áreas de atuação, tais como as avaliações psicológicas e respetivos instrumentos, a

estimulação cognitiva individual e em grupo, o acompanhamento psicológico, este analisado à luz da teoria do desenvolvimento psico-afetivo de Hipólito (2011).

São também abordadas outras atividades realizadas no estágio, como é o caso da participação num estudo a nível nacional acerca desta população, ações de formação e reuniões clínicas.

Na terceira parte, é apresentada uma reflexão e considerações finais sobre este período de aprendizagem que possibilitou a aquisição de novas competências, assim como algumas limitações atuais e sugestões futuras, sobre a intervenção psicológica no contexto do adulto mais velho institucionalizado.

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E REVISÃO DE LITERATURA

1. CONCETUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1.1. Contextualização da Instituição do local de estágio

A portaria nº 67/2012 de 21 de março (D.R., 2012), uniformiza a anterior legislação através de uma designação comum (entre outras formalidades) a todas as residências para adultos mais velhos que passam a denominar-se: “Estruturas residenciais para pessoas idosas” (ERPI). Esta designação aplica-se a todas as instituições para alojamento coletivo, de uso temporário ou permanente, onde se pratiquem atividades de apoio social e sejam prestados cuidados de enfermagem (D.R., 2012).

O estágio curricular, teve lugar numa ERPI localizada num concelho da região de Lisboa e Vale do Tejo, cuja origem remonta a um hospital real dos finais do século XVII, num outro concelho do país, mas da mesma região ¹. A estrutura é constituída por vários edifícios e destina-se a servir uma população específica que, por sua vez, é composta por vários públicos.

Os serviços sociais desta população foram criados em 1958, durante o Estado Novo. Desde essa data até hoje, o projeto tem sido reestruturado de forma a dar continuidade à eficiência das suas atividades. A instituição tal como a conhecemos hoje nasce no ano de 1995, tendo como missão prestar apoio social aos que integram essa população, bem como aos seus familiares. No entanto, no ano de 2004 transforma-se num instituto público, altura em que passa a concentrar diversos subsistemas de saúde, os quais passa a gerir.

Esta Instituição detém várias instalações em Portugal continental e ilhas, garantindo assim uma maior proximidade e eficácia de intervenção junto da população alvo.

Os objetivos gerais desta instituição são o de oferecer respostas sociais que visam apoiar os seus beneficiários em várias vertentes, apresentando soluções em diversas valências, como sejam os centros de recuperação de dia, de convívio, residências permanentes ou temporárias, posto clínico, creche, jardim de infância e centros de recurso e residência para estudantes.

Concretamente no que respeita à instituição do local de estágio, esta é composta por um conjunto de unidades, cuja missão se destina a apoiar os beneficiários mais idosos particularmente no domínio da saúde, alojamento, alimentação e atividades culturais e lúdicas.

Para além desta missão, presta ainda apoio a toda a sua população alvo que habita, não só no concelho onde está inserida, como também em outro concelho limítrofe, através dos equipamentos sociais que possui, nomeadamente as suas Unidades Funcionais.

¹ Todos os nomes e possíveis dados identificadores da instituição, foram intencionalmente omitidos a fim de preservar o anonimato das pessoas envolvidas, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).

Atualmente, a instituição é composta por duas Unidades Funcionais (UF1 e UF2) e por um Serviço de Apoio Médico, o qual está disponível para todos os beneficiários.

A Unidade Funcional 1 (UF1) tem capacidade de alojamento para 187 beneficiários residentes, distribuídos por duas áreas específicas (UF1A e UF1B), consoante as suas anteriores categorias profissionais. Esta população é autónoma ou, parcialmente independente.

Quanto à Unidade Funcional 2 (UF2), composta por quatro pisos, possui capacidade para 181 camas. Neste caso os residentes apresentam dependência moderada a grave, sendo-lhes prestados cuidados contínuos e inclusivos nas vertentes biopsicossocial. Assim, em cada um dos pisos existe uma equipa em permanência constituída por Enfermeiro e Assistentes de Ação Médica. Para além disso, colaboram em interdisciplinaridade com Assistentes Sociais, Médicos, Dietista, Psicólogos, Fisioterapeutas, e Terapeutas Ocupacionais (estes últimos pertencentes à unidade de Psicologia, unidade de Fisioterapia e Unidade de Terapia Ocupacional do Serviço de Apoio Médico, respetivamente).

Por sua vez, as atividades do Serviço de Apoio Médico, destinam-se a todos os beneficiários da instituição e têm lugar nas suas unidades onde é possível aceder a consultas médicas e exames complementares de diagnóstico. Atualmente disponibiliza consultas de várias especialidades médicas como sejam na área da Medicina Geral e Familiar, Clínica Geral, Medicina e Próteses Dentárias, Fisiatria, Oftalmologia, Pneumologia e Psicologia. Oferece ainda o serviço de Análises Clínicas, Fisioterapia e conta com o apoio do gabinete de Enfermagem.

O estágio curricular decorreu, na Unidade de Psicologia, sob a orientação e supervisão do Psicólogo desta Unidade.

1.2. A Unidade de Psicologia da Instituição

A Unidade de Psicologia da instituição é composta por um Psicólogo, e um Neuropsicólogo. Nesta Unidade, realizam-se atividades referentes à prática dos Psicólogos, tal como o estatuído pelo regulamento nº15/2023 do Diário da República em que são considerados atos psicológicos, a utilização da ciência psicológica em todas as áreas e desafios que contemplam o comportamento e os processos mentais, tais como: a) Processos de avaliação psicológica, os quais abrangem os procedimentos de estruturação e aplicação de determinados protocolos de avaliação, assim como a elaboração de relatórios e informação acerca dos resultados; b) Intervenção psicológica em diversos contextos, seja de forma individual, seja em contexto de grupos, organizações ou comunidades; c) Realização de diagnósticos e intervenção psicológica e/ou psicoterapêutica não farmacológica; e) Preparação de pareceres técnico-científicos; e) Ações de intervenção clínica e supervisão. Para além

das atividades referidas, acrescem outras no âmbito do ensino, formação, seleção e orientação de estágios académicos. Assim, e de acordo com as funções regulamentadas, inerentes à prática do Psicólogo, esta unidade, tem como missão fazer a avaliação e acompanhamento dos beneficiários com necessidade de apoio nos seus aspetos psicopatológicos e, sempre que justifique, propor um encaminhamento mais adequado ao utente. Em simultâneo, participa também noutras atividades referentes aos diferentes serviços da Instituição. Da unidade, faz parte um Laboratório de Neuropsicologia, com o objetivo de realizar avaliações neuropsicológicas, assim como a prática de estimulação e reabilitação cognitiva adequada a toda a população alvo.

1.3. As Funções dos Psicólogos na Unidade de Psicologia

A unidade de Psicologia, é constituída por um psicólogo e um neuropsicólogo, os quais cooperam, verificando-se um trabalho em equipa e de interdependência. Assim, são realizadas avaliações psicológicas e neuropsicológicas, acompanhamento psicológico, bem como serviços de reabilitação e estimulação cognitiva. Estes serviços destinam-se a todos os residentes das UF 1 e 2, assim como a toda a população alvo da Instituição. Para além destes, todos os colaboradores, que revelem necessidade ou interesse nestes serviços, podem usufruir dos mesmos. Dependendo das necessidades e motivação do beneficiário, assim como do respetivo pedido de ajuda, a prática poderá ter uma assiduidade mais frequente, sendo semanal ou quinzenal, quando se trate de estimulação cognitiva ou acompanhamento psicológico; ou ser apenas pontual, quando se trate de avaliação psicológica.

É da competência da Unidade de Psicologia, a realização de atos psicológicos que visam fazer uma avaliação do estado mental, assim como analisar algum fator emocional que possa intervir na adaptação às Unidades Familiares, aquando do processo de admissão às mesmas. Assim, os psicólogos recorrem a testes de rastreio cognitivo, sendo os mais utilizados o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) e o *Mini Mental State Examination* (MMSE). Podem também recorrer a outros testes, como sejam a *Geriatric Depression Scale* (GDS), o Brief Symptom Inventory 18 (BSI), o Teste do Relógio e o Teste de Cópias de Figuras Complexas de Rey (André Rey, 1942). Todos os testes utilizados estão validados para a população alvo desta instituição. Sendo identificada alguma necessidade no beneficiário, este será encaminhado de acordo com essa mesma necessidade. A Unidade, articula-se com as outras especialidades de saúde existentes, dentro e fora da estrutura, com vista a proporcionar o melhor serviço a todos os beneficiários. A Unidade conta ainda com um laboratório de Neuropsicologia onde decorrem as avaliações neuropsicológicas e a estimulação e reabilitação cognitiva proporcionada a todos os beneficiários, quer sejam residentes, quer sejam externos, sempre que tal o justifique. As atividades referidas visam melhorar a qualidade de vida

dos beneficiários, ajudando-os a encontrar equilíbrio emocional e atenuando os efeitos das doenças neurodegenerativas que os acometem, sabendo-se, no entanto que estas são, crônicas, degenerativas e progressivas.

Para além das atividades mencionadas, a Unidade de Psicologia, utiliza a prática da intervenção clínica entre os Psicólogos que integram esta Unidade, assim como a orientação de estágios académicos.

1.4. População Alvo

A população alvo desta unidade, é constituída essencialmente por adultos mais velhos, na esmagadora maioria do sexo feminino, residentes na Instituição, os quais apresentam, problemas de regulação emocional, como sejam ansiedade, depressão e luto. Apresentam também doenças neurodegenerativas tais como doença de Parkinson (DP) e défices cognitivos ligeiros a graves, como é o caso de demência e doença de Alzheimer (DA). Para além disso, em comorbilidade, são portadores de hipertensão arterial (HTA), diabetes, colesterol elevado, osteoporose, défices auditivos e visuais, doenças osteoarticulares, entre outras patologias associadas ao envelhecimento.

2. CARACTERIZAÇÃO DO ADULTO MAIS VELHO: Revisão de Literatura

2.1. O Adulto Mais Velho

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2022), adulto mais velho é a pessoa com 60 anos ou mais, quando se trate de um país desenvolvido, e com 65 anos ou mais, quando nos referimos a países em desenvolvimento. O número de adultos mais velhos, está a aumentar a nível da população mundial. Em 2019, era de 1 bilião, no entanto, prevê-se que em 2030, será de cerca de 1,4 biliões e de 2,1 biliões em 2050, passando de 12% para 22% da população mundial, o que, em termos proporcionais significa que, praticamente, duplicará. O mapa de probabilidades, longevos-2100, prevê que 99% ultrapassarão os 120 anos e 89% chegarão aos 126 anos. A longevidade média, ou esperança de vida é uma das estatísticas demográficas mais utilizadas para comparar populações, espécies, países, regiões, períodos históricos etc., e para examinar os efeitos de processos evolutivos, de gestão, médicos e sociais (Caswell, 2019). Segundo a Organização para a Economia, Cooperação e Desenvolvimento (OCDE, 2021), a esperança média de vida dos países que a constituem é de 81,3 anos, sendo que Portugal se situa ligeiramente acima com 81,8 anos. Contudo a pandemia COVID-19 (Coronavírus Desease), foi responsável por 1,2 milhões de mortes adicionais em 2020-2021, traduzindo-se numa redução sem precedentes da esperança de vida em muitos países da União Europeia (European Commission, 2023). Em 2021 a esperança de vida reduziu cerca de um ano, diminuindo de 81,3 para 80,1 anos, sendo mais expressivo em homens

(77,2) do que em mulheres (82,9) (Eurostat, 2023). A Espanha e a Suécia são os países que maior esperança de vida registaram: cerca de 83 anos (OCDE, 2022). Há ainda a considerar, o impacto que acontecimentos súbitos como o Brexit, ou a guerra entre a Rússia e a Ucrânia, e a recente agudização da situação entre Israel e Palestina - que à data da redação deste relatório ainda não sabemos como vai terminar - podem ter nos padrões estabelecidos. Contudo, a redução provocada pela COVID-19 foi revertida logo após a remissão da pandemia tendo o aumento gradual da esperança de vida sido recuperado o que faz com que o envelhecimento seja um assunto que está inscrito na agenda internacional. Relativamente à esperança de anos de vida saudável na Europa referente ao ano de 2021, a Eurostat (2023), revela que era de 64,2 anos para as mulheres e de 63,1 para os homens, sendo que em Portugal, os números são mais baixos: 57,4 e 59,3 respetivamente.

Estes números permitem-nos concluir que vivemos mais anos, mas com menos qualidade de vida e que a disparidade do género é consideravelmente menor em termos de anos de vida saudável do que em termos de esperança de vida global. Por outro lado, em Portugal, a esperança de vida saudável é inferior para a mulher, contradizendo a média europeia. Segundo a mesma fonte, há ainda a considerar, que a taxa de natalidade na UE tem vindo a decrescer. Em 1970 era de 16,4 por mil pessoas e em 2021 foi de 9,1. A somar temos o facto de, apesar da taxa de imigração ser mais elevada do que a de emigração, prevê-se que a força de trabalho e a população continuem progressivamente em declínio o que vai impactar no aumento do rácio de dependência dos idosos bem como aumentar a dívida pública per capita. (European Commission, 2023).

O envelhecimento da população vai exigir que quer os locais de trabalho, quer a habitação e planeamento urbano quer os sistemas de proteção social e de saúde tenham de ser alterados face à procura crescente de cuidados de saúde prolongados e de qualidade acessíveis, de forma a tornar o mundo mais amigo dos idosos (WHO, 2023a). É fácil compreender que o envelhecimento levanta uma série de questões a nível económico e social aos quais as diversas organizações mundiais conjuntamente com os seus estados estão a tentar dar resposta. É o caso da Organização das Nações Unidas (ONU), da WHO, da Comissão Europeia (EC), e da OCDE, as quais têm vindo a promover iniciativas com o objetivo de alertar a sociedade para os problemas do envelhecimento assim como a adotar políticas por forma a prevenir e melhorar o impacto demográfico consequente ao envelhecimento. Um exemplo disso é, o plano de ação sobre envelhecimento e saúde: “*United Nations Decade of Healthy Aging 2021-2030*”, uma iniciativa da ONU, liderada pela WHO, em colaboração com outras organizações da ONU, que para tal criou a “*Healthy Aging Collaborative*” em setembro de 2022, na sequência da resolução 75/131 da Assembleia Geral da ONU. Este plano de ação, tem por base os últimos dez anos do “*Sustainable Development Goals*” visando melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas, das suas famílias e das comunidades em que habitam.

Para isso foram estabelecidas quatro linhas de intervenção principais as quais consistem em mudar a forma como as pessoas pensam, sentem e agem em relação à idade e ao envelhecimento de forma a acabar com o preconceito; assegurar que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; prestar cuidados integrados centrados nas pessoas e serviços de saúde primários que respondam às pessoas idosas e, por último, proporcionar o acesso a cuidados prolongados aos adultos mais velhos que deles necessitem (WHO, 2023b). Neste contexto, foi lançado também o projeto com o nome “*Age-friendly Cities and Communities*”, presente em 51 países e que em Portugal foi apresentado no dia 9 de outubro de 2023, no Cineteatro Louletano, com a designação de “Programa Nacional para as Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas”. A este evento seguiu-se um outro, nos dias 10 e 11 de outubro, em Lisboa, o “*Summit on Healthy Aging*” (WHO, 2023c), uma cimeira regional sobre a inovação política para um envelhecimento saudável na região europeia da responsabilidade da WHO. A este evento seguiu-se o “*Lisbon Statement*” durante o qual foram apresentadas propostas para o futuro no âmbito do Envelhecimento Ativo e Saudável.

De salientar que, a dois de outubro de 2023, realizou-se também sobre a égide da ONU (que comemorou a 2 de outubro o 75º aniversário da Declaração dos Direitos Humanos), em Nova Iorque, a “*33th United Nations International Day of Older Persons*” (UNIDOP) cujo tema se centrou em “Cumprir as promessas da Declaração Universal dos Direitos Humanos através das gerações” (ONU, 2023b).

Assistimos assim, a uma série de projetos que visam melhorar a qualidade de vida dos adultos mais velhos.

A realidade portuguesa, como já vimos, não é muito diferente. Portugal, e de acordo com os Censos 2021 (INE, 2022), tem uma população residente de 10 343 066 indivíduos, sendo que 4 920 220 (47,6%) são homens e 5 422 846 (52,4%) são mulheres. No entanto, e segundo o “Anuário Estatístico de Portugal -2022” (INE, 2023a) e a infografia da PORDATA (Pordata, 2023a) sobre as “*Cinquenta Décadas de Democracia: pirâmide etária de Portugal de 1974 a 2022*”, a população residente em Portugal terá aumentado e foi estimada em 10 467 366, sendo que o número de indivíduos com 65 anos ou mais, representam 24% da população. Segundo a PORDATA (Pordata, 2023b), as mulheres representam 57% desta população com uma idade média de 76,1 anos e os homens 43% com 74,8 anos, o mesmo será dizer que se assiste a uma feminização no envelhecimento.

O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022) prevê que em 2080, o número de adultos mais velhos, 65 ou mais anos de idade, passe de 2,2 para 3,0 milhões. Mais concretamente, e segundo a PORDATA (Pordata, 2023b), a percentagem de idosos que em 1974 representava cerca de 10% da totalidade da população portuguesa, atualmente representa 24% dos quais 57% são

mulheres e 47% homens. Este aumento percentual está relacionado, principalmente, com o número de nascimentos o qual tem vindo a diminuir drasticamente. Se pensarmos que em 1981 nasceram 152 071 crianças e em 2022, 83 671, verificamos que em apenas quatro décadas, o número de nascimentos reduziu para sensivelmente metade (Pordata, 2023c).

O aumento da população idosa, refere-se não só ao número, mas também aos anos de vida, prevendo-se que em 2050 os adultos com 100 anos de idade ou mais poderão atingir os 10 245. Atualmente são 2 940, sendo Alcoutim o município onde a percentagem é mais elevada, situando-se nos 47%, em oposição à Ribeira Grande que detém o mínimo representando 11% (Pordata, 2023b). A idade média em Portugal é de 46,7 anos, tendo-se verificado um aumento comparativamente ao ano de 2011, cujo valor era de 42,2. Da mesma forma, a população jovem e em idade ativa diminuiu, enquanto a população em idade mais avançada aumentou (INE, 2023b). Assim, no que concerne ao índice de envelhecimento ², o número de adultos mais velhos por cada 100 jovens, que em 2011 era de 128, aumentou significativamente em 2021, passando a ser de 182,1, prevendo-se que em 2080 seja de cerca de 300 (Pordata, 2020). Estamos perante um aumento superior a 50%. Este número situa Portugal no quarto país da União Europeia com a maior percentagem de idosos. No entanto o índice de envelhecimento não é igual para ambos os sexos. Nas mulheres o valor é de 213,7 e nos homens de 152,0 (INE, 2022). O índice de envelhecimento pode ser considerado um sinal de desenvolvimento de uma sociedade, mas não deixa de ser um desafio, no sentido de que pode ser um fator determinante em relação ao estado de saúde desta população.

Tal como referi, o aumento da esperança média de vida e o número de anos que vivemos, levanta diversas questões que vão desde os cuidados de saúde, a medidas de proteção social e medidas a adotar para a promoção da qualidade de vida e bem-estar a esta faixa etária. Esta situação é de tal forma preocupante que mereceu, da parte da presidência do conselho de ministros, finanças, trabalho, solidariedade e segurança social e saúde, através do despacho n.º 12427/2016 (DR, 2016), a criação de um grupo de trabalho interministerial, o qual, apresentou a “Proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável” em julho de 2017 (DGS, 2017) com objetivos muito específicos a nível da saúde, participação e segurança dos adultos mais velhos. A nível da saúde, estes objetivos visam a promoção de iniciativas e práticas, com o fim de atenuar a prevalência, protelar o aparecimento e controlar o aumento e o impacto das doenças crónicas e da

² Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos). INE, 2022.

diminuição das capacidades físicas e mentais nesta população, potenciando a sua autonomia. A medida mais recente, foi publicada a 16 de agosto de 2023. Trata-se da Resolução do Conselho de Ministros nº 93/2023 que aprovou o Plano Nacional de Saúde 2030 (alinhado com a “Agenda 2030” da ONU) e cuja implementação se iniciou a partir desta data. Um dos objetivos do PNS 2030, é o de, tal como consta na alínea f da Resolução de Conselho de Ministros nº 93/2023, “Promover a longevidade e o envelhecimento ativo e saudável”. (DR, 2023a). Ora, segundo o INE (2023), em 2022, 44,7% da população com 16 ou mais anos referia ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, mais 1,5 p.p. do que em 2020 (43,2%) e mais 3,5 p.p. do que em 2019 (41,2%). Esta condição afetava mais mulheres (47,0%) do que homens (42,0%), e especialmente a população com 65 ou mais anos (71,1%) em comparação com a população com menos de 65 anos (34,6). De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (INE, 2020), mais de metade da população com 18 e mais anos (4,6 milhões), em 2019, apresentava excesso de peso (36,6%) ou obesidade (16,6%), registando-se um ligeiro aumento relativamente a 2014 (0,8 p.p.) sendo que a obesidade afeta sobretudo a população entre os 55 e os 74 anos os quais representam valores superiores a 20% e em particular os homens (1,5 p.p.). Sabendo-se que a obesidade aumenta a probabilidade de ter uma doença nomeadamente diabetes (375 pessoas com obesidade ou excesso de peso por cada 100 pessoas com peso normal), hipertensão arterial (288) e problemas renais (285) estes números são importantes e merecem atenção por parte das entidades responsáveis.

Em 2019, cerca de 8% da população com 15 anos ou mais, apresentava sintomas depressivos dos quais 60% ligeiros e 40,2% graves. Em comparação com os últimos dados, observa-se uma redução da população com depressão (10% em 2014), devido em particular aos sintomas ligeiros que baixam de 6,3% em 2014 para 4,8% em 2019, enquanto que os graves reduzem apenas 0,5 p.p..

A prevalência de sintomas depressivos é maior nas mulheres e nas idades mais avançadas o que se traduz em cerca de 70%. No que diz respeito aos homens, as percentagens mais elevadas surgem a partir dos 75 anos. Quanto às mulheres, após os 45 anos registaram-se valores superiores a 10% sendo, no entanto, na faixa etária entre os 75 e os 84 anos que os valores se aproximam dos 20% (INE, 2021). No que concerne às dores crónicas, nomeadamente lombares (37,3%) e cervicais (27,1%) e em relação a 2014, os números aumentaram em 4,4 p.p. e 3,1 p.p. O mesmo se verifica em relação à hipertensão arterial (26,4%) que sobe 1,1p.p. em comparação com a mesma data. Os dados revelam ainda que as doenças cardiovasculares são mais frequentes entre pessoas com 45 anos ou mais. De uma forma geral, em 2019, em Portugal, as doenças afetaram mais as mulheres do que os homens como é o caso da incontinência urinária, artrose e depressão cujo rácio é de aproximadamente 250 mulheres por cada 100 homens. No que concerne à esperança de vida à

nascença, o número de anos situa-se nos 80,96 sendo para um português com 65 anos, em 2022, respetivamente de 17,70 anos e de 21,00 anos para homens e para mulheres com a mesma idade, refletindo uma feminização do envelhecimento. No entanto, a expectativa de vida saudável aos 65 anos era bastante menor: 7,3 anos para a população em geral, o mesmo resultado que em 2018 e em 2017. Para os homens com 65 anos a perspetiva era de 7,9 anos de vida saudável e para as mulheres menos 1 ano.

Considera-se a expectativa de vida saudável (*Healthy Life Expectancy* – HALE), a estimativa do número de anos que uma pessoa pode viver sem limitações de atividade devido a problemas de saúde. Em Portugal, esse número é inferior para as mulheres (assim como na Holanda, Dinamarca, Eslovénia, Suécia e Finlândia), não só porque relatam, mais cedo, ter problemas de saúde que as limitam nas suas atividades de vida diária (AVD), como também porque vivem mais anos que os homens (OCDE, 2022). Mais de ¼ da população referiu efeitos negativos na sua saúde mental devido à pandemia COVID-19 (INE, 2023c).

2.2. O Processo de Envelhecimento

A transição da fase do final da meia-idade (<65 anos) para a fase do final de vida ($\geq$ 65 anos), é um período crítico marcado por consideráveis processos e mudanças nos âmbitos biológicos, social, interpessoal e psicológico. Durante um período de transição, há uma tarefa que envolve encerrar uma estrutura existente e preparar-se para o início de uma nova estrutura. Especificamente, as pessoas que estão na fase entre o final da meia-idade e o final da vida, enfrentam diversos desafios, como a transição para a reforma, tendo de lidar com mudanças nos recursos de tempo, passar mais tempo com o parceiro, redução do contacto social com ex-colegas e outras alterações no estilo de vida. Estudos mostram que a transição destas fases da vida, é marcada por mudanças em vários aspetos, como é o caso da atividade física, do bem-estar, da rede social, da satisfação com a vida, da autoestima e da depressão. Nesta fase crucial, os recursos económicos, pessoais e sociais podem impactar positivamente o bem-estar psicológico, contribuindo assim para atenuar o declínio associado à idade (Sousa et al., 2017; Finkenzeller et. al., 2019; Rodrigues et al., 2021).

O envelhecimento em si não pode ser considerado uma doença, contudo está relacionado com o aumento de um maior risco de doenças assim como com maior dificuldade em conseguir tratar essas doenças, uma vez que com o avançar da idade, o organismo perde a capacidade de se regenerar, pois, as células perdem vitalidade (Leal da Costa, 2020). O declínio progressivo da saúde está frequentemente associado à idade e é provavelmente o fator mais determinante no processo de envelhecimento, especialmente quando a condição é crónica e múltipla, levando a incapacidades

físicas e psicológicas que afetam o dia a dia e a autonomia do adulto mais velho (Cabral et. al., 2013).

O envelhecimento mostra os resultados da passagem do tempo. Nesta fase surge a maturação física e cognitiva a qual poderá estar associada a doenças que impossibilitam a realização de AVD prejudicando a qualidade de vida do indivíduo (Papalia, 2013). Pode ser analisado sobre o ponto de vista biológico, resultando do impacto da acumulação de lesões moleculares e celulares ao longo dos anos de vida (WHO, 2022b). O envelhecimento é, assim, um processo fisiopatológico complexo, gradual e irreversível que se caracteriza por um declínio da função física e por alterações fisiológicas nas funções dos tecidos e células, e o subsequente risco de doenças relacionadas com o envelhecimento, nomeadamente doenças neurodegenerativas, cardiovasculares, metabólicas, musculoesqueléticas e do sistema imunitário (Cochar-Soares et al., 2021).

Com o envelhecimento da população, as doenças crónicas assumem a responsabilidade pela causa mais importante de incapacidade e morte na população mais idosa (Guo et al., 2022). Sob o ponto de vista fisiológico do Sistema Nervoso Central (SNC), verifica-se a redução do peso do encéfalo em cerca de 10% e do fluxo sanguíneo cerebral aproximadamente 15 a 20%. Esta condição poderá dever-se à morte neural, redução da densidade sináptica e do tamanho dos neurónios (Pereira, 2019). A redução do número de neurónios conduz a um comprometimento da neurotransmissão dopaminérgica e colinérgica assim como à lentificação da velocidade de condução nervosa. A região do cérebro mais afetada pelo envelhecimento, é o lobo frontal, e o lobo temporal medial, logo, surgem manifestações a nível da visão e da audição que vão comprometer o acesso à informação e à aprendizagem. Surgem também dificuldades na execução de tarefas associadas à função executiva e à memória de trabalho. Verifica-se um compromisso da atenção e acesso às memórias guardadas, assim como na memória episódica recente (por exemplo não se lembrar de onde guardou um objeto) mas, a memória semântica mantém-se. Assiste-se ainda a uma lentificação no processamento cognitivo, maior dificuldade na atenção e no resgate de informação guardada (memória de trabalho). As memórias prospetivas e contextuais também começam a dar sinais de redução, porém, estas alterações, não são limitantes para o adulto mais velho, numa fase inicial. Contudo, a capacidade com que este consegue dividir a atenção sobre estímulos diferentes para adquirir novos ensinamentos, fica bastante afetada. Quanto às capacidades cristalizadas, estas tendem a permanecer estáveis, por sua vez as capacidades fluidas, ligadas à resolução de novos problemas, vão declinando progressivamente.

A alteração mais visível neste escalão etário, é a velocidade pela qual a informação é processada, pois passa a existir uma lentidão cognitiva que vai conduzir ao défice cognitivo nesta população (Moraes et al, 2010). O declínio cognitivo leve (DCL), tem sido amplamente estudado

em pesquisas relacionadas com o envelhecimento. O DCL está fortemente associado ao envelhecimento e pode ser definido como um declínio cognitivo maior do que o normalmente esperado para uma pessoa de idade e formação semelhantes. De salientar que o DCL pode indicar o início de alterações neuropatológicas relacionadas com a demência, progredindo gradualmente durante vários anos antes do diagnóstico clínico da doença (Tulliani et al., 2023).

O processo de envelhecimento neurológico pode ser propício a demências as quais interferem na função cognitiva afetando a vida social, profissional ou acadêmica do indivíduo (Konflanz et al., 2017). Este processo é individual e não é linear, depende da debilidade do organismo e do psiquismo (Peterson, 2004). As mulheres adoecem mais cedo, mas vivem mais anos do que os homens. Da mesma forma, há indivíduos que aos 90 anos são completamente autônomos nas suas AVD e outros que precisam da ajuda de terceiros para as realizar (Hägg & Jylhävä, 2021; WHO, 2015).

Segundo Toepper (2017), o processo natural de envelhecimento dos indivíduos assim como a DA, estão relacionados com alterações a nível da cognição, no entanto, ocorrem de forma mais acentuada e rápida na DA, contribuindo assim para um diagnóstico desta doença. Porém, as alterações cognitivas relacionadas com a idade também se podem verificar em pessoas saudáveis, mas não envolvem os domínios cognitivos, e sim as funções relacionadas com a atenção e as funções executivas. Por sua vez, a modificação destas funções pode manifestar-se em vários domínios como é o caso da flexibilidade cognitiva, da atenção focada e dividida e da velocidade de processamento da informação.

Não menos importantes, são as mudanças psicológicas, suscetíveis de ocorrer nesta fase da vida, as quais podem estar relacionadas com a própria identidade e com as alterações nos papéis e posições sociais. A rede de apoio social é muito importante nesta fase da vida assim como as motivações de cada indivíduo, as suas prioridades e preferências (OPP, s/data).

A saúde é crucial para a forma como experienciamos a idade. Existem vários fatores a considerar que vão influenciar a saúde na idade mais avançada, tais como: a nível individual, os comportamentos (por exemplo, se existe a prática de exercício físico ou não), a genética, as mudanças relacionadas com a idade, as doenças. A nível do ambiente, há a considerar a habitação, o suporte técnico, o relacionamento social e a rede de transportes. Para que se possa falar em “envelhecimento saudável”, a WHO (2015), considera fundamental que haja uma mudança na forma como as pessoas pensam acerca do envelhecimento e dos adultos mais velhos, que sejam criados ambientes amigos dos mais velhos, sistemas de saúde adequados às necessidades dos mais velhos assim como desenvolvimento dos sistemas de cuidados prolongados.

Devido ao crescente número de mulheres no mercado de trabalho e à consequente falta de disponibilidade das famílias para cuidar dos seus adultos mais velhos, o apoio familiar é cada vez mais diminuído levando frequentemente à opção da institucionalização. Assiste-se a uma desresponsabilização da família como cuidadora principal para uma nova classe profissional, a do cuidador formal (Martinez, 2006). Os cuidados formais são dispensados por organizações públicas ou privadas, cujos cuidadores têm competências técnicas e/ou clínicas que lhes permitem terem uma abordagem holística do envelhecimento (Oliveira & Gonçalves, 2020). Neste sentido, a WHO (2024a), lançou uma publicação com orientações sobre cuidados de longo prazo intitulada “*Long-term care for older people: package for universal health coverage*” destinada sobretudo a governos e entidades responsáveis pela implementação de cuidados de longo prazo. Nela constam uma lista de intervenções que todos os países poderiam/deveriam adotar para melhorar os cuidados de longo prazo.

2.3. Mortalidade e Morbilidade no Adulto Mais Velho

A WHO (2021a) classifica as causas de morte e incapacidade em três grandes grupos: transmissíveis, nas quais se incluem as doenças infecciosas, as condições maternas, perinatais e nutricionais; não transmissíveis, referentes a todas as doenças crónicas, e, por último, as lesões. As doenças transmissíveis, estão em declínio. É o caso do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e da tuberculose que saíram do *Top 10 Causes of Death* (WHO, 2021b), dando lugar a doenças não transmissíveis, nomeadamente à DA e à diabetes. Desta lista fazem ainda parte, e por ordem decrescente, as seguintes doenças: doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais (AVC), doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), infeções respiratórias do trato inferior, condições neonatais, neoplasia da traqueia e do pulmão, doença de Alzheimer (DA) e outras demências, doenças diarreicas, diabetes mellitus e doenças renais. Vemos assim que a DA ocupa o sétimo lugar desta lista. Em Portugal, o AVC surge em primeiro lugar na referida lista da WHO (2021b), logo seguido pelas doenças cardiovasculares e das infeções do trato respiratório inferior. De salientar que, à data, a DA não fazia parte desta lista.

O número de mortes provocadas pelas doenças não transmissíveis aumentou de 31 milhões para 41 milhões, representando cerca de 3 em cada 4 mortes, em todo o mundo (WHO, 2023a). Destas, 33,3 milhões devem-se a doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes. Em 2000, estas doenças representavam 47% do DALYS (*Disability-Adjusted Life Years*), que corresponde aos anos de vida ajustados pela incapacidade, no entanto, em 2019 este número subiu para 63% (WHO, 2021a). Em Portugal, em 2022, morreram 124 311 pessoas, das quais 113 357 tinham idade compreendida entre os 60 e os 100 anos ou mais. O escalão etário onde se verificou

o número mais elevado de mortes foi o dos 80 aos 89 anos cujo número se traduziu em 45 635. Em contrapartida, o número inferior de mortes, registou-se nos 100 anos ou mais, onde o valor atingiu os 1 561. (dos 0-79 =39% e com 80 anos ou mais, 61%). A PORDATA reporta a percentagem das causas de morte em Portugal, que, tendo em conta a última atualização de Maio de 2023, são devidas a, em primeiro lugar, doenças do aparelho circulatório 25,9%, logo seguidas pelos tumores malignos 22,1%, diabetes 2,8%, acidentes, envenenamento e violência 3,5%, suicídio 0,7%, doenças do aparelho respiratório 8,2%, doenças do aparelho digestivo 4,3%, doenças infecciosas, parasitárias e outras [excluindo SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida) e tuberculose]; 1,6%, tuberculose 0,1%, SIDA 0,2% e COVID-19 (coronavírus disease) 10,4%. Destas doenças que foram a causa de morte, algumas foram rápidas como é o caso das doenças do aparelho circulatório, e outras foram lentas, como é o caso de alguns tumores malignos (Pordata, 2023a).

Segundo a WHO (2022b), as condições de saúde frequentemente associadas ao envelhecimento incluem as perturbações da visão, nomeadamente cataratas e doenças refrativas; a perda auditiva, as dores osteoarticulares, a osteoartrite, a DPOC, a diabetes, a depressão e a demência. A probabilidade de um adulto mais velho vir a sofrer quedas, úlceras de pressão, incontinência urinária e delírio é elevada. A comorbilidade de doenças, pressupõe o recurso a abordagens terapêuticas onde se incluem os medicamentos. Atendendo ao número de patologias que possam apresentar, esta abordagem é multifacetada. Por sua vez, a polimedicação, tem implicações na saúde dos idosos pois o metabolismo hepático e a excreção renal dos fármacos diminuem (Ruscin & Linnebur, 2021). Aumenta o risco de desencadear interações medicamentosas as quais se traduzem pela modificação das propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas de um outro medicamento, levando à toxicidade ou à falha do tratamento (Bettonte et.al., 2022). Assim, a farmacocinética e a farmacodinâmica em pessoas mais frágeis pode desencadear alterações patológicas nos órgãos. É o caso dos fármacos que têm efeitos anticolinérgicos ³ como os antidepressivos tricíclicos, os anti-histamínicos sedativos, os antiparkinsonianos, e os antipsicóticos, entre outros (Ruscin & Linnebur, 2021).

