



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima

João Nuno Veiga dos Santos Mendonça Mendes – N° 20110867

ORIENTADORES: Professora Doutora Odete Nunes
Professora Doutora Paula Pires
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Janeiro de 2015

Agradecimentos

Foram tempos de ausência, de saturação física e psíquica, mas valeu a pena, pois o sentimento de gratificação supera todos os obstáculos atravessados.

A todos os que sempre me apoiaram, a começar pela minha mulher Patrícia, as minhas filhas Francisca e Teresa, as horas passadas na minha ausência abdicando de muito mas manifestando sempre um apoio incondicional, sem o qual o presente trabalho não seria possível.

A confiança e orgulho por parte da minha mãe, tia, irmã e irmãos, que sempre acreditaram em mim e me educaram no sentido da perseverança.

Agradeço à minha orientadora no local de estágio, a Doutora Paula Agostinho pela oportunidade e liberdade que sempre me deu durante todo o estágio prático. Tudo o que me ensinou fez-me crescer e a sua disponibilidade foi inesgotável. O material fornecido foi duma riqueza inquestionável.

Ao corpo docente desta grande instituição universitária que é a UAL, em particular à Doutora Paula Pires que orientou o presente relatório, agradeço todos os ensinamentos e a oportunidade que me deram para adquirir conhecimento sobre a Abordagem Centrada na Pessoa.

Sem os meus colegas de trabalho, que sempre se mostraram disponíveis para motivar e dar todo o espaço e tempo necessários para poder elaborar, amadurecer e concluir estes anos de estudo e investigação.

Muito Obrigado!

ÍNDICE

Agradecimentos	I
ÍNDICE	II
Resumo	8
Abstract.....	9
INTRODUÇÃO.....	10
I PARTE – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	14
A Instituição: Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima	15
As Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	15
Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima (CPNSF).....	18
População do Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima (constituição, direitos e deveres).....	22
Serviços existentes no Centro	24
Serviço de Psicologia	27
II PARTE – OBJETIVOS, FUNÇÕES E HORÁRIO DE ESTÁGIO	35
III PARTE – REVISÃO TEÓRICA.....	39
O Envelhecimento.....	40
Processo de Institucionalização	44
Psicopatologia do Envelhecimento	47
Principais demências.....	49
Doença de Alzheimer	50
Doença de Parkinson.....	52
Doença de Huntington.....	53
Tumores Cerebrais e Hematomas Intracranianos.....	53
Doença Vascular Cerebral.....	53

Alcoolismo	54
Hidrocefalia de Pressão Normal.....	54
Depressão no idoso	55
Patologias do Espectro Neurótico.....	57
Neurose Histérica	57
Neurose Obsessivo-Compulsiva	58
Neuroses Fóbicas.....	58
Perturbações de Ansiedade.....	59
Patologias do Espectro Psicótico	60
Psicoses de Início Tardio.....	60
Esquizofrenia.....	60
Reabilitação cognitiva.....	62
Psicologia Clínica	64
Avaliação Psicológica.....	67
Avaliação Neuropsicológica	74
IV PARTE – APRESENTAÇÃO DE CASOS PRÁTICOS	77
Acompanhamento Psicológico	78
Apresentação do Caso G. C.	81
História Clínica	82
Acompanhamento Psicológico – Contato Terapêutico	93
Análise clínica	108
Reflexão pessoal.....	111
Apresentação do caso E. R.	112
História Clínica	115
Acompanhamento psicológico – Contato terapêutico.....	122

Análise clínica	132
Reflexão pessoal.....	135
Reabilitação Cognitiva.....	137
Reflexão Pessoal	147
Conclusão.....	149
Referências Bibliográficas	151

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição da carga horária semanal (15horas)	36
Quadro 2: Temáticas mais abordadas ao longo das sessões de G. C.....	95
Quadro 3: Distribuição das sessões de <i>RehaCom</i> a M. A.....	141
Quadro 4: Distribuição das sessões de <i>RehaCom</i> a L. A.....	143
Quadro 5: Distribuição das sessões de <i>RehaCom</i> a E. B.....	145

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Genograma de G. C.....	83
Figura 2: Genograma de E. R.....	115

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - Cronograma de Estágio

Anexo B - Comunicação, Relações Interpessoais e Trabalho em Equipa

Anexo C – Folha de Avaliação

Anexo D – Folha de Intervenção

Anexo E – Psicograma a partir do teste de Rorschach de G. C.