2.4. Discriminação pela Idade: “O Idadismo”

O envelhecimento não está só ligado a alterações biológicas, para além destas, existem mudanças na vida dos indivíduos como é o caso da reforma, da mudança de sua casa para outra mais

³ Os efeitos anticolinérgicos são efeitos causados por medicamentos que bloqueiam a ação da acetilcolina a qual contribui para a comunicação entre as células.

adequada e a morte de amigos e familiares (WHO, 2022b). A alteração do papel das pessoas mais velhas na sociedade é frequentemente objeto de preconceito, sendo visto como negativo. O declínio do estatuto socioeconómico e do reconhecimento social assim como a redução de participação e envolvimento em atividades levam a um aumento do isolamento social e à solidão (Jacobs et al, 2023; Morganti, 2024).

A recente pandemia COVID-19, veio acentuar esta ideia ao ser sublinhada, em muitos países, a importância do isolamento social dos indivíduos maiores de 70 anos, uma vez que, os primeiros dados sobre a pandemia, indicavam que estes corriam um risco aumentado de ter complicações e morte (Armitage & Nellums, 2020). Consequentemente, desde o início do surto, foi promovida uma divisão etária separando os jovens dos adultos mais velhos (Zhou et al., 2020). Ora, o preconceito associado à idade acontece, segundo a WHO (2021c), sempre que se utiliza a idade para qualificar e dividir as pessoas de forma a provocar dano, disputas e injustiça. O idadismo, diz respeito à forma como pensamos (estereótipos), como sentimos (preconceitos) e agimos (discriminação), em relação aos outros ou até a nós mesmos, tendo por base a idade. De entre os fatores que determinam o idadismo relativamente às pessoas mais velhas, encontramos principalmente o facto de ser mais velho, de apresentar ansiedade relativamente à morte, de ser dependente de cuidados e a baixa escolaridade. O preconceito de idade, manifesta-se frequentemente por um tratamento desrespeitoso pelos mais velhos, comunicando através de conversas “à bebé” ou outras formas de infantilização (Chrisler et al., 2016). Hall e colaboradores (2019), referem que, em 2018, 6 em cada 10 pessoas em todo o mundo, alegam a existência de falta de respeito na relação com os idosos. Esta perceção aumenta com a idade: quanto maior a idade, maior a falta de respeito.

O idadismo dirigido aos idosos manifesta-se como uma forma de “indiferença benigna”, evidenciando altos níveis de discriminação indireta e benevolente, e não como uma discriminação direta e hostil (Lamont et al., 2015). Corroborando este conceito, encontramos os resultados do *European Social Survey*, cujos resultados revelam que a percentagem daqueles que relatam ter experimentado falta de respeito devido à idade é significativamente maior do que a percentagem daqueles que afirmam ter sofrido tratamento insultuoso ou abusivo devido à idade: 41,5% e 21% respetivamente, valores não menosprezáveis (Swift e Steeden, 2020). Em todo o mundo, uma em cada duas pessoas são preconceituosas em relação aos mais velhos (WHO, 2021c). Assim, a WHO, em 2021, elaborou um relatório mundial onde apresenta estratégias dirigidas a diferentes alvos, onde se incluem agências da ONU, governos e organizações públicas e privadas, com vista a reduzir este preconceito por forma a melhorar a saúde, reduzir custos e aumentar as oportunidades, permitindo que as pessoas prosperem em qualquer idade. Estas estratégias compreendem três linhas principais:

a política e legislação (que visam pôr fim à discriminação e à desigualdade associados à idade, assim como atualizar leis de direitos humanos), intervenções educativas (desde o ensino básico ao superior com o fim de melhorar a empatia e reduzir o preconceito) e intervenções de contacto intergeracional (esta medida está provada como sendo das mais eficazes para reduzir o preconceito contra as pessoas idosas).

3. A PSICOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

A pesquisa na área da Psicologia sobre o processo de envelhecimento é uma vertente relativamente recente e está relacionada com o estudo da psicologia do desenvolvimento (Fonseca, 2007).

A investigação na área da Psicologia indica que o envelhecimento é complexo e compreende vários fatores que se unem ao longo da vida, sendo o desenvolvimento humano multidirecional, multidimensional e dinâmico, equilibrando ganhos e perdas ao longo da vida. Logo, os aspetos contemporâneos do adulto mais velho, como, por exemplo, a detenção de uma boa saúde física e mental, não são suficientes para qualificar uma velhice como bem-sucedida. Esta é construída durante todo o ciclo de vida (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990; Erickson et al., 1994).

Vários autores, nomeadamente Baltes, Lindenberger, e Staudinger, defendem que as bases da perspetiva de desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*) têm as suas origens no final do século XVIII, na Alemanha com Tetens. Influenciado pelo movimento iluminista e pelo empirismo, o trabalho de Tetens abordou o desenvolvimento individual ao longo de todo o ciclo de vida, desde o nascimento até a velhice. Investigou o desenvolvimento e a otimização da psique e do funcionamento humanos, assim como os ganhos e perdas e as diferenças interindividuais no desenvolvimento. Estudou também a plasticidade do desenvolvimento e os seus limites, as influências do contexto sociocultural e histórico no crescimento pessoal, assim como as ligações entre a evolução humana, filogénese, e a evolução individual, ontogénese (Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006).

Consequentemente, o aumento da investigação da psicologia na área do desenvolvimento possibilitou reconhecer que o processo de desenvolvimento não se restringe apenas à infância e à adolescência, mas que se estende ao longo de toda a vida do indivíduo (Fonseca, 2007). A psicologia do desenvolvimento, explica, assim, o crescimento e a mudança ao longo da vida baseando-se na ideia de estágios de desenvolvimento que são marcados por transições específicas no aspeto físico, cognitivo e socio emocional (Chung, 2018). Os estágios de desenvolvimento foram preconizados por Erickson, tendo por base os quatro estágios da teoria Freudiana. Erickson, tal como Darwin, parte do princípio de que a ontogénese repete a filogénese e interpreta a evolução cultural da humanidade tendo por base o princípio de que as idades representam ciclos os quais abrangem idades que vão desde o nascimento até à velhice perfazendo um total de oito estágios. Cada estágio corresponde a uma crise específica que a pessoa deve resolver para passar ao estágio seguinte (Neri, 2015).

No final da vida, as virtudes conquistadas ao longo do desenvolvimento são colocadas em causa, sobretudo na última etapa, devido ao declínio das capacidades físicas e mentais. Caso o

indivíduo tenha superado as outras etapas, conseguirá aceitar a finitude da vida com serenidade e sabedoria adquirindo a virtude da gerotranscendência. De acordo com Erickson (1998), citada por Lima & Coelho (2011), tal implica superar as limitações físicas, adquirir uma nova compreensão do tempo, de si próprio e das relações sociais, sentir uma ligação com as gerações passadas e obter uma nova percepção sobre a vida e a morte.

Contudo, e apesar da persistência de conceitos e estruturas da abordagem por estágios de vida, no final do século XX, essa perspectiva foi sucedida pela visão do *lifespan*, a qual concebe o desenvolvimento como um processo contínuo e flexível. Abrange a análise da estabilidade e da mudança no comportamento ao longo de toda a trajetória da vida (ontogênese), desde a concepção até ao fim da vida, considerando o desenvolvimento como um processo influenciado não apenas por fatores normativos relacionados à idade, mas também pela história (efeito de coorte) e por eventos não usuais vivenciados ao longo da vida (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006).

O seu objetivo concentrou-se em adquirir conhecimento sobre os princípios universais do desenvolvimento ao longo da vida, as variações e similaridades entre indivíduos no processo de desenvolvimento, assim como compreender o grau e as circunstâncias que influenciam a capacidade de mudança individual, também conhecida como plasticidade do desenvolvimento (Baltes, 1987). A Psicologia do Envelhecimento emergiu assim, adotando uma abordagem de desenvolvimento ao longo de toda a vida, resultando em novas metodologias, num vasto conjunto de dados empíricos e perspectivas teóricas mais focadas na compreensão e explicação de aspetos particulares do envelhecimento, em oposição à construção de sistemas amplos. É, portanto, com base na premissa delineada pela perspectiva do *lifespan* que surgem conceitos como plasticidade humana, multidireccionalidade, resiliência e múltiplas trajetórias de vida. (Neri, 2006). Resumindo, a perspectiva do ciclo de vida concentra-se no desenvolvimento individual como um processo de adaptação que abarca o crescimento, o declínio e a manutenção da experiência e funcionamento psicológico (Baltes, 1997). Esses conceitos promoveram uma nova abordagem na psicologia do envelhecimento, fundamentada na análise, avaliação e promoção do envelhecimento saudável para os idosos (Neri, 2006).

Neste contexto, a literatura aponta para diversas categorias ou abordagens de envelhecimento, a saber:

3.1.1. Envelhecimento Bem Sucedido

O termo “envelhecimento bem-sucedido” surge pela primeira vez há cerca de 50 anos num artigo de Butler (Foster & Walker, 2021). Butler (1974), defende ser crucial modificar a percepção negativa associada ao envelhecimento - como é o caso de estereótipos desatualizados como a

“senilidade”. Na sua opinião, esta mudança seria fundamental para alcançar um envelhecimento bem-sucedido.

Com a esperança de vida em constante aumento global, a questão sobre a possibilidade de um envelhecimento bem-sucedido nunca esteve tão presente. O envelhecimento da população acarreta desafios para as definições tradicionais de saúde, mas também abre portas para reflexões sobre novos caminhos e elementos essenciais para o conceito de saúde (Fallon & Karlawish, 2019).

Estebesari e colaboradores. (2020), após a revisão de vários estudos, concluíram que a definição de envelhecimento bem-sucedido abrange vários aspectos, tais como: a função cognitiva, percepção, controle, satisfação com a vida e ética. Além disso, caracteriza-se por sentimentos internos de felicidade e satisfação com a vida, tanto no presente, quanto no passado. Estar vivo e gozar de boa saúde, foi também outro aspecto considerado neste conceito.

Rowe & Kahn (1997), por sua vez, defendem que o envelhecimento bem-sucedido é composto por três componentes-chave. A saber: a incidência reduzida de doenças e incapacidades; uma robusta capacidade funcional mental e física; e o envolvimento ativo na vida. Embora todos estes aspectos estejam inter-relacionados, o envelhecimento bem-sucedido não se resume apenas à ausência de doenças ou à manutenção das capacidades funcionais. É a combinação destes fatores com a participação ativa na vida que representa este conceito na sua plenitude. Este modelo veio trazer um novo olhar sobre o envelhecimento, o qual estava associado a uma série de perdas. Recentemente, Rowe e Kahn (2015) reformularam a abordagem do envelhecimento bem-sucedido, destacando elementos complementares ao modelo original. Entre estes, estão aspectos como fatores sociais e histórico-culturais, as percepções individuais sobre o próprio envelhecimento e os efeitos das experiências iniciais ao longo da vida como determinantes dos resultados na velhice. No início da vida, os recursos internos e externos são direcionados principalmente à obtenção de ganhos, enquanto nas fases mais tardias, a aplicação de recursos visa minimizar principalmente as perdas decorrentes de mudanças normativas e não normativas. Essa dinâmica de aplicação de recursos é fundamental para garantir a manutenção da capacidade adaptativa ao longo de toda a vida (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006).

Outro aspecto importante desta perspectiva, é o equilíbrio entre potencialidades e perdas associadas à idade (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995). Este equilíbrio é alcançado pela seleção e otimização das competências comportamentais adquiridas ao longo da vida assim como pelas metas mais importantes para cada fase de desenvolvimento, bem como pela compensação das perdas através da capacidade de resiliência. Esta compreensão teórica, denominada SOC -Seleção, Otimização e Compensação – é uma das grandes contribuições da perspectiva do *lifespan* sendo hoje utilizada para embasar estratégias de promoção do envelhecimento bem-sucedido (Neri, 2006).

Phelan e Larson (2002), definiram o envelhecimento bem-sucedido, dando ênfase à capacidade funcional, satisfação com a vida, longevidade, ausência de incapacidade, crescimento pessoal, participação social ativa, e adaptação positiva. Identificaram os fatores preditores deste processo, como o nível educacional, a prática regular de atividade física, o sentido de autoeficácia, a participação social e a ausência de doenças crônicas.

Para Chen e colaboradores (2023), o envelhecimento bem-sucedido consiste em manter um estado de vitalidade e saúde durante os anos finais da vida. As preocupações de saúde em relação aos idosos já não se restringem apenas a doenças crônicas ou deficiências de longo prazo. Incluem também a promoção da saúde durante o envelhecimento, procurando prolongar a vida e minimizar o risco de mortalidade. Isto envolve não apenas a redução de doenças e incapacidades, mas também a manutenção de boas capacidades físicas e mentais. Além disso, visa fortalecer a saúde social e psicológica, permitindo que os idosos aproveitem ativamente a velhice. O estudo empírico levado a cabo pelos autores, sobre a contribuição do voluntariado para um envelhecimento bem-sucedido, mostrou que a participação em serviços de voluntariado pode ajudar os adultos de meia-idade e mais velhos a compreender o valor positivo da interação social, a experimentar alegria e sensação de realização, e a melhorar a sua satisfação geral com a vida. Benefícios estes que contribuem para um envelhecimento bem-sucedido.

3.1.2. Envelhecimento Ativo

Este conceito surge na década de 1990 e foi desenvolvido pela WHO e por outras organizações associadas. A European Union (2018) define-o como “...o processo de ajudar as pessoas a permanecerem no comando das suas vidas durante o maior tempo possível à medida que envelhecem e, sempre que possível, a contribuir para a economia e a sociedade”. Visando facilitar a inclusão dos adultos mais velhos na sua comunidade, o conceito de Envelhecimento Ativo, incorpora os princípios da WHO (2022c) para as “*Age-friendly Primary Health Care*” e o Guia Global “*Age-friendly Cities*”.

Fernández-Ballesteros e colaboradores (2005) e Fernandéz-Ballesteros (2008), descrevem o envelhecimento ativo como um processo adaptativo ao longo da vida que potencia o funcionamento físico, cognitivo, emocional, motivacional e social. Este paradigma sugere que, apesar das perdas funcionais a nível biológico, o processo de envelhecimento é também influenciado por fatores psicológicos, sociais e culturais. Fernandéz-Ballesteros justifica que este processo é caracterizado pelas diferenças individuais, resultantes das interações dinâmicas e contínuas entre a pessoa e o seu ambiente em constante mudança.

O conceito de envelhecimento ativo fundamenta-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos Princípios das Nações Unidas, que incluem independência, participação,

dignidade, assistência e realização dos próprios desejos. Este conceito representa uma mudança de paradigma, passando de uma abordagem centrada nas necessidades para uma abordagem centrada nos direitos (Paúl et al., 2012).

De acordo com esta abordagem multidimensional e multidirecional dos sistemas que influenciam o indivíduo e os sistemas externos a ele, a WHO (2002c) definiu os principais linhas do envelhecimento ativo. Estas incluem fatores externos, como condições sociais, ambientais, económicas e de serviços sociais e de saúde; fatores comportamentais, que são pessoais, individuais e internos, como o estilo de vida; e determinantes pessoais, como fatores biológicos, genéticos e psicológicos, abrangendo o funcionamento cognitivo, a capacidade de resolução de problemas, a adaptação à mudança e a resiliência como forma de enfrentar os desafios da vida. Além disso, são ainda consideradas determinantes transversais, como o género e a cultura.

O aumento da esperança de vida desperta a procura por novos papéis e responsabilidades para os idosos, podendo trazer benefícios para todas as gerações em vez de criar competição entre elas. Um diálogo amplo na sociedade sobre estes assuntos pode motivar as pessoas a refletirem criticamente sobre seu percurso ao longo da vida e a adotarem uma estratégia abrangente para equilibrar as suas atividades e compromissos à medida que envelhecem.

Atualmente, há maior ênfase na preparação para carreiras na meia-idade do que para a vida após a reforma, quando, na verdade, esta última fase do curso de vida pode estender-se por duas ou até três décadas. Um número crescente de pessoas idosas contribui de forma significativa para a sociedade, seja através do trabalho remunerado ou do envolvimento cívico. As suas contribuições são díspares, incluindo conhecimento acumulado, competências avançadas na resolução de problemas e na gestão de conflitos, estabilidade, além da visão pela perspectiva de diferentes faixas etárias. É crucial que as sociedades adotem estratégias que valorizem e utilizem plenamente o potencial dos mais velhos, tendo por base as suas capacidades em vez de idade cronológica. Isso permitiria uma transição da ênfase exclusiva na formação e educação nos primeiros anos de vida para o reconhecimento de que investimentos ao longo da vida podem ser igualmente benéficos (Wahl, 2020).

3.1.3. Teoria da Gerotranscendência

“The theory of gerotranscendence assumes that the self of the individual is gradually changing and developing” (Tornstam, 1997 p.p.150). A teoria proposta por Tornstam é considerada como a última etapa de uma evolução natural em direção à maturidade e sabedoria. Remete para o que o envelhecimento traz consigo: novas formas de compreender a vida, a si mesmo e aos outros. Esta abordagem sugere uma mudança de perspectiva que promove uma reflexão sobre o mundo tal como ele se apresenta e o papel que desempenhamos nesse contexto. Contrasta fortemente com as

teorias que assumem que o *self*, tal como a percepção do *self*, é constante e não tem idade (Tornstam, 2011).

As teorias do envelhecimento e a própria gerontologia, refletem valores e paradigmas positivistas, salientando a eficácia e projetando na idade mais avançada os mesmos padrões de objetividade. Esta visão é particularmente evidente nas sociedades ocidentais onde a produtividade e a participação em atividades sociais são indicadoras de sucesso (Tornstam, 2011).

Tornstam (1997), defende uma compreensão fenomenológica do envelhecimento que se baseia na perspectiva interna do indivíduo, em vez de ser estudada, definida e compreendida apenas a partir da ótica do investigador. Esta abordagem valoriza a experiência subjetiva do indivíduo, colocando-a como central para entender o processo do envelhecimento. Tornstam (2011), com base na sua investigação, defende que os sentimentos e comportamentos descritos, se agrupam em três dimensões:

- 1) Dimensão do *self*, a qual está associada à sua natureza mutável. Isto implica uma mudança gradual e individual, alcançada através do autoconhecimento e autoconfronto com diferentes aspetos, tanto positivos quanto negativos, da própria personalidade. Este processo leva à descoberta de capacidades e a uma redefinição mais positiva do *self*, do tempo, do espaço e das prioridades. O foco pessoal amplia-se e deixa de ser exclusivamente centrado em si mesmo para adquirir uma perspectiva mais realista e menos exigente. Progressivamente a atenção volta-se para as necessidades dos outros, em particular filhos e netos. O egocentrismo dá lugar ao altruísmo e o medo da morte diminui.
- 2) Dimensão das Relações Pessoais e Sociais. O indivíduo opta por priorizar os relacionamentos com os mais próximos em detrimento dos superficiais e de circunstância. Ao mesmo tempo, passa a desinteressar-se pelos bens materiais, levando a uma reestruturação do seu património.
- 3) Dimensão cósmica: é extremamente significativa pois trata das considerações filosóficas que permeiam as mudanças existenciais do idoso especialmente na maneira como percebem o espaço e o tempo. Isto contribui para uma maior proximidade e qualidade nos relacionamentos com os seus entes queridos, assim como uma ligação mais profunda com o universo, o que permite uma simplificação dos conflitos pessoais e da própria importância diante de um mundo mais amplo. Tornstam (2011), salienta cinco componentes desta dimensão que são o tempo e espaço, a ligação às gerações anteriores, a vida e morte, os mistérios da vida e a satisfação.

3.1.4. Envelhecimento Saudável

A WHO (2022b) enfatiza o termo “envelhecimento saudável” caracterizando-o como o processo de desenvolvimento e preservação da capacidade funcional, proporcionando o bem-estar e melhorando a qualidade de vida durante a velhice. A capacidade funcional resulta do resultado da interação das capacidades intrínsecas do indivíduo (referindo-se estas, ao conjunto de todas as capacidades físicas e mentais que suportam a pessoa ao longo da vida) e os vários contextos e ambientes nos quais a pessoa está inserida. O conceito de bem-estar é holístico, e abrange todos as componentes valorizadas pela pessoa. A ideia central desta definição de envelhecimento saudável, destaca a ideia de que nem a capacidade intrínseca, nem a capacidade funcional permanecem estáticas. À medida que a idade avança, ambas tendem a diminuir, mas as escolhas, decisões e intervenções tidas ao longo da vida, determinam a jornada e a trajetória de cada indivíduo, e, como tal, se a experiência de envelhecimento saudável é mais ou menos positiva.

Tendo por base o modelo de desenvolvimento psicossocial de Erickson, vários estudos empíricos indicam que o papel do trabalho e da identidade formada em contextos psicossociais é significativo para promover um envelhecimento saudável. Da mesma forma, os que, ao longo da vida tiveram dificuldade em enfrentar os desafios do desenvolvimento, nomeadamente em construir relacionamentos afetivos, experienciar a generatividade e integrar o ego com sabedoria no final da vida, foram considerados por Erickson como indivíduos com maior vulnerabilidade ao sofrimento emocional e à estagnação conforme vão envelhecendo (Malone et al., 2017).

Em resumo, e de acordo com Fernandez-Ballesteros (2011), os vários conceitos de envelhecimento, tais como envelhecimento saudável, ativo ou bem-sucedido, são geralmente considerados conceitos científicos abrangendo uma variedade de fatores biopsicossociais. Esses conceitos são avaliados por indicadores objetivos e subjetivos e estão intimamente ligados a percepções culturais de adultos mais velhos.

Devido à diversidade e às trajetórias individuais dos idosos, é difícil definir com precisão o conceito central de envelhecimento bem-sucedido. Estabelecer um padrão rigoroso de sucesso pode excluir muitas pessoas em todo o mundo, e até mesmo um padrão biomédico objetivo e hipotético pode não refletir as diferenças observadas em adultos mais velhos, como é o caso dos que apresentam dificuldades congênitas ou adquiridas. O conceito de envelhecimento ativo, apesar de difícil de mensurar, parece ser menos determinista quando comparado com o conceito de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn o qual é considerado como mais restritivo e irrealista, já que apenas cerca de 8,5% das pessoas cumprem os critérios propostos.

3.2. O Papel do Psicólogo no Envelhecimento

A APA (2024a) define a psicologia como o estudo da mente e do comportamento, acrescentado que a Psicologia abrange todos os aspetos da experiência humana, que vão desde as funções cerebrais à ação das nações, passando pelo desenvolvimento infantil até ao cuidado com os idosos, com vista ao entendimento do comportamento.

A profissão de Psicólogos, está estatuída por aprovação da Lei N. °57/2008 de 4 de setembro, a qual “Cria a Ordem dos Psicólogos Portugueses e aprova o seu Estatuto” (D.R., 2008). Em 2023, seria aprovado o “Regulamento Interno que Define os Atos Psicológicos” (D.R., 2023b). Segundo o mesmo, são considerados atos psicológicos, a utilização da ciência psicológica em todas as áreas e desafios que contemplam o comportamento e os processos mentais, tais como: a) Processos de avaliação psicológica, os quais abrangem os procedimentos de estruturação e aplicação de determinados protocolos de avaliação, assim como a elaboração de relatórios e informação acerca dos resultados; b) Intervenção psicológica em diversos contextos, seja de forma individual, seja em contexto de grupos, organizações ou comunidades; c) Realização de diagnósticos e intervenção psicológica e/ou psicoterapêutica não farmacológica; e) Preparação de pareceres técnico-científicos; e) Ações de intervenção clínica e supervisão.

Mais concretamente em relação à área do envelhecimento, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2020), redigiu um documento onde estabeleceu “Linhas de orientação para a prática profissional intervenção psicológica com adultos mais velhos”. Este documento, foi redigido tendo por base as *Guidlines* da APA (American Psychological Association) no mesmo contexto. Tem como propósito recomendar comportamentos que visam fortalecer a implementação de boas práticas, auxiliar os psicólogos na avaliação da sua preparação para trabalhar com adultos mais velhos, assim como fornecer orientação para a pesquisa de formação adequada com vista a aperfeiçoar conhecimentos e experiências neste campo específico. Aborda temas como: “a) competência e atitudes para trabalhar com adultos mais velhos, b) conhecimento geral acerca do desenvolvimento do adulto, envelhecimento e adultos mais velhos, c) questões clínicas, d) avaliação, e) intervenção, consultoria e prestação de outros serviços, d) questões do foro profissional e educação” (as cited in OPP, 2020, p.p.7). No entanto, é de salientar que, por si só, a formação para o exercício profissional da psicologia proporciona competências gerais que podem ser utilizadas em benefício dos adultos mais velhos uma vez que apresentam problemas análogas aos que existem em idades mais jovens respondendo, assim às intervenções de todos os psicólogos. Contudo, determinadas condições tendem a ser mais comuns entre os adultos mais velhos do que nos jovens, como é o caso da demência e do delirium. Da mesma forma, a ansiedade e a depressão podem manifestar-se de forma distinta nas diferentes fases da vida. A depressão que ocorre em adultos mais velhos, caracteriza-se não só com sintomas afetivos, mas também com declínio cognitivo e outras

comorbilidades (Szymkowicz et al., 2023). Em certos casos, as competências e conhecimentos especializados tornam-se cruciais na avaliação e abordagem mais completa e adaptada no contexto de envelhecimento (OPP, 2020, APA, 2014). Trabalhar com idosos requer conhecimento específico da idade avançada, perspectivas e crenças de coorte, perturbações cognitivas ou sensoriais, doenças físicas comórbidas, o potencial e os efeitos da polifarmácia e história de situações médicas ou mentais (APA, 2014).

As Linhas de Orientação para a prática profissional, têm em conta os pontos fortes e as necessidades específicas das pessoas idosas de acordo com a investigação recente da psicologia. Estão também em sintonia com o desenvolvimento das competências para os profissionais que trabalham com essa população, em conformidade com o modelo de competências e o Perfil EuroPsy (OPP, 2021; EFPA, 2015).

3.3. A Saúde Mental do Adulto Mais Velho

A saúde mental faz parte da capacidade de pensar de cada um, assim como de se emocionar, de interagir com o outro, de ganhar e desfrutar da vida. Como tal, está na base dos valores humanos da liberdade de pensamento e ação autónomas, da felicidade e da amizade. Uma boa saúde mental, é fundamental para que os indivíduos possam ter uma vida saudável e produtiva e, consequentemente, para o sucesso nas várias áreas da sua vida (WHO, 2022a).

Existe um consenso de que a recente pandemia da COVID-19, afeta não só a saúde física, mas também a saúde mental e o bem-estar do adulto mais velho (Fiorillo & Gorwood, 2020; Armitage & Nellum, 2020). De acordo com a OCDE (2022), o surto de pandemia COVID-19, exacerbou os fatores de risco e enfraqueceu os fatores de proteção associados à saúde mental, contribuindo para o seu agravamento de forma intensa. A quarentena, o distanciamento social e o isolamento profilático, medidas impostas para tentar conter a pandemia, contribuíram para o aumento da solidão e a redução das interações sociais, ambos conhecidos como fatores de risco a nível psicológico onde se incluem sintomas de stress pós-traumático, depressão e raiva (Brooks et.al., 2020; O'Caoimh et al., 2020).

No entanto, a solidão pode não significar só o facto de estar isolado, mas ser também um sentimento percecionado. Estudos demonstraram que vinte a quarenta por cento dos adultos mais velhos, em países ocidentais, revelam sentir-se solitários, sendo que cinco a sete por cento referem sentir solidão intensa de forma persistente (Luo et al., 2012).

Para além disso, a solidão, e de acordo com o estudo longitudinal de Salinas e colaboradores (2022), está associada a maior risco ao longo da vida, de padecer de demência e de Alzheimer. Este sentimento pode também predizer sintomas depressivos, agravamento da qualidade do sono e afetar

a saúde mental e a cognição. A nível biológico, pode potenciar a hipertensão, assim como diminuir a imunidade, entre outros. Em extremo, o isolamento social, real ou percebido, pode estar associado ao aumento do risco de mortalidade precoce (Lou et al., 2012). Da mesma forma, a fragilidade associada à deterioração física após internamento hospitalar devido à COVID-19, está relacionada com morbilidade psiquiátrica significativa e redução do bem-estar (Braude et.al., 2022; Aisenberg-Shafran & Harmatz, 2023). O facto de se ser excluído da sociedade, de se sentir descartável e de estar exposto ao sofrimento, pode potenciar o risco de suicídio, já de si mais elevado no adulto mais velho (Trakur & Varma, 2023). Outros estudos, como os de Boldrini e colaboradores (2021), de Hovagemyan e colaboradores (2023) revelaram que o vírus SARS-CoV-2 liberta citocinas no cérebro podendo ultrapassar a barreira hematoencefálica provocando neuro inflamação, trombos, danos neuronais e sintomas neuropsiquiátricos tais como depressão e comportamento suicida que responde mal aos antidepressivos convencionais.

Durante as primeiras semanas de pandemia na Europa, a população residente em ERPI contribuiu para uma dimensão de óbitos por COVID-19 que variou entre 31% a 66% do número total de óbitos em cada país estudado. A ansiedade e a depressão duplicaram em alguns países da Europa, logo no início da pandemia (Danis et al., 2020).

No primeiro semestre de 2022, a saúde mental e o bem-estar continuaram a ser afetados pela insegurança devida ao impacto da pandemia, tendo-se agravado com o aumento do custo de vida, com a guerra da Rússia e da Ucrânia e, pessoalmente, acredito que a recente guerra entre a Palestina e o Iraque, cumulativamente, seja mais um fator potenciador desse agravamento. A publicação da Eurofound (2022), revelou que nos primeiros meses de 2022, 55% da população europeia podia ser considerada em risco de depressão. Portugal encontra-se nesta média (OCDE, 2022). Um estudo longitudinal efetuado por especialistas do Hospital de Santa Maria, revelou que os efeitos da COVID-19 de longa duração, se mantêm durante pelo menos nove meses, após alta hospitalar e que o sintoma persistente mais comum foi a fadiga, mas que o domínio ansiedade/depressão, foi o mais afetado nos três momentos que constituíram esta avaliação (Gaspar et.al., 2023).

Verificamos assim que, no contexto atual, as consequências da pandemia se fazem sentir de forma bastante intensa e potenciam os riscos de desenvolver problemas de saúde mental no envelhecimento pois, por si só, a probabilidade de um adulto com mais de 60 anos vir a sofrer dessas perturbações é de cerca de 14%. As condições de saúde mental prevalentes nesta faixa etária são, efetivamente, a depressão e a ansiedade. Cerca de 25% das mortes por suicídio, ocorrem entre pessoas com 60 anos ou mais (Machado et al., 2016; WHO, 2023a). Nestas idades, verificam-se maiores dificuldades de regulação emocional, pois, a saúde mental é afetada pelo impacto de toda

uma experiência de vida, associadamente com os fatores de stress associados ao envelhecimento como sejam o luto, o isolamento e a solidão e a precariedade da saúde física, entre outros. A regulação emocional, segundo Gratz & Roemer (2004), está relacionada com os seguintes aspetos:

- a) A consciência e o entendimento das emoções,
- b) A aceitação das emoções,
- c) A capacidade de controlar comportamentos impulsivos perante emoções negativas,
- d) Utilização de estratégias de regulação emocional eficazes que adequem as respostas emocionais de acordo com as necessidades da situação.

Sempre que uma destas condições não se verifique, estaremos perante dificuldade de regulação emocional.

O envelhecimento, por si só, é um processo de grande vulnerabilidade, provoca mudanças em todo o organismo, afetando todos os órgãos e sistemas incluindo o cérebro que passa por um processo de atrofia que se caracteriza pelo alargamento dos sulcos, estreitamento dos giros e a redução da massa cortical (Lezak; 1995; as cited in Foss et al., 2010). O envelhecimento está assim, associado ao declínio das funções cognitivas, o que resulta no seu comprometimento e em demência. A demência, por sua vez, pode potenciar a ocorrência de depressão e ser a sua máscara. A prevalência da fragilidade cognitiva associada à depressão é alta e ambas influenciam-se mutuamente. Estudos demonstraram que a depressão é um fator de risco para demência (Zou et al., 2023). Estas condições associadas à diminuição das capacidades físicas, contribuem para a perda de independência (Pietrzack, 2023). Este processo, envolve, não só as condições físicas, mas também o ambiente em si, uma vez que as pessoas passam a necessitar de maiores cuidados, sendo a institucionalização o episódio mais significativo desta fase da vida. Perante estas condições, as capacidades adaptativas podem ficar afetadas tornando a adaptação num processo difícil quando a resiliência fica comprometida, o que aumenta o risco de depressão e mal-estar emocional (Callegari et al., 2016; Aisenberg-Shafran & Armatz, 2023).

Atualmente, a APA (2023b), classifica a depressão, integrando-a num grupo mais vasto denominado “perturbações depressivas”. Este grupo apresenta em comum a presença de tristeza, vazio ou humor irritável. Associadamente, verificam-se alterações que influenciam significativamente a capacidade funcional dos sujeitos afetados com esta patologia tais como as alterações somáticas e cognitivas comuns na depressão *major* ou na depressão depressiva persistente.

A depressão em idosos tem sido fortemente relacionada com o risco de desnutrição. Por sua vez, um estado de carência nutricional contribui para a redução da massa muscular e da força que

se vão repercutir na perda da mobilidade e da funcionalidade e compromete o sistema imunitário com todos os problemas que daí possam advir (Albuquerque et al., 2021).

No contexto deste trabalho, não podemos deixar de referir, o abuso das pessoas mais velhas, pois apresenta uma taxa de 64,2% em instituições com 2 em cada 3 funcionários a assumir ter exercido algum tipo de abuso sobre idosos (Yon et al., 2019). No entanto os gestores das instituições, não têm consciência do abuso e da negligência a idosos o que dificulta a identificação, notificação e gestão do problema (Myhre et al., 2020). A WHO (2022a), define o abuso como um ato intencional ou omissão de ação única ou repetida, realizada por um cuidador ou qualquer pessoa numa relação de confiança, capaz de provocar lesões físicas graves ou consequências psicológicas a longo prazo em pessoas com idade superior a 60 anos. O abuso pode ser perpetuado de várias formas que vão desde o abuso físico, sexual, psicológico, emocional, financeiro, negligência e perda da dignidade e falta de respeito, sendo considerado uma violação dos direitos humanos. Destes o abuso psicológico é o que apresenta maior prevalência, 33,4%, sobretudo em instituições. Sampaio e colaboradores (2022), referem que a prevalência de abusos se verificou sobretudo entre indivíduos que relataram sintomas depressivos (37,6%), contudo, as pessoas com demência são particularmente vulneráveis, pois a sua capacidade cognitiva para reconhecer e denunciar abusos é particularmente reduzida (Fang & Yan, 2018). No entanto, qualquer tipo de abuso a adultos mais velhos, agrava o já debilitado estado de saúde mental causando tristeza, sintomas depressivos e desamparo (Mawar et al., 2018) contribuindo para o aumento da mortalidade e morbilidade nesta população (Pillemer et al., 2016).

O Dia da Consciencialização da Violência contra a Pessoa Idosa comemora-se a 15 de junho. Para assinalar esse dia, a WHO (2024b) lançou uma “base de dados de intervenções promissoras para prevenir e responder ao abuso de idosos” (tradução à letra). Esta base de dados, visa prevenir e responder ao abuso de idosos.

4. AS DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS

O principal fator de risco para a maioria das doenças neurodegenerativas (DND) é o envelhecimento (Hou et al., 2019).

Do ponto de vista biológico, as DND fazem parte de um vasto conjunto de condições neurológicas que impactam de forma negativa a vida de milhões de pessoas em todo o mundo. Estas doenças envolvem a perda progressiva de neurónios do sistema nervoso central (SNC) ou do sistema nervoso periférico (SNP). O colapso da estrutura e funcionamento das redes neurais, e a incapacidade desses neurónios de se regenerarem eficientemente, pode resultar na perda dos mesmos. Isso gera interrupções nas vias de comunicação no sistema nervoso central, o que leva à deterioração da memória, cognição, comportamento e função sensorial e/ou motora (Wilson et al., 2023).

As DND provocam défices mentais e físicos que variam conforme o tipo de neurónios afetados e a sua localização no cérebro. Por exemplo, a perda de neurónios piramidais no córtex cerebral está associada aos défices cognitivos da DA. Por outro lado, a perda de neurónios dopaminérgicos na substância negra é responsável pelas alterações motoras características da DP (Bloomingdale et al., 2022).

Segundo Wilson e colaboradores (2023), existe um conjunto de características que determinam as DND, a saber: agregação patológica de proteínas, disfunção da rede sináptica e neuronal, proteostase aberrante, anomalias do citoesqueleto, metabolismo energético alterado, inflamação e morte de células neuronais, defeitos no ácido desoxirribonucleico (ADN) e ácido ribonucleico (ARN).