Resumo

O presente relatório pretende descrever o percurso do estágio em psicologia decorrido no Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima, entre os meses de Outubro de 2012 e Julho de 2013. Durante o mesmo estágio, tomou-se conta da realidade da instituição, das atividades desenvolvidas, dos recursos utilizados do ponto de vista do serviço de psicologia para com as utentes que aí estão inseridas e têm idade superior a 65 anos.

Foram acompanhadas 4 utentes em sessões semanais de relação de ajuda, 3 em programas de estimulação cognitiva com recurso ao programa informático *RehaCom* e dinamizou-se um grupo psicoeducativo com 12 utentes uma vez por semana.

As sessões de acompanhamento e os grupos psicoeducativos, revelaram-se ser bastante benéficos para o bem-estar das utentes que neles participaram. Quanto ao programa de estimulação cognitiva, este apresentou algumas dificuldades do ponto de vista executório.

Palavras-chave: acompanhamento, demências, envelhecimento, idoso, institucionalização, reabilitação cognitiva.

Abstract

The purpose of this report is to describe the psychology internship at Psychogeriatric Center of Nossa Senhora de Fátima between the months of October 2012 and July 2013. During this internship there was a close contact with the reality of the institution, its daily activities, the resources used from a psychology service point of view to its users which are all over 65 years old.

Four of these users were followed with weekly sessions in a supportive relationship, three in cognitive stimulation programs using the software *RehaCom* and a psychoeducational group with 12 users was organized and led once a week.

The follow-up sessions and psycho-educational groups have proved to be very beneficial for the wellbeing of the users who took part in them. As for the cognitive stimulation program, this presented some difficulties in the point of view of its execution.

Keywords: monitoring, dementia, aging, elderly, institutionalization, cognitive rehabilitation.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um problema que é transversal a todas as sociedades neste século XXI. Sobretudo nas duas últimas décadas do século passado, o número de pessoas idosas (+ 65 anos), nas sociedades modernas e mais desenvolvidas, tem vindo a aumentar, tornando-as assim, sociedades mais envelhecidas. A esperança média de vida tem vindo a aumentar devido à evolução da ciência médica e à melhoria das condições de vida e socioeconómicas, com melhor nutrição e melhores cuidados de saúde (Cabral & Ferreira, 2013).

Esta situação demográfica do envelhecimento tem gerado preocupações motivadas pelo crescente número de idosos, relativamente ao número total da população a nível mundial, o qual justifica plenamente as investigações realizadas e a realizar em áreas como a gerontologia, a gerontopsiquiatria e a geriatria (Fernandes, 2002).

O presente relatório pretende descrever a experiência vivida, enquanto psicólogo no Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima, durante 10 meses entre os meses de Outubro de 2012 e Julho de 2013. Será feita uma breve descrição do Centro bem como as atividades aí desenvolvidas ao longo deste período.

O Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima tem o objetivo de acolher pessoas idosas (unicamente de sexo feminino) com perturbações do foro psíquico, procurando garantir o seu bem-estar por meio de cuidados de saúde especializados no campo bio-psico-sócio-espiritual (Fernandes, 2006).

De momento, o Centro conta com 87 utentes, todas de sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 103 anos.

No plano patológico, a grande maioria das utentes do Centro, apresentam quadros demenciais mais ou menos avançados, seguindo-se as estruturas neuróticas a alguns casos de depressão, psicoses, perturbações de personalidade e debilidade.

Será feito um enquadramento teórico à luz da experiência vivida durante o estágio, desde o processo de envelhecimento e algumas das suas teorias, passando pelas patologias aí encontradas, processo de institucionalização, o papel do psicólogo no acompanhamento e na avaliação neuropsicológica, a intervenção e relação de ajuda com base na Abordagem da Terapia Centrada na Pessoa, de Carl Rogers.

Para o idoso, este processo de envelhecimento representa a última etapa da sua vida, o que desperta sentimentos de abandono, exclusão e sofrimento pelo aproximar da morte. Por mais frequente que seja o recurso aos serviços sociais nos últimos anos, a instituição onde serão colocados, é vista como um lugar sombrio e negativo, o que leva a que a aceitação deste recurso seja raramente encarada de forma positiva. Com efeito, este é um período final e sem retorno possível (Cardão, 2009; Pimentel, 2001).

O declínio gradual das funções cognitivas está associado ao processo fisiológico do envelhecimento. Não quer isto dizer que as demências associadas ao declínio das funções cognitivas surjam unicamente no idoso mas sim que, dada a menor resistência dos seus sistemas de defesa, estas perturbações aparecem de forma mais intensa e caracterizam-se por uma evolução mais prolongada. Se juntarmos a este fator o elevado nível de dependência e a sua fraca autonomia, percebemos a relevância do papel de áreas como a Geriatria, a Psicogeriatria e tantas outras, no desenvolvimento do estudo e consequente melhoria do estado de saúde mental, mas também física, no idoso, uma vez que se trata cada vez mais de um problema social do qual não nos podemos alienar (Fonseca, 1998).

Estudos epidemiológicos mostram que a demência afeta cerca de 5% da população com mais de 65 anos e que este número aumenta para mais de 50% quando se trata de pessoas com mais de 85 anos de idade. (Caldas & Mendonça, 2012).

A Psicologia Clínica é definida como uma subdisciplina da psicologia que tem como objeto o estudo, avaliação, diagnóstico, ajuda e o tratamento do sofrimento psíquico. Com efeito, trata-se de uma disciplina autónoma quer do ponto de vista prático quer teórico, não sendo nem psicopatologia nem psicologia médica ou psiquiatria. O termo abrange uma definição mais ampla em que é descrita como uma psicologia individual e social, normal e patológica. Ela diz respeito ao indivíduo em todo o seu processo de crescimento, desde o recém-nascido ao ser que envelhece e morre (Pardinielli, 1999).

Do ponto de vista da intervenção clínica descrita no presente relatório, foi seguido o modelo Rogeriano da Abordagem Centrada na Pessoa, alicerçado nos seus três pilares fundamentais: o postulado da tendência atualizante, as seis condições necessárias e suficientes para que haja mudança terapêutica e a orientação não diretiva (Hipólito, 2011).

Uma das grandes apostas do Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima, é a estimulação e preservação das funções cognitivas das idosas. Para tal, há recurso ao programa informático *RehaCom*.

Existe um declínio cognitivo associado à idade com algumas funções deterioradas como a memória e o raciocínio, que pode ser minorado, ou retardado, com o recurso a programas de treino cognitivo com diferentes exercícios para cada função cognitiva (Triadó & Villar, 2007).

O programa informático *RehaCom*, *software* utilizado no Centro, permite exercitar e estimular as funções cognitivas supramencionadas. Este programa é utilizado em caso de pacientes com lesões cerebrais, em contexto psiquiátrico, tratamento de deterioração cognitiva como é o caso das pessoas de idade avançada. É aplicado no quadro da psicologia clínica em pessoas com deterioração cognitiva causada não só pela idade mas também pós AVC (acidente vascular cerebral), traumatismos cranianos, doenças do sistema nervoso central ou demências diversas (Schuhfried, 2009).