As DND são uma causa crescente de mortalidade e morbilidade, em particular nos idosos, em todo o mundo (ErKKinen et al., 2018).

As principais DND são a doença de Alzheimer (DA), a doença de Parkinson (DP), as taupatias primárias, a demência frontotemporal (DFT), a esclerose lateral amiotrófica (ELA), as sinucleinopatias (i.e., demência de corpos de Levy - DCL), a atrofia multissistémica (AMS), a doença de *Huntington* (DH) e doenças como as ataxias cérebroespinais, a doença de prião, a lesão cerebral traumática, a encefalopatia traumática crónica, o acidente vascular cerebral (AVC), a lesão da medula espinal e a esclerose múltipla (EM) (Wilson et al., 2023). Neste trabalho serão abordadas as doenças neurodegenerativas que impliquem estados demenciais.

4.1. Perturbações Neurocognitivas à Luz do DSM-V-TR: Demência e Défice Cognitivo

A APA (2023b) inclui na categoria das Perturbações Neurocognitivas (PNC) o conjunto das perturbações cujo o défice clínico primário é na função cognitiva adquirida e cujas características

nucleares são cognitivas não congénitas. O mesmo será dizer que o défice na cognição não está presente à nascença, nem mesmo numa fase mais precoce da vida, representando antes, um declínio da função cognitiva relativamente a um nível prévio de funcionamento. A antiga denominação de demência deu lugar e está englobada na nova entidade denominada “perturbação neurocognitiva major”, mantendo-se, no entanto, a sua utilização, nos subtipos etiológicos. Continua também a ser utilizado em contextos nos quais quer médicos, quer pacientes estejam familiarizados com o termo, estando associado a demências neurodegenerativas que afetam o adulto mais velho. Por outro lado, a designação PNC major é mais abrangente do que o termo “demência” uma vez que este diagnóstico pode ser aplicado em indivíduos com um declínio acentuado num único domínio. Assim, os casos que no CID-10 e CID-11 e anteriormente DSM-IV eram classificados como perturbação amnésica, são, no DSM-V, renomeados como PNC major. No que respeita ao declínio cognitivo, a APA (2023b), identifica um grau menos grave: a “perturbação neurocognitiva ligeira”. Frequentemente a etiologia da PNC devida a Doença de Alzheimer, da PNC frontotemporal e da PNC com corpos de *Lewy*, só é possível de determinar *postmortem*, nesse caso estas condições médicas são precedidas por “provável” ou “possível”. No caso de PNC vascular e PNC devida a doença de Parkinson aplicam-se as designações “provavelmente/possivelmente devida a”, sempre que a evidência não seja clara.

As PNC são constituídas, e segundo a APA (2023b), pelo *Delirium* e pelas síndromes de PNC major e PNC ligeira juntamente com os seus subtipos etiológicos.

Os critérios para as PNC fundamentam-se em domínios neurocognitivos definidos, a saber:

- a) Atenção complexa (atenção sustentada, atenção dividida, atenção seletiva e velocidade de processamento),
- b) Função executiva (planeamento, tomada de decisões, memória de trabalho, resposta às reações/correções dos erros, controlo dos hábitos/inibição, flexibilidade mental),
- c) Aprendizagem e memória (memória imediata, memória recente - incluindo evocação espontânea, evocação com pista e memória de reconhecimento- memória de muito longo prazo - semântica, autobiográfica – aprendizagem implícita),
- d) Linguagem (linguagem expressiva – incluindo nomeação, encontrar palavras, fluência, gramática e sintaxe – e linguagem recetiva),
- e) Percetivomotor (inclui as aptidões que estão incluídas nas designações perceção visual, visuoestrutiva, percetivomotor, praxia e gnosia),
- f) Cognição social (reconhecimento de emoções, teoria da mente).

4.1.1. Delirium

Os critérios de diagnóstico do *delirium* incluem perturbação na atenção a qual se desenvolve num curto espaço de tempo (horas a dias), cuja gravidade oscila durante o dia; alteração na cognição; ser consequência de efeito fisiológico de outra condição médica. Deve especificar-se se é agudo (dura há horas ou dias) ou persistente (dura há semanas ou meses). Deve também especificar-se se é hipoativo, hiperativo ou se tem um nível de atividade misto. E ainda se se deve a intoxicação por substâncias ou por abstinência das mesmas, se induzido por medicamentos ou devido a outra condição médica ou mesmo devido a múltiplas etiologias. Para além destas existem ainda os subtipos *delirium* com outras especificações e *delirium* não específico.

4.1.2. Síndromes de Perturbação Neurocognitivas Major e Ligeiras

As síndromes de perturbação neurocognitivas *major* ou ligeiras, caracterizam-se como sendo o estágio intermédio entre as alterações cognitivas associadas ao envelhecimento e o declínio cognitivo associado à demência (Islam et al.,2023). De acordo com a APA (2023b), ambas as síndromes são constituídas por vários subtipos etiológicos:

PNC devida a doença de Alzheimer; PNC vascular; PNC com corpos de Lewy; PNC devida a doença de Parkinson; PNC frontotemporal; PNC devida a lesão cerebral traumática; PNC devida a infeção por VIH; PNC induzida por substância/medicamento; PNC devida a doença de Huntington; PNC devida a doença dos priões; PNC devida a outra condição médica; PNC devida a múltiplas etiologias; PNC devida a uma etiologia desconhecida (APA, 2023b, p.807).

a) Perturbações Neurocognitivas Major

Os critérios de diagnóstico defendidos pela APA (2023b), incluem a evidência de declínio cognitivo acentuado quando comparado com um nível de desempenho anterior em um ou vários domínios cognitivos (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade perceptivomotora ou cognição social) tendo por base a preocupação do indivíduo, ou de alguém relacionado com ele e um défice no desempenho cognitivo bastante acentuado de preferência sustentado por testes neuropsicológicos ou por avaliação clínica quantitativa. Para além disso, é também critério que os défices cognitivos afetem as AVD, e não ocorram exclusivamente em contexto de *delirium*. Por último, os défices cognitivos não devem ser explicados por outra condição mental. Deve especificar-se se é devido a DA, DCL, doença

vascular (DV), lesão cerebral traumática, usos de substâncias ou medicamentos, infecção por VIH, doença dos priões, DP, DH, outra condição médica, múltiplas etiologias ou a etiologia não especificada. Deve ainda especificar-se a gravidade atual tendo em conta se é ligeira: apresentando dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária, se é moderada: com manifestações a nível de dificuldades nas AVD, ou grave: neste caso a dependência de terceiros é total. Para além destas especificações, é importante verificar se a alteração cognitiva é acompanhada de agitação, ansiedade, perturbação de humor, sintomas psicóticos, outras alterações do comportamento ou psicológicas ou se, pelo contrário, não apresenta alterações do comportamento ou psicológicas acompanhantes.

b) Perturbações Neurocognitivas Ligeiras

Os critérios de diagnóstico de PNC ligeira são a evidência de um declínio cognitivo ligeiro relativamente ao anterior desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade perceptivomotora ou cognição social). Regra geral, o próprio indivíduo tem essa consciência ou alguma pessoa dos seus relacionamentos próximos, ou até o próprio clínico. O défice cognitivo deverá ser sustentado por testes neurológicos ou por avaliação clínica quantitativa. Neste tipo de PNC, as AVD mantêm-se preservadas - o indivíduo consegue efetuar pagamentos ou orientar a medicação - apesar de estas tarefas poderem exigir maior esforço ou o recurso a estratégias de compensação (APA, 2023b).

Embora a perturbação neurocognitiva ligeira possa ser a primeira manifestação de DA, não invalida que surja num contexto secundário a outros processos patológicos, nomeadamente outras perturbações neurológicas, neurodegenerativas, sistêmicas ou psiquiátricas. É possível também que surja relacionada com causas potencialmente reversíveis como é o caso de determinadas perturbações metabólicas, vasculares, sistêmicas ou psiquiátricas. Em ambos os casos, o exercício físico, assim como a estimulação cognitiva mostram ter efeitos positivos na cognição (Erickson et al., 2014; Cheng, 2016; Petersen et al., 2018; Pietrzak et al., 2023).

Segundo a APA (2023b), os défices cognitivos apresentados, não devem ser consequência de *delirium* nem serem atribuíveis a outra perturbação mental, nomeadamente a perturbação depressiva major ou esquizofrenia, por exemplo. Deve especificar se se deve a DA, degeneração frontotemporal, DCL, DV, lesão cerebral traumática. Deve também clarificar se existe ou não alteração do comportamento e, em caso afirmativo, especificar qual a alteração (sintomas psicóticos, alteração de humor, apatia ou outros).

É importante destacar a relação mútua entre a deterioração das funções cognitivas, físicas, mentais e a independência nas AVD. Um diagnóstico precoce permite evitar consequências a longo prazo (Pietrzak et al., 2023).

4.2. Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira – Subtipos:

a) Devida a Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer (DA) foi descrita pela primeira vez por Alois Alzheimer, em 1907, como resultado dos seus estudos de histopatologia cerebral em pacientes com demência, durante os quais observou a existência de depósitos de péptidos insolúveis, os beta-amiloide, designados por placas, que se depositam no cérebro (Veeman et. al., 2022).

A DA é a demência com maior prevalência e está associada a alterações que se manifestam a nível cognitivo, a nível comportamental e a nível funcional (Zidan et. al., 2012). Esta patologia causa uma enorme incapacidade e dependência de terceiros (Brites, et al., 2020). Geralmente afeta os adultos mais velhos e está associada à perturbação da memória e ao declínio cognitivo grave provocado por uma atrofia acentuada dos tecidos cerebrais e circuitos neurais (Castellazzi et al., 2020). A DA afeta os neurónios, mas também a microglia e os astrócitos.

Estão descritos fatores de risco adicionais associados a fatores de risco acrescido de desenvolver a doença, tais como a doença cerebrovascular, hiperlipidemia, diabetes, obesidade, tabagismo e traumatismo crânioencefálico. Como fatores de proteção, uma maior reserva cognitiva, a dieta mediterrânica e o exercício físico.

Segundo Erkkinen et al., (2018) existem duas formas de DA: a DA típica e a DA atípica. A maioria dos casos de DA apresenta a forma típica caracterizada por amnésia, no entanto, cerca de 15% dos casos são considerados atípicos e apresentam sintomatologia precoce e elevada a nível visual, frontal ou motora (Veeman et al., 2022). A DA típica, também conhecida como forma amnésica ou límbica, é caracterizada pelo início discreto e gradual de perda de memória, frequentemente acompanhada de declínio em outros domínios cognitivos, como sejam as funções visuoespaciais e executivas. Estas alterações levam a uma perda progressiva da independência funcional. A amnésia observada na DA típica afeta principalmente a memória episódica declarativa, onde se enquadram as memórias autobiográficas associadas a eventos específicos, lugares, momentos e emoções (Erkkinen et al., 2018).

No início da progressão da doença, a perda de memória é mais evidente nos eventos recentes. Existe um comprometimento das estruturas temporais mesiais, o qual se manifesta de diversas formas, tais como: perder objetos, repetir conversas ou perguntas, apresentar dificuldade em recordar dados e compromissos. Outro tipo de memórias, como é o caso da memória processual, que são processadas noutras estruturas que não as hipocampais ou parahipocampais, mantêm-se preservadas na DA. As manifestações clínicas da DA atípica incluem variantes que apresentam perturbações em áreas cognitivas que não as mesiais temporais, abrangendo especialmente áreas como a parieto-occipital posterior, frontal, motora e regiões ligadas à linguagem. As síndromes com

predominância posterior, como a atrofia cortical posterior, abrangem uma variante occipitotemporal caracterizada por déficits visuoperceptivos, que afetam o reconhecimento de rostos, objetos e palavras. A variante biparietal manifesta-se por déficits visuoespaciais, muitas vezes apresentando-se como síndrome de *Gerstmann* ou *Balint*, envolvendo dificuldades de percepção espacial e apraxia. A manifestação da DA frontal caracteriza-se por alterações comportamentais como apatia ou desinibição e/ou perfil cognitivo marcado por défices das funções executivas. Quanto à variante linguística, conhecida como logopênia de afasia primária progressiva (lvAPP), apresenta sobretudo dificuldades na recuperação de palavras e repetição de frases, mantendo, no entanto, o conhecimento semântico e o controle motor da fala (Erkkinen et al., 2018). A DA pode também manifestar-se como síndrome corticobasal (SCB)⁴, sendo detetado particularmente em autópsias (Doğan et al., 2023).

O diagnóstico diferencial da DA compreende a DV, a DFT, a DCL, encefalopatias límbicas, deficiências vitamínicas e outras condições médicas. Em muitos casos, a DV coexiste com a DA. A DV tem uma prevalência relativamente elevada e inclui uma componente muito forte de disfunções cognitivas que resultam de lesões no tecido cerebral provocadas por doenças vasculares que podem originar acidentes vasculares cerebrais (AVC) de grandes artérias, assim como outras lesões vasculares (Castellazzi et al., 2020).

O progresso científico é uma constante, a investigação centra os seus estudos tendo por base a utilização de biomarcadores em pessoas vivas. Estes estudos, levados a cabo pelo *National Institute on Aging* e a *Alzheimer's Association*, pretendem otimizar o diagnóstico da DA em pessoas vivas. Atualmente, o diagnóstico é feito tendo por base as consequências clínicas da doença, como sejam os seus sinais e sintomas, isto é, tem por base uma estrutura sindrómica. O objetivo destes estudos é o de que o diagnóstico da DA possa ter uma base biológica e assim não estar associado a outras formas de demência ou declínio cognitivo (Jack et al., 2018).

Segundo a publicação da *Alzheimer's Association* (2023), a DA tem início cerca de 20 anos antes da manifestação da doença. Os primeiros neurónios afetados são os responsáveis pela memória, a linguagem e o pensamento, logo, as primeiras manifestações desta doença são exatamente nestas áreas. Inicialmente, e enquanto os sintomas são leves, é possível, à pessoa afetada pela DA, manter as suas atividades, no entanto, a DA é uma doença degenerativa, progressiva e crónica. A rapidez com que evolui e as áreas afetadas, variam de pessoa para pessoa, sendo certo que irá impactar nas suas AVD. A deterioração da condição do doente com Alzheimer leva à

⁴ A SCS é uma síndrome extremamente rara que atinge o córtex extrapiramidal que se manifesta com apraxia, síndrome da mão alienígena e mioclonia (Doğan et al., 2023).

dependência, isto é, à incapacidade de viver de forma independente e a necessitar de cuidados a longo prazo e a assistência de terceiros para o desempenho das suas AVD. A DA é uma doença fatal. Estudos indicam que pessoas com 65 anos ou mais, vivem cerca de quatro a oito anos, depois de terem sido diagnosticadas com a doença, havendo, no entanto alguns que vivem cerca de vinte anos (Alzheimer's Association, 2023).

A depressão manifesta-se principalmente no início da doença. À medida que a doença evolui, ansiedade, isolamento social, paranoia, apatia, perturbações do sono, irritabilidade, são alguns dos sintomas psicológicos mais associados ao declínio cognitivo. Estes sintomas podem ser atribuídos às mudanças operadas no cérebro à medida que a doença progride, mas também podem ser reações emocionais que refletem o desconforto e a confusão sobre o que está a acontecer. Podem também surgir alucinações visuais no início da doença o que é sugestivo de DCL. Por sua vez o isolamento social pode ser um indicador de demência frontotemporal (Gauthier et al., 2021).

Nos Estados Unidos uma em cada nove pessoas com 65 anos ou mais sofre de DA, ou seja, cerca de 6.9 milhões. Prevê-se que em este número aumente para 13.8 milhões, mais do dobro, em 2060, a não ser que a ciência descubra uma forma de prevenir ou curar esta doença. O impacto no sofrimento emocional e na saúde mental e física dos cuidadores familiares, é bastante elevado (Cheng, 2017; APA, 2023; Alzheimer's Association, 2024).

b) Devida a PNC Frontotemporal Major ou Ligeira

De acordo com a APA (2023b), esta perturbação tem uma progressão gradual com uma sobrevivência média de 6 a 11anos e com taxas globais semelhantes entre homens e mulheres. Apresenta uma ou duas das seguintes variantes: Variante de comportamento (a) desinibição de comportamento, logorreia, apatia, falta de empatia, alterações comportamentais: compulsividade, ritualização; b) declínio na cognição social e/ou nas competências executivas); variante de linguagem (declínio do uso da linguagem sob a forma de gramática, compreensão de palavras ou produção de discurso, escolha de palavras e nomeação de objetos, afasia progressiva primária nas variantes semântica e não fluente/agramatical). A variante comportamental é a mais comum tendo uma prevalência de cerca de 60% dos casos. A aprendizagem, a memória e a função perceptive-motora apresentam-se preservadas. Normalmente, esta perturbação atinge pessoas com 60 anos de idade, contudo a idade de início pode variar entre os 30 e os 90 anos.

c) Com Corps de Levy

Esta perturbação é conhecida como demência com corpos de Levy (DCL). Inclui o défice cognitivo e progressivo com alterações na atenção, funções executivas e capacidades visuoespaciais (não afeta a aprendizagem e memória). Para além disso, alucinações visuais recorrentes,

perturbações do sono REM (*rapid eye movement*), apatia, ansiedade, depressão e delírios são frequentes nesta perturbação. Outra característica nuclear é o Parkinsonismo, sendo que, neste caso devem ser tidos em conta os sinais extrapiramidais provocados pelos antipsicóticos. De acordo com a APA (2023b), os critérios de diagnóstico incluem a perturbação ter um início insidioso e um avanço progressivo e apresentar características de diagnóstico prováveis ou possíveis.

No caso dos prováveis é necessário que o indivíduo apresente duas características de diagnóstico nucleares ou uma característica de diagnóstico sugestiva e uma ou mais características de diagnóstico nucleares. No caso dos possíveis, o indivíduo apresenta uma só característica de diagnóstico nuclear ou uma ou mais características sugestivas. As características de diagnóstico nucleares incluem: oscilações da cognição com mudanças significativas na atenção e no estado de alerta; alucinações visuais frequentes que são detalhadas e bem definidas; características espontâneas de parkinsonismo surgindo após o início do declínio cognitivo. Quanto às características de diagnóstico sugestivas, incluem: a perturbação de comportamento do sono REM e sensibilidade exacerbada aos medicamentos neurolépticos.

A prevalência da PNC com Corpos de Lewy varia de 0% a 1,2% na população idosa e de 0% a 9,7% para a totalidade dos casos de demência. O início dos sintomas regista-se em sujeitos entre os 60 e os 90 anos de idade (APA, 2023b).

d) PNC Vascular Major ou Ligeira

O primeiro critério para esta perturbação é a existência de uma PNC e que a doença cerebrovascular seja a patologia dominante ou exclusiva que é responsável pelos défices cognitivos. As características clínicas desta perturbação, são compatíveis com uma causa de origem vascular, tais como: relação entre o início dos défices cognitivos e ocorrências cerebrovasculares. O declínio observado é mais acentuado na atenção complexa, onde se inclui a velocidade de processamento, e na função executiva frontal.

A PNC vascular é a segunda causa mais frequente desta perturbação, logo depois da DA. Nos Estados Unidos da América, a prevalência desta demência é de 0,98% na faixa etária dos 71 aos 79 anos, 4,09% na dos 80 aos 89 anos e 6, 19% na dos que têm pelo menos 90 anos. Nos 3 meses após um AVC, cerca de 20 a 30% dos indivíduos recebe um diagnóstico de demência vascular (APA, 2023b).

e) Devida a Doença de Parkinson

A DP manifesta-se, geralmente, entre os 50 e os 89 anos. Os principais fatores de risco para a DP são a exposição a pesticidas, solventes e lesão cerebral traumática (Sturm et al., 2022; Kulcsarova et al., 2023; Dorsey & Bloem, 2024).

A PNC ligeira ocorre no início da evolução da DP e a PNC major numa fase mais avançada. Ambas as PNC, major ou ligeira, têm um início insidioso e uma progressão gradual e ocorrem no âmbito de um diagnóstico prévio de doença de Parkinson, não sendo atribuível a qualquer outra condição médica. Segundo a APA (2023b), os critérios para PNC major ou ligeira, provável devidos a DP, são os seguintes: a DP deve preceder o início da PNC e, não existir evidência de etiologia mista que contribua, de alguma forma, para a PNC. Quando apenas um dos critérios se verifique, estaremos perante uma possível PNC devida a DP.

A DP manifesta-se mais em homens do que em mulheres, no entanto não se pode afirmar que a incidência de PNC siga o mesmo critério. Sabe-se que pelo menos 80% dos indivíduos afetados com DP desenvolvem PNC major. Dos restantes, cerca de 25% a 27% desenvolvem PNC ligeira.

As características associadas incluem apatia, humor deprimido, humor ansioso, alucinações, delírios, alterações da personalidade perturbações do comportamento do sono REM, sonolência diurna exacerbada, congelamento da marcha, quedas, instabilidade postural e perturbações da marcha (*Postural Instability and Gait Disturbance*, PIGD) e hiposmia. Existe também um subtipo que implica tremor. Quando este está presente, sobrepõe-se ao PIGD (APA, 2023).

f) Devida a Doença de Huntington (DH)

A característica essencial desta PNC é de um défice cognitivo progressivo que se manifesta inicialmente nas funções executivas, ou seja, na velocidade de processamento, planeamento e organização; mais do que na aprendizagem e memória.

As alterações motoras observadas, devidas a alterações extrapiramidais, são típicas da bradicinesia e da coreia e são precedidas por alterações cognitivas e comportamentais. Alterações psiquiátricas e cognitivas tais como, irritabilidade, apatia (aumentando ao longo do tempo), ansiedade, manifestações obsessivo-compulsivas, depressão e, por vezes, psicose, podem preceder as manifestações dos sintomas motores em cerca de uma década. Inicialmente os sintomas motores podem ser uma certa inquietação das extremidades, assim como apraxia sobretudo nas tarefas motoras finas. Com a progressão da doença, surge a instabilidade postural e a ataxia que se vai tornando progressiva afetando seriamente a marcha. O controlo motor da alimentação e da deglutição também podem ficar comprometidos e contribuir para a morte por pneumonia de aspiração. No entanto, os indivíduos com DH apresentam um risco de suicídio superior ao da população em geral, sendo de extrema importância o tratamento dos sintomas depressivos e a avaliação de pensamentos suicidas.

A DH manifesta-se sobretudo entre os 35 e os 45 anos de idade. No entanto quando tem início aos 20 anos (DH juvenil) caracteriza-se sobretudo por bradicinesia, distonia e rigidez, em

detrimento dos movimentos coreiformes, característicos da DH. A esperança de vida após o diagnóstico clínico é de cerca de 10 a 20 anos (APA, 2023b).

g) Devida a Outra Condição Médica

As PNC devidas a outras condições médicas, incluem lesões estruturais (i.e. tumores cerebrais primários ou secundários, hidrocefalia), hipoxia, condições endócrinas, mudanças nutricionais, doenças infecciosas, metabólicas, entre outras. A certeza do diagnóstico desta PNC advém do melhoramento do défice cognitivo em consequência do tratamento de outra condição médica.

h) Devida a Múltiplas Etiologias

Esta classificação destina-se a abranger todas as PNC para as quais existe evidência de que várias condições médicas podem ter contribuído para o seu surgimento.

i) Devida a uma Etiologia Desconhecida

Neste caso, incluem-se as PNC das quais não existe evidência de historial clínico ou de etiologia médica associada ao uso de substância ou medicamento que as possam justificar.

j) PNC Não Especificada

Esta categoria abrange as manifestações cujos sintomas, característicos de uma PNC, provocam défices a nível do funcionamento social, laboral ou noutras áreas, mas que não preenchem a totalidade de critérios para uma classe diagnóstica das PNC.

5. A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA NO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

A intervenção psicológica utilizada no local de estágio, regeu-se pela filosofia da Abordagem Centrada na Pessoa de inspiração Rogeriana.

Carl Rogers (1902-1987), não parte propriamente de uma “tábula rasa”, nos primeiros anos de atividade enquanto terapeuta, sofre a influência de John Dewey e Otto Rank (Hipólito, 2005). Integra-se na corrente existencial humanista juntamente com Maslow, Binswanger, Allport, May, entre outros. Esta corrente caracteriza-se pela compreensão, o cuidado, a consideração pela pessoa, o entrar em relação, a aceitação, a defesa de determinados valores, a liberdade e a capacidade de recriar continuamente o estar no presente (Campiche et al., 2012). Rogers, inspira-se nesta corrente tendo-se tornado no psicoterapeuta mais influente na história da psicologia norte americana contrapondo-se aos modelos vigentes da psicanálise (Freudiano, tendo por base o estudo de caso de patologias) e do behaviorismo (analisava comportamentos disfuncionantes, erradicando-os) os quais segundo Castañon (2007), conferiam uma desumanização determinista ao ser humano.

Rogers prioriza a ênfase na pessoa como centro efetivo de atenção do terapeuta, em vez de no problema que o cliente apresenta num dado momento. Este é o grande marco de mudança na filosofia subjacente da ACP (Brissos-Lino, 2001).

Rogers, desenvolve no final dos anos 30, uma relação de ajuda de “aconselhamento-não-diretivo”, que mais tarde evoluiu para “terapia centrada no cliente” e, posteriormente, para “abordagem centrada na pessoa” (Hipólito, 1999; Hipólito & Nunes, 2000; Gomes et al., 2004). Estende assim, a psicoterapia aos psicólogos, a qual, até à data, era uma atividade exclusiva dos médicos (Gomes et al. 2004). Contudo, vai mais longe ao referir em “Psicoterapia & Relações Humanas” (Rogers & Kinget, 1977) e em “Um jeito de ser” (Rogers, 1987) que a abordagem é aplicável não só em contexto clínico, mas “a qualquer campo de atividade e de experiência que tenha relação com: 1) relações humanas e, 2) a mudança atual ou potencial da personalidade” (Rogers & Kinget, 1977, p. 154).

Na realidade, podemos dizer que há uma data concreta como sendo o dia em que a terapia centrada no cliente nasceu. Esse dia é o dia 11 de dezembro de 1940, dia em que Rogers, toma consciência da originalidade do seu pensamento durante a apresentação da sua conferência: “Novos Conceitos em Psicoterapia” na Universidade de Minnesota, graças às reações que esta provocou. Rogers defende que o objetivo da nova terapia se deve centrar em ajudar o indivíduo a crescer, desenvolvendo recursos para resolver não só o problema atual, mas também os vindouros, baseando-se numa “tendência individual para o crescimento, saúde e adaptação” (citado em Hipólito, 2011 p.28). Parte do princípio de que o homem é dotado de liberdade, autonomia e capacidade de escolha,

podendo autodirigir-se (Borja-Santos, 2004). Assim, a abordagem ao invés de se focar no problema, centra-se no indivíduo. Prioriza os aspectos emocionais da situação, em detrimento dos aspectos intelectuais da mesma (cognição). Dá ênfase à situação imediata em detrimento do passado do indivíduo. Por último, considera a relação terapêutica como uma experiência de crescimento. Surge assim, uma abordagem terapêutica que parte do “saúdável” e dos movimentos internos e intrínsecos do indivíduo em direção à auto-cura para estabelecer um plano terapêutico, sobrepondo-se ao tradicional estudo do patológico para propor mudanças (Hipólito, 2005). Nas palavras de Wood (1998, p.13), a abordagem é “uma postura psicológica, um jeito de ser” que permite a confrontação de diversos aspectos do comportamento humano.

O quadro conceitual da teoria de Rogers baseia-se em três princípios, são eles:

Tendência Atualizante: O conceito de tendência atualizante, é o principal conceito da teoria psicoterapêutica Rogeriana (Rogers, 1959; Rogers & Kinget, 1977; Brodley 1998), sendo considerado um princípio fundamental que impulsiona a concepção do ser humano no pensamento de Carl Rogers (Hipólito & Nunes, 2000). Rogers fala de uma tendência formativa direcional no Universo que nomeia de “tendência atualizante” no ser humano (Hipólito & Nunes, 2000). Tem início na célula primordial (Hipólito, 2011), e parte do princípio de que em cada ser humano, existe um movimento natural para evoluir no sentido da complexificação (Nunes et al. 2018). As potencialidades de mudança, fazem parte e são intrínsecas à natureza do indivíduo (Hipólito, 2005), representando uma predisposição para o desenvolvimento das suas potencialidades embora, em parte, condicionada pelas limitações do ambiente (Rogers & Kinget, 1977; Telles et al., 2014).

Esta tendência, segundo Rogers e Kinget (1977), “manifesta-se no organismo em sua totalidade e unicamente na sua totalidade” (p.160) o que significa que se manifesta também na área de experiência correspondente à estrutura do *self*. Está relacionado com a forma como se experienciam as percepções relativas ao *self*; à experiência de si, que abrange todos os factos e acontecimentos do campo fenomenológico, bem como aos valores atribuídos a essas diferentes percepções pelo indivíduo. Essa força motriz, está em constante mudança, permanecendo, no entanto, organizada e coerente, estando sempre disponível à consciência de forma mais ou menos consciente (Rogers & Kinget, 1977).

A tendência atualizante manifesta-se pela competência do homem de ter percepção de si mesmo e de fazer escolhas conscientes, permitindo-se funcionar o melhor possível tendo em conta as condições de um determinado momento. São as condições desfavoráveis, atuais ou mais antigas, que atuam na pessoa, ficando além das opções de cada ser humano num dado momento, podendo espoletar sentimentos e ações destrutivas (Brodley, 1998). É necessário que haja uma concordância entre as necessidades do organismo e as necessidades do *self* para que a tendência atualizante se

manifeste completamente. Quando há consonância entre o *Self* e as suas experiências, a pessoa está congruente, quando tal não acontece, a pessoa tende a ficar num estado de incongruência (Rogers e Kinget, 1977).

O conceito de não diretividade: O conceito de “tendência atualizante” implica uma atitude não-diretiva por parte do terapeuta, pois, para além de fomentar atitudes de respeito pelo cliente e pelas suas competências inatas para a evolução, respeita as suas capacidades para encontrar soluções e promover transformações terapêuticas (Brodley, 1998). Partindo de uma “simetria relacional” (Hipólito, 2005, p. 49) o técnico não dá exercícios, nem estratégias para que os problemas sejam resolvidos, mas cria com a pessoa uma relação que possibilita que o outro possa descobrir dentro de si as suas respostas (Nunes, 1999). Neste conceito, está subjacente, a confiança na capacidade que o homem tem de encontrar as respostas mais adequadas para os seus problemas, isto é, para a sua auto-organização e auto-direção (Hipólito, 2011).

A existência de seis condições necessárias e suficientes para que a mudança terapêutica se efetue: Rogers, em 1957, publica um artigo, onde postula estas seis condições, que são, de certa forma, um “segundo sistema de diagnóstico” (Rogers 1957, citado por Hipólito et al, 2022, p. 45) ou um “sistema de diagnóstico relacional” (Hipólito et al., 2022, p. 47), que se concentra na avaliação da presença ou ausência de condições, bem como na possibilidade de facultar condições para que a pessoa possa retomar o seu processo evolutivo e a sua auto-cura (Hipólito, 2005). Para que se inicie um processo de mudança construtiva da personalidade é indispensável a presença de seis condições necessárias e suficientes:

1) Duas pessoas estejam em contacto psicológico: uma mudança na personalidade significativa e positiva só ocorre numa relação (Rogers, 2010);

2) O cliente esteja num estado de incongruência, encontrando-se vulnerável ou ansioso: ou seja, mais concretamente, que exista uma discrepância entre a experiência real do organismo e a imagem de self do indivíduo, sendo que esta imagem representa aquela experiência (Rogers, 2010);

3) O terapeuta esteja congruente: deve ser uma pessoa integrada, genuína e congruente ou, por outras palavras, que o terapeuta seja exatamente ele, naquele exato momento em que decorre a relação (Rogers, 2010);

4) Que o terapeuta experiencie consideração positiva incondicional pelo cliente: Envolve sentimentos de aceitação, pela parte do terapeuta, relativamente à expressão de sentimentos do cliente, quer eles sejam positivos ou negativos. Implica uma forma de ver o cliente como uma pessoa única (Rogers, 2010);

5) Compreensão empática do esquema de referência interna do cliente e que transmita ao cliente esta experiência: Percecionar o mundo do cliente do ponto de vista dele (cliente) e transmitir-lhe isso mesmo (Rogers, 2010);

6) Que a comunicação da compreensão empática e da consideração positiva incondicional (condição 4 e 5), sejam minimamente entendidas pelo cliente: Implica que através da resposta de compreensão empática, o cliente se sinta compreendido, ouvido na totalidade da sua partilha adequando os comentários ao estado de espírito do cliente e utilizando um tom de voz que contenha a capacidade de partilhar os sentimentos do cliente (Rogers, 2010). A resposta de compreensão empática, pressupõe que o terapeuta adere ao pensamento do cliente de tal forma que o retoma e devolve, permitindo ao cliente obter vários tipos de percepção (*insights*) que lhe vão permitir reorganizar o seu campo perceptivo, integrando a experiência acumulada. Estes momentos de tomada de consciência, podem ser interpretados como intervenções de mudança (Hipólito, 2011).

Rogers, citado por Hipólito (2005), defendeu que na presença das seis condições supra, mudanças construtivas ocorrerão no cliente; no caso em que uma ou mais dessas condições não se verifiquem, as mudanças não serão observadas; quanto maior for o grau de presença das condições dois a seis, mais significativas serão as mudanças.

A congruência do terapeuta, o olhar positivo incondicional e a compreensão empática, são consideradas as *core-conditions* (condições essenciais), Zimring (2000), escreveria, citando Rogers, que para além destas condições, nenhuma outra é considerada importante. Acrescentando que o terapeuta não precisa compreender a personalidade ou os problemas do cliente, nem orientá-lo para resolver o problema. A aceitação, verdadeira e incondicional, e a compreensão empática do cliente é o quanto baste para esse fim.

O relatório da APA (2006), “*Evidence-Based Practice in Psychology*”, onde são fornecidas orientações para a prática profissional e a pesquisa em psicologia, vem, ao fim de 50 anos, reforçar a abordagem de Rogers. Neste documento, onde a *expertise* clínica é referida como um dos fatores mais relevantes da prática clínica, a relação terapêutica assume uma enorme importância. Na *expertise* clínica enquadram-se as capacidades terapêuticas interpessoais, nas quais se incluem a empatia, a congruência e a consideração positiva incondicional, as quais são consideradas pela APA como fundamentais para o sucesso da intervenção terapêutica.

6. DESENVOLVIMENTO PSICO-AFETIVO

A teoria do desenvolvimento humano visa a compreensão das perturbações psicológicas apresentadas pelo ser humano tendo por base os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa.

João Hipólito apresenta uma proposta inovadora e holística de complexificação da teoria da personalidade de Rogers, a qual emerge como uma ferramenta valiosa para investigar e compreender crianças e adultos do ponto de vista humanista, tal como referem Brites & Nunes no posfácio do livro de Hipólito (2011).

De acordo com Hipólito (2011), a psicopatologia pode ser compreendida pela interação dos traumas ao longo da vida, tanto no que se refere às potencialidades do indivíduo quanto à sua atualização. Partindo do princípio de que as forças de autocura entram em ação, sendo elas próprias expressões da tendência à hipercomplexificação presente no indivíduo

A base desta teoria assenta no construto “tendência formativa ou tendência à complexidade” direcional no universo, que terá tido início com a origem do universo, ao qual se seguiu o nascimento de várias partículas que se foram agrupando de forma cada vez mais complexa e de forma reprodutiva, num “movimento que vai no sentido da hipercomplexidade” (Hipólito, 2011, p.148). No ser humano é nomeada “tendência atualizante” e manifesta-se no primórdio da sua criação, à qual estão subjacentes condições apropriadas, e, a partir da primeira célula inicia-se um processo de complexificação que faculta a evolução de um organismo que se vai tornando pessoa. Todas as informações essenciais ao máximo desenvolvimento das potencialidades do indivíduo como sejam a informação genética e as capacidades psíquicas estão presentes nesta célula. No entanto, as potencialidades, podem nunca chegar a atualizar-se desde que as condições ótimas de natureza biológica ou psicológica para permitir o desenvolvimento do embrião, não sejam criadas. Os “traumas” podem afetar o embrião e mais tarde o feto, seja nas suas potencialidades ou na atualização das mesmas, diminuindo significativamente a sua expressão. Apesar disso, o seu desenvolvimento mantém-se de forma autónoma, pois possui um *locus* interno de controlo que não depende do meio exterior. Durante o tempo de gestação, o amadurecimento do sistema neurológico promove o desenvolvimento do *Self* embrionário permitindo-lhe a integração de diversas experiências a nível sensorial.

Após o nascimento, o processo mantém-se. As capacidades psicológicas desenvolvem-se juntamente com as físicas e o bebé toma consciência dos seus limites relativamente ao mundo exterior, experienciando o *Self* organísmico. O bebé é as suas experiências na ligação com o mundo que o rodeia. Simultaneamente, dá-se a perceção do Outro significativo (mãe) e não-significativo (outros). Por volta dos 8 meses, e consequentemente, surgem as “condições de valor”. Como resultado da disparidade do que sente como necessidades e a resposta da mãe, as suas necessidades

deixam de ser assimiladas na íntegra. Da vinculação, o bebé apreende a necessidade de ser amado pelo Outro (mãe), e dele dependente. Contudo, o bebé também percebe que nem sempre a mãe aceita determinadas percepções relativas às necessidades, como tal, molda-as de forma a que sejam aceites por ela e dependentes das “condições de valor”. Esta situação leva a uma dissociação entre o que o bebé experiencia e o que vai simbolizar dando origem a uma série de outros processos dissociativos que vão ter lugar a nível das experiências vividas, nomeadamente entre o *locus* de controlo interno e o *locus* de controlo externo; entre o *Self* organísmico, o *Self* percecionado e o *Self* desejado; entre a cognição e a emoção (que passam a ser integrados em percepções diferentes).

O facto de existir dissociação faz com que se gere uma tensão entre os dois polos em questão dando origem aos sintomas desde que o organismo não os conseguir equilibrar. Assim, o sintoma não deve ser encarado como algo negativo pois é ele que permite ao organismo manter-se em funcionamento.

A dissociação manifesta-se em várias áreas de funcionamento da criança e quanto maior for a disparidade entre os *Selves* (o percecionado e o desejado) menor será a estima de si, mas, se as condições de otimização máximas de atualização se manifestarem e as condições de valor forem mínimas (ausência de juízos de valor relativamente a si próprio), as suas potencialidades serão atualizadas ao máximo. Contudo, ao longo da vida, existe a probabilidade de ocorrerem traumas (a nível biológico, psicológico, social) que vão desencadear traumatismos e sintomas (somáticos ou psicológicos), regra geral, não põem em causa a distinção entre o real e o imaginário, mas caso isso aconteça, os sintomas podem surgir no âmbito dos designados surtos psicóticos. Em casos muito intensos poderá mesmo verificar-se coma (sintoma de ordem física), autismo ou catatonia (sintoma de ordem psicológica). Em ambos há uma quebra na capacidade de relacionamento, podendo mesmo, em extremo, desencadear um estado vegetativo.

No que diz respeito aos sintomas, e atendendo a que estes são uma resposta do organismo para manter o seu equilíbrio, há que ter conta que o próprio organismo vai eliminar esses sintomas assim que deixe de sentir necessidade dos mesmos ou através do processo de autocura. Não podemos descurar, eventualmente, durante o processo terapêutico, a necessidade de recorrer a fármacos, cirurgias, ou outras ajudas. Indispensável será levar em conta o “sistema diagnóstico relacional” da ACP, isto é, assente na presença das “seis condições necessárias e suficientes”.

Ainda que fosse possível um desenvolvimento pleno da pessoa, em que o seu *Self* organísmico fosse semelhante aos *Selves* real e desejado, a finitude humana, evidente na apoptose celular, acabaria por se atualizar na morte, a qual marca o fim de todo o processo. Contudo, Hipólito (2011), dá ênfase ao ciclo de vida do Homem constituído pelo nascimento e a morte, a qual dará lugar a um novo nascimento.

PARTE II - O ESTÁGIO INTERVENÇÃO

7. PLANO DE ESTÁGIO

7.1. Objetivos

O estágio curricular proporciona uma introdução à prática clínica supervisionada concedendo um abrangimento da prática profissional do psicólogo em contexto comunitário. Desempenha um papel fundamental no processo de formação, uma vez que possibilita a consolidação de conhecimentos, capacidades e competências através de experiências em situações reais de trabalho (Soligo et. al, 2020).

O objetivo do presente trabalho é o de utilizar os princípios psicológicos, com base nos modelos e métodos existentes, aplicando-os ética e cientificamente promovendo a qualidade no bem-estar pessoal e/ou grupal. Tem também o objetivo de incrementar competências de ajuda fundamentais à prática da psicologia clínica, nomeadamente competências primárias, isto é, aquelas que estão relacionadas com o conteúdo psicológico do procedimento do exercício profissional; e competências transversais, ou seja, aquelas que permitem ao psicólogo prestar os seus serviços de forma eficaz, tal como descrito no *Europsy*:⁵ (2015), Regulamento da Federação Europeia de Associações Profissionais de Psicologia.

Das competências primárias saliento: a) Especificação de objetivos, a qual engloba a interação com o cliente com vista a identificar as necessidades, definir objetivos de intervenção e o estabelecimento dos mesmos; b) Avaliação individual e situacional, através da entrevista, recorrendo a testes, questionários e à observação; c) Desenvolvimento: desenvolver interações com base nas teorias e métodos psicológicos, testar e avaliar; d) Intervenção: planeamento, intervenção direta orientada para a pessoa e a situação; e) Avaliação final; f) Comunicação: dar *feedback* ao cliente de modo adequado e que corresponda às suas necessidades, redigir relatórios sobre o resultado da avaliação.

Quanto às competências transversais, fazem parte, entre outros: a) Estratégia profissional; b) Desenvolvimento Profissional e contínuo; c) Relações com outros profissionais; d) Autorreflexão.

Para além do referido, compreender o papel do psicólogo em contexto real e as funções que desempenha no âmbito de uma instituição, desenvolver e participar em sessões de estimulação cognitiva individual e em grupo, estabelecer uma boa relação com toda a equipa e trabalhar conjuntamente, sabendo quando tomar a iniciativa e sendo responsável para com a instituição,

⁵ *Europsy* - Certificado Europeu de Psicologia estabelece um padrão consistente de competência profissional e ética, sendo reconhecido pelas associações nacionais de psicólogos de 38 países, incluindo todos os membros da EU, que fazem parte de EFPA.

clientes, colegas e a universidade, foi uma experiência de grande crescimento para o futuro profissional.

Para desempenhar eficazmente o estágio curricular, a assimilação de conhecimentos, assim como a revisão de literatura, são fundamentais. Integrar conhecimentos e refletir sobre os procedimentos a adotar e materiais a utilizar para cada sessão, são indispensáveis para um desempenho que contemple a ética profissional, pondo o cliente em primeiro lugar. O estágio curricular permitiu o desenvolvimento de capacidades de relacionamento, no acompanhamento do adulto mais velho na sua dimensão psicológica, emocional, física, espiritual e social com vista à promoção de um envelhecimento ativo e saudável facilitando o processo de adaptação a esta fase da vida assim como à aceitação da institucionalização. Todos os momentos passados na instituição, assim como os passados em casa a fazer revisão de literatura, preparar sessões quer de acompanhamento psicológico, quer de estimulação cognitiva individual ou em grupo participando e/ou dinamizando-as, assim como o refletir sobre todo o processo inerente ao estágio, contribuíram para o processo contínuo de desenvolvimento pessoal sendo um pilar para o exercício da atividade profissional, a qual requer responsabilidade, compromisso e permanente atualização científica para o desempenho de uma prática profissional consciente e vitoriosa.

A intervenção direta com o adulto mais velho passa pela realização de avaliações psicológicas e elaboração de relatórios, para além do apoio psicológico individual e da estimulação cognitiva individual ou em grupo.

Os temas que surgem nas sessões são, principalmente quando as competências cognitivas ainda estão preservadas e permitem o pensar sobre a vida, a dificuldade de aceitação da institucionalização, a sintomatologia depressiva relacionada com as perdas como sejam o luto de familiares ou amigos próximos, da casa, da independência financeira ou autonomia e da saúde. Surgem ainda questões relacionadas com alegados maus-tratos por parte dos funcionários da instituição e da própria convivência com os restantes adultos institucionalizados.

7.2. Prática Clínica

A prática clínica teve por base o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2021), versão consolidada, contemplando esta a revisão publicada em D.R., 2ª série, nº 246 / 2 de dia 26 de dezembro de 2016. Além disso, e atendendo à população alvo do local de estágio, seguiu as Linhas de Orientação para a Prática Profissional Intervenção Psicológica com Adultos mais Velhos (OPP, 2020).

O cronograma de atividades inicialmente previsto, sofreu ligeiras adaptações em função das necessidades da instituição, incorporando atividades que enriqueceram o estágio. Um

exemplo disso, foi a participação num estudo juntamente com o psicólogo e o neuropsicólogo da instituição, para o qual foi necessário aplicar testes de avaliação psicológica antes e depois da intervenção, e cotá-los. Foi assim possível, avaliar os resultados da intervenção nos vários participantes.

Todos os testes disponíveis na instituição podiam ser consultados o que foi bastante enriquecedor, pois no período inicial do estágio facultou o estudo das normas de aplicação de cada teste, assim como as respetivas formas de os cotar. Foi também facultada a consulta de processos de clientes o que permitiu estabelecer um primeiro contacto com os testes utilizados e a intervenção efetuada. Em simultâneo foram presenciadas consultas de estimulação cognitiva individual e/ou em grupo com clientes com diferentes estados de consciência; alguns completamente bem, outros com processos de demência inicial e outros mais avançada, exigindo uma abordagem interventiva bastante diversificada. Fora do local de estágio, foi necessário fazer revisão de literatura e elaborar materiais com vista à estimulação cognitiva individual e em grupo. Concomitantemente, foram surgindo avaliações psicológicas, assim como participação e intervenções quer de acompanhamento psicológico, quer de estimulação cognitiva individual e em grupo. As avaliações contribuíram para o treino da aplicação, cotação, respetiva interpretação dos resultados obtidos e elaboração de relatórios psicológicos recorrendo a uma escrita objetiva, rigorosa e inteligível para o recetor, contendo toda a informação passível de análise.

Estavam também previstas reuniões de supervisão na orientação do estágio as quais decorreram conforme a necessidade sentida e a disponibilidade do orientador de estágio.

A nível da formação complementar, foi possível assistir a uma conferência sobre o tema: “Violência Doméstica”. Foi ainda permitido assistir a reuniões on-line acerca de um estudo no qual a Instituição participou, destinado a esta população.

7.3. Horário de Estágio

O estágio desenrolou-se ao longo de 9 meses, de outubro de 2022 a julho de 2023, perfazendo num total de 424,30 horas. Após uma reunião inicial com o orientador do local de estágio, no dia 18 de outubro de 2022, foram atribuídos os dias da semana para frequentar o estágio os quais foram as quartas e quintas feiras. Contudo, sempre que, por impossibilidade de parte a parte ou por motivos de calendário, não foi possível a participação nos dias estipulados, houve sempre o cuidado de os compensar, de forma a não prejudicar o compromisso para com o cliente e a instituição.

7.4. Atividades Desenvolvidas

Tal como o já mencionado, o departamento de psicologia da instituição foca-se nas avaliações psicológicas, avaliações neuropsicológicas, acompanhamento psicológico e estimulação/reabilitação cognitiva individual e em grupo. Foi, portanto, neste contexto que decorreu a participação no estágio.

Foram-me atribuídos 4 residentes de outubro de 2022 a julho de 2023, 2 em acompanhamento psicológico e os restantes 2 em estimulação cognitiva individual, num total 63 sessões. No entanto, no período inicial do estágio, de novembro de 2022 a janeiro de 2023, foi possível realizar sessões de Estimulação Cognitiva Individual (ECI) a 2 beneficiários, com supervisão. Foi ainda possível realizar 24 sessões a 2 residentes (num total de 48 sessões) de ECI a outros residentes no contexto de um projeto de investigação. Para além disso, pontualmente, para colmatar a falta de alguma colega ou impossibilidade do orientador de estágio, realizei sessões de Estimulação Cognitiva Individuais.

7.5. Observação

De outubro a janeiro, o estágio contempla um período de observação. Durante esse período, observei a intervenção do meu orientador de estágio a realizar avaliações breves do estado mental, sessões de estimulação cognitiva individual e em grupo. Foi ainda possível observar sessões de avaliação neuropsicológica, realizadas pelo neuropsicólogo da instituição. Contudo, e ainda durante este período, foi-me facultada a possibilidade de executar avaliações breves do estado mental e sessões de estimulação cognitiva em grupo e individuais a sujeitos em acompanhamento pelo meu orientador.

Esta primeira fase, revelou-se de grande importância para compreender o funcionamento da instituição e a forma de intervir nas mais diversas situações. Foi muito importante para adquirir alguma segurança e confiança no estar e intervir em contexto clínico. Além disso, foi ainda possível compreender como funciona a instituição no que concerne à parte mais burocrática como é o caso do registro das sessões, tanto no sistema como nos processos, os procedimentos e articulação com a restante equipa técnica e a abordagem à população da instituição de uma forma geral.

7.6. Atividades realizadas autonomamente sob supervisão

7.6.1. Rastreios Cognitivos

O procedimento, aquando da admissão dos futuros residentes, consiste em realizar uma avaliação de rastreio, de acordo com o próprio manual de procedimentos da instituição. O rastreio passa pela aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE), Teste do Relógio (TDR) e, nos

casos em que se revele necessário, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Por vezes, também foi utilizado o Teste de Comprometimento Cognitivo de 6 itens, (6 CIT).

Este procedimento permite identificar a existência de défices cognitivos ou problemas a nível emocional e eventual necessidade de encaminhamento para consulta de avaliação neuropsicológica, estimulação cognitiva ou acompanhamento psicológico, delineando um plano de intervenção.

Por norma são realizadas reavaliações cerca de 6 meses, no mínimo, após o início da intervenção com a finalidade de verificar possíveis evoluções das dificuldades diagnosticadas.

No decorrer do estágio, realizei avaliação psicológica nos seguintes contextos:

- Realização de rastreios cognitivos,
- Delinear planos de intervenção dos casos de Estimulação Cognitiva e
- Delinear a intervenção nos casos de acompanhamento psicológico.

7.6.2. Acompanhamento Psicológico

O Acompanhamento Psicológico é precedido, tal como o já mencionado, por um protocolo de avaliação. A referenciação para esta avaliação, chega, muitas vezes por outros profissionais de saúde que acompanham diariamente os residentes, contudo, o pedido de ajuda, também pode surgir da parte do próprio residente ou familiar.

Na população de idade mais avançada, o rastreio cognitivo tem como objetivo detetar atempadamente eventuais défices cognitivos, sendo necessário o recurso a testes de diagnóstico para obter informação detalhada das necessidades da pessoa em causa.

Identificada a necessidade, é marcada uma primeira consulta para recolher os dados da anamnese, realizar o contrato terapêutico e a obtenção do consentimento informado.

De uma forma geral, os sujeitos não trazem um problema específico, pelo que é necessário aplicar testes de avaliação psicológica como a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) ou *Brief Symptom Inventory* (BSI).

As consultas de acompanhamento psicológico foram realizadas semanalmente, com a duração de 50 minutos por cliente. Durante o período de estágio, foram duas, as residentes que receberam acompanhamento psicológico durante um período de 8 meses. No entanto, apenas um caso será aqui apresentado e analisado à luz da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e da Teoria Psicoafectiva do Professor João Hipólito.

7.6.3. Avaliação Psicológica/Neuropsicológica

A AP é caracterizada como um procedimento sistemático que visa obter informações sobre o comportamento humano as quais são utilizadas na inferência de construtos psicológicos (inteligência, personalidade, etc.). Este processo ocorre em contextos específicos e delimitados com

propósitos claramente definidos. É uma área amplamente diferenciada e fundamentada em evidências científicas (Primi, 2018).

A AP permite determinar quais os domínios cognitivos mais afetados, sendo fundamental para a deteção precoce e pertinente para a tomada de decisão. Nunca se avalia apenas por avaliar, especialmente em psicologia: após a avaliação, alguma ação deve ser tomada (Ribeiro, 1999). A aplicação da AP pode contribuir para a elaboração de teorias psicológicas, facilitar o diagnóstico e, conseqüentemente, a intervenção. Proporciona a compreensão de predições comportamentais, traços latentes ou construtos. Estas contribuições variam de acordo com os contextos específicos nos quais a avaliação é aplicada. Trata-se, portanto, de uma valência que reforça o caráter científico da Psicologia (Batista et al., 2021).

A AP é uma prática exclusiva dos psicólogos e constitui um elemento marcante da autonomia técnica dos psicólogos em relação a outros profissionais. Um processo de avaliação psicológica segue procedimentos específicos que envolvem a competência para escolher instrumentos adequados aos objetivos da avaliação, o saber e a experiência na aplicação e cotação dos instrumentos selecionados, e a aptidão para interpretar e integrar os resultados de modo útil e abrangente (OPP, 2019).

Avaliação e testes não são sinónimos. Os testes representam apenas uma das ferramentas utilizadas no processo de avaliação. Avaliar vai além do processo da aplicação de testes; trata-se de um processo dinâmico. Assim, o recurso à AP requer um conhecimento especializado tanto das teorias psicológicas que definirão os construtos, quanto da psicometria que pormenoriza a construção de instrumentos psicológicos para criar inferências válidas sobre os construtos latentes (Primi, 2018). Em psicologia nem sempre se utiliza o termo “teste”, para qualificar as técnicas de AP. Por vezes, o termo adequado poderá ser: questionário, escala, inventário, entrevista, observação naturalista, lista de verificação ou lista de classificação, dependendo do seu significado técnico (Ribeiro, 1999).

Segundo Malloy-Dinis e colaboradores (2016a) é fundamental que o neuropsicólogo domine as ligações entre os sistemas neurais e as funções que avalia para que possa identificar os centros funcionais lesionados, no entanto a clínica exerce um papel muito importante no estabelecimento de uma hipótese de diagnóstico. A observação de sinais e sintomas é fundamental para que se possa estabelecer uma definição de uma síndrome neurológica clássica como é o caso das afasias, amnésias, apraxias, agnosias e síndromes frontais, o que não quer dizer que outros exames complementares possam ser menosprezados.

Existem quatro etapas na avaliação neuropsicológica, são elas: a entrevista, a observação, os testes e as escalas. As primeiras duas etapas permitem uma boa formulação de hipóteses as quais

serão testadas à posteriori. Na testagem, devem ser tidos em conta não só a relevância dos testes para as hipóteses levantadas, como também o nível global do cliente, considerando as variáveis sociodemográficas e a sua inteligência pré-mórbida (Malloy-Dinis et al., 2016a). Durante a entrevista clínica, é muito importante que o cliente seja informado acerca do objetivo da avaliação e de que forma isso o poderá beneficiar. O estabelecimento de um bom *rapport*/aliança terapêutica com o cliente é fundamental para a direção do caso (Paula & Costa 2016). Não menos importante é a forma como o cliente se apresenta, comunica, percebe a realidade e tira conclusões acerca do seu dia a dia (Malloy-Dinis et al., 2016b).

Com o envelhecimento da população, torna-se cada vez mais crucial, a utilização de testes cognitivos curtos e eficazes para a suspeita de demência (Velayudhan et al., 2014), sabendo-se que o maior fator de risco para o desenvolvimento de demência é a idade (Rossor et al., 2016; Pietrzak et al., 2023) e que a COVID-19 potenciou significativamente a neuroinflamação e as vias e processos de lesão microvascular que estão envolvidas na Demência de Alzheimer (Zhou et al., 2021). A infeção por SARS-CoV-2 em neurónios dopaminérgicos desencadeia uma resposta inflamatória e de senescência celular fazendo com que os pacientes infetados por este vírus apresentem sinais de disfunção no sistema nervoso central e/ou periférico (Yang et al., 2024).

Durante a avaliação, é importante ter em conta as capacidades auditivas e visuais do cliente e, se for caso disso, adequar a aplicação dos testes por forma a compensar algum tipo de défice. Acrescem ainda variáveis como fome, cansaço, sono, falta de cooperação ou de empatia com o examinador, que podem comprometer os resultados dos testes. Por outro lado, este tipo de população tendencialmente divaga no discurso, sendo necessário contê-los, de forma cordial e profissional, pedindo-lhes para se concentrarem na prova, adiando a conversação para quando se terminar a aplicação do respetivo teste. Muitas vezes a mensagem que querem passar é muito importante e, num primeiro contacto, deixar de ouvir o cliente poderia ser o bastante para quebrar subitamente a aliança terapêutica. Contrariamente, podem também ocorrer casos em que os clientes, por se encontrarem depressivos ou dependentes, necessitem de encorajamento, tempo e sobretudo de uma atitude empática do terapeuta para que se sintam à-vontade para participarem. Merece ainda consideração o horário de aplicação dos testes. Estudos demonstraram que a aplicação de testes ao fim da tarde podem comprometer o desempenho do adulto mais velhos (Strauss et al., 2006).

Na instituição onde decorreu o estágio, a AP é aplicada aquando da admissão do cliente, em futuras reavaliações e sempre que solicitado pela equipa médica. O recurso à AP, permite, no primeiro caso, avaliar sobretudo o estado mental e, em função do resultado obtido, atribuir o piso mais adequado aquele cliente em concreto, onde passará a residir. Para além disso, permite também perceber se esse cliente necessita de acompanhamento psicológico ou de estimulação cognitiva

individual e/ou em grupo e, em função disso, estabelecer um plano de intervenção que vá ao encontro das suas necessidades.

O rastreio cognitivo proporciona numerosas vantagens, pois, para além de permitir estabelecer uma intervenção adequada, ajuda a fornecer uma explicação aos clientes e respetivos familiares sobre as mudanças recentes nas suas AVDs, o comportamento, as alterações de humor e o funcionamento intelectual. Permite também pensar e decidir questões de ordem burocrática, nomeadamente passar procurações para propriedade e cuidados pessoais, decidir sobre testamento de cuidados em fim de vida e tudo o que o cliente entender delegar (Palsetia et al., 2018).

O protocolo de AP estabelecido na instituição é constituído pelos seguintes testes *Mini Mental State Examination* (MMSE de Folstein & McHugh 1975; versão portuguesa, Guerreiro et al., 1994); *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA de Nasreddine et al., 2005; versão portuguesa de Simões e colaboradores, 2008), Teste do Relógio (TDR, versão utilizada: Babins et al., 2008; validada para a versão portuguesa por Freitas & Simões, 2010b) e o teste de declínio cognitivo de 6 itens (6 CIT, Brooke & Bullock, 1999; versão portuguesa de Apóstolo e colaboradores, 2017). Poderá também ocorrer o recurso a outros instrumentos de avaliação, caso se justifique, como sejam a *Geriatric Depression Scale* (GDS, Yesage et al., 1982; versão portuguesa de Pocinho et al., 2009), o Brief Symptom Inventory 18 (BSI, Derogatis, 2001; versão portuguesa de Nazaré e colaboradores, 2017), e o Teste de Cópias de Figuras Complexas de Rey (Rey, 1942; Osterrieth, 1945), o *Trail Making Test* (TMT, validado para a população portuguesa por Cavaco e colaboradores (2013), dependendo das necessidades evidenciadas por cada cliente, assim como dos pedidos enviados pelos médicos.

A vantagem de recorrer a instrumentos breves ou de rastreio, em sujeitos aparentemente bem em termos cognitivos, pode ser justificada pela facilidade de aplicação, rapidez na obtenção de resultados e respetiva interpretação. Nesse sentido, o rastreio justifica-se uma vez que o diagnóstico precoce é favorável ao prognóstico (Chnaider & Nakano, 2021).

Durante o período em que decorreu o estágio, foi possível observar e executar diversas avaliações psicológicas e neuropsicológicas, respetiva cotação e relatórios. As avaliações neuropsicológicas, regra geral, deveram-se a pedidos feitos pela equipa de saúde médica. Situações houve em que os familiares do cliente alertaram os médicos, em particular quando se tratou de sujeitos não institucionalizados, para determinados comportamentos diferentes do habitual que interferiam nas suas AVDs. As avaliações destinaram-se a avaliar o estado mental, para, em função dos resultados, intervir junto dos sujeitos e respetivas famílias. No caso de serem indivíduos que não se encontravam institucionalizados, a entrega do relatório e respetivo resultado da avaliação, foi feito na presença do (s) familiar (es) com cópia para o médico que solicitou a avaliação. No caso

em que os sujeitos residiam na instituição, foi estabelecido e proposto um plano de intervenção, sendo dado conhecimento à restante equipa relacionada com os mesmos sujeitos.

✓ Instrumentos

- **Mini Exame do Estado Mental (MMSE)**

Segundo os seus autores originais, é “mini” pois foca-se nos aspetos cognitivos das funções mentais, excluindo assim, aspetos ligados ao humor, à forma de pensar e às perturbações mentais. Por outro lado, requer apenas 5 a 10 minutos para ser administrado. As questões seguem a ordem da lista e são cotadas enquanto se aplicam (Folstein et al., 1975).

O MMSE está dividido em duas secções no total de 30 itens que englobam seis domínios cognitivos. A primeira requer apenas respostas vocais e avalia orientação, memória, atenção e cálculo; a cotação máxima são 21 pontos. A segunda parte avalia a capacidade de nomear, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase de forma espontânea e copiar um polígono complexo (linguagem e capacidade construtiva); a cotação máxima desta segunda parte são 9 pontos. A orientação é avaliada por cinco questões de orientação temporal (ex. “Em que ano estamos?”) e cinco questões de orientação espacial (ex. “Em que lugar estamos?”). Para avaliar a memória recorre à evocação imediata de três itens. A avaliação da atenção e cálculo, é feita através de um exercício de subtração em série. No caso da evocação diferida, é pedida a evocação de três palavras que foram ditas anteriormente com indicação de que deveriam ser fixadas. Para avaliar a linguagem, recorre a dois exercícios de nomeação de dois objetos; repetir uma frase; três exercícios de compreensão de ordem verbal; a compreensão de uma ordem escrita e um exercício de capacidade da expressão escrita. Por fim, avalia o domínio da capacidade construtiva o qual consiste em copiar uma imagem com dois pentágonos sobrepostos parcialmente (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al.1994).

A cotação do teste, baseia-se na pontuação dicotómica de cada item, (0) se a resposta estiver errada e (1) se certa. No que respeita à subtração em série, caso se verifique um erro durante o exercício, mas depois continuar a subtrair corretamente, contabilizam-se todas subtrações corretas. No que concerne à capacidade construtiva, a cotação deve ser independente de qualquer tremor ou rotação na reprodução dos pentágonos.

Devido à leitura e escrita que integram a parte II, alguns participantes com dificuldades de visão, podem encontrar alguma dificuldade acrescida. Nesse caso, deverá haver o cuidado de aumentar o tipo de letra apresentada.

A aferição à versão portuguesa foi publicada por Guerreiro e colaboradores em 1994. A sua validação apresenta uma boa consistência interna (α de Cronbach = .89) e foram obtidos os seguintes

pontos de corte⁶: Analfabetos (≤ 15), de 1 a 11 anos de escolaridade (≤ 22), superior a 11 anos de escolaridade (≤ 27).

Contudo, o estudo de Morgado e colaboradores (2009) e de Santana e colaboradores (2016), mostraram que o desempenho deste teste é influenciado simultaneamente pela idade e pela escolaridade, apoiando dados normativos que observem ambas as variáveis. Com base nestes dados, comprovou-se que o MMSE é um instrumento sensível e específico para o rastreio de DA e de DC Lewy, mas limitado no DCL, DFT e na DV.

- **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**

Nasreddine e colaboradores, desenvolveram em 2005 um instrumento de avaliação cognitiva com 30 itens e a duração de 10 minutos com o intuito de detetar o défice cognitivo ligeiro (DCL), uma condição clínica que frequentemente progride para demência. A versão final portuguesa pertence a Simões e colaboradores (2008). No entanto Freitas e colaboradores apresentaram um estudo de adaptação em 2010 (Freitas et al., 2010), um estudo normativo em 2011 (Freitas et al., 2011), e um outro de validação para DCL, em 2013 (Freitas et al., 2013). O seu ponto de corte está estabelecido em ≤ 22 .

Avalia seis domínios cognitivos onde estão incluídos vários itens (Nasreddine, et al., 2005):

1. Função executiva (Trail Making Test B, Fluência verbal fonémica e abstração verbal);
2. Capacidade visuo-espacial (Desenho do relógio e Cópia do cubo);
3. Memória (Evocação diferida de palavras: 1 minuto);
4. Linguagem (Nomeação de três animais pouco familiares, Repetição de duas frases sintaticamente complexas e Fluência verbal fonémica [supracitada]);
5. Orientação (Temporal e espacial).
6. Atenção, Concentração e Memória de trabalho (Memória de dígitos [sentido direto e sentido inverso], Tarefa de atenção sustentada [deteção do alvo], e Subtração em série de 7), (Nasreddine, et al., 2005).

Este instrumento está disponível em várias versões, tais como o *MoCA full*, sendo esta, segundo mencionado no próprio *site*, a ferramenta mais sensível e validada de triagem cognitiva, permitindo testar com rapidez e precisão.

Por sua vez, a versão *MoCA basic*, avalia o comprometimento cognitivo leve do adulto mais velho com baixo nível de escolaridade ou analfabeto, tendo uma excelente validade (Julayanont et al., 2015). A recomendação inicial adicionava um ponto extra para indivíduos com ≤ 12 anos de

⁶ Ponto de Corte indica a pontuação mínima necessária para considerar ausência de défice

educação formal após o jardim de infância. Os domínios avaliados são semelhantes aos referido anteriormente.

Para além destas, existem versões para invisuais, é o caso do *MoCA Basic Blind (Hindi)*, atualmente só disponível em Hindi, mas que, em breve, e segundo o *site* do *MoCA*, será lançada noutras línguas. Esta versão contém os mesmos itens do *MoCA Basic*, com exceção dos que requerem capacidades visuais. A versão *MoCA Blind/Telephone*, semelhante ao anterior, mas adaptado apenas para aplicação por voz. A cotação máxima são 22 pontos e a sua administração cerca de dez minutos. Existe ainda outra versão telefónica de cinco minutos de aplicação, cuja cotação máxima são 22 pontos, o *MoCA 5 minute/Telephone* composto pelos itens comprovadamente mais sensíveis à deteção do comprometimento cognitivo leve (CCL). Estas últimas versões, permitem uma triagem e avaliação mais rápida uma vez que podem ser aplicadas através de uma simples chamada telefónica, sendo ainda possível aplicar o *MoCA Audiovisual* por videoconferência. Por último, o *MoCA* está também disponível numa versão específica para deficientes auditivos: o *MoCA HI* que recorre a cartões visuais de memória *flash* avaliando domínios cognitivos semelhantes ao *MoCA full*.

- **Teste do Desenho do Relógio - TDR/ *Clock Drawing Test* - CDT**

Existem vários métodos de aplicação do teste do relógio, contudo o método utilizado na instituição do local de estágio é o de Babins e colaboradores (2008). Trata-se de um teste de avaliação neuropsicológica, psicológica e psiquiátrica que apresenta propriedades psicométricas sólidas das quais se destacam a confiabilidade teste-reteste e a confiabilidade entre avaliadores. O desenho do relógio, recorre à utilização de diferentes zonas corticais, nomeadamente o lobo frontal, parietal e temporal. Permite avaliar a atenção seletiva e sustentada, a compreensão auditiva, memória de trabalho verbal, conhecimento numérico, memória e reconstrução visual, capacidades visuoespaciais, execução motora sob pedido e função executiva (Spencire et al., 2017). Os testes efetuados com recurso à Ressonância Magnética Funcional numa população de adultos mais velhos saudáveis com idades compreendidas entre os 52 e os 85anos, permitiram confirmar as zonas do cérebro que são ativadas durante a aplicação do teste. A ativação foi observada nos lobos frontal, occipital e parietal bilaterais, assim como na área motora suplementar (área 6 de Broadman) e nos giros pré-centrais. O aumento da idade foi associado à redução da atividade nos lobos parietais e occipitais bilateralmente, assim como no lobo temporal direito e nas áreas motoras direitas, sendo sugestivo de diminuição de desempenho (Talwar et al., 2019).

TuoKKo e O' Connell (2012) consideram que a complexidade multifatorial dos processos envolvidos na capacidade de desenhar um relógio é o que o torna particularmente sensível a déficits

cognitivos. Contudo, Babins e colaboradores (2008) criaram um sistema de cotação de 18 pontos, com o intuito de melhorar a utilidade do TDR na identificação e previsão do DCL. Este sistema, segundo os seus autores, oferece mais informação e demonstra uma capacidade discriminativa superior para distinguir entre pacientes com DCL que evoluem para demência e aqueles que não progridem (Freitas & Simões, 2010b).

O método de aplicação consiste em pedir ao cliente que:

- “Desenhe o mostrador de um relógio com todos os números e os ponteiros a indicar 11 horas e 10 minutos”.

Esta instrução não deve ser repetida durante o processo. Caso o sujeito questione, deverá ser-lhe respondido:

- “Continue”.

O indivíduo tem de colocar, cada ponteiro numa metade diferente do relógio o que permite uma ligeira avaliação do processamento dos hemisférios cerebrais (Freitas & Simões, 2010b). São avaliadas questões relacionadas com o contorno do mostrador, o centro do relógio, os números, os ponteiros e a *Gestalt*, ou seja, o conceito geral do relógio. O ponto de corte ≥ 15 é considerado sem alterações cognitivas.

Apesar de o TDR estar devidamente validado por Freitas & Simões (2010b), da minha experiência verifiquei que, provavelmente devido à utilização de relógios digitais, os clientes por vezes ficam confusos e em vez de desenharem o mostrador com os números, desenharam um retângulo com os números respeitantes às horas dadas na instrução. Entendo que esta “confusão”, por si só, poderá ter uma leitura importante e levar-nos a refletir sobre esta intervenção.

• **Teste de declínio cognitivo de 6 itens (6 CIT)**

O 6CIT, de Brooke & Bullock (1999), foi adaptado e validado para a língua portuguesa por Apóstolo e colaboradores, em 2017. Este teste, tal como o nome indica, é composto por 6 itens e está vocacionado para a identificação (*screening*) do défice cognitivo de forma rápida, requerendo, normalmente uma posterior avaliação mais pormenorizada. Três dos itens que o compõem, avaliam a orientação temporal, e os restantes, a memória de curto prazo, a evocação e o cálculo.

Pontos de corte:

- Deterioração cognitiva atendendo ao nível de escolaridade se:
 - ≤ 2 anos de escolaridade: ≥ 12 pontos;
 - 3 a 6 anos de escolaridade: ≥ 10 pontos;
 - ≥ 7 anos de escolaridade: ≥ 4 pontos;
- Deterioração cognitiva não atendendo ao nível de escolaridade se: ≥ 10 .

- **Trail Making Test (TMT)**

O TMT foi utilizado inicialmente, em 1944 e integrava uma bateria de testes individuais do exército, com vista a avaliar as consequências de lesões cerebrais em soldados. Posteriormente foi incluído na bateria Halstead–Reitan (Tombaugh, 2004). Está validado para a população portuguesa por Cavaco e colaboradores (2013).

É constituído por duas partes. A parte-A consiste em traçar uma linha unindo 25 números de forma sequencial, os quais se encontram individualmente dentro de um círculo e distribuídos numa folha de papel. Avalia a atenção, a velocidade de coordenação olho-mão e o processamento de informação. A parte-B, é semelhante à A, mas neste caso intercalam-se os números com as letras de forma sequencial (1, A, 2, B, 3, C, terminando em L-13). Esta parte avalia a memória de trabalho e as funções executivas.

Ambas as partes são precedidas por uma amostra onde são explicadas as instruções. Caso o cliente cometa dois erros, o teste não deve ser aplicado. Caso isso não aconteça, passa-se ao exercício e cronometra-se o tempo despendido. Inicia-se pela parte A e só depois se passa à parte B. Se durante o exercício, propriamente dito o cliente cometer um erro, o examinador deve corrigir, riscando a última linha e indicando o círculo correto, sem interromper a contagem do tempo. O teste deve ser descontinuado nas seguintes condições: quando o tempo supere os 200 segundos ou após 4 erros, a menos que o sujeito se encontre a menos de 3 círculos do final. A pontuação representa a quantidade de tempo utilizada para concluir cada um dos testes.

Este teste, é sensível a determinadas manifestações pré-clínicas de condições neurodegenerativas tais como a doença de Alzheimer e a doença de Huntington. É ainda altamente sensível a diversas condições neurológicas como é o caso dos traumatismos cranioencefálicos, da doença de Alzheimer, da doença de Huntington e da encefalopatia hepática mínima ou subclínica (Cavaco et al., 2013).