A avaliação neuropsicológica é um conjunto de exames complementares de diagnóstico que visa fornecer informação adicional para o diagnóstico de demências e do tipo de demências. Esta avaliação consiste num estudo aprofundado das diferentes funções nervosas superiores, tais como a atenção, memória, orientação, iniciativa, linguagem, cálculo, praxias, gnosias, abstração, raciocínio lógico e funções executivas. A avaliação é feita com recurso a baterias de testes dirigidos a cada função mental, e inclui também escalas de humor e de atividade de vida diária. Os testes são selecionados e interpretados com base no conhecimento da relação cérebro-comportamento. Através destes exames complementares de diagnóstico, teremos uma noção sobre a existência, ou não, de alterações cognitivas, específica e quantifica a gravidade dessas alterações, o que contribui para um diagnóstico diferencial de algumas situações, como a do envelhecimento normal, defeito cognitivo ligeiro ou demência (Caldas & Mendonça, 2012).

O papel do estagiário em psicologia foi o de dinamizar um grupo psicoeducativo, uma vez por semana, programando em conjunto com as utentes as atividades a desenvolver; fazer ações de formação para funcionários do Centro; acompanhamento psicológico de 4 utentes; reabilitação e estimulação cognitiva com recurso ao programa informático *RehaCom* em 3 utentes.

I PARTE – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Instituição: Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima

O estágio decorreu no Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima que fica situado na freguesia da Parede, Concelho de Cascais, distrito de Lisboa.

O Centro pertence ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, as quais têm desenvolvido, ao longo das últimas décadas, um trabalho na ajuda ao doente mental. Torna-se, por isso, pertinente apresentar esta congregação que tanto tem feito pela saúde mental no nosso país e não só.

Como Instituição pertencente à Igreja Católica, a congregação desenvolve a sua ação essencialmente no âmbito da saúde mental e psiquiátrica (Fernandes, 2006).

As Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

A congregação foi fundada por Bento Menni, Maria Josefa Recio e Maria Angustias Giménez, a 31 de Maio de 1881 em Espanha. Bento Menni foi o restaurador da Ordem Hospitaleira em Espanha, Portugal e no México. Foi considerado um homem de caridade infindável e de extraordinárias qualidades de gestão, tendo implementado um modelo integral de assistência que articula os verdadeiros avanços técnico-científicos com a caridade e a humanidade. Desta forma, dedicou-se ao apoio e serviço dos doentes mais pobres e necessitados. A 21 de Novembro de 1999 foi canonizado pelo Papa João Paulo II (Fernandes, 2006).

As cofundadoras da congregação, seguidoras do trabalho de Bento Menni e tendo sempre como base os mandamentos de Deus, colocam-se ao serviço dos que mais carecem, na procura da cura e salvação através desta missão hospitaleira (Fernandes, 2006).

Hoje em dia, as Irmãs Hospitaleiras enquanto instituição pertencente à Igreja Católica desenvolvem a sua ação no campo da saúde mental e psíquica, prestando cuidados aos que padecem de doença ou perturbações mentais, sujeitos com deficiência física e ou psíquica e todos aqueles cujas necessidades se enquadram nos princípios defendidos e capacidades de ajuda das Irmãs Hospitaleiras. É importante salientar que todos os cuidados e serviços prestados são regidos por altos valores, como o respeito, a competência, a humanidade e o compromisso para com a pessoa doente ou carente de cuidados, sempre numa perspetiva integral de qualidade, proporcionando bem-estar e qualidade de vida (Fernandes, 2006).

A Congregação está presente em 24 países mundiais (Argentina, Bolívia, Brasil, Camarões, Chile, Colômbia, Equador, Espanha, Filipinas, França, Gana, Guiné, Índia, Inglaterra, Itália, Libéria, México, Moçambique, Peru, Polónia, Portugal, R. D. Congo, Uruguai e Vietname), sendo que em Portugal é gerida pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IPSS, integrada da Rede de Referência de Psiquiatria e Serviços de Saúde Mental desde 2004). Presente desde 1894 em 12 estabelecimentos de saúde, abrangendo áreas tão diversas como a psiquiatria, doença e deficiência mental, psicogeriatría, reabilitação psicossocial e cuidados paliativos, sempre contando com os cuidados de vastas equipas multidisciplinares como médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas e fisioterapeutas, assistentes espirituais, voluntários, entre todo o pessoal auxiliar (Fernandes, 2006).