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

Esta escala, desenvolvida por Yesage e colaboradores em 1982 e traduzida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988) e Pocinho e colaboradores (2009), é uma escala de autorrelato da depressão específica para rastrear perturbações depressivas em adultos mais velhos. Avalia aspetos cognitivos e comportamentais particularmente afetados pela depressão. Em 2023, foi validada por Justo-Henriques e colaboradores (2023a), para a mesma população, mas com comprometimento cognitivo ligeiro a moderado. Foi criada para reduzir a confusão habitualmente presente noutros instrumentos de avaliação da depressão, nomeadamente entre os indicadores somáticos da depressão e as manifestações clínicas ditas normais no processo de envelhecimento.

Originalmente constituída por 30 itens, mas que, tendo-se revelado demorada e difícil para alguns utilizadores, levou à necessidade de desenvolver uma nova versão, mais curta, constituída por 15 itens (GDS-S), escolhidos da versão original (Sheikh & Yessage, 1986), com adaptação de Apóstolo e colaboradores (2014) para a população portuguesa. Trata-se de um instrumento de resposta dicotómica “sim/não”, relativamente ao que foi sentido na semana que antecede a aplicação do instrumento, cuja aplicação tem a duração de cerca de 5 a 7 minutos. Dos 15 itens, 10 são preditores de depressão quando respondidos afirmativamente, os restantes 5 são preditores de depressão quando respondidos negativamente. Uma pontuação entre 0-5 significa ausência de depressão; entre 6-10 significa depressão moderada e uma pontuação entre 11-15 significa depressão grave.

De salientar que ambas as versões (30 itens ou 15 itens) são válidas, tendo apresentado uma correlação de $r=0,84$, $p<0,001$ quando comparadas na diferenciação de pacientes deprimidos e não deprimidos (APA, 2020b).

- **Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18)**

O BSI 18 é um instrumento de rastreio do sofrimento psicológico que avalia a psicossomatologia vivenciada pelo respondente, tendo em conta a semana que antecede a aplicação do mesmo. Desenvolvido inicialmente por Derogatis (2001), foi validado para a população portuguesa por Nazaré e colaboradores em 2017, podendo ser aplicado na população em geral e clínica com idade igual ou superior a 18 anos (Canavarro et al., 2017). É composto por um questionário com 18 itens dividido em três subescalas com seis itens cada, são elas:

- Somatização – avalia o mal-estar relacionado com manifestações dos sistemas que são regulados de forma autónoma (e.g., cardiovascular, gastrointestinal),
- Depressão – evidencia os sintomas nucleares das perturbações depressivas (e.g., ideação suicida, desesperança, humor disfórico) e
- Ansiedade – inclui sintomas que podem indiciar estados de pânico (nervosismo, tensão, agitação motora, entre outros).

O BSI 18 pode ser aplicado por autorrelato ou com o apoio do entrevistador. No caso da aplicação ao adulto mais velho, há que garantir que as instruções são compreendidas e que têm capacidade para preencher o instrumento.

As opções da escala de resposta são cinco e vão de 0 (Nada) a 4 (Extremamente). O resultado dos dezoito itens revela o Índice de Gravidade Global (IGV) que está associado ao nível geral de *distress* (mal-estar) psicológico do respondente.

- **Teste de Cópia de Figuras Complexas / Figuras de Rey**

O teste de cópia de figuras complexas, originalmente desenvolvida por Rey, em 1942 e posteriormente padronizada e normatizada por Osterrieth (1945). Foi adaptado e validado para a população portuguesa por Rocha & Coelho (1998). Avalia o planeamento, as estratégias de resolução de problemas, a capacidade de organização perceptivo-motora, e visuoconstrutiva, atenção e memória visual imediata. A vantagem deste teste é a de que permite avaliar tanto o planeamento e a estratégia na cópia da figura, quanto a interferência desse aspeto na evocação da memória, permitindo assim estimar a interferência das funções executivas sobre a memória (Foss et al., 2010). É composto por uma figura geométrica: A ou B, sendo que a figura A se aplica a pessoas a partir dos 5 anos e a figura B a crianças dos 4 aos 8 anos ou a adultos quando se suspeite da existência de grande deterioração mental. O teste consiste em, num primeiro momento, copiar a figura e, num segundo momento, reproduzi-la de memória. Entre estes momentos existe um intervalo de 3 minutos em que se conversa com a pessoa sobre qualquer assunto, exceto sobre o teste. Assim que a pessoa termina a cópia, anota-se o tempo despendido na reprodução do desenho e a palavra “cópia” na folha utilizada. A reprodução é feita sem o modelo da figura à vista, o que requer a evocação da memória.

Os resultados baseiam-se numa correção quantitativa e qualitativa. A avaliação quantitativa avalia a riqueza e exatidão do desenho, tendo uma pontuação total máxima de 18 pontos. O tempo despendido na cópia é comparado com a tabela de acordo com a idade do sujeito. No que respeita à avaliação qualitativa, contempla os vários tipos de reprodução estabelecidos por Osterrieth. Por fim, comparam-se os resultados da cópia e da memória com os valores normativos da amostra, assim como entre si.

7.6.4. Estimulação cognitiva

À semelhança do que acontece com o acompanhamento psicológico, a estimulação cognitiva é precedida pela avaliação psicológica. As sessões de EC podem ser realizadas individualmente ou em grupo. As sessões individuais destinam-se quer a sujeitos residentes na instituição quer a externos. No que concerne às sessões de EC de grupo, destinam-se em exclusivo a quem reside na instituição.

São vários os estudos que confirmam os efeitos positivos da EC a nível da plasticidade cognitiva e neural, assim como no humor em adultos mais velhos (Gates & Valenzuela, 2010; Rebok et al., 2014; Ngandu et al., 2015; Gibbor et al., 2021; Gómez-Soria et al., 2022; Justo-Henriques et al., 2022; Justo-Henriques et al., 2023b). A EC associada ao exercício físico e a um plano alimentar baseado em cereais integrais, legumes e fruta, atividades sociais e controlo dos riscos cardiovasculares e metabólicos, podem não só travar, como reverter a demência, tal como confirma

o estudo *FINGER*⁷, a decorrer até 2025 (Ngandu et al., 2015; Isaacson et al., 2019; Rosenberg et al., 2020; Kivipelto et al., 2020; Amini et al., 2020; Long et al., 2023) o estudo U.S. *POINTER* (Baker et al., 2024), o estudo “*Effects of intensive lifestyle changes on the progression of mild cognitive impairment or early dementia due to Alzheimer’s disease: a randomized, controlled clinical trial*” publicado na “*Alzheimer Research and Therapy*” em junho do corrente ano (Ornish et al., 2024) e abordado no documentário da CNN “*The Last Alzheimer’s Patient*” (Cooper & Gupta, 2024). Para além disso, estão também a ser estudadas terapias modificadoras da doença para a DA, com resultados promissores (Dobson et al., 2024), o que nos permite ter esperança num futuro próximo.

7.6.5. Estimulação cognitiva em grupo

Na instituição, os residentes encontram-se divididos por piso em função das suas capacidades físicas e /ou cognitivas. Isto significa que podemos ter em determinado piso pessoas com limitações físicas, mas bem cognitivamente ou o inverso, ou pessoas que se encontram totalmente autónomas.

As sessões de EC são realizadas uma vez por semana em cada piso do edifício principal e, uma vez por semana num segundo edifício onde os residentes são praticamente totalmente autónomos e estão abertas a quem nelas queira participar. Nos casos em que se detete a necessidade de algum participante de determinado grupo precisar de um tipo de abordagem diferente, a pessoa é contactada em privado e é-lhe apresentada essa proposta. Foi o que sucedeu com quatro dos residentes de um dos grupos que acompanhei. Transmiti ao meu orientador o que observei e, após o seu consentimento, contactei os residentes individualmente, tendo-lhes proposto, num caso, acompanhamento psicológico, e no outro EC individual. Quanto aos outros dois residentes, foi atribuída essa missão a outra estagiária.

Durante o período de estágio, foi possível participar e realizar sessões de EC com dois grupos totalmente distintos a nível das suas capacidades cognitivas. Apesar de se tentar que cada um dos grupos fosse o mais equilibrado possível, apresentando graus de défice cognitivo aproximados, tal não se revelou exequível. O que quer dizer que havia um grupo em que as capacidades cognitivas estavam pouco ou nada comprometidas, enquanto no outro, estavam bastante ou pouco comprometidas. Esta situação exigiu um trabalho mais intenso, pois, sempre que a intervenção foi da minha responsabilidade, tentei adequar material de EC em função da heterogeneidade da população a quem se destinavam as sessões.

⁷ World-Wide FINGERS (<https://alz.org/wwfingers/overview.asp>). Intervenção multidomínio que inclui EC, exercício físico, orientação nutricional, atividades sociais e controlo dos fatores de risco cardiovasculares e metabólicos

7.6.6. Estimulação cognitiva individual

No estágio foram-me atribuídos dois residentes para estimulação cognitiva, sendo um deles o caso que assinalei como já referi, e o outro enviado pelo meu orientador, a pedido da equipa clínica. No entanto realizei várias sessões com outros dois beneficiários externos que estavam a ser acompanhados pelo meu orientador.

Os procedimentos associados a esta atividade implicam os seguintes passos:

- Em primeiro lugar, falar com o residente explicando quais os objetivos da proposta apresentada, e obter o seu consentimento para dar início às sessões (o consentimento informado é autorizado pelos familiares responsáveis pelo beneficiário).
- Realizar uma pré-avaliação recorrendo ao MMSE e TDR. Caso se revele necessário, aplicar instrumentos complementares,
- Recolher informação adicional sobre o sujeito, como é o caso da história clínica e historial dentro da instituição, se já fez algum tipo de acompanhamento e eventuais testes que tenham sido utilizados. Os respetivos processos podem ser consultados livremente,
- Após a aplicação dos testes iniciais, comunicar os resultados, ao orientador de estágio,
- Elaborar um plano de ECI de acordo com as suas necessidades,
- Durante o processo, sempre que necessário, ajustar a ECI,
- Quando as sessões de ECI estão concluídas, fazer uma reavaliação e comparar os resultados.

Um dos casos de estimulação cognitiva individual era uma pessoa com sério comprometimento da memória recente/ de trabalho, contudo as memórias mais antigas estavam muito presentes e, havia essa vontade/necessidade de partilhar essa vida que, apesar de distante, estava tão presente. Sem prejuízo da função que me estava atribuída, dediquei parte do meu tempo, após a ECI, a ouvir o cliente, pois senti ser muito importante para ele, pondo em prática as *core conditions* da abordagem de Carl Rogers e que estão relacionadas com as atitudes relacionais que o terapeuta deve adotar durante a intervenção psicoterapêutica e são elas: a congruência do terapeuta no aqui e agora da relação, a manifestação do seu cuidado positivo incondicional pelo cliente e a compreensão empática relativamente ao mundo do mesmo, tal como referido anteriormente.

7.6.7. Reuniões de supervisão clínica

O período de observação é fundamental para consolidar conhecimentos e iniciar novas aprendizagens. Durante este período, assistimos a sessões de ECI e ECG, e de acompanhamento psicológico, discutimos os casos, elaboramos material para realizar sessões,

consultamos relatórios clínicos e instrumentos disponíveis no espaço atribuído aos estagiários. No entanto, quando o estagiário adquire alguma independência, a supervisão torna-se essencial.

As reuniões de supervisão clínica decorriam semanalmente às quartas-feiras durante o horário da manhã. De uma forma geral permitia que fossem discutidos os casos que estavam a ser acompanhados, desde o processo inicial de escolha dos instrumentos a aplicar, à preparação dos acompanhamentos psicológicos, ECI e ECG. Permitiu adaptar a intervenção em função das necessidades de cada participante, facultando a obtenção de melhores resultados. Foram também abordadas questões relacionadas com a ética deontológica e a sua importância na prática clínica.

A autorreflexão relativamente ao sentimento que cada situação espoletava dentro do estagiário, foi fomentada e, de certa forma, isso contribuiu para uma melhor compreensão de si mesmo.

No local de estágio, existiu alguma liberdade de movimentação, após o período inicial de formalização de apresentação a toda a equipa. Assim, era permitido a consulta dos processos clínicos dos residentes, tirar uma ou outra dúvida com as enfermeiras, coordenar o horário com as outras valências do serviço, das quais só tenho a enaltecer a cordialidade e simpatia com que sempre fui recebida.

No final do estágio, é espectável que o resultado se traduza num aumento do conhecimento a vários níveis, tanto académico quanto relacional, uma maior capacidade de análise e observação assim como um aperfeiçoamento das competências profissionais. Não menos importante será a capacidade de reconhecer fragilidades ou inseguranças, as quais não vejo como limitações, pois sem dúvidas não se evolui, e poderão ser ultrapassadas com a devida experiência de campo, supervisão e formação contínua.

7.6.8. Outras atividades desenvolvidas no estágio

Durante o período de estágio, foi necessária a criação de “Cadernos de Estimulação Cognitiva”, compostos por vários exercícios, que eram distribuídos pelos residentes que participavam nas sessões de ECI e ECG. Na elaboração destes cadernos, houve sempre o cuidado de adequar cada um à população à qual se destinava, tentando que fossem interessantes e que não provocassem algum sentimento de frustração, para que se sentissem motivados a realizar os exercícios propostos.

Foi possível a participação num estudo a nível nacional e em toda a logística inerente. Os instrumentos utilizados especificamente para o estudo não foram exatamente os mesmos que os utilizados pela instituição. Como tal, realizaram-se reuniões entre a equipa de psicólogo e neuropsicólogo e suas respetivas estagiárias para que não houvesse dúvidas ou falhas na aplicação

dos instrumentos de forma a não comprometer os resultados do estudo. Neste contexto, apliquei os instrumentos estabelecidos pelos investigadores do projeto, quer em contexto de seleção dos participantes, quer na avaliação pós-intervenção.

O programa de intervenção compreendia 4 séries de 6 sessões, num total de 24 sessões, com a duração aproximada de 45 minutos cada, desenvolvidas de acordo com a mesma estrutura e realizadas com recurso a suporte digital. No âmbito deste programa, fiz a intervenção, de todas as sessões de ECI a vários residentes, previamente apurados para o estudo.

Tratou-se de uma experiência bastante enriquecedora, pois, para além da experiência do trabalho em equipe e da possibilidade de ter participado num projeto de grandes dimensões e, na minha opinião, muito interessante, permitiu desenvolver competências de aplicação dos materiais, quer dos instrumentos, quer dos referentes à ECI propriamente dita, assim como ficar a conhecer *in loco*, toda a logística inerente a um projeto desta dimensão.

Este foi um projeto que requereu um trabalho intenso e de muita responsabilidade, mas que, por motivos óbvios, não poderá ser aqui apresentado, para além do que já foi relatado.

O estágio permitiu também, participar numa ação de formação sobre “Violência Doméstica”, com a duração de 3 horas, tendo sido passado o certificado de presença com o número 484/2022.

8. CASOS CLÍNICOS

8.1. Caso 1-Estudo de um caso de estimulação/reabilitação cognitiva

8.1.1. Identificação e dados biográficos

J.M., indivíduo do sexo masculino, viúvo, nasceu numa freguesia do interior norte do país em janeiro de 1938, tem 85 anos. O motivo do internamento na instituição deveu-se ao facto de apresentar défices cognitivos que comprometiam a sua vida diária.

8.1.2. Motivo do pedido

O pedido de ajuda chegou através do próprio departamento de psicologia, em consonância com a equipa médica, uma vez que o beneficiário já se encontrava integrado no grupo de EC da instituição onde reside desde 6 de março de 2021, sendo notória a sua vulnerabilidade a nível cognitivo.

8.1.3. Entrevista clínica

A primeira entrevista teve lugar no dia 9 de março de 2023, no laboratório de neuropsicologia da instituição. As condições logísticas e físicas deste espaço não fazem dele o local mais adequado para o exercício da psicologia, atendendo a que podem comprometer o *setting* terapêutico. Apesar disso foi possível criar aliança terapêutica.

8.1.4. Observação e exame do estado mental

Constitucionalmente, é de tipo endomorfo. A sua apresentação é cuidada e a sua postura natural. Tem um olhar vivo e atento, expressando-se de forma espontânea, rica e expressiva, estabelecendo contacto visual. A marcha, não sendo rápida, também não é lenta. Recebe de sorriso aberto e com carinho, é impossível não sentir empatia por ele.

A nível da consciência, encontra-se vígil, orientado autopsiquicamente, apesar de apresentar algumas lacunas, mas não alopsiquicamente. A memória remota está relativamente bem preservada, contudo a memória recente e imediata está bastante afetada. No que respeita à linguagem, não apresenta dificuldades, assim como no curso e conteúdo do pensamento. O humor aparenta ser depressivo e o sono perturbado: insónia terminal.

8.1.5. Amanese

JM é o filho mais velho de uma fratria de 8 irmãos, 2 raparigas e 6 rapazes. Lembra-se do nome completo do pai, mas da mãe só do primeiro. Os pais eram agricultores, sempre foram muito amigos e sempre cuidaram bem dos filhos: “oito filhos e nunca passamos fome!” (s.i.c.). Percebo que tem uma grande devoção pelos pais. Desde muito cedo que foi para os lameiros com o gado: “imagine a senhora doutora o que era uma criança com cinco anos ir sozinho com as vacas para os lameiros, elas eram tão grandes! Aquilo é que foram tempos...” (s.i.c.). Depois de terminar a quarta classe foi para o seminário onde estudou durante dois anos, tendo interrompido por motivos

financeiros. Sempre trabalhou no campo até ir para a tropa. Casou e ele e a sua mulher foram viver para Lisboa. Foi muito feliz na sua relação. Após o 25 de abril de 1974, a vida melhorou em termos financeiros. Do casamento, nasceu um filho (falecido com cerca de 40 anos), do qual sabe o nome, mas não se lembra bem dele, nem do seu falecimento: “não me consigo lembrar, eu sei que tenho, mas não me lembro... e tenho um neto, o meu M é muito bom rapaz, muito meu amigo! Não o vejo há muito tempo...às vezes visitava-me. Ele gosta muito de mim e eu dele” (s.i.c.), encolhe os ombros e faz uma pausa para refletir mantendo um sorriso nos lábios

Apesar de manter o sentido de humor e de ser uma pessoa extremamente calorosa e educada (i. e. nunca se sentou antes de mim, nunca passou à minha frente, estendia o braço sempre que chegávamos a uma porta dando-me prioridade na passagem, no final das sessões acompanhava-me ao elevador e ficava ali até que eu descesse), percebo que existe alguma tristeza no seu discurso. O principal motivo talvez seja a sua consciência de si, a sua crítica para o seu estado de saúde mental: “Tenho momentos em que não sei onde estou, penso que estou no (...⁸), mas depois percebo que não estou na minha terra” (s.i.c.). Abana a cabeça e diz: “Já não consigo assumir os meus próprios compromissos e eu era tão cuidadoso!”. Deixou assim clara a sua angústia relativamente a este assunto, mas também o facto de ter crítica para a sua doença.

8.1.6. História da doença atual

Não existe, no seu processo clínico, registo do início dos primeiros sinais da sua doença, existe sim, um relatório resultante da avaliação psicológica devido a “esquecimentos frequentes”, datado de 31 de maio de 2016, cinco anos antes de dar entrada na instituição. Nesta data, os testes aplicados foram: o Mini Mental State Examination (MMSE); o Teste do Relógio de Sunderland; a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária; a Escala de Atividades de Vida Diárias de Katz e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesage. Os resultados obtidos apresentam sinais sugestivos de deterioração cognitiva, em particular a nível mnésico e da orientação temporal, bem como sintomatologia depressiva acentuada. Face aos resultados, foi proposto fazer uma avaliação neuropsicológica (ANP) para um estudo mais pormenorizado das funções cognitivas e acompanhamento em neurologia e em psicologia para restabelecimento do seu equilíbrio emocional.

O relatório da ANP, datado de 13 de maio de 2021, refere ter existido uma ANP em novembro de 2017, cujos resultados são compatíveis com Défice Cognitivo Ligeiro do tipo mnésico, contudo esse relatório não se encontrava no processo. Esta nova ANP tem lugar com o sujeito a residir na instituição há cerca de 2 meses. Foi-lhe aplicada uma bateria de testes, e os resultados apresentam alterações em diversas áreas cognitivas. Evidenciou baixo rendimento nas tarefas

⁸ Omitido o nome do lugar mencionado por cumprimento do RGPD

relativas à orientação autopsíquica e temporal, cálculo mental sequencial e cálculo escrito, atenção/concentração, capacidade mnésica, praxias construtivas, funções executivas, assim como dependência nas AVDs instrumentais, dificuldade na designação e denominação de cores, bem como no reconhecimento de rostos. Conclui-se assim que os resultados obtidos sugerem alterações compatíveis com perturbação neurocognitiva Major, acrescentado que existe um melhoramento a nível psicopatológico, não apresentando sintomatologia depressiva. Mantem-se a recomendação do acompanhamento na consulta de neurologia, da permanência no grupo de EC no qual se encontra inserido e de nova avaliação por parte da neuropsicologia dentro de seis a oito meses para estudo evolutivo, à qual, a ter existido, não tive acesso.

8.1.7. Anamnese médica em geral

A nível dos antecedentes clínicos, estão registados: Síndrome demencial, Depressão, HTA, Dislipidemia e ter sido infetado pelo vírus COVID-19. Este último obrigou a internamento hospitalar em julho de 2022, não estando diagnosticadas sequelas a nível respiratório. Está medicado com os seguintes medicamentos: Omeprazol 20mg, Sinvastatina 40mg, Escitalopram 20mg, Mirtazapina 15mg, Rivastigmina 13,3mg, Quetiapina 25mg, Memantina 20mg e Calcitab. Refere ter sido sempre saudável e não se recorda de ter doenças em criança, acidentes ou qualquer intervenção cirúrgica.

8.1.8. Avaliação Psicológica

A AP teve lugar no laboratório de neuropsicologia da instituição, nos dias 9, 16 e 30 de março de 2023. Não foi possível estar com o residente no dia 23 de março, pois houve reunião com o departamento de psicologia e todas as estagiárias.

A avaliação é o ponto de partida para a intervenção, como tal, requer uma execução atenta para que não se constitua como um impedimento à eficácia da terapia. Apesar do *setting* terapêutico, não ser o mais adequado, atendendo a que a sala possui poucas condições, a aplicação dos testes foi feita com todo o cuidado, de forma a não comprometer os resultados. Foram aplicados os seguintes testes de rastreio cognitivo: MoCA, o MMSE e a Cópia da Figura Complexa de Rey. O objetivo foi o de fazer um estudo evolutivo das competências cognitivas do residente, uma vez que a última ANP data de maio de 2021.

Apliquei também a GDS, pois, para além de me ter apercebido que poderia estar deprimido (apresentava perturbações do sono e uma certa tristeza em relação à sua condição), tal também fora mencionado no resultado das avaliações anteriores. Por outro lado, é uma informação importante, pois, muitas vezes, o adulto mais velho deprimido, não sente vontade em participar em determinadas atividades, apesar de ser capaz de as executar.

Durante a avaliação observei que, no que respeita ao MMSE, não conseguiu responder às questões relacionadas com a orientação temporal, exceto à estação do ano, pois olhou pela janela e refletiu. Não conseguiu responder ao parâmetro da evocação, o que lhe provocou muita angústia. Ao pedido para escrever uma frase, verifico que fez retenção da frase que anteriormente lhe foi pedido para repetir, e é essa que escreve.

Relativamente ao MoCA, verificaram-se dificuldades a nível da memória e na realização do desenho do relógio o qual representou tendo desenhado um círculo com o número 12 na parte superior fora do círculo e o número 06 na parte inferior, dentro do círculo. Revelou dificuldades a nível do cálculo mental: só conseguiu fazer a primeira subtração.

Quanto à cópia da figura complexa de Rey, observei que iniciou o desenho, do geral para o particular e que colocou a folha A4 na vertical. Fez uma primeira cópia que deixou de lado e recomeçou outra de imediato tendo concluído esta, mas sem dizer uma única palavra. Demorou 16 minutos no cumprimento da tarefa. No que respeita à GDS, de salientar, a tristeza que a ausência da família lhe provoca. Quando respondeu à questão: “Sente-se muitas vezes desamparado?”. Disse sentir sobretudo a falta do neto, de quem gosta muito e que este não o visita nem lhe telefona.

Resumo dos Resultados Pré-Intervenção:

- MoCa=10/30_Ponto de corte ≤ 22 ;
- MMSE=22/30_Ponto de corte ≤ 22 ;
- Teste de Cópia de Figuras Complexas de Rey =15/36 (percentil 1-10)
- GDS=14 (Score: 11-20 = Depressão ligeira).

De salientar que de acordo com Guerreiro (2010), a deterioração cognitiva leve, é provável quando os resultados do MMSE se situam entre os 21 e os 24 pontos. Quanto ao Teste de cópia das figuras complexas de Rey, o valor referência para a esta população, seria de 36 pontos e o participante obteve 15. Assim, e com base nos resultados obtidos, podemos inferir que o beneficiário apresenta sinais sugestivos de deterioração cognitiva, com incidência a nível da orientação temporal, da função executiva e a nível mnésico, assim como depressão ligeira.

8.1.9. Plano de intervenção

Tendo em conta os resultados obtidos e as áreas mais afetadas, foi-lhe proposto que mantivesse a EC em grupo, mas que passasse também a fazer EC individualmente. Posto isto, foi elaborado um plano de EC com vista a estimular as áreas identificadas como apresentando maior limitação. Foram elaborados um conjunto de exercícios com maior foco na estimulação da capacidade de orientação, da capacidade visuo-espacial e construtiva, da atenção e da memória. A intervenção foi feita semanalmente, em sessões de 45 minutos cada, no entanto, sempre que o cliente

denotou algum cansaço, suspendi a ECI e deixei que o discurso fluísse de forma livre, tendo o cuidado de o ouvir e de colocar em prática as *core conditions*.

8.1.10. Avaliação Psicológica-Reavaliação

A reavaliação teve lugar nos dias 22 e 28 de junho e 3 de julho. No dia 22 constatei que estava muito cansado e com grande dificuldade de concentração pelo que suspendi a avaliação e fiquei a ouvi-lo, pois, tal como referi, isso era muito importante para ele. O desempenho no MMSE foi equiparável ao primeiro.

Quanto ao MoCA, o desempenho foi muito superior, neste já conseguiu escrever todos os números do relógio, pela ordem correta, apesar de fora do círculo. No cálculo, efetuou todas as subtrações, tendo errado apenas uma. Mantem a dificuldade a nível da orientação temporal, mas não espacial.

No que respeita à cópia da figura complexa de Rey, tal como da primeira vez, coloca a folha A4 na vertical e começou a cópia do geral para o particular. Verificou-se uma maior capacidade de atenção e maior facilidade na execução da cópia das figuras. Demorou 12 minutos a completar o desenho. Durante a GDS volta a referir a falta que sente do neto na questão: “sente-se muitas vezes desamparado?” e “Prefere evitar encontrar-se com outras pessoas?” responde: “Gostaria de mais proximidade do meu neto” (s.i.c.). Mencionou ainda, em resposta à questão: “Sente-se inútil?”, já não ter “voto na matéria” (s.i.c.). Quando questionado se a vida é interessante, respondeu que: “a vida é um valor que não tem preço” (s.i.c.). Em resposta à questão: “Sente que a sua situação é desesperada?” disse: “Nesta casa sinto-me em família” (s.i.c.). Em resposta à questão: “Tem facilidade em tomar decisões?”, respondeu que: “Já não tomo decisões, mas se tivesse de tomar, sim” (s.i.c.).

Durante o questionário, foi necessário, de forma cuidada, trazê-lo para as questões, pois ia acrescentando frases para além da resposta dicotómica “sim/não” requerida, dizendo-lhe que após terminarmos o questionário teríamos tempo de conversar. Verifiquei que nesta avaliação pós-intervenção estava mais comunicativo, comparativamente com a sessão pré-intervenção.

Lamentavelmente, a aplicação do plano ocorreu de 9 de março a 3 de julho de 2023, sendo este um período curto para se fazer uma reavaliação. Apesar disso, os resultados foram positivos, tendo-se verificado algumas melhorias nas áreas afetadas.

Resumo dos Resultados Pós-Intervenção:

- MoCa=17/30_Ponto de corte ≤ 22 ;
- MMSE=22/30_Ponto de corte ≤ 22 ;
- Teste de Cópia de Figura Complexas de Rey =28,5/36 (percentil 20-30)

- GDS=12 (Score: 11-20 = Depressão ligeira).

8.1.11. Análise clínica do caso

As sessões decorreram semanalmente às quintas-feiras das 14h às 14.50h. No total foram realizadas 15 sessões onde se incluem as sessões de avaliação pré e pós intervenção.

J.M. demonstrou grande empenho durante todas as sessões, apesar de nunca se lembrar do horário das sessões, pois a orientação temporal é inexistente, tendo sido sempre necessário ir buscá-lo ao quarto, onde se sentava num cadeirão após o almoço. Fui sempre recebida com um grande sorriso e senti que, da sua parte, havia grande entusiasmo em participar nos exercícios apresentados. Muitas vezes, senti a sua frustração por não conseguir realizar o que lhe era apresentado. Tentei sempre terminar as sessões com exercícios que sabia, à partida, que realizaria com sucesso de forma a não o deixar angustiado ou frustrado e sim otimista.

Os resultados, desta curta intervenção, foram bastante positivos. No respeitante ao MoCA, na avaliação pré-intervenção revelou sinais sugestivos de deterioração cognitiva (MoCa=10/30_ Ponto de corte ≤ 22 estabelecido por Freitas et al., em 2014). Na avaliação pós-intervenção constata-se que continua a revelar sinais sugestivos de deterioração cognitiva, apesar de ter melhorado o desempenho (MoCa= 17/30_ Ponto de corte ≤ 22). Mas, comparativamente com os resultados anteriores constata-se que a estimulação cognitiva teve um impacto muito positivo, dado ter-se verificado uma melhoria no resultado do teste.

Quanto ao teste da cópia da figura de Rey, verificaram-se resultados bastante significativos na pontuação obtida após intervenção, tendo praticamente duplicado o valor alcançado aquando da primeira avaliação. Mantendo-se, no entanto, em valores sugestivos de défice cognitivo.

No que concerne à GDS, o resultado da avaliação pré-intervenção é sugestivo de depressão ligeira. A avaliação pós-intervenção, mantém-se dentro do mesmo parâmetro que indica “depressão ligeira” apesar de ter reduzido a pontuação estando no limite desse valor.

A experiência que me foi proporcionada de poder fazer parte do mundo de J.M., foi muito gratificante não só pela experiência e competências que adquiri em EC individual, algo no qual nunca tinha participado, mas também pela forte componente relacional. J.M. marcou-me pela sua extrema educação, pela sua afabilidade e pela sua rica experiência de vida, a qual foi partilhando comigo no decorrer das sessões, num período que reservava para o poder escutar pondo em prática uma escuta atenta e ativa, onde aplicava as *core conditions*.

Confesso que foi com alguma tristeza que, por motivos de termino do período de estágio, deixei de poder dar continuidade às sessões de EC com este cliente. Sei que estas sessões poderiam impactar muito positivamente em si (a prova disso foram os resultados obtidos em tão curto espaço de tempo), tal como aqueles momentos finais em que o ouvia falar acerca da sua experiência de vida

passada e que sentia serem tão importantes para ele. Talvez fosse uma forma de manter vivas as suas lembranças e de as reviver. Hoje, enquanto escrevo o relatório, lembro-o com saudade. Porém, também sinto algum regozijo pois sei, que no período em que decorreu o estágio, a minha presença teve um impacto positivo nesta pessoa (tal como ela em mim). Tal como dizia Paulo Freire (1996):

Aquele que escuta o outro, aprende a falar com o outro (p.127).

8.2. Caso 2-Avaliação psicológica – Estudo de caso cliente C.C.

8.2.1. Identificação e dados biográficos

C.C., residente do sexo feminino, tem 83 anos de idade. Viúva há cerca de 11 anos, nasceu numa freguesia da região centro do país. Possui formação académica a nível superior. Encontra-se reformada da profissão de docente há vários anos.

Reside na ERPI desde novembro de 2022. O motivo do internamento na instituição deveu-se ao facto de apresentar problemas a nível cognitivo, nomeadamente no que respeita à memória recente, fazendo com que dependa parcialmente de terceiros, apesar de ser autónoma nas AVD no contexto de ERPI.

8.2.2. Motivo do pedido

A origem do pedido partiu da parte do meu orientador de estágio, após lhe ter sugerido esta cliente pois, durante as sessões de EC semanais em grupo, eram notórias as suas dificuldades a nível mnésico. Assim, e após concordância do meu orientador, contactei a cliente e agendei a primeira entrevista.

8.2.3. Entrevista clínica e anamnese

A entrevista clínica teve lugar no dia 16 de março de 2023, tratou-se de uma entrevista semiestruturada e decorreu no laboratório de neuropsicologia da instituição. O objetivo foi o de estabelecer a aliança terapêutica pois, apesar de já nos conhecermos das sessões semanais de EC em grupo, estar em contacto face a face é completamente diferente tanto para a cliente como para mim. Teve também como objetivo, a recolha de dados para a elaboração da anamnese e a necessidade de uma intervenção mais individualizada a nível da EC individual e eventual Acompanhamento Psicológico. Para tal, tornou-se necessário perceber quais os instrumentos de avaliação psicológica a utilizar de forma a obter mais e melhor informação acerca das suas dificuldades a nível cognitivo e emocional com vista a poder elaborar um plano de intervenção individualizado e adaptado àquela cliente em questão. Transmíti-lhe qual o objetivo desta consulta e qual a importância que a intervenção poderá representar para si.

8.2.4. Observação e exame do estado mental

No dia da entrevista, tive de ir chamar ao seu quarto, após ter ficado alguns minutos à sua espera na sala onde iria decorrer a entrevista, pois não se recordava que tínhamos agendado a consulta. Na verdade, no dia em que agendamos a consulta tinha-me dito: “Se calhar não me vou lembrar deste compromisso, as coisas agora passam-me, esqueço-me muito!” (s.i.c.). Assim, pude constatar que tem consciência da sua condição.

C.C., aparenta uma idade inferior à sua idade real. Tem uma estatura mediana e excesso de peso, sem ser propriamente obesa. Move-se com facilidade e tem um ar afável acompanhado de um sorriso sincero no rosto. Apresentou-se bem cuidada: cabelo bem penteado, roupa limpa, adornada com bijuterias discretas e um agradável e suave perfume. A sua postura e mímica são naturais, expressa-se com pequenos gestos, sem ser contida, e tem um olhar vivo e atento. No decorrer da sessão foi conversando de forma descontraída e espontânea, o seu discurso fluiu naturalmente quer no que respeitou ao curso, quer ao conteúdo. Revelou, no entanto, alguns lapsos da memória recente. Durante o discurso, percebia-se a necessidade de inspirar mais profundamente e alguma rouquidão, provavelmente devida à bronquite asmática da qual padece há muitos anos.

Encontrava-se vígil e orientada autopsiquicamente mas não alopsiquicamente, não sabe que dia é da semana e do mês, qual o mês, nem o ano que decorre.

8.2.5. Anamnese

C.C. é filha única de um casal que tinha uma boa relação: “Os meus pais eram muito amigos!” (s.i.c.), e uma vida sem dificuldades, tendo tido uma infância feliz. Após completar o ensino primário, foi estudar, em regime de internato, para um colégio de freiras, situado numa localidade distante de casa, até terminar o ensino secundário. Esta era a única forma de poder continuar a estudar, uma vez que não havia outra escola perto de si. Deste período tem boas recordações, fez amizades e relacionava-se bem com as outras raparigas. Depois, fez o curso que lhe permitiu ser o que sempre desejou: professora. “Desde pequena que eu sentava as bonecas e brincava com elas como se fossem as alunas e eu a professora” (s.i.c.).

Assim que completou os estudos, começou a trabalhar e casou no mesmo ano com um rapaz que conheceu numa festa da aldeia. Ele também já tinha a vida organizada o que facilitou todo o processo. Foi um casamento por amor, tendo sofrido muito com a morte do marido e sobretudo foi difícil vê-lo a perder a memória a cada dia que passava. Do seu casamento nasceram dois filhos, um rapaz e uma rapariga, sendo esta a mais nova. Desta, tem uma neta que vive no estrangeiro. Os filhos são muito presentes e isso é muito importante para ela. Tem consciência do seu problema: “Sei que, se combinarmos alguma coisa agora, daqui a pouco, já não me lembro. É assim...” (s.i.c.), diz encolhendo os ombros enquanto ri. Um riso que me parece ser bastante sincero pois o facto de se

sentir apoiada pelos filhos deve ajudá-la a superar tudo o resto. O mesmo se passa em relação à morte, está tranquila em relação a isso: “Depois da experiência que tive, deixei de ter medo. Acho que quando morrermos vamos para outro lugar, um lugar bom. Pelo menos foi isso que vi e foi tão real o que senti, que a morte não me mete medo!” (s.i.c.) disse, referindo-se a uma Experiência de Quase Morte (EQM) que vivenciou durante um período de coma.