Assim, em Portugal a congregação distribui-se da seguinte forma:

- Casa de Saúde da Idanha (Idanha) – Psiquiatria;
- Casa de Saúde de Santa Rosa de Lima (Belas) – Psicogeriatría;

- Casa de Saúde do Bom Jesus (Nogueiró de Braga) – Psiquiatria;
- Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (Condeixa-a-Nova) - Psiquiatria;
- Casa de Saúde Bento Menni (Guarda) – Psiquiatria;
- Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima (Parede) – Psicogeriatria;
- Clínica Psiquiátrica de São José (Telheiras, Lisboa) – Psiquiatria;
- Centro de Recuperação de Menores (Assumar, Portalegre) – Deficiência Mental;
- Casa de Saúde do Espírito Santo (Açores) – Psiquiatria;
- Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição (Açores) – Psiquiatria;
- Casa de Saúde Câmara Pestana (Madeira) – Psiquiatria;
- Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família (Madeira) – Deficiência Mental (Fernandes, 2006).

Como todas as congregações religiosas, e assim como todos nós nos regemos por valores e perseguimos missões, o mesmo acontece com as Irmãs Hospitaleiras. Estas conduzem a sua obra centrando-se na pessoa, considerando-a permanentemente em todas as suas dimensões através de uma assistência integral. Querendo acompanhar todos os progressos científicos e técnicos, pretendem humanizar todos os cuidados prestados, com preferência por pessoas menos abonadas e mais necessitados (em termos de cuidados de saúde), sempre de acordo com os princípios legais e morais da sociedade, bem como, da igreja. Assim, não havendo distinção de raças, ideologias ou de classes sociais e respeitando a dignidade e existência do ser humano, as Irmãs procuram através da caridade e em prol do bem-estar dos que sofrem, a constituição de uma autêntica família de acolhimento (Fernandes, 2006).

Todas as missões são dirigidas e centradas na Hospitalidade que engloba em si valores como a humanidade, compaixão, serviço ao próximo, criatividade e procura de qualidade na saúde integral de todos os indivíduos que cuidam (Fernandes, 2006).

Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima (CPNSF)

Este centro foi fundado em 1948, no entanto, nessa altura funcionava como Hospital Ortopédico Infantil acolhendo crianças com doenças ósseas, tuberculose osteoarticular e paraplegias infantis originadas pela poliomielite. Em 1985, este hospital foi transformado no Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima, com o objetivo de acolher pessoas idosas (unicamente de sexo feminino) com perturbações do foro psíquico, procurando garantir o seu bem-estar por meio de cuidados de saúde especializados no campo bio-psico-sócio-espiritual (Fernandes, 2006).

Situado na freguesia da Parede, concelho de Cascais, distrito de Lisboa, o Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima fica numa zona bastante acessível para quem se desloca de carro, perto tanto da saída da A5 bem como pela N6 (avenida marginal). A sua localização, Rua Machado dos Santos, é bastante agradável, remodelada e com espaços verdes, cafés, restaurantes acessíveis e estacionamento diversos, sendo também fácil o acesso para quem se desloque em transportes públicos, com efeito, a estação da CP da Parede é muito próxima.

Na freguesia da Parede residem cerca de 17 830 indivíduos, sendo a faixa etária dos 25 aos 64 anos a de maior representação, com 9 674 habitantes, seguindo-se a dos 65 ou mais anos, com 3 796, contribuindo para tal, a população do Centro.

O intuito desta instituição, quer como Hospital, quer como Centro Psicogeriátrico foi sempre o de tratar e servir todas as pessoas que tinham sido vetadas à entrada nas inúmeras instituições: os abandonados, os indigentes ou socialmente excluídos (primeiramente com lesões motoras), numa missão humanitária e incessável. Todavia, o Hospital acabou por ser obrigado a fechar, devido à precária situação económica e às más condições físicas e arquitetónicas. Passados 4 anos reabre, a 13 de Maio de 1985 (Dia de Nossa Senhora de Fátima), com as funções atuais de Centro Psicogeriátrico e com apenas 9 utentes (Fernandes, 2006).

Hoje em dia poderão ser recebidas no Centro idosas provenientes de qualquer parte geográfica de Portugal desde que preencham os requisitos e o âmbito a que a instituição se propõe (perturbações mentais), sendo então acolhidas e cuidadas por uma equipa multidisciplinar amplamente vocacionada para a área dos cuidados geriátricos. O objetivo principal desta equipa multidisciplinar vai além do cuidar ou do cessar a dor física e/ou psíquica. Estes profissionais buscam uma melhoria da qualidade de vida e um aumento do bem-estar físico e psicológico de todas as pessoas assistidas no centro, nunca esquecendo o apoio familiar (Fernandes, 2006).

O Centro é constituído por dois edifícios distintos: o mais antigo com 4 pisos e onde se situa a instituição e o de construção mais recente onde se insere a comunidade das Irmãs Hospitaleiras. Estes edifícios são envolvidos por um quadro verdejante que circunda o Centro, é o palco ideal para que estas pessoas se possam sentir bem, uma vez que se trata de um ambiente calmo e agradável e ideal para as senhoras fazerem as suas caminhadas matinais ou simplesmente se sentarem no alpendre a desfrutar de momentos de plena tranquilidade e contacto com a natureza, sentida também no interior do centro, com a presença de jardins interiores e pequenos espaços com plantas e pássaros.

O edifício da Instituição é constituído por 4 pisos, como mencionado anteriormente, sendo que em cada um funcionam diversos serviços e são munidos de outros tantos espaços:

- Rés-do-Chão
 - Serviço de Receção e Admissões;
 - Serviço Administrativo;
 - Serviço de Psicologia;
 - Pequena sala de receção de visitas (local onde tiveram lugar as sessões de acompanhamento);
 - Sala de reuniões (local onde foram realizadas as ações de formação, exposições, reuniões de grupos, etc.);
 - Serviço de Lavandaria;
 - Serviço de cozinha;
 - Serviço de costura;
 - Capela.
- Piso 1
 - Serviço de Ação Social;
 - Biblioteca;
 - Gabinete Médico (diversas especialidades);
 - Serviço de Enfermagem;
 - Bar;
 - Refeitório (utentes dependentes e independentes);

- 1 Sala de estar;
- Cabeleireiro;
- Dormitórios individuais e coletivos.
- Piso 2
 - 2 Salas de estar;
 - Dormitórios individuais e coletivos;
 - Pequena Sala de reuniões (onde decorreram reuniões com os grupos Psicoeducativos);
 - Serviço Pastoral de Saúde;
 - Gabinete da Direção.
- Piso 3
 - Serviço de Fisioterapia;
 - Serviço de Terapia Ocupacional;
 - Sala de Reiki.

O Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima tem, então, como meta a seguir, a atenção totalmente centrada na utente, respeitando todos os seus valores, direitos e promovendo melhorias na sua qualidade de vida. A saúde é promovida numa vertente bio-psico-social e espiritual, com “uma atitude preventiva, respeitadora e reabilitadora, num esforço de personalização e humanização da assistência prestada aos doentes”, providenciado atividades de apoio aos familiares, investindo no voluntariado, abarcando profissionais competentes e mantendo uma colaboração interinstitucional.