Não lhe foi difícil deixar a sua casa e passar a residir na ERPI (tal como não tinha sido a ida para o colégio de freiras), pois sente que é mais seguro para ela

C.C. é uma pessoa calorosa, bem-humorada e com quem é fácil comunicar. Na sua relação com os outros, predomina a cordialidade e simpatia. Por vezes emociona-se quando aborda assuntos do passado, aparentando serem lágrimas de felicidade. Emociona-se sobretudo, sempre que fala da EQM, e fala várias vezes deste episódio, pois foi uma experiência muito marcante na sua vida, e está convicta de que se tratou de um episódio real, tal foi o que sentiu.

8.2.6. História da doença atual

Os primeiros sinais surgem em 2019, após um incidente, em que teve uma crise convulsiva: “Só me lembro de estar em casa e, de repente, sentir que ia cair” (s.i.c.). Este episódio deu origem a um internamento onde lhe foi diagnosticada hipocalcémia com crise convulsiva e consequentemente um estado de coma que durou cerca de uma semana. Deste episódio de coma, ficou com sequelas a nível da memória recente, como tal: “Já não podia continuar sozinha, esquecia-me do gás ligado com a comida ao lume... podia incendiar a casa, estava a pôr em risco a minha vida e a dos meus vizinhos” (s.i.c.).

Assim, perante a dificuldade apresentada, foi proposta uma avaliação psicológica. Em virtude de nos encontrarmos dentro do tempo da consulta, apliquei o MMSE. Agendei novas sessões com o consentimento da cliente, tendo dado conhecimento à gestora do piso para que não houvesse o risco de sobreposição com alguma outra atividade.

8.2.7. Anamnese médica em geral

Refere ter sido sempre saudável em criança. Da consulta do seu processo clínico, pode ler-se que foi submetida a uma tireoidectomia total em 2002, devida a bócio multinodular. Para além disso, sofre de bronquite asmática, que surgiu em fase adulta. É hipertensa, diabética, tem osteoporose, excesso de peso e uma hérnia discal em L3. Não se recorda com que idade teve a menarca, mas a menopausa foi aos 54 anos. Não fez terapia hormonal de substituição. Está medicada com os seguintes medicamentos: Eutirox 150mg., Lozartan 150mg., Donepezilo 10mg.; Arcoxia 90mg., Seretaide 250mg.; Metformina; Atorvastatina 20 mg. +Ezetimiba 10mg., Calcitab D; Magnesiocard e Egostar.

8.2.8. Avaliação Psicológica

No dia 30 de março de 2023, data em que ficou agendada a segunda consulta, M.C. realizou a avaliação psicológica, com vista a determinar o seu estado mental e emocional com recurso aos seguintes instrumentos:

- Mini Mental State Examination (MMSE),
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA),
- Rey - Teste de Cópia de Figuras Complexas (cópia e memória)
- Trail Making Test A e B
- Escala de Depressão Geriátrica

Observação

A atitude da participante em relação à avaliação, foi colaborante tendo-se mostrado interessada e motivada. Perante as dificuldades não mostrou qualquer frustração, pelo contrário, mostrou sentido de humor. Não revelou dificuldades ao nível da visão, audição ou motoras.

Resultados:

- MMSE =25/30

Competências cognitivas medidas: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

A participante, tem uma escolaridade superior a 11 anos, e mais de 40 anos de idade, considerando-se défice cognitivo uma vez que o Ponto de corte estabelecido para esta população ≤ 27 por Santana e colaboradores em 2016.

As áreas mais afetadas foram a orientação, nomeadamente a temporal e a evocação.

- MoCA=18/30

Competências cognitivas medidas: visuo-espacial/executiva, nomeação (linguagem), memória, atenção, linguagem, abstração, evocação diferida e orientação.

A pontuação obtida tendo em conta o Ponto de corte ≤ 22 estabelecido por Freitas e colaboradores em 2010, revelou sinais sugestivos de deterioração cognitiva.

As áreas onde apresentou maiores dificuldades foram a evocação diferida e a orientação temporal.

- Rey - Teste de Cópia de Figuras Complexas (cópia e memória)

Competências avaliadas: planeamento, estratégias de resolução de problemas, capacidade de organização percetivo-motora, e visuoconstrutiva atenção e memória visual imediata.

Cópia: Score= 36/36

Memória: Score =5/36

Significa que evidência sinais significativos de dificuldades a nível da evocação da memória.

- Trail Making Test A e B

TMT Parte A

Competências avaliadas: atenção, velocidade de coordenação olho-mão e processamento de informação.

Executou o teste, sem falhas, em 86’’.

Os resultados não revelam dificuldades a nível da atenção seletiva, encontrando-se os valores dentro dos parâmetros normais face ao grupo de referência.

TMT Parte B

Esta parte avalia a memória de trabalho e as funções executivas.

Ultrapassou o tempo limite para a realização da prova: constataram-se dificuldades significativas a nível da atenção dividida, tendo o teste sido descontinuado após 400’’, conforme regras de administração.

- Escala de Depressão Geriátrica de 30 itens

O resultado da avaliação foi de 3 pontos, que se enquadra no ponto de corte: 0-10 o que significa ausência de depressão.

8.2.9. Análise e discussão clínica do caso

Da análise global dos resultados da avaliação psicológica, concluiu-se que a interveniente apresenta sinais sugestivos de comprometimento cognitivo nas áreas de orientação temporal, memória e atenção dividida. No entanto, a nível emocional constatou-se ausência de depressão.

8.2.10. Reflexão final do caso

Os diferentes instrumentos utilizados, validados para a população portuguesa, variam na abordagem e nas vertentes focadas, tendo sido direcionados à capacidade cognitiva e ao bem-estar emocional, segundo a perspetiva do cliente. Tendo em conta que a sintomatologia depressiva ou ansiosa, pode ser condição de desmotivação para a participação em atividades, faz sentido que se avaliem estas dimensões.

Com base nos resultados dos testes realizados, foi possível concluir que a participante revelou dificuldades sobretudo a nível da memória de trabalho e da orientação temporal, não apresentando sinais sugestivos de depressão. Durante a realização dos testes, teve sempre consciência das suas limitações, no entanto, não se mostrou afetada por isso, pelo contrário, ria-se e dizia, encolhendo os ombros (i.e.): “estamos em 2000 e quê?...qualquer coisa!” (s.i.c.).

Tal como referi, a residente não conseguia lembrar-se do horário/dia das consultas, nem mesmo das sessões de EC de grupo, nas quais já estava inserida há cerca de 3 meses. No entanto, o facto de ter consciência da sua situação, não aparenta representar qualquer desconforto para si, ou ter repercussão a nível emocional. Tal, poderá dever-se ao facto de aceitar a situação, mas também

ao apoio que lhe é prestado pelos seus. O facto de ter feito amizades na instituição e de se sentir inserida neste novo contexto de vida, também é muito significativo, o que levanta aqui a questão da importância que os relacionamentos, ou a interação social, podem ter para o bem-estar emocional da pessoa. M.C., apresenta crítica para a sua situação clínica, e está a enfrentar uma mudança muito significativa na sua vida: a institucionalização, contudo parece aceitar bem estas mudanças. A prova disso é o resultado obtido na GDS e que revela ausência de depressão: da GDS score= 3/30_Ponto de corte 0/10.

Considero que a avaliação psicológica foi uma experiência enriquecedora, gratificante e de enorme responsabilidade. A possibilidade de praticar a aplicação dos testes, e de analisar os seus resultados, permitindo fazer um raciocínio fundamentado sobre o défice cognitivo da participante, revelou-se fundamental para a elaboração de um plano de intervenção terapêutico personalizado, mas também para o meu crescimento enquanto futura psicóloga.

A interação com a residente, e a aliança terapêutica que se estabeleceu, foram fundamentais para que a avaliação decorresse com confiança e de forma natural e sincera.

8.3. Caso 3-Acompanhamento Psicológico – Estudo de caso cliente M.F.

8.3.1. Identificação e dados sociodemográficos

M.F., do sexo feminino, conta atualmente com 89 anos de idade, é viúva desde 2012 e é natural do distrito de Lisboa. Reside na instituição desde janeiro de 2017, ou seja, há aproximadamente sete anos.

8.3.2. Motivo do pedido

O caso de acompanhamento psicológico foi encaminhado pelo meu orientador de estágio, que recebeu o pedido de consulta por parte da própria residente. O motivo são as queixas apresentadas pela residente e que são as seguintes: ansiedade elevada, aperto no peito, tremor das mãos, gastralgias, sensação de mal-estar diário e perturbações do sono.

8.3.3. Entrevista clínica e anamnese

M.F. tem 89 anos, é natural do distrito de Lisboa e vive na instituição desde há cerca de 6 anos, onde partilha o quarto com outra residente. M.F. mede 1,60m de altura e pesa cerca de 72kg. Desloca-se de andarilho e usa óculos. Aparenta ter menos idade do que a sua idade real. No que respeita à consciência, encontra-se vígil e lúcida estando orientada no espaço e no tempo. Apresenta-se de forma cuidada e discreta no que respeita ao vestuário e com uma higiene adequada. É cordial e a maior parte das vezes estabelece contacto visual, fechando, por vezes os olhos enquanto fala. O seu discurso é lentificado e o tom de voz é fraco. Faz pausas durante o discurso, como se estivesse cansada ou a orientar o pensamento. É uma pessoa com quem foi fácil estabelecer empatia, contudo,

confesso que no início exigia algum esforço da minha parte devido a estas características do seu discurso, pois não queria pedir-lhe para repetir o que me estava a dizer, com receio de que isso a inibisse de falar.

8.3.4. Anamnese da doença atual:

Sintomatologia do foro da ansiedade, que lhe provocam um mal-estar diário. Refere que estes sintomas surgiram, a primeira vez, após o nascimento da neta mais nova, a qual nasceu sem os globos oculares. Acrescentou também, já se ter sentido melhor na instituição: “Antes da pandemia, tudo era melhor desde as auxiliares à alimentação e até mesmo no que respeita aos cuidados com a distribuição da medicação” (s.i.c.).

8.3.5. Anamnese médica em geral:

Ansiedade, Hipotiroidismo, H.T.A., Prótese do ombro direito (há 11 anos), Anemia, Gastralgias, Perturbações do sono. Teve três internamentos hospitalares nos últimos anos, o primeiro devido a uma queda em sua casa onde fraturou o ombro, o que implicou a colocação de uma prótese. Seguidamente novo internamento para fazer uma desintoxicação medicamentosa e, por último, devido a pneumonia com derrame pleural.

8.3.6. Anamnese biográfica:

M.F., 89 anos de idade, é a filha mais nova de uma fratria de três irmãs, a mais velha já falecida. Os pais, também já falecidos, foram sempre, segundo as suas palavras: “muito bons pais, tive muita sorte” (s.i.c.). Sentiu-se sempre desejada no seio familiar, tendo mantido um bom relacionamento quer com os pais, quer com as irmãs. Os pais tinham uma boa vida em termos económicos e proporcionaram-lhe uma vida muito agradável.

A nível académico, concluiu os estudos numa escola ligada às artes. Conheceu o marido durante uma festa de um colégio, e casou em Espanha aos 17 anos por tal não lhes ser permitido em Portugal, devido à profissão do marido e outras questões políticas. O marido faleceu há cerca de 11 anos. Dele diz o seguinte: “O meu marido era muito bom homem, gostava muito de ajudar as pessoas” (s.i.c.). Desse casamento nasceram três filhos, duas raparigas e um rapaz, sendo este o do meio. Foi professora de Trabalhos Manuais, mas a maior parte do tempo, foi doméstica pois ficava mais dispendioso ter de pagar para lhe criarem os filhos.

Atualmente conta com sete netos. A filha mais velha e o filho do meio, tiveram três filhos. A mais nova uma. Fala com orgulho de todos e refere que, apesar da vida ocupada que têm, sente muito suporte familiar. Todos os dias lhe telefonam e todas as semanas a visitam, revezando-se. A filha mais nova é viúva e vive com a filha, a qual nasceu sem os globos oculares. Este foi o evento mais traumático de toda a sua vida: “foi como se me tirassem o chão” (s.i.c.). Desde essa altura, há cerca de 30 anos, que tem sido sempre acompanhada por neurologistas e psiquiatras.

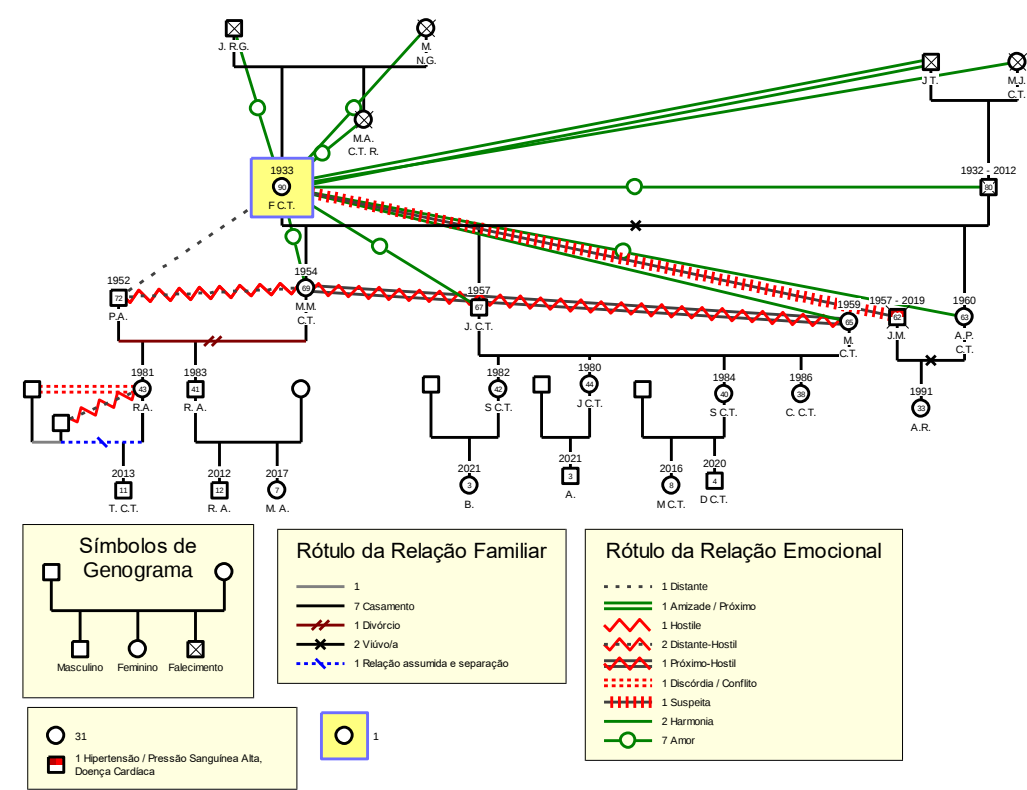
Até há 11 anos, altura em que o marido faleceu, viveu sempre em sua casa, sentindo-se capaz de executar as tarefas domésticas mais leves do dia-a-dia. Para as mais pesadas, contava com uma empregada doméstica diariamente. Contudo, após ter tido uma queda em casa, na qual fraturou o ombro, teve de ser internada para colocar uma prótese no ombro. Depois disso, quando regressou do hospital foi para casa da filha viúva, mas depressa perceberam que era muito penoso para todos que ela estivesse lá em casa, pois estava muito limitada na sua vida e a sua autonomia era muito pouca, tinham de lhe fazer a higiene pessoal, vesti-la, dar-lhe a comida e, como tal, não podia ficar sozinha. Decidiram então arranjar 2 empregadas domésticas, uma para o dia e outra para a noite, de forma a que pudesse voltar para sua casa estando sempre acompanhada. Porém, nessa altura estava muito fraca e, como se não bastasse, teve uma intoxicação medicamentosa, tendo voltado a ficar internada no Hospital.

Quando regressou a casa, estava extremamente fraca e sem vontade para nada, tendo confiado o cartão multibanco às suas empregadas domésticas para que lhe fizessem as compras para a casa. Quando a família se apercebeu, uma das empregadas utilizava o cartão, para abastecer a sua própria casa, para além de lhe ter levado ouro e outros bens como toalhas bordadas.

Acontece que estava a gastar muito dinheiro, não só com o salário das empregadas, mas também com a fisioterapia que fazia em casa e que era mais uma despesa acrescida. Nessa altura ligaram da ERPI, onde já se encontrava inscrita há alguns anos, a informar que tinham uma vaga. Não hesitou e decidiu, juntamente com os filhos, que era chegada a altura de deixar a sua casa. Acrescentou que não se arrepende pois: “Aqui tenho realmente tudo o que preciso. Eu precisava mesmo de vir para cá” (s.i.c.). Adaptou-se muito bem ao espaço, onde partilha o quarto com uma outra residente.

A recente pandemia veio provocar grande instabilidade a vários níveis, apesar de nunca ter sido infetada. Referiu que: “a pandemia veio estragar tudo” (s.i.c.). Teve de ficar em isolamento no quarto com a colega, o que foi uma agravante para a sua mobilidade, pois praticamente não andava nem fazia qualquer exercício físico, por estar ali confinada. Para além disso, também não podia receber visitas. As visitas ficavam no exterior da instituição e ela na janela do quarto num segundo andar de onde se cumprimentavam.

8.3.7. Genograma



8.3.8. Acompanhamento psicológico

As sessões de acompanhamento psicológico da senhora M.F., tiveram início no dia 18 de janeiro de 2023 e terminaram a 28 de junho do mesmo ano, num total de 20 consultas. O caso de Acompanhamento Psicológico, foi encaminhado pelo meu orientador de estágio, que recebeu o pedido de ajuda por parte da residente.

Ao longo das sessões vai transmitindo as suas angústias. Normalmente fala do ambiente da instituição, o qual refere ter ficado muito diferente, para pior, depois da pandemia. Acrescem as perturbações do sono, a obstipação crónica, e a distribuição de medicamentos, os quais, diz, nem sempre lhe serem entregues corretamente. Esta insegurança é outro motivo da sua ansiedade e por vezes não toma os medicamentos que lhe são entregues (situação reportada ao meu orientador de estágio).

Fala várias vezes da pessoa com quem partilha o quarto, a qual tem diagnóstico de “provável doença de *Alzheimer*”, esquecendo-se frequentemente de onde guarda os seus pertences. A sua agitação numa busca incessante nas gavetas e armários do quarto, deixam-na ainda mais ansiosa e angustiada. Pergunto-lhe em que outros momentos se sente ansiosa ao que responde que são os dias em que tem menos atividades e por vezes até mesmo durante as mesmas, quando pensa que estão a

terminar porque depois não sabe como ocupar o seu tempo uma vez que neste momento não se interessa por nada.

Refere também ficar ansiosa com a aproximação da hora de almoço, pois nunca sabe se a refeição é do seu agrado. Por vezes opta por só comer sopa e fruta para evitar problemas digestivos.

Diz ter perdido interesse por tudo o que gostava de fazer antigamente, não quer ler, nem fazer croché acrescentando: “já pensei acabar com tudo” (s.i.c.). Esta frase deixou-me em alerta, pois pensei o pior e pedi-lhe que me dissesse o que queria dizer com isso ao que respondeu que: “Quero sair da instituição, não suporto o facto de mandarem em mim, aqui querem que faça tudo à vontade deles! Só não saio porque tenho consciência que vou dar muito trabalho aos meus filhos!” (s.i.c.) disse cabisbaixa.

Revelou também algum receio em relação ao futuro, à conjuntura económica e à guerra da Rússia com a Ucrânia.

Atualmente, no término da intervenção terapêutica, refere sentir-se bastante melhor, já consegue dormir toda a noite sem ajuda do *Xanax*, deixou de ter tremuras nas mãos e de sentir aperto no peito ou gastralgias. Só muito raramente e durante pouco tempo eles voltam, mas, nesses momentos, aprendeu a pensar noutras coisas, ou seja, retirar e desviar o pensamento daquilo que está a identificar como o causador da sua ansiedade.

No que diz respeito à sua permanência na instituição, diz-me ter refletido e ter concluído que, os filhos até queriam que ela saísse dali, mas ir para casa dos filhos estaria fora de questão pois iria desorganizar a vida deles. Apesar de os filhos dizerem que há muitos lares, tem receio do que possa vir a encontrar, para além disso, os valores mensais são mais elevados em relação a esta ERPI. Por outro lado, pensa que ali tem muito espaço e tudo o que necessita. Para além disso, ali, os familiares visitam-na mais do que quando estava em casa, pois apesar de estar mais longe do que quando morava em sua casa: “eles nunca falham e quando estava em casa, eles muitas vezes adiavam as visitas” (s.i.c.).

No final do AP, refere sentir-se bastante melhor e até andar com vontade de sair e comer um gelado. Coisa que era impensável há algum tempo, pois uma vez a filha levou-a à *PizzaHut*, que ela gosta tanto, mas não conseguiu comer nada, tal era a forma como se sentia.

8.3.9. Descrição de algumas sessões

Aqui ficam as transcrições de algumas destas consultas:

8^a Consulta
15.03.2023
11h às 11.50h

Apresentou-se à consulta à hora marcada nível da consciência, encontra-se vígil, orientada no espaço e no tempo e com aspeto cuidado. O seu discurso é lentificado, mas orientado de forma lógica e coerente. Começa por dizer que teve uma semana como há muito não tinha. Sente-se muito melhor, com mais energia, tem dormido bem e as mãos não têm tremido, não tem sentido opressão torácica, nem gastralgias: “Não tive aquela aflição, quase que não tive tremuras, não tive dores de estômago a semana inteira!” (s.i.c.). O intestino funcionou melhor, apesar de ter de recorrer a laxantes. Faz várias pausas ao longo do discurso, como se estivesse a orientar o pensamento ou na procura das melhores palavras para me transmitir aquilo que está a sentir. Reforcei dizendo: “A semana passada, também já me tinha referido que estava melhor. Imagino que se sinta mais confiante e segura” (s.i.c.). Ao que respondeu: “Sinto-me muito bem, e já não me aborreço, também” (s.i.c.). Disse ter ido à terapia ocupacional e jogado *bowling* e que não lhe apetece fazer coisas pequenas, como tricot ou crochet: “Não tenho paciência!” (s.i.c.). Prefere fazer jogos: “antigamente ganhava sempre no *bowling*, tenho lá 27 taças!” (s.i.c.). Apesar de ter menos força no braço depois da cirurgia ao ombro, consegue jogar bem, pois não perdeu o jeito: “Só os homens é que conseguem obter mais pontos do que eu, mas ainda assim são poucos, só quatro pontos” (s.i.c.). Refere ter feito muita fisioterapia ao braço, ultrassons e manobras de mobilização. Atualmente a fisioterapia que faz é mais para a região lombar: “Dois dias por semana são para tratar as costas, os outros dois dias, são de ginástica, subo e desço escadas e faço exercícios nas barras, pois sentia-me muito presa” (s.i.c.). Reforcei dizendo: “Observo que se desloca de forma mais segura e mais firme” (s.i.c.), no entanto diz-me que por vezes sente alguma dificuldade, pois sente ainda falta de força muscular. Atualmente não consegue levantar-se sem se apoiar e gostava de se deslocar sem o andarilho, ao que respondi: “A COVID-19, foi prejudicial pois estive vários dias fechada no quarto e terá perdido alguma massa muscular. Agora está numa fase de recuperação e verifico que, apesar de ainda não estar como desejava, já está mais forte” (s.i.c.). Concordou, dizendo que parou e que deixou de fazer o que fazia, facto que atrasou a sua recuperação: “Já nem me lembro o período que estive fechada, mas foi muito tempo” (s.i.c.).

Refere estar a dormir muito bem e a alimentar-se melhor, pois sente-se melhor do estômago, sem dores. Disse-me que as dores do estômago a deixavam preocupada. Questionei-a quanto às

dores do estômago, tentando perceber se haveria uma ligação com o a sua ansiedade: “Não lhe parece que esse mal-estar do estômago estava associado à sua ansiedade, ao facto de andar mais nervosa e dormir mal, de ter poucas atividades e de estar sem fazer nada?”. Facto com o qual concordou, acrescentado que agora até se consegue deitar depois de almoço. Começa, entretanto, a falar do tempo, dizendo que: “A ver se quando vier o tempo mais quente me encho de força de vontade e começo a sair, ando com vontade de um gelado! Há pouco tempo saí, para ir tratar dos óculos, e fui com a minha filha à *Pizza Hut*, mas nessa altura estava realmente muito mal, não consegui comer. É por isso que noto que estou melhor” (s.i.c.). Respondo-lhe que: “Verifico com satisfação que não só se sente melhor como também tem essa consciência percebendo que está a melhorar, inclusivamente consegue nomear os pontos em que melhorou: já não tem dores de estômago, nem aperto no peito, as mãos já não tremem, dorme melhor, tem vontade de sair, são todos sinais de que está a melhorar e dos quais a senhora tem consciência que estão a acontecer e que fazem uma grande mudança na sua vida” (s.i.c.). Perguntei-lhe ao que atribuía a mudança, ao que respondeu que: “Estava a ver quer não me aguentava aqui, eu que estava tão bem-adaptada aqui, estava a ver muito mal” (s.i.c.). Respondo: “Pelo que percebo, o seu receio de ter de sair da instituição estava a contribuir para que sentisse muito ansiosa. Agora que se sente novamente mais integrada na instituição, já está mais calma e menos ansiosa”. Concordou. Acrescenta que sempre foi muito participativa nas sessões de estimulação cognitiva em grupo, que sempre foi muito boa a matemática, mas que ultimamente estava mais parada. Agora os doutores até já lhe dizem: “D. Fernanda, hoje não fala!” (s.i.c.) porque tem sempre a resposta na ponta da língua! “Sinal de que o meu cérebro já está outra vez a raciocinar mais rápido, fui sempre muito boa a matemática e as outras (residentes) não respondiam e eu sim, mas não pode ser porque os outros também têm de pensar” (s.i.c.). Refere gostar muito dos psicólogos e que até sente uma certa angústia quando a sessão de estimulação está a terminar, pois eles são muito bem dispostos. São os únicos que nunca faltam. “Quando foi da pandemia, na primeira vez, nem reconheci o Doutor devido ao fato que trazia (referindo-se ao EPI!)” (s.i.c.) disse enquanto se ria. Voltando novamente ao assunto, da sua melhoria, pergunto-lhe o que acha que mudou e que tenha contribuído para que se sentisse melhor, uma vez que os motivos que mencionava e que faziam com se sentisse mal, se mantinham, no entanto ela já não é a mesma pessoa com quem falei nos primeiros dias. Ao que responde que terá sido a força de vontade: “Pensei assim: não pode ser porque eu não vou sair daqui. As minhas filhas queriam, e diziam que há muitos lares e que até são melhores. Eu não sei se são melhores ou piores, mas são muito mais caros de certeza porque eles têm andado a ver para a sogra da minha filha e os valores são muito diferentes do que pagamos aqui. Por outro lado, aqui tenho muito espaço e nos outros lados, não sei se será assim. Ir para casa da minha filha também está fora de questão, pois ia

desorganizar a vida dela por completo. E quem é que tratava de mim? A casa do filho está fora de questão... durante anos estive aqui a sentir-me bem, já morreram quase todas as pessoas que estavam cá quando eu cheguei. Eu pensar em morrer não penso, sei que não fico cá!” (s.i.c.). Volta a falar da companheira de quarto, que está sempre a falar da morte. E pensa que involuntariamente ela contribua para que se sinta mal, pois é raro o dia em que não fala acerca da morte. Conclui a sessão dizendo que as melhoras são muito significativas e que encontrou essa força dentro de si, mostrando ser uma pessoa resiliente, tendo encontrado estratégias para, perante as adversidades da vida, nomeadamente a questão da Covid-19, que veio modificar muitas coisas a nível da instituição, conseguir ultrapassar as suas dificuldades, levando-a a sentir-se bem atualmente.

Confesso que, atendendo a que estamos na oitava sessão, não estava à espera que a residente me relatasse melhorias a este nível o que me deixou sem saber exatamente o que dizer, para além do que referi. Refleti e decidi perguntar-lhe se pretendia continuar ou suspender as sessões, ao que me respondeu que pensava em suspender as sessões. Perante a sua resposta sugeri que marcasse mais uma semana para vermos como se sente e, caso se continuasse a sentir bem, passaríamos a fazer as sessões quinzenalmente para consolidar os resultados obtidos. Tendo concordado, agendamos a sessão para a próxima semana.

Objetivo da próxima sessão: Confirmar os resultados mencionados esta semana.

9^a Consulta
22.03.2023
11h às 11.50h

Apresentou-se à consulta à hora marcada. A nível da consciência, encontra-se vígil, orientada no espaço e no tempo e com aspeto cuidado. O seu discurso é lentificado, mas orientado de forma lógica e coerente. Começa por dizer que teve: “uma semana não muito segura” (s.i.c.). Voltou a sentir dor no estômago, apesar de não ter sido prolongado. Não atribui a nada em particular, pois a semana foi muito igual à anterior. Acrescenta que: “Não tenho a certeza se estou bem ou não, ou por outra; de repente estou bem, de repente fico descontrolada” (s.i.c.). Voltou a sentir tremuras, uma vez que dormiu muito mal, não sabendo exatamente o que possa ter ocasionado isso. De qualquer forma foi à terapia ocupacional e isso contribuiu para que se sentisse melhor pois jogou *bowling* e ganhou e, quando regressou ao piso já se sentia outra pessoa. Depois de almoçar ficou com dores de estômago, o que atribui à má confeção do prato, foi deitar-se, depois lanchou e jantou sem ter voltado a ter dores de estômago. Reforcei a necessidade de mantermos as sessões para

consolidar os resultados do acompanhamento psicológico, e expliquei que, por vezes, mesmo não sabendo conscientemente o que se passa, alguma coisa está presente, a nível do inconsciente, que nos tira o sono e nos faz sentir mal. Na sequência desta minha observação, refere que: “Esta semana apanhei um grande susto” (s.i.c.), o qual se deveu ao filho, que aquando da visita semanal, lhe disse que ia de férias e que ia viajar de avião no fim de semana. Como não percebeu que a viagem fosse nesse mesmo fim de semana, e, como ao ligar para o filho e para a nora, o telefone estava desligado, sentiu-se muito angustiada pois pensou que algo de mal poderia ter acontecido, uma vez que não associou à viagem. Este mal-estar terá passado após ter conseguido falar com outra das filhas que lhe disse que o irmão estava em viagem, mas: “Foram umas horas muito difíceis que passei e isso deve ter-me descontrolado um bocado” (s.i.c.). Hoje, estando já ultrapassada a situação, acordou com “Medo de enfrentar o dia” (s.i.c.), ou seja, como se sentiu pior nos dias anteriores, acordou com receio de se voltar a sentir mal. Voltou a referir que gosta muito da sessão de EC, que se diverte naquela hora, mas que de repente, quando pensa que vai lanchar: “Fico com uma dor, uma aflição pois sinto que fico sem mais nada para fazer” (s.i.c.). Atualmente, vai para a sala da televisão, já não fica no quarto ao que eu respondo que se isso a faz sentir-se bem é bom pois assim está acompanhada, sendo que este é o período do dia que lhe custa mais a passar. Contudo refere que estar na sala é muito deprimente: “É uma tristeza! Há pessoas que estão muito mal, pessoas que estão sempre a fazer gestos, outras que estão sempre a escorregar das cadeiras, depois caem, chamam e não são atendidas... são poucos cuidadores para muitas pessoas... De qualquer forma agora não quero estar tanto no quarto” (s.i.c.). Ao tentar perceber o motivo, responde que é pelo facto de no quarto não ter com quem falar, no entanto disse que na sala, também não. A companheira de quarto vai jogar às cartas, joga canastra, e ela não quer porque isso a deixa ansiosa, como tal prefere ficar na sala. Perguntei-lhe o que poderá fazer nesse período, se teria alguma atividade com a qual se pudesse ocupar para não estar tanto tempo na sala, onde se sente incomodada, mas não me soube responder. Referiu a companheira de quarto foi ao médico com o filho e que ela vai fazer exames porque não anda bem: “Ela está doente, quando voltou não sabia onde tinha ido. Por outro lado, tem muitas dores na coluna e queixa-se bastante” (s.i.c.). Voltou a dizer que se dá bem com ela e que não há disputa por quem vai tomar banho mais cedo, ao contrário da anterior companheira. Percebo que, de certa forma, isso também a deixa preocupada e digo-lhe isso mesmo: “Percebo que se sente preocupada não só com o facto de a sua colega não estar bem, mas também receia que ela possa ter de sair da instituição não sabendo quem poderá vir a ocupar a cama dela” (s.i.c.), o que confirmou abanando a cabeça. Por outro lado, voltou a referir que os esquecimentos constantes da companheira, a deixam cansada pois anda constantemente à procura das coisas ou a acusar as outras pessoas de terem mexido nos seus pertences. Portanto, se por um lado, ela lhe serve de companhia,

por outro, também lhe provoca algum desconforto. Verificamos aqui numa dualidade de sentimentos, o receio do desconhecido motivador e ao mesmo tempo causador da sua ansiedade (na sessão anterior, referiu receio de ir para outra instituição, que poderia ser melhor, mas que lhe é desconhecida, agora o receio de ter de receber uma desconhecida no quarto). Lancei-lhe o desafio, de durante a semana pensar numa atividade prazerosa, com a qual pudesse ocupar o seu tempo no período compreendido entre a hora do lanche e o jantar, uma vez que sabemos que este é o período onde se sente pior durante o dia neste momento.

Perante o sucedido esta semana, no final da consulta voltei a perguntar se pretendia manter as consultas semanais ao que respondeu que era isso que tinha intenção de me pedir. Assim, mantivemos o mesmo dia e horário semanal.

20 ^a Consulta
28.06.2023
11.00h às 11.45h

Apresentou-se à consulta à hora marcada. A nível da consciência, encontra-se vígil, orientada no espaço e no tempo e com aspeto cuidado. O seu discurso é lentificado, mas orientado de forma lógica e coerente. Começo por relembrar que hoje é a nossa última sessão e por perguntar como passou a semana. Responde-me que: “A semana não foi má, sinto-me mais leve.” (s.i.c.). Faço um resumo do acompanhamento, dizendo-lhe que obtivemos um resultado muito positivo uma vez que no início do acompanhamento, a senhora manifestava níveis de ansiedade muito elevados e ao longo das sessões foi desenvolvendo estratégias para a controlar, sendo que a ansiedade é uma manifestação muito antiga e persistente na cliente. Verificamos que por vezes, e devido a situações que a perturbam um pouco mais, as manifestações de ansiedade voltam a fazer-se sentir, mas apenas por breves momentos, uma vez que conseguiu encontrar uma forma de não se focar no que a incomoda e assim controlar a ansiedade. Relembro-a, no entanto, que é muito importante que continue a trabalhar esta “ferramenta” que lhe permitiu que fosse ela a tomar conta da ansiedade e não a ansiedade a tomar conta dela. Concorde que efetivamente está bastante melhor, apesar de a ansiedade ser uma coisa muito presente, agora sabe como a controlar. Diz que as tremuras são a única manifestação e que surgem de manhã, durante a sua higiene pessoal, as quais passam após tomar o pequeno-almoço e a medicação (eu penso que estas tremuras estão mais relacionadas com a sua doença/efeito secundário da medicação e não tanto com a ansiedade). Esta semana a filha mais nova visitou-a, mas só esteve meia hora porque estava com pressa. Se não fosse isso poderia

ter ficado mais tempo, uma vez que neste momento já não estão a restringir o horário das visitas na instituição (talvez porque a Organização Mundial de Saúde decretou o fim da pandemia Covid-19 em maio de 2023). Retoma o assunto falando acerca dos filhos indo para o nascimento da primeira filha, a qual nasceu quando tinha 20 anos, no Hospital Egas Moniz. Fez ginástica para preparação do parto, pois o médico, o Dr. Pedro Monjardino, queria que tivesse um parto sem dor (utilizava o método psicoprofilático o qual consistia em alterar o comportamento da grávida, em relação ao parto, com o intuito de que esse momento não fosse um momento violento, mas, muito pelo contrário, uma experiência com uma participação positiva e colaboradora da mãe. Este método era aplicado durante toda a gravidez visando o equilíbrio dessa vivência, como um meio importante para ter um bebé). Quando a filha nasceu, o marido estava na Índia e, a primeira vez, que viu a filha, ela já tinha dois anos e meio. Inicialmente a filha não “aceitou” o pai e chorava na presença dele não querendo ficar sozinha com o pai. Apesar de terem tido o cuidado de lhe mostrarem fotografias do pai e terem falado ao telefone ainda que por breves momentos pois “... era extremamente caro e muitas vezes nem se ouvia; a vida era muito diferente! Durante as férias, já não sei como é que foi, talvez ao ver os primos com o pai, começou também a aproximar-se dele e no final das férias, já ia sozinha com o pai” (s.i.c.). Perguntei-lhe como se sentiu em relação a isso, responde que já não se lembra, que já foi há muitos anos. Pergunto se se lembra como é que o marido se sentiu e responde-me que aceitou bem, pois ele gostava muito de crianças: “Se fosse agora eu tinha ido ter com o meu marido, mas para ir eu não podia levar a bebé, a minha mãe dizia que não ficava com ela, a minha sogra muito menos, assim não tive outra solução a não ser ficar em Portugal.” Entretanto quando o marido foi chamado, desta vez para Nova Lisboa, ela acompanhou-o, nessa altura estava grávida do filho J. que nasceu lá, bem como a sua filha mais nova, P. Gostava de ter tido pelo menos quatro filhos, mas não pode, porque “começou o terrorismo e era complicado” (s.i.c.). Mais tarde, na altura do 25 de Abril de 1974, regressam a Portugal. A filha mais nova tinha uma saúde debilitada, tinha bronquite e estava sempre doente, quando chegou a Portugal matriculou-se no quinto ano. Os filhos nunca perderam ano nenhum na escola, apesar de terem mudado de escola várias vezes, tendo até dispensado aos exames (verifico, uma vez mais que fala dos filhos com orgulho). A relação com os filhos foi sempre boa. Com os genros foi um pouco tensa, uma vez que um deles, já falecido, gastava muito dinheiro e o outro, já não vive com a filha, estão divorciados já há alguns anos. Os netos, estão bem. O da filha mais velha é engenheiro e trabalhou durante dez anos numa companhia de aviação tendo, entretanto, fundado um negócio juntamente com dois ou três colegas onde ganha mais do que ganhava, sendo que lá pagavam bem: “Ele está muito bem, tem trinta e oito anos e está muito bem” (s.i.c.). A irmã, a qual a cliente nunca pensou que fizesse uma licenciatura, licenciou-se em História da Arte e trabalha num organismo estatal. Respondi-lhe que: “É uma licenciatura

muito interessante. Saiu à avó, a avó também é ligada às artes!” (s.i.c.). Riu-se com satisfação e, atrevo-me a dizer, vaidade. Do filho do meio tem uma neta que é médica, outra que é bióloga, outra assistente social, outra que é realizadora: “ou seja, tudo relacionado com o cinema. Já tem concorrido a concursos, e já fez mais do que um filme, mas ainda não ganhou nada” (s.i.c.). Esta última não vive em Portugal, mas não conseguiu lembrar-se em que país vive: “Está a viver numa terra com um nome muito esquisito. Está bastante longe daqui” (s.i.c.).

No final da consulta, decidi fazer um breve resumo dos pontos positivos: “Resumindo senhora dona F, tem tido uma vida feliz” (s.i.c.). “Sim” (s.i.c.), respondeu-me. Continuo dizendo: “Aquilo que durante tantos anos lhe causou tanta dor, tristeza e angústia, parece agora estar ultrapassado uma vez que atualmente a sua neta consegue levar uma vida normal, tem um emprego, namora, ou seja, a sua incapacidade a nível físico não a impede de ter uma vida normal e isso deixa-a descansada em relação ao futuro da sua neta” (s.i.c.). Responde-me: “Sem dúvida, isso foi muito importante para mim!”. Continuo: “Agora está aqui e, apesar de todas as contrariedades percebo que as consegue ir gerindo e encontra-se bastante melhor relativamente ao que estava quando começámos estas consultas” (s.i.c.). “Sim” (s.i.c.) respondeu-me de novo. Continuo dizendo: “Desenvolveu uma estratégia para controlar a qual se revelou eficaz, agora é manter essa estratégia a funcionar, porque a senhora mostrou ter força dentro de si para resolver as situações que a possam perturbar” (s.i.c.). “Pois, agora já percebi” (s.i.c.) respondeu-me. Antes de terminar a sessão e de nos despedirmos, digo-lhe que, caso necessite de ajuda pode sempre recorrer aos psicólogos da Unidade de Psicologia. Despeço-me dizendo-lhe que tive muito gosto em conhece-la e trabalhar com ela ao que respondeu que da parte dela também gostou muito de estar comigo e que se sentiu sempre ouvida e compreendida.

8.3.10. Análise e discussão clínica

M.F. é uma pessoa comunicativa, apesar do seu discurso lentificado. É simpática e revela satisfação na relação com o outro.

Teve uma infância, adolescência e casamento felizes. Estas circunstâncias foram facilitadoras para que existissem condições ótimas de atualização biopsicossocial. No entanto, o nascimento de uma das suas netas marcado por uma condição anatómica rara denominada anoftalmia teve um forte impacto negativo em si, e teve de recorrer a consultas de neurologia e psiquiatria tendo sido diagnosticada com depressão, permanecendo medicada e acompanhada em consulta de psiquiatria e, mais recentemente psicologia, até à atualidade. Segundo Hipólito (2011), a família pode ser considerada um sistema em que um membro pode refletir o sofrimento coletivo, da mesma forma que o sofrimento da família pode manifestar-se como resultado dos problemas de

um seu integrante. À luz do “Desenvolvimento Psico-Afetivo” de Hipólito (2011), estamos perante um trauma a nível das condições psíquicas. Este trauma perpetuou-se ao longo dos anos, os sintomas que M.F. descreve representam o melhor equilíbrio que o organismo pode alcançar até ao momento para encontrar o seu equilíbrio permitindo-lhe manter-se em funcionamento e, a menos que o organismo encontre uma alternativa de equilíbrio mais saudável, é necessária alguma prudência para os eliminar (Hipólito, 2011).

Com base na informação que a cliente foi partilhando no decorrer das sessões, e recorrendo à consideração positiva incondicional e à compreensão empática, a cliente foi construindo um novo olhar sobre o problema. Assim, no decorrer das sessões, a cliente foi-se libertando do que a atormentou durante tantos anos, tendo dito que: “Neste momento, aquilo que foi a maior preocupação da minha vida, não faz sentido pois vejo que a minha neta consegue levar uma vida praticamente normal” (s.i.c.). Ao perceber e aceitar que a neta consegue tomar conta da sua vida os sintomas deixam de se manifestar, pois deixam de ser necessários para fazer face ao conflito que os desencadearam.

Mais tarde confronta-se com uma outra situação que foi a morte do marido, assunto que aparenta estar bem resolvido, pois parece ter conseguido fazer o luto.

Após a morte do marido, passa a morar sozinha, ainda tinha capacidades que lhe permitiam fazer as suas AVDs, recorrendo unicamente à ajuda de uma trabalhadora doméstica. Porém, após uma queda em casa em que fraturou o ombro que obrigou a internamento para colocar uma prótese, foi viver para casa da filha viúva. Atendendo às suas limitações físicas, e a sobrecarga que isso representava para a filha, a família entendeu que o melhor para si seria que regressasse à sua casa com acompanhamento permanente por duas trabalhadoras domésticas, uma durante o dia e outra durante a noite. Nesse período tem uma intoxicação medicamentosa e voltou a ser internada. Quando regressou a casa: “sentia-me muito fraca e sem vontade para nada” (s.i.c.). Entrega o cartão multibanco a uma das trabalhadoras domésticas delegando nela a gestão da casa, mas apercebem-se que esta o utilizava em benefício próprio, para além dos bens materiais que “desapareceram”. Ou seja, num curto espaço de tempo, a cliente, passa de uma posição de autonomia para a dependência de terceiros e, de certa forma, a humilhação e a revolta de ter sido roubada. A prótese do ombro e a intoxicação medicamentosa, vão provocar um trauma nas potencialidades biológicas pois perde autonomia o que é bastante significativo e muitas vezes difícil de aceitar nestas idades. As suas condições de valor também foram afetadas pois a aceitação da família passou por ter de regressar a casa, contrariamente ao que seriam, no seu entender, as suas necessidades, e passar a viver com duas “estranhas”

Nesta altura surge a possibilidade de poder ingressar na instituição, à qual diz ter-se adaptado muito bem. Contudo, a pandemia COVID-19, veio, segundo as suas palavras: “estragar tudo”. Este terá sido o incidente crítico mais recente, pois, apesar de nunca ter sido infetada pelo vírus, a pandemia obrigou a períodos de isolamento em que estava confinada ao espaço do seu quarto o que impactou as suas condições de atualização a nível social pois não podia socializar ou receber as visitas dos seus familiares, mas também as suas potencialidades biológicas, uma vez que contribuiu para o agravamento da sua condição física afetando ainda mais a sua já débil mobilidade.

No decorrer das consultas de acompanhamento, foi evidente o desconforto da cliente em relação à instituição. Alegou vários motivos desde os relacionados com o atendimento prestado por algumas das auxiliares a si e aos outros, às desconfianças relativamente à distribuição da medicação até ao mal-estar provocado pela sua colega de quarto. Acresce ainda a forma como as auxiliares se dirigem a si, tratando-a por “tu” o que considera como uma desconsideração e uma humilhação.

O seu isolamento, relativamente aos restantes residentes, parece ter mais a ver com a sua dificuldade de se exprimir e fazer ouvir do que propriamente com uma necessidade de estar só, ou seja, à luz da teoria de Hipólito (2011), existe um trauma biológico que se vai repercutir na sua forma de estar e contribuir para um aumento da solidão o que, por sua vez poderá implicar na sua tendência à depressão. Por outro lado, segundo Rogers (1987), as necessidades orgânicas básicas dos indivíduos podem ser satisfeitas através dos relacionamentos, ora, neste caso, a quase ausência deles, é um fator agravante das suas emoções.

A ansiedade (confirmada no resultado do BSI em que FOB = 71) que se manifestava somaticamente através de gastralgias, tremor das mãos, opressão torácica e perturbações do sono, são o somatório de todas estas situações pois o seu estatuto social proporcionou-lhe uma experiência de vida totalmente diferente da realidade com que se confronta atualmente. Isso é muito significativo no que diz respeito à medicação, teoricamente a única coisa sobre a qual pode ter poder: o poder de decidir se a toma ou não, ou se toma medicamentos que consegue arranjar por portas travessas, enganando assim a equipa de enfermagem e fazendo com que se sinta empoderada, como no passado.

A mudança para outra instituição, foi ponderada, mas diz não querer preocupar os filhos, e que noutro lugar o valor da mensalidade será bastante mais elevado e, apesar de tudo, reconhece que a instituição onde reside oferece boas condições logísticas. Esta dicotomia de sentimentos, com a qual se confronta, tem a ver, na minha opinião com um conflito que se manifesta em vários níveis de experiência entre o *locus* de controle interno e o *locus* de controle externo. Contudo, ao decidir ficar na instituição, internaliza o *locus* de controle. À luz do desenvolvimento psico-afetivo de Hipólito (2011), quanto maior a distância, ou seja, a incongruência entre como ela se percebe

(self percebido) e o que ela entende que deveria ser para ser aceita/amada pelos outros (self desejado), menor é a sua autoestima, logo, esta internalização impactou esta área.

O “sistema diagnóstico” característico da ACP e que tem por base as “seis condições necessárias e suficientes” permitiu a construção de um projeto terapêutico que teve por base o acompanhamento psicológico e a participação nas atividades disponíveis na instituição, desde que adequadas à cliente, tais como terapia educacional, sessões de EC em grupo, mantendo a fisioterapia, promovendo assim a socialização durante estes momentos

A congruência, a aceitação positiva incondicional e a compreensão empática, vão estimular a reorganização de si. A cliente, conseguiu desenvolver uma técnica que lhe permitiu controlar a ansiedade e que foi o desviar o pensamento do que lhe causava angústia, para pensar em algo diferente e positivo. Quando o cliente sente a segurança e o acolhimento na relação terapêutica, sentindo-se valorizado e compreendido de forma empática pelo terapeuta, surgem as condições necessárias para que as mudanças ocorram (Hipólito, 2011). A relação terapêutica transforma-se num meio pelo qual o cliente se conhece a si mesmo, criando um ambiente que auxilia a pessoa a restabelecer a simbolização correta das suas experiências (Neto & Ponte, 2018). Ou seja, o cliente à medida que vai aprendendo a ouvir-se, começa a aceitar-se (Rogers, 2009). Quando há consonância entre o “Eu” e as suas próprias experiências, a pessoa torna-se congruente e compreende que está num processo de atualização. Assim, é de salientar a importância do acompanhamento psicológico tendo por base a filosofia da ACP no movimento de reintegração das experiências da cliente. Citando Hipólito (2011, p. 19): “o humano nasce potencialidade-de-ser que se atualiza na encarnação... encarnando-se no aqui e agora do encontro”.

8.3.11. Reflexão pessoal do caso

O acompanhamento psicológico deste caso, proporcionou um entendimento da realidade do que é ser adulto mais velho em contexto institucional. As situações relatadas pela cliente nomeadamente a importância da presença/ausência dos familiares, a perda de autonomia, e a quase robotização no tratamento dos residentes, reforçaram a importância que tem para esta população a oportunidade de serem ouvidos enquanto pessoa.

Desde o primeiro momento que a comunicação fluiu sem dificuldades ou constrangimentos, tendo-se estabelecido empatia. Inicialmente a cliente apresentava queixas somáticas que contribuíam para o seu mal-estar físico e emocional. Durante o AP, foi posto em prática o sistema de diagnóstico da ACP, recorrendo aos principais conceitos da teoria psicoterapêutica de Carl Rogers, nomeadamente o conceito de não diretividade, a tendência atualizante e as seis condições necessárias e suficientes para que a mudança terapêutica se efetue.

A cliente, desde há muitos anos que tinha dificuldade em aceitar a condição da sua neta e este pareceu ser um dos temas importantes a ser trabalhados pois considerei ser essa era uma das suas experiências atuais (apesar de o nascimento já ter vários anos) e, segundo a ACP, a primazia é trabalhar essa experiência na relação terapêutica. Associadamente, a COVID-19, afetou a sua vivência na instituição, não só pelo isolamento social a que foi exposta, mas também porque sente que o funcionamento da ERPI não voltou a ser o mesmo. Destacou a forma como é tratada pelos auxiliares e enfermeiros e questões que têm a ver com a medicação que contribuem para a exacerbação dos seus sintomas. Identificados os “incidentes críticos”, o processo terapêutico consistiu em permitir que a tendência atualizante da cliente fluísse, uma vez que esta é uma condição subjacente a si mesma. A congruência, o olhar positivo incondicional, assim como a compreensão empática revelaram-se fundamentais e muito eficazes na criação de um ambiente por forma a reativar o sistema evolutivo, a atualização das potencialidades e a autocura da cliente. A aplicação destas atitudes, consideradas as *core-conditions*, revelaram-se verdadeiramente eficazes durante o processo terapêutico, reforçando o que Rogers defendeu, ou seja, que para além destas condições nenhuma outra é considerada importante. O terapeuta não precisa compreender a personalidade ou os problemas do cliente, nem orientá-lo para resolver o problema. A aceitação, verdadeira e incondicional, e a compreensão empática do cliente é o quanto baste para esse fim. Por outras palavras, é fundamental, quando se está com o cliente, estar, no aqui e agora, e dedicar toda a nossa atenção à pessoa que está em sofrimento, só assim é possível obter resultados. Estas atitudes são fundamentais para construir uma aliança terapêutica onde o cliente se sinta seguro e ouvido de forma a que sinta cada vez mais facilidade em exprimir os seus sentimentos, e assim progredir em direção a um estado de maior congruência interna.

Foi muito gratificante perceber o quanto a cliente evoluiu durante o acompanhamento e perceber o quanto a ACP contribui para melhorar a qualidade de vida do ser humano.

PARTE III - CONCLUSÃO

9. DISCUSSÃO E REFLEXÃO FINAL

Chegada a este momento que representa o final de um longo caminho constituído de boas memórias, mas também de muita entrega, trabalho e resiliência para atingir o objetivo desejado, considero pertinente a reflexão sobre este período.

O envelhecimento foi a área da psicologia com a qual mais me identifiquei, talvez pelas lacunas que existem nesta área e para as quais se começam a tentar encontrar respostas, sendo esta uma população em franco crescimento. A elevada procura de ERPIs, pode ser indicador por um lado, do interesse ou preocupação com o bem-estar físico e mental, mas, por outro, esta procura pode indiciar a ausência de programas de prevenção, significando que pode estar relacionada ao adoecimento e perdas resultantes do processo de envelhecimento. Este é um ponto sobre o qual devemos refletir e a necessitar de medidas urgentes.

O local de estágio que me foi atribuído, apesar de não ter sido da minha escolha, é especialista em adultos mais velhos, tendo-me permitido concretizar aquilo que desejava, ou seja realizar o estágio com este grupo populacional. Foi, portanto, com muito entusiasmo e expectativa que concretizei este estágio.

O estágio curricular permitiu observar e experienciar o dia-a-dia do Psicólogo nesse contexto contribuindo assim para pôr em prática os conhecimentos adquiridos durante o percurso académico ao mesmo tempo que permitiu uma constante aprendizagem. Considero que foi um marco importante para o enriquecimento da minha experiência a nível profissional e pessoal.

A primeira fase do estágio teve início com a observação, sendo este um período fulcral para estabelecer contacto com a realidade da profissão *in loco*, dinâmicas da instituição, interligação com a restante equipa técnica e procedimentos internos da mesma. Destaco as intervenções de EC em grupo, pois, até à data, não tinha presenciado este tipo de intervenção. A nível do AP ao longo do percurso académico, a faculdade, proporcionou, através das aulas em contexto real no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, e das aulas com os Professores Doutores Rute Brites e Tito Laneiro, uma base sólida da prática clínica, isto é, qualquer estudante deste curso, quando vai estagiar já adquiriu alguns conhecimentos práticos, para além dos teóricos, de como estar em consulta. Porém, apesar de toda a formação, não significa que não surgissem dúvidas ou inseguranças durante o estágio, mas isso só contribuiu para que a revisão de literatura fosse intensificada, tendo também recorrido à preciosa ajuda das minhas orientadoras de seminário de estágio: Professoras Doutoradas Odete Nunes e Rute Brites, assim como ao neuropsicólogo da ERPI.

Posteriormente, seguiu-se uma fase mais interventiva em que me foi dada a possibilidade de participar em todas as sessões de EC e de ser responsável pela organização e dinamização de algumas sessões. Foi possível tomar consciência das dificuldades de dinamizar uma sessão em

função de grupos tão heterogêneos entre si, constituídos por pessoas com capacidades cognitivas distintas. Obrigou a refletir e a desenvolver um juízo crítico sobre este trabalho no sentido de encontrar soluções adequadas a todos os elementos do grupo.

Foram-me atribuídos quatro clientes, três do sexo feminino e um do masculino, dos quais dois para AP e dois para EC. Para tal, foi necessário fazer avaliações psicológicas e neuropsicológicas, com o devido apoio do neuropsicólogo da ERPI, e preparar material de apoio para as sessões de EC, o que foi feito fora do horário de estágio, em bibliotecas e pesquisas na internet. Houve ainda lugar para aplicar testes de rastreio para avaliação breve do estado mental na adesão de novos residentes ou em reavaliações. Assisti a ANP feitas pelo neuropsicólogo da instituição e participei nas respetivas cotizações.

Muito interessante foi também, poder participar num estudo a nível nacional, no qual a instituição participou, e em todo o seu processo. Foi possível fazer EC e aplicar os devidos testes, pré e após a mesma, cotar e analisar os resultados, o que foi bastante enriquecedor.

A nível da prática, propriamente dita, surgiram pontualmente dúvidas e inseguranças relativamente à aplicação de testes e, nesta situação, recorri ao neuropsicólogo da instituição que se mostrou sempre disponível para, esclarecer, mas também encorajar.

No que respeita ao seminário de estágio, este revelou-se fundamental por todos os ensinamentos e apoio que foram transmitidos ao longo das semanas, tendo sido de extrema importância para a concretização do estágio. Foi um enorme privilégio poder contar com todas as ajudas, tanto a nível dos casos clínicos, como a nível pessoal, por professoras/orientadoras com tão vasta experiência no terreno, quer curricular, quer clínico.

O contexto específico de uma população constituída exclusivamente por adultos mais velhos, proporcionou-me um vasto conhecimento sobre as vivências específicas da adesão a uma ERPI, das implicações que daí podem advir e da forma como a experiência de vida de cada ser humano e a sua personalidade podem contribuir para a passagem por esta fase da vida e a sua integração.

Todas as experiências são diferentes, a partilha de algumas angústias, como a dúvida, o medo, a expectativa do desconhecido e sobretudo o mito que a palavra “Lar” (atualmente designado por ERPI), em si acarreta, foram bastante distintas e ao mesmo tempo semelhantes. Não podemos esquecer que esta geração representa a transição do que estava instituído tradicionalmente: os filhos cuidavam dos pais até ao fim de vida, e frequentemente ouvíamos a expressão: “Quando morrer, há-de ser na minha caminha!”. Logo, esta geração psicologicamente não se encontrava preparada para esta situação e, por muito que digam que os filhos não podem cuidar deles pois têm a sua vida,

há um sentimento de mágoa que se faz sentir e que se acentua nas dificuldades/conflitos que vão surgindo no dia-a-dia desta nova realidade.

Gostava de poder dizer que, os residentes estão completamente satisfeitos e integrados, mas apesar das boas condições físicas do espaço, tal não se verifica, fazendo-se sentir isso mais nuns do que noutros. De certa forma, os residentes sentem-se despojados de tudo, da sua liberdade, do seu pudor e da sua independência financeira e pessoal. Havendo casos em que a instituição se apropriou das suas finanças e outros em que são os próprios filhos que o fazem.

Muito foi feito nesta área de apoio ao adulto mais velho, mas muito ainda há a fazer. Há a necessidade de rever a prestação de cuidados a quem está institucionalizado, de forma a que a pessoa seja tratada com respeito, tendo em conta a sua individualidade, e possa manter a sua dignidade. Nestas circunstâncias, o poder ser ouvido por alguém em quem se confie e sobretudo se esse alguém é um especialista de saúde mental, revela-se de enorme importância.

Gostaria de realçar a oportunidade de fazer parte da vida daquelas pessoas durante este período, sentir que partilharam comigo aspetos da sua vida que as marcaram e que conseguiram finalmente ultrapassar, integrando-os. Segundo Hipólito (2011), desde que existam as condições ideais, o ser humano atualiza as suas potencialidades, uma vez que dentro de si existe uma tendência atualizante, um movimento evolutivo no sentido da hiper-hipercomplexidade. Esta experiência veio confirmar a importância do trabalho do psicólogo junto desta população, permitindo trabalhar não só as suas angústias, mas também estimular a memória e retardar os efeitos do envelhecimento.

Referências Bibliográficas

- Adão, R., Keulenaer, G., Leite-Moreira, A., Brás-Silva, C. (2013). Cardiotoxicidade associada à terapêutica oncológica: mecanismos fisiopatológicos e estratégias de prevenção. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32(5), 395-409. DOI:10.1016/j.repc.2012.11.002 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255113000334> ~
- Aisenberg-Shafran, D., & Harmatz, M. (2023). Improving depressive symptoms and maintaining cognitive abilities of seniors within the nursing homes: A pilot study of brief mindfulness-based interventions for seniors in a semi-randomized trial. *Frontiers in Psychology*, 13, 994336. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.994336>
- Albuquerque, A. S. F., Mateus, M. P., Niza, P. F. H. M. R., & Braz, N. M. D. A. R. (2021). A demência ou depressão grave: fatores de risco do estado nutricional em idosos institucionalizados. *PSIQUE-Anais de Psicologia*, 17, 73-87. DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2.4>
- Alzheimer's Association (2023). 2023 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement* 2023;19(4), 1598–1695. <https://doi.org/10.1002/alz.13016>
- Alzheimer's Association (2024). 2024 Alzheimer's disease facts and figures. (2024). *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 20(5), 3708–3821. <https://doi.org/10.1002/alz.13809>
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/evidence-based-statement.pdf>
- American Psychological Association (2014). Guidelines for Psychological practice with older adults. 69(1), 34-65. <https://doi.org/10.1037/a0035063>
- American Psychological Association (2020). *APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation*. APA. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>.

- American Psychological Association (2020b). *Geriatric Depression Scale. Construct: Depressive Symptoms*. <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/geriatric-depression> Consultado a 14, de maio de 2024.
- American Psychological Association (2023a). Improving the quality of life for patients with dementia and their caregivers. *CE Corner*, 54(3), 37-45.
- American Psychiatry Association (2023b). *DSM – V – TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª ed.). Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2024a). *How does the APA define “psychology”?* <https://www.apa.org/support/about-apa> Consultado em 2 de fevereiro de 2024
- American Psychiatry Association (2024). *Clinical Psychology*. <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/clinical> Consultado a 8 de julho de 2024.
- Amini, Y., Saif, N., Greer, C., Hristov, H., & Isaacson, R. (2020). The role of nutrition in individualized Alzheimer’s risk reduction. *Current nutrition reports*, 9, 55-63. <https://doi.org/10.1007/s13668-020-00311-7>
- Andrade, A. F. N., Almeida, P. B., Quental, O. B. B., Sobreira, M. V. S., Assis, E. V., Andrade, M. N., Bezerra, I. M. P., Abreu, L. C., Batista, H. M. T., Silveira, G. B. M., Lacerda, S. N. B., & Adami, F. (2015). Incidence of Violence Among the Elderly in a Family Health Center. *International Archives of Medicine*, 8(147), 1-7. <https://doi.org/10.3823/1746>
- Apóstolo, J. L. A., de Jesus Loureiro, L. M., dos Reis, I. A. C., da Silva, I. A. L. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 65-73.
- Apóstolo, J. L. A., Paiva, D. D. S., Silva, R. C. G. D., Santos, E. J. F. D., & Schultz, T. J. (2018). Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & mental health*, 22(9), 1190-1195. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348473>

- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet. Public health*, 5(5), e256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)
- Babins, L., Slater, M. E., Whitehead, V., & Chertkow, H. (2008). Can an 18-point clock-drawing scoring system predict dementia in elderly individuals with mild cognitive impairment? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(2), 173-186. <https://doi.org/10.1080/13803390701336411>
- Baker, L. D., Snyder, H. M., Espeland, M. A., Whitmer, R. A., Kivipelto, M., Woolard, N., ... & US POINTER Study Group. (2024). Study design and methods: US study to protect brain health through lifestyle intervention to reduce risk (US POINTER). *Alzheimer's & Dementia*, 20(2), 769-782. <https://doi.org/10.1002/alz.13365>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, 23(5), 611-626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American psychologist*, 52(4), 366. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366>
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life-span theory in developmental psychology. In R.M. Lerner & W. Damon (Eds.) *Handbook of child psychology* Vol. 1 Theoretic Models of Human Development 5^a Ed. (pp. 1029-1143).
- Balusu, S., Praschberger R., Lauwers E., Strooper B. & Verstreken, B. (2023). Neurodegeneration cell per cell. *Neuron*, 11(6), 767-786. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2023.01.016>
- Baptista, M. N., Scaduto, A. A., & Pinheiro, N. N. B. (2021). Avaliação Psicológica em tempos atuais. *Interação em Psicologia*, 25(3). <https://doi.org/10.5380/riep.v25i3.84129>
- Bettonte, S., Berton, M., & Marzolini, C. (2022). Magnitude of Drug-Drug Interactions in Special Populations. *Pharmaceutics*, 14(4), 789. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14040789>

- Bloomingdale, P., Karelina, T., Ramakrishnan, V., Bakshi, S., Véronneau-Veilleux, F., Moye, M., Sekiguchi, K., Meno-Tetang, G., Mohan, A., Maithreye, R., Thomas, V. A., Gibbons, F., Cabal, A., Bouteiller, J-M., & Geerts, H. (2022). Hallmarks of neurodegenerative disease: A systems pharmacology perspective. *CPT: Pharmacometrics & Systems Pharmacology*, 11(11), 1399-1429. <https://doi.org/10.1002/psp4.12852>
- Boldrini, M., Canoll, P. D., & Klein, R. S. (2021). How COVID-19 Affects the Brain. *JAMA psychiatry*, 78(6), 682–683. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0500>
- Borgermans, L., Marchal, Y., Busetto, L., Kalseth, J., Kasteng, F., Suija, K., Oona, M., Tigova, O., Rösenmuller, M., & Devroey, D. (2017). How to Improve Integrated Care for People with Chronic Conditions: Key Findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and Beyond. *International journal of integrated care*, 17(4), 7. <https://doi.org/10.5334/ijic.3096>
- Borja-Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa-relação terapêutica e processo de mudança. *Psilogos*, 1(2), 18-23. <https://doi.org/10.25752/psi.6071>
- Braude, P., McCarthy, K., Strawbridge, R., Short, R., Verduri, A., Vilches-Moraga, A., Hewitt, J., & Carter, B. (2022). Frailty is associated with poor mental health 1 year after hospitalisation with COVID-19. *Journal of affective disorders*, 310, 377-383. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.035>
- Brissos-Lino, J. (2001). O paradigma rogeriano da pessoa como centro: na perspectiva da liberdade pessoal. *A Pessoa como Centro - Revista de Estudos Rogerianos*, 7, 53-63. Ed. APPCPC
- Brites, R. (2011). Hipólito, J. (2011). Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano - Um Revisão Crítica. *Psique*, 7(1), 131-134. Edual.

- Brites, R., Brandão, T., Moniz Pereira, F., Hipólito, J., & Nunes, O. (2020). Effects of supporting patients with dementia: A study with dyads. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(3), 614-620. <https://doi.org/10.1111/ppc.12476>
- Brites, R., Brandão, T., Moniz Pereira, F., Hipólito, J., & Nunes, O. (2020). Effects of supporting patients with dementia: A study with dyads. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(3), 614-620. <https://doi.org/10.1111/ppc.12476>
- Brodley, B. T. (1998). O conceito de Tendência Atualizante, na Teoria Centrada no Cliente. A *Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos* (2), 37-49.
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International journal of geriatric psychiatry*, 14(11), 936-940.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Buchanan, J. A., Ebel, D., Garcia, S., VandeNest, F. J., & Omlie, C. C. (2016). Age differences in perceptions of gerotranscendence: An examination of cosmic dimension behaviors. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 28(3), 239-254. <https://doi.org/10.1080/15528030.2016.1150934>
- Butler, R. N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American geriatrics Society*, 22(12), 529-535. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1974.tb04823.x>
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. D., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cabreira, V., & Massano, J. (2019). Doença de Parkinson: Revisão Clínica e Atualização. *Acta Médica Portuguesa*, 32(10), 661-670. <https://doi.org/10.20344/amp.11978>

- Callegari, C., Bertù, L., Caselli, I., Isella, C., Ielmini, M., Bonalumi, C., Ferrario, M. & Vender, S. (2016). Resilience in older adults: influence of the admission in nursing home and psychopathology. *Neuropsychiatry*, 6(4), 117-123.
- Campiche, C., Hippolyte, J. C., & Hipólito, J. (2012). *A comunidade como centro* (2ª ed.). Edual.
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Editora Pactor.
- Castañon, G. A. (2007). Psicologia Humanista: a história de um dilema epistemológico. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 12, 105-124.
- Castellazzi, G., Cuzzoni, M. G., Cotta Ramusino, M., Martinelli, D., Denaro, F., Ricciardi, A., Vitali, P., Anzalone, N., Bernini, S., Palesi, F., Sinforiani, E., Costa, A., Micieli, G., D'Angelo, E., Magenes, G., & Gandini Wheeler-Kingshott, C. A. (2020). A machine learning approach for the differential diagnosis of Alzheimer and vascular dementia fed by MRI selected features. *Frontiers in neuroinformatics*, 25.
<https://doi.org/10.3389/fninf.2020.00025>
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: Regression-based norms for the Portuguese population. *Archives of clinical neuropsychology*, 28(2), 189-198.
<https://doi.org/10.1093/arclin/acs115>
- Chen, C. C., Lan, Y. L., & Yan, Y. H. (2023). Empirical study on the factors influencing the successful aging of the middle-aged and older adult community volunteers. *Frontiers in public health*, 11, 1140965. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1140965>
- Cheng, S.T. (2016). Cognitive Reserve and the Prevention of Dementia: The Role of Physical and Cognitive Activities. *Current Psychiatry Reports*. 18 (9), 1-12
<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0721-2>

- Cheng, S. T. (2017). Dementia caregiver burden: a research update and critical analysis. *Current psychiatry reports*, 19, 1-8. DOI 10.1007/s11920-017-0818-2
- Chnaider, J., & Nakano, T. D. C. (2021). Avaliação psicológica e envelhecimento humano: revisão de pesquisas. *Interação em Psicologia*, 25(3), 371-83.
<http://dx.doi.org/10.5380/riep.v25i3.72089>
- Chrisler, J. C., Barney, A., & Palatino, B. (2016). Ageism can be Hazardous to Women's Health: Ageism, Sexism, and Stereotypes of Older Women in the Healthcare System. *Journal of Social Issues*, 72(1), 86–104. <https://doi.org/10.1111/josi.12157>
- Chung, D. (2018). The eight stages of psychosocial protective development: Developmental psychology. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 8(06), 369.
DOI: [10.4236/jbbs.2018.86024](https://doi.org/10.4236/jbbs.2018.86024)
- Cochar-Soares, N., Delinocente, M. L. B., & Dati, L. M. M. (2021). Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. *Revista Neurociências*. 29, 1-28.
<https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12447>
- Cooper, A. & Gupta, S. (CNN Chief medical correspondent) (2024, maio 19). The last Alzheimer's patient. (Temporada 1, Episódio 2) [TV series episode]. In C. Susan (Executive producer). The Whole Story with Anderson Cooper. CNN originals.
- Danis, K., Fonteneau, L., Georges, S., Daniau, C., Bernard-Stoecklin, S., Domegan, L., O'Donnell, J., Hauge, S., H., Dequeker, S., Vandael, E., Van der Heyden, J., Renard, F., Sierra, N. B., Ricchizzi, E., Schweickert, B., Schmidt, N., Abu Sin, M., Eckmanns, T., Paiva, J.-A., & Schneider, E. (2020). High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020. *Eurosurveillance*, 25(22), 2000956. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2000956>
- Derogatis, L. R. (2001). *Brief symptom inventory 18*. Johns Hopkins University.

Direção Geral de Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>

Diário da República (2008). Lei 57/2008. Cria a Ordem dos Psicólogos Portugueses e aprova o seu Estatuto. [Diário da República n.º 171/2008, Série I de 2008-09-04](#), p.p. 6211 – 6220

Diário da República (2012). *Diário da República n.º 58/2012*, Série I de 2012-03-21, páginas 1324 – 1329. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Portaria nº 67/2012 de 21 de março.

Diário da República (2016). *Presidência do Conselho de Ministros, Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde*. DR, 199, Série II, de 17 de outubro de 2016. 30783-30784. <https://files.dre.pt/2s/2016/10/199000000/3078330784.pdf>

Diário da República (2023a). *Diário da República n.º 158/2023*, Série I de 2023-08-16, páginas 72 – 126. Resolução do Conselho de Ministros nº 93/2023 de 16 de agosto. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/93-2023-219991577>

Diário da República (2023b). *Diário da República n.º 5/2023*, série 2 parte E de 2023-01-06, p.p. 156/158. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Regulamento nº15/2023, de 6 de janeiro. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/15-2023-205810160>

Dobson, R., Patterson, K., Malik, R., Mandal, U., Asif, H., Humphreys, R., Payne, M., O-Charoenrat, E., Huzzey, L., Clare, A., Verde, K., Morton, M., Sohrabi, C., Singh, N., Pasuphaty, A., Patel, M., Whiteman, S., Maxmin, K., Bass, N., ... Mummery, C. J. (2024). Eligibility for anti-amyloid treatment: preparing for disease-modifying therapies for Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 95(9). doi:10.1136/jnnp-2024-333468

Doğan, F. U., Samancı, B., Bilgiç, B., Hanağası, H. A., & Gürvit, H. (2023). Corticobasal Syndrome as Alzheimer's Disease Subtype: A Case Report. *Turkish Journal of Neurology*, 29(3), 220-223. DOI: 10.4274/tnd.2022.09481

- Dorsey, E., & Bloem, BR (2024). A doença de Parkinson é predominantemente uma doença ambiental. *Journal of Parkinson's Disease*, 14, 451–465. DOI: [10.3233/JPD-230357](https://doi.org/10.3233/JPD-230357)
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1994). *Vital involvement in old age*. WW Norton & Company. https://books.google.pt/books?id=LWg-AAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Erickson, K. I., Leckie, R. L., & Weinstein, A. M. (2014). Physical activity, fitness, and gray matter volume. *Neurobiology of aging*, 35(2). 20-28.
<https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2014.03.034>
- Erkkinen, M. G., Kim, M. O., & Geschwind, M. D. (2018). Clinical neurology and epidemiology of the major neurodegenerative diseases. *Cold Spring Harbor perspectives in biology*, 10(4), a033118. doi: 10.1101/cshperspect.a033118
- Estebarsari, F., Dastoorpoor, M., Khalifehkandi, Z. R., Nouri, A., Mostafaei, D., Hosseini, M., Roghayeh, E., & Aghababaeian, H. (2020). The Concept of Successful Aging: A Review Article. *Current Aging Science*, 13(1), 4–10.
<https://doi.org/10.2174/1874609812666191023130117>
- Eurofound-ETF (2022), Living, working and COVID-19 in the European Union and 10 EU neighbouring countries. Publications Office of the European Union
- European Commission (2023). Commission Staff Working Document, *The impact of demographic change – in a changing environment*.
- European Union (2018). Active Ageing. <https://www.eurofound.europa.eu/en/european-industrial-relations-dictionary/active-ageing>
- EuroPsy – Certificado Europeu de Psicologia. Regulamento da EFPA sobre o EuroPsy e Apêndices (2015). European Federation of Psychologists' Association. www.europsy-efpa.eu

- Eurostat (2023). Statistics Explained. Excess mortality in the EU between January 2020 and June 2023. Retrieved August, 18, 2023 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics
- Fallon, C. K., & Karlawish, J. (2019). Is the WHO Definition of Health Aging Well? Frameworks for "Health" After Three Score and Ten. *American journal of public health*, 109(8), 1104–1106. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305177>
- Fang, B., & Yan, E. (2018). Abuse of Older Persons with Dementia: A Review of the Literature. *Trauma, violence & abuse*, 19(2), 127–147. <https://doi.org/10.1177/1524838016650185>
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Iñiguez, J. Y., & García, L. F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad»®. *Revista española de geriatría y gerontología*, 40(2), 92-103. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)74834-4](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)74834-4)
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Hogrefe Publishing GmbH.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology*, 7(1).
- Finkenzeller, T., Pötzelsberger, B., Kösters, A., Würth, S., Amesberger, G., Dela, F., & Müller, E. (2019). Aging in high functioning elderly persons: study design and analyses of behavioral and psychological factors. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 29, 7-16. <https://doi.org/10.1111/sms.13368>
- Fiorillo, A. & Gorwood, P., (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), e32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- 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. *J Psychiatr Res.*, 12(3)189–198.

- Fonseca, A. M. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20, 277-289.
 • <https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000200014>
- Foss, M. P., de Siqueira Bastos-Formigheri, M., & Speciali, J. G. (2010). Figuras complexas de Rey para idosos. *Avaliação psicológica*, 9(1), 53-61.
- Foster, L., & Walker, A. (2021). Active Ageing across the Life Course: Towards a Comprehensive Approach to Prevention. *BioMed research international*, 2021, 6650414.
<https://doi.org/10.1155/2021/6650414>
- Freire, P. (1996). *Pedagoia da Autonomia. Saberes Necessários à Prática Educativa*. Ed. Paz e Terra
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010a). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 9(3), 345-357.
- Freitas, S. & Simões, M. R. (2010b). Teste do desenho do relógio: utilidade e validade como instrumento de rastreio cognitivo. *Psicologia Educação e Cultura*, vol. XIV (2), 319-338.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the Portuguese population. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 33(9), 989-996.
<https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2013). Montreal cognitive assessment: validation study for mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 27(1), 37-43.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2015). The relevance of sociodemographic and health variables on MMSE normative data. *Applied Neuropsychology: Adult*, 22(4), 311-319. <https://doi.org/10.1080/23279095.2014.926455>

- Galvão, A. & Gomes, M. J. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. In J. Pinheiro (coord). *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos Interdisciplinares*. (vol. I, 159-168). Centro de Desenvolvimento Académico, Universidade da Madeira. doi: [10.34640/universidademadeira2021galvaogomes](https://doi.org/10.34640/universidademadeira2021galvaogomes)
- Gaspar, P., Dias, M., Parreira, I., Gonçalves, H. D., Parlato, F., Maione, V., Atalaia Barbacena, H., Carreiro, C., & Duarte, L. (2023). Predictors of Long-COVID-19 and its Impact on Quality of Life: Longitudinal Analysis at 3, 6 and 9 Months after Discharge from a Portuguese Centre. *Acta Médica Portuguesa*, 36(10), 647–660. <https://doi.org/10.20344/amp.19047>
- Gates, N., & Valenzuela, M. (2010). Cognitive exercise and its role in cognitive function in older adults. *Current psychiatry reports*, 12(1), 20–27. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0085-y>
- Gauthier S, Rosa-Neto P, Morais JA, & Webster C. (2021). World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia. *Alzheimer's Disease International*.
- Gibbor, L., Forde, L., Yates, L., Orfanos, S., Komodromos, C., Page, H., Harvey, K., & Spector, A. (2021). A feasibility randomised control trial of individual cognitive stimulation therapy for dementia: impact on cognition, quality of life and positive psychology. *Aging & Mental Health*, 25(6), 999-1007. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1747048>
- Gibson, C., & Allen, H. (2023). Ageing: a biological and psychological perspective. *Introduction to Biological Psychology*. <https://doi.org/10.20919/ZDGF9829/18>
- Gómez-Soria, I., Brandín-de la Cruz, N., Cuenca Zaldivar, J. N., Calvo, S., Herrero, P., & Calatayud, E. (2022). Effectiveness of personalized cognitive stimulation in older adults with mild possible cognitive impairment: A 12-month follow-up cognitive stimulation in mild cognitive impairment. *Clinical Gerontologist*, 45(4), 878-890. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1937764>
- Gomes, W., Holanda, A., & Gauer, G. (2004). História das abordagens humanistas em psicologia no Brasil. *História da psicologia no Brasil do Século XX*, 105-129.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, (9), 9-10.
- Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(1), 46-53.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i1.10711>
- Guo, J., Huang, X., Dou, L., Yan, M., Shen, T., Tang, W. & Li, J. (2022). Aging and aging-related diseases: from molecular mechanisms to interventions and treatments. *Signal transduction and targeted therapy*, 7(1), 391. <https://doi.org/10.1038/s41392-022-01251-0>
- Hägg, S. & Jylhävä, J. (2021). Sex differences in biological aging with a focus on human studies Elife 10:e63425 <https://doi.org/10.7554/eLife.63425>
- Hall, S., Rennick, K., & Williams, R. (2019). The Perennials, the future of ageing. Ipsos Group and Centre for Ageing Better.
<https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2019-02/ipsosperennials.pdf>
- Hipólito, J. (1999). Biografia de Carl Rogers. *Revista de estudos rogerianos a pessoa como centro*, 3, 13-24.
- Hipólito, J. (2005). Carl Rogers e a corrente fenomenológico-existencial. *PSIQUE-Anais de Psicologia*, 1, 43-58.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. O. Nunes (Org) EDIUAL-Universidade Autónoma Editora

Hipólito, J., Nunes, O. (2020). Patologia somática grave: Um olhar da abordagem centrada na pessoa. *A pessoa como centro: Revista de estudos Rogerianos*, 6, 95-101.

<https://appcpc.com/wp-content/uploads/2022/11/6-Patologia-Somatica-Grave1.pdf>

Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., & Jarmela, A. (2022). Diagnósticos e abordagem centrada na pessoa. *PSIQUE-Anais de Psicologia*, 18, 43-49.

Hou, Y., Dan, X., Babbar, M., Wei, Y., Hasselbalch, S. G., Croteau, D. L., & Bohr, V. A. (2019). Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. *Nature Reviews Neurology*, 15(10), 565-581.

Hovagemyan, F., Dugerdil, A., Braggion, A., Mallet, L., & Flahault, A. (2023). Psychiatric consequences and issues of long COVID on patients with prior psychiatric comorbidities: a scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1181767.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1181767>

Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito Nacional de Saúde: 2014*. Consultado a 11 outubro de 2023. <https://www.ine.pt/xurl/pub/263714091>

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Inquérito Nacional de Saúde: 2019*. Consultado a 11 outubro de 2023.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2021). *Dia Mundial da Saúde 1999 -2020*. Destaque INE, 6 de abril de 2021. Consultado a 9 de setembro de 2023.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=471121097&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2022). *Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População: Resultados Definitivos*. Consultado a 11 de outubro de 2023.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2023a). Anuário Estatístico de Portugal 2022. Consultado a 11 de outubro de 2023.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=66301433&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2023b). *Estatísticas Demográficas: 2021*. Lisboa: INE, 2023. Consultado a 4 de novembro de 2023. Disponível em

<https://www.ine.pt/xurl/pub/13932532>

Instituto Nacional de Estatística (2023c). Estatísticas da Saúde -2021. Consultado a 4 de novembro de 2023.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=11677508&PUBLICACOESmodo=2

Isaacson, R. S., Hristov, H., Saif, N., Hackett, K., Hendrix, S., Melendez, J., Safdieh, J., Fink, M., Thambissey, M., Sadek, G., Bellara, S., Lee, P., Berkowitz, C., Rahman, A., Meléndez-Cabrero, J., César, E., Cohen, R., Lu, P-L., Dickson, S. P., ... Krikorian, R. (2019). Individualized clinical management of patients at risk for Alzheimer's dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 15(12), 1588-1602.

<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.08.198>

Islam, N., Hashem, R., Gad, M., Brown, A., Levis, B., Renoux, C., Thombs, B. D., & McInnes, M. D. (2023). Accuracy of the Montreal Cognitive Assessment tool for detecting mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia*, 19(7), 3235-3243. <https://doi.org/10.1002/alz.13040>

Jack, C. R., Jr, Bennett, D. A., Blennow, K., Carrillo, M. C., Dunn, B., Haeberlein, S. B., Holtzman, D. M., Jagust, W., Jessen, F., Karlawish, J., Liu, E., Molinuevo, J. L., Montine, T., Phelps, C., Rankin, K. P., Rowe, C. C., Scheltens, P., Siemers, E., Snyder, H. M., ... Silverberg, N. (2018). NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 14(4), 535–562. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.018>

- Jacobs, J. M., Baider, L., Goldzweig, G., Sapir, E., & Rottenberg, Y. (2023). Late life depression and concepts of aging: an emerging paradigm. *Frontiers in medicine*, 10, 1218562. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1218562>
- Justo-Henriques, S. I., Pérez-Sáez, E., Carvalho, J. O., Cavallo, M., & Sargaço, P. (2022). Home-Based Individualized Cognitive Stimulation (iCS) Therapy in Portuguese Psychiatric Patients: A Randomized Controlled Trial. *Brain Sciences*, 12(12), 1655. <https://doi.org/10.3390/brainsci12121655>
- Justo-Henriques, S. I., Pérez-Sáez, E., Carvalho, J. O., Bobrowicz-Campos, E., Apóstolo, J. L. A., Otero, P., & Vázquez, F. L. (2023a). Reliability and validity of the geriatric depression scale in a sample of portuguese older adults with mild-to-moderate cognitive impairment. *Brain Sciences*, 13(8), 1160. <https://doi.org/10.3390/brainsci13081160>
- Justo-Henriques, S. I., Pérez-Sáez, E., Marques-Castro, A. E., & Carvalho, J. O. (2023b). Effectiveness of a year-long individual cognitive stimulation program in Portuguese older adults with cognitive impairment. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 30(3), 321-335. <https://doi.org/10.1080/13825585.2021.2023458>
- Julayanont, P., Tangwongchai, S., Hemrungrojn, S., Tunvirachaisakul, C., Phanthumchinda, K., Hongsawat, J., ... & Nasreddine, Z. S. (2015). The montreal cognitive assessment—basic: A screening tool for mild cognitive impairment in illiterate and low-educated elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(12), 2550-2554. <https://doi.org/10.1111/jgs.13820> ~
- Kivipelto, M., Mangialasche, F., Snyder, H. M., Allegri, R., Andrieu, S., Arai, H., Padeiro, L., Belleville, S., Brodaty, H., Brucki, S. M., Calandri, I., Caramelli, P., Chen, C., Chertkow, H., Mastigari, E., Choi, S. H., Chowdhary, N., Crivelli, N., De La Torre, R., ... Carrillo, M. C. (2020). World-Wide FINGERS Network: a global approach to risk reduction and prevention of dementia. *Alzheimer's & dementia*, 16(7), 1078-1094. <https://doi.org/10.1002/alz.12123>

- Konflanz, F., Costa, K. D., & Mendes, T. (2017). A neuropsicologia do envelhecer: as “faltas” e “falhas” do cérebro e do processo cognitivo que podem surgir na velhice. *Psicologia.pt*, 13(8), 1-6. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1103.pdf>
- Koutroumpakis, E., Agrawal, N., Palaskas, N. L., Abe, J., Iliescu, C., Syed Wamique Yusuf, S. W., Anita Deswal, A. (2022). Myocardial Dysfunction in Patients with Cancer. *Heart Failure Clinics*, 18(3), p.p. 361-374. <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2022.02.011>
- Kulcsarova, K., Bang, C., Berg, D., & Schaeffer, E. (2023). Pesticides and the microbiome-gut-brain axis: convergent pathways in the pathogenesis of Parkinson’s disease. *Journal of Parkinson's Disease*, 13(7), 1079-1106. DOI: 10.3233/JPD-230206
- Lamont, R. A., Swift, H. J., & Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and aging*, 30(1), 180–193. <https://doi.org/10.1037/a0038586>
- Leal da Costa, F. (2020). *Como adoecem os Portugueses - saúde, estilos de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias* (1st ed.) Fim de século.
- Lima, P. M. R. D., & Coelho, V. L. D. (2011). A arte de envelhecer: um estudo exploratório sobre a história de vida e o envelhecimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 4-19. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000100002>
- Long, S., Benoist, C., & Weidner, W. (2023). World Alzheimer Report 2023: Reducing dementia risk: never too early, never too late. *Alzheimer’s Disease International*. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2023.pdf>
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907–914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>

- Machado, M. B., Ignácio, Z. M., Jornada, L. K., Réus, G. Z., Abelaira, H. M., Arent, C. O., Schwalm, M. T., Ceretta, R. A., Ceretta, L. B., & Quevedo, J. (2016). Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65, 28-35. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000100>
- Malloy-Dinis, L. F., Mattos, P., Abreu, N. & Fuentes, D. (2016 a) O exame neuropsicológico: o que é e para que serve? In L.F. Malloy-Dinis, P. Mattos, N. Abreu & D. Fuentes (Orgs.), *Neuropsicologia: Aplicações clínicas*, 27-41. Artmed.
- Malloy-Dinis, L. F., Neves, F. S., P., Barcellos, M. A. V., Paula, J. J. (2016 b) O exame do estado mental. In L.F. Malloy-Dinis, P. Mattos, N. Abreu & D. Fuentes (Orgs.), *Neuropsicologia: Aplicações clínicas*, 75-87. Artmed.
- Malone, J. C., Liu, S. R., Vaillant, G. E., Rentz, D. M., & Waldinger, R. J. (2017). Midlife Eriksonian psychosocial development: Setting the stage for late-life cognitive and emotional health. *Developmental Psychology*, 52(3), 496 - 598. doi: [10.1037/a0039875](https://doi.org/10.1037/a0039875)
- Martínez, J. L. (2006). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa. [Tese de doutoramento, Universidad Complutense de Madrid]. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/56002>
- Mawar, S., Koul, P., Das, S., & Gupta, S. (2018). Association of physical problems and depression with elder abuse in an urban community of North India. *Indian Journal of Community Medicine*, 43(3), 165-169. DOI: 10.4103/ijcm.IJCM_249_17
- Moraes, E. M., Moraes, F.L. & Lima, S. P. P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Medica de Minas Gerais*, 20(1), 67-73.
- Morganti, F. (2024). Longevity as a Responsibility: Constructing Healthy Aging by Enacting within Contexts over the Entire Lifespan. *Geriatrics*, 9(4). DOI: [10.3390/geriatrics9040093](https://doi.org/10.3390/geriatrics9040093)

- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M. Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkievicz, J., & Nakrem, S. (2020). Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Services Research*, 20, 1-14.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-5047-4>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18). *Análise Psicológica*, 35(2), 213-230. doi: 10.14417/ap.1287
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em psicologia*, 14(1), 17-34.
<https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751426004.pdf>
- Neto, D. D. (2022). Tristeza. In T. M. Batista & D. D. Neto (Coord.), *Dicionário de psicologia* (1st ed., p. 463). Edições Sílabo.
- Neto, A. A. X., & Ponte, C. R. S. D. (2018). A compreensão da angústia na psicoterapia de Carl R. Rogers: Breve estudo. *Revista do NUFEN*, 10(1), 22-37. DOI: 10.26823/RevistadoNUFEN.vol10(1).n04artigo23
- Nichols, E., & Vos, T. (2021). The estimation of the global prevalence of dementia from 1990-2019 and forecasted prevalence through 2050: an analysis for the Global Burden of Disease (GBD) study 2019. *Alzheimer's & Dementia*, 17, e051496. <https://doi.org/10.1002/alz.051496>

- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, L., Mangialasche, F., Pajananen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J.,... & Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255-2263.
- Nunes, O. (1999). Uma Abordagem Sobre a Relação de Ajuda. *A Pessoa como Centro- Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 59-64.
- Nunes, O., Brites, R., & Hipólito, J. (2018). Psicoterapia Centrada no Cliente. In I. Leal (Coord.), *Psicoterapias*. (1st ed., pp. 115-131). Pactor
- O’Caoimh, R., O’Donovan, M. R., Monahan, M. P., O’Connor, C. D., Buckley, C., Kilty, C., Fitzgerald, S., Hartigan, I., & Cornally, N. (2020). Psychosocial impact of COVID-19 nursing home restrictions on visitors of residents with cognitive impairment: a cross-sectional study as part of the engaging remotely in care (ERiC) project. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 585373. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.585373>
- OCDE/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- OCDE/ European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OCDE Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- OCDE (2023), Elderly population (indicator). Consultado a 18 novembro de 2023. doi: 10.1787/8d805ea1-en
- Oliveira, L., & Gonçalves, J. R. (2020). Depressão em idosos institucionalizados: uma revisão de literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 3(6), 110-122.
DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.3890626>

Organização das Nações Unidas (2023). Dia Internacional do Idoso, 1 de outubro.

<https://www.un.org/en/observances/older-persons-day>

Organização das Nações Unidas (2023b). Fulfilling the promises of the Universal Declaration of Human Rights across generations.

<https://www.un.org/en/desa/fulfilling-promises-universal-declaration-human-rights-across-generations>

Orgeta, V., McDonald, K. R., Poliakoff, E., Hindle, J. V., Clare, L., & Leroi, I. (2020). Cognitive training interventions for dementia and mild cognitive impairment in Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD011961, (1-63).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011961.pub2>

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2019). Aferição e Difusão de Instrumentos de Avaliação Psicológica. In Pareceres da Comissão da Ética da OPP (1ª Ed.).

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/pareceres_comissao_de_etica.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Linhas de orientação para a prática profissional intervenção psicológica com adultos mais velhos*. R. Benavente (Coord.).

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/lopp_intervencao_psicologica_com_adultos_mais_velhos.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses – Versão consolidada. Diário da República 2ª série (nº 134) p.p.105-116.

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_nao_637_2021.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses (S/data). *Promoção do envelhecimento saudável bem-sucedido. Comunidades Pró Envelhecimento*.

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_comunidadeproenvelhecimento_selo_documento.pdf

- Ornish, D., Madison, C., Kivipelto, M., Kemp, C., McCulloch, C. E., Galasko, D., Artz, J., Rentz, D., Lin, J., Normando, K., Ornish, A., Tranter, S., DeLamarter, N., Wingers, N., Richling, C., Kaddurah-Daouk, R., Cavaleiro, R., McDonald, D., Patel, L., ... Arnold, S. E. (2024). Effects of intensive lifestyle changes on the progression of mild cognitive impairment or early dementia due to Alzheimer's disease: a randomized, controlled clinical trial. *Alzheimer's Research & Therapy*, 16(1), 122.
<https://doi.org/10.1186/s13195-024-01482-z>
- Osterrieth, P. A. (1944). Le test de copie d'une figure complexe; contribution à l'étude de la perception et de la memoire. *Archives de Psychologie*, 30, 206-356.
- Palsetia, D., Rao, G. P., Tiwari, S. C., Lodha, P., & De Sousa, A. (2018). The clock drawing test versus mini-mental status examination as a screening tool for dementia: a clinical comparison. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(1), 1-10.
https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_244_17
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12nd ed.), AMGH Editora Ltda,
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012(1), 382972.
<https://doi.org/10.1155/2012/382972>
- Paula, J. J., & Costa, D.S., (2016). Entrevista clínica em neuropsicologia. In L.F. Malloy-Dinis, P. Mattos, N. Abreu & D. Fuentes (Orgs.). *Neuropsicologia: Aplicações clínicas* (pp.58-73). Artmed.
- Pedraza, O., Dotson, V. M., Willis, F. B., Graff-Radford, N. R., & Lucas, J. A. (2009). Internal consistency and test-retest stability of the geriatric depression scale-short form in African American older adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 412-416. DOI 10.1007/s10862-008-9123-z
- Pereira, T. (2019). A função cognitiva no Envelhecimento. In T. Pereira (coord.). *Abordagem geriátrica ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável: componentes do*

- modelo de intervenção. *AGA@ 4life*. 17, 179-194. Edições IPC.
<http://hdl.handle.net/10400.26/32920>
- Petersen, R. C. (2004). Características Clínicas. In R. C. Petersen & J. C. Morris (Eds.). *Défice cognitivo ligeiro – o envelhecimento e a doença de Alzheimer*, 15-39. Climepsi.
- Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S., Ganguli, M., Gloss, D., Gronseth, D. S., Marson, D., Pringsheim, T., Day, G. S., Sager, M., Stevens, J., & Rae-Grant, A. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 90(3), 126-135.
doi:10.1212/WNL.0000000000004826
- Pietrzak, B., Kujawa, J., & Lipert, A. (2023). Depressive Disorders, Cognitive and Physical Function of Older People in Early Dementia Detection. *Life (Basel, Switzerland)*, 13(10), 2023. <https://doi.org/10.3390/life13102010>
- Phelan, E. A. & Larson, E. B. (2002). “Successful aging” – where next? *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(7), 1306-1308. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2002.50324.x
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 56(2), 194–S205.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>
- Pocinho, M. T., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223-236.
<https://doi.org/10.1080/07317110802678680>
- Pordata (2020). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retrato de Portugal. Edição 2020.
<https://www.pordata.pt/retratos/2020/retrato+de+portugal-85>
- Pordata (2021). *Censos 2021. Portugal nos Censos 2021: Evolução 1960-2021*.
<https://www.pordata.pt/censos/quadro-resumo-portugal a 16/09/2023>.

- Pordata (2023a). *Cinco Décadas de Democracia – O que mudou?* Pirâmide etária de Portugal de 1974 a 2022. Infografias. <https://www.pordata.pt/cinco-decadas-democracia-em-portugal/populacao>
- Pordata (2023b). *Como envelhecem os portugueses?* Infografias. Consultado a 4 de novembro de 2023. <https://www.pordata.pt/publicacoes/infografias/como+envelhecem+os+portugueses+-195>
- Pordata (2023c). Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por sexo. Consultado a 4 de novembro de 2023. <https://www.pordata.pt/Municipios/Nados+vivos+de+m%C3%A3es+residentes+em+Portugal+total+e+por+sexo-103>
- Pörtner, M. (2007). *Accompagnement des personnes âgées avec l'Approche centrée sur la personne*. Chronique Sociale.
- Primi, R. (2018). Avaliação psicológica no século XXI: De onde viemos e para onde vamos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38, 87-97. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000209814>
- Rebok, G. W., Ball, K., Guey, L. T., Jones, R. N., Kim, H.-Y., King, J. W., Marsiske, M., Morris, J. N., Tennstedt, S. L., Unverzagt, F. W., & Willis, S. L. (2014). Ten-year effects of the ACTIVE cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(1), 16-24. doi: [10.1111/jgs.12607](https://doi.org/10.1111/jgs.12607)
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1985). The Halstead-Reitan neuropsychological test battery: Theory and clinical interpretation. *Neuropsychology Press*.
- Rocha, A. M., & Coelho, M. H. (1988). Manual do teste de cópia de figuras complexas André Rey. Cegoc-TEA, Lda

- Rodrigues, I. V. O., Boágua, J. S. S., & Gomes, E. P. (2021). Aspectos depressivos em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 8294-8306. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-355>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of Science, Formulations of the Person and the Social Context*, 1(3), 184-256. McGraw Hill. https://www.beeleaf.com/wp-content/uploads/2017/09/rogers_chapter_in_koch-1.pdf
- Rogers, C.R. (1987). *Um Jeito de Ser*. Editora Pedagógica e Universitária.
- Rogers, C. R. (2003). *Terapia centrada no cliente*. Edual-Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Rogers, C. R. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Padrões Culturais Editora
- Rogers, C. R. (2010). As Condições Necessárias e Suficientes para a Mudança Terapêutica na Personalidade. In J. K. Wood et al. org. *Abordagem Centrada na Pessoa*. (5th ed., pp.143-162). EDUFES
- Rogers, C. R. & Kinget, G.M. (1977) *Psicoterapia & Relações humanas* (vol.1). Interlivros
- Rosenberg, A., Mangialasche, F., Ngandu, T., Solomon, A., & Kivipelto, M. (2020). Multidomain interventions to prevent cognitive impairment, Alzheimer's disease, and dementia: From

- FINGER to World-Wide FINGERS. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 7(1) 29-36. <http://dx.doi.org/10.14283/jpad.2019.41>
- Rossor, M., Collinge, J., Fox, N., Mead, S., Mummery, C., Rohrer, J., Schott, J., & Warren, J. (2016). Dementia and cognitive impairment. In Clarke, C., Howard, R., Rossor, M., Shorvon, S. (eds.). *Neurology: A Queen Square Textbook*, (2^a Ed.), 289-336. <https://doi.org/10.1002/9781118486160.ch8>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440 <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015) Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century, *The Journals of Gerontology: Series B*, 70(4), 593-596 <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Ruscin, J. M. & Linnebur, S. A. (2021). Farmacocinética no Envelhecimento. In Merck & Co., Inc. (2021). Manual MSD. Versão para Profissionais de Saúde, 25-26. <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/geriatria/terapia-medicamentosa-em-idosos/farmacocin%C3%A9tica-no-envelhecimento>
- Salinas, J., Beiser, A. S., Samra, J. K., O'Donnell, A., DeCarli, C. S., Gonzales, M. M., Aparicio, H. J., & Seshadri, S. (2022). Association of Loneliness With 10-Year Dementia Risk and Early Markers of Vulnerability for Neurocognitive Decline. *Neurology*, 98(13), 1337–1348. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000200039>
- Sampaio, J., Henriques, A., Ramos, E., Dias, I., Lopes, A., & Fraga, S. (2022). Influence of Social Adversity on Perceived Health Status and Depressive Symptoms among Portuguese Older People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6355. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116355>

- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-mental state examination: Avaliação dos novos dados normativos no rastreio e diagnóstico do défice cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240-248.
<https://doi.org/10.20344/amp.6889>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical Gerontology*, 165-173. Routledge.
- Silva, D. R. (2010). Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología. Rocío Fernández-Ballesteros (2009). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 30(2), 163-165. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645442011.pdf>
- Simões, M. R., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). Montreal cognitive assessment (MoCA): versão final portuguesa. *Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*.
- Simões, M. R., Prieto, G., Pinho, M.S., & Firmino, H. (2015). Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30). In Mário R. Simões, Isabel Santana e Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escalas e Testes na Demência* (3ª Ed., 128-133). Novartis.
- Sousa, R. D., Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Branco, J. D. C., Gouveia, M. J., Canhão, H., & Dias, S. S. (2017). Anxiety and Depression in the Portuguese Older Adults: Prevalence and Associated Factors. *Frontiers in Medicine*, 4, 196.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00196>
- Soligo, A. F., Oliveira, I. T., Muniz, M., & Zanini, D. S. (2020). Formação em psicologia: Estágios e avaliação psicológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-18.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003243432>
- Spenciére, B., Alves, H., & Charchat-Fichman, H. (2017). Scoring systems for the Clock Drawing Test: A historical review. *Dementia & Neuropsychologia*, 11, 6-14.
<https://doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-010003>

- Staudinger, U. M., Marsiske, M. & Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.) *Developmental and Psychopathology*, 2, 801-847. Wiley.
<https://midus.wisc.edu/findings/pdfs/95.pdf>
- Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3rd ed.) Oxford University Press.
- Sturm, E. T., Castro, C., Mendez-Colmenares, A., Duffy, J., Burzynska, A. A. Z., Stallones, L., & Thomas, M. L. (2022). Risk factors for brain health in agricultural work: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3373. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063373>
- Swift, H. J., & Steeden, B. (2020). Exploring representations of old age and ageing. *Centre For Ageing Better*. School of Psychology, University of Kent.
<https://kar.kent.ac.uk/98817/1/Exploring-representations-of-old-age.pdf>
- Szymkowicz, S. M., Gerlach, A. R., Homiack, D., & Taylor, W. D. (2023). Biological factors influencing depression in later life: role of aging processes and treatment implications. *Translational Psychiatry*, 13(1), 160. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02464-9>
- Talwar, N. A., Churchill, N. W., Hird, M. A., Pshonyak, I., Tam, F., Fischer, C. E., Graham, S. J., & Schweizer, T. A. (2019). The neural correlates of the clock-drawing test in healthy aging. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13, 25, 1-12.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00025>
- Telles, T. C. B., Boris, G. D. J. B., & Moreira, V. (2014). O conceito de tendência atualizante na prática clínica contemporânea de psicoterapeutas humanistas. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 20(1), 13-20.
<https://www.redalyc.org/pdf/3577/357733920003.pdf>

- Thakur, U., Varma, A. R., & Varma, A. (2023). Psychological Problem Diagnosis and Management in the Geriatric Age Group. *Cureus*, 15(4). DOI: 10.7759/cureus.38203
- Toepper, M. (2017). Dissociating normal aging from Alzheimer's disease: A view from cognitive neuroscience. *Journal of Alzheimer's Disease*, 57(2), 331-352. DOI: 10.3233/JAD-161099
- Tombaugh, T. N. (2004). Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(2), 203-214.
[https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(03\)00039-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(03)00039-8)
- Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging. *Journal of Aging Studies*, 11(2), 143-154. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(97\)90018-9](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(97)90018-9)
- Tornstam, L. (2011). Maturing into gerotranscendence. *Journal of Transpersonal Psychology*, 43(2), 166-180.
- Tulliani, N., Bye, R., Bissett, M., Coutts, S., & Liu, K. P. (2023). A Semantic-Based Cognitive Training Programme on Everyday Activities: A Feasibility and Acceptability Study among Cognitively Healthy Older Adults. *Occupational Therapy International*, 2023(1), 1-15.
- Tuokko, H., & O'Connell, M. E. (2012). A review of quantified approaches to the qualitative assessment of clock drawing. *The Quantified Process Approach to Neuropsychological Assessment*, 173-206.
- Veeman, D., Dhamodharan, D., GJ, S., Natrayan, L., Tesfaye Jule, L., & Krishnaraj, R. (2022). Systematic review on nine hallmarks of neurodegenerative disease. *Indian Journal of Biochemistry and Biophysics (IJBB)*, 59(3), 249-257.
- Velayudhan, L., Ryu, S. H., Raczek, M., Philpot, M., Lindesay, J., Critchfield, M., & Livingston, G. (2014). Review of brief cognitive tests for patients with suspected

- dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(8), 1247-1262.
<https://doi.org/10.1017/S1041610214000416>
- Veríssimo, M. T. (1988). Avaliação diagnóstica das síndromes demenciais: Escala de Depressão Geriátrica. *Porto: Universidade do Porto*.
- Wahl, H. W. (2020). Aging successfully: Possible in principle? Possible for all? Desirable for all?. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 54, 251-268.
<https://doi.org/10.1007/s12124-020-09513-8>
- Weller, J., & Budson, A. (2018). Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *F1000Research*, 7, 1-9. <https://doi.org/10.12688/f1000research.14506.1>
- Wilson, D. M., Cookson, M. R., Van Den Bosch, L., Zetterberg, H., Holtzman, D. M., & Dewachter, I. (2023). Hallmarks of neurodegenerative diseases. *Cell*, 186(4), 693-714.
- Wood, J. K. (1998). Abordagem centrada na pessoa - rumo a uma compreensão das suas implicações. *A Pessoa como Centro - Revista de Estudos Rogerianos*, 1, 13-29.
- World Health Organization (2015). Resumo: O relatório mundial sobre envelhecimento e saúde.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/254610>
- World Health Organization. (2021a). Global health observatory (GHO) data. Global Health Estimates: Life Expectancy and Leading Causes of Death and Disability.
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- World Health Organization. (2021b). Global health observatory (GHO) data. Top 10 Causes of Death. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (2021c). *Global Report on Agism. Executive Summary*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340205/9789240020504-eng.pdf?sequence=1>

- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022a). WHO European Framework for Action on Mental Health 2021-2025. Retrieved October 21, 2023, from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352549/9789289057813-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022b). Ageing and Health. Consultado a 21 de outubro de 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> 19/10/2023.
- World Health Organization. (2022c). *Active ageing: A policy framework* (No. WHO/NMH/NPH/02.8). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2022d). Abuse of Older People. Consultado a 21 de junho de 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
- World Health Organization. (2023a). World Health Statistics 2023. Monitoring Health for The SDGs -Sustainable Development Goals. Consultado a 18 de maio de 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323> a 18/10/2023.
- World Health Organization. (2023b). *WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing 2022: Report of consortium meeting, 5-6 December 2022*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350961/9789240041196-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (2023c). *United Nations Decade of Healthy Aging 2021-2030*. Consultado a 13 setembro de 2023. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- World Health Organization. (2023d). Mental Health of Older Adults, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Health Organization. (2024a). Long-term care for older people: package for universal health coverage. World Health Organization. Consultado a 30 de junho de 2024. <https://iris.who.int/handle/10665/376585>.

- World Health Organization. (2024b). Database of promising interventions to prevent and responde to abuse of older people. Decade of Healthy Ageing. The Platform. . Consultado a 30 de junho de 2024. <https://explore.decadeofhealthyageing.org/aop-ia>
- Yang, L., Kim, T. W., Han, Y., Nair, M. S., Harschnitz, O., Zhu, J., Wang, P., Koo, S., Y., Lacko, L. A., Chandar, V., Bram, Y., Zhang, T., Zhang, W., He, F., Pan, C., Wu, J., Huang, Y., Evans, T., Van Der Valk, P... Chen, S. (2024). SARS-CoV-2 infection causes dopaminergic neuron senescence. *Cell Stem Cell*, 31(2), 196-211. <https://doi.org/10.1016/j.stem.2023.12.012>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58-67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>
- Zidan, M., Arcoverde, C., Araújo, N. B. D., Vasques, P., Rios, A., Laks, J., & Deslandes, A. (2012). Motor and functional changes in different stages of Alzheimer's disease. *Archives of Clinical Psychiatry*, 39, 161-165. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000500003>
- Zimring, F. (2000). Carl Rogers. *A Pessoa Como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 6
- Zimring, F. (2010). *Carl Rogers*. MEC. Fundação Joaquim Nabuco. Editora Massangana.
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H., & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054–1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

- Zhou, Y., Xu, J., Hou, Y., Leverenz, J. B., Kallianpur, A., Mehra, R., Liu, Y., Yu, H., Pieper, A. A., Jehi, L., & Cheng, F. (2021). Network medicine links SARS-CoV-2/COVID-19 infection to brain microvascular injury and neuroinflammation in dementia-like cognitive impairment. *Alzheimer's Research & Therapy*, 13(1), 110.
<https://doi.org/10.1186/s13195-021-00850-3>
- Zou, C., Yu, Q., Wang, C., Ding, M., & Chen, L. (2023). Association of depression with cognitive frailty: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 320, 133-139. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.118>