Considera diversos projetos que visam funções tão ricas como um acompanhamento individualizado nas áreas cognitiva e psicopatológica (avaliação e reabilitação), equilíbrio de sintomas clínicos, atividades ocupacionais e recreativas, reabilitação física e relaxamento (Fernandes, 2006).

População do Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima (constituição, direitos e deveres)

De momento, o Centro conta com 87 utentes, todas de sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 103 anos.

Existem dois tipos de Internamento no Centro: internamento longo, internamento curto. O Centro dispõe de uma valência de Centro de Dia. Por conseguinte, encontramos a seguinte distribuição:

- Internamento longo: 80 utentes;
- Internamento curto: 4 utentes;
- Centro de Dia: 3 utentes.

A maioria das utentes é viúva, ainda assim, recebem acompanhamento regular de seus familiares e amigos. Outra percentagem das utentes ainda se encontra casada e por essa razão, recebe a visita regular dos seus maridos. Uma percentagem mínima não recebe qualquer tipo de visita.

O nível socioeconómico das utentes é variado, havendo utentes em situação de maior precariedade e outras de situação bastante abastada, ou cuja vida enquanto cidadãs ativas, lhes proporcionou uma vida mais rica e privilegiada. No que respeita às

habilitações literárias, temos utentes que têm habilitações literárias, de formação superior, que lhes permitiu desempenharem altos cargos profissionais, tal como temos outras que são iletradas.

No plano patológico, a grande maioria das utentes do Centro, apresentam quadros demenciais mais ou menos avançados, seguindo-se as estruturas neuróticas a alguns casos de depressão, psicoses, perturbações de personalidade e debilidade.

Como todas as Instituições, o respeito mútuo é privilegiado, existindo no Centro o regulamento dos Direitos e Deveres das utentes:

- Direitos
 - A receber ou recusar um tratamento;
 - A um tratamento humano e teoricamente correto;
 - À privacidade e respeito;
 - À confidencialidade dos seus dados pessoais revelados aos técnicos de saúde;
 - A serem informadas acerca do seu estado de saúde e possível evolução, assim como alternativas de tratamento;
 - A reclamar formas de tratamento erróneas, assim como serem indemnizados por danos sofridos;
 - A receber assistência espiritual e religiosa (de acordo com as suas crenças);
 - A associarem-se pela defesa dos seus interesses, ligas de promoção e defesa da saúde, tal como ligas de amigos;

- Ao diagnóstico, exames médicos e tratamento corretos dentro das disponibilidades materiais e pessoais do Centro, sempre com o seu consentimento, desde que autossuficientes para tal;
 - A assistência igualitária entre todas as utentes, sem discriminação;
 - A manter relações com familiares e amigos, respeitando as normas e horários existentes no Centro;
 - Saber a quem devem dirigir perguntas ou queixas que não sejam do âmbito médico (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006).
- Deveres
 - De colaborar no cumprimento das normas do Centro (dentro das suas possibilidades);
 - De colaborar com a equipa terapêutica;
 - De respeitar todos os funcionários e as outras utentes;
 - De conservar todas as instalações e equipamentos do Centro;
 - De respeitar a intimidade, repouso e tranquilidade de todas as utentes;
 - De deixar sempre registada a sua saída e entrada na receção (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006).

Serviços existentes no Centro

Começa-se por expor os serviços e valências ao dispor de todas as utentes do Centro, bem como, de qualquer pessoa que lá se dirija pelos mais variados motivos. Posteriormente, far-se-á uma descrição mais detalhada do Serviço de Psicologia bem como das atividades asseguradas pelo mesmo.

No que respeita os serviços gerais, o Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima conta com:

- Serviço de Recepção e Admissões;
- Serviços Administrativos;
- Serviços Assistenciais:
 - Serviços Médicos (Psiquiatria, Clínica Geral, Fisiatria);
 - Serviço de Enfermagem (acompanhamento clínico diário e em situações médicas específicas, assim como acompanhamento em funções de vida quotidiana);
 - Serviço de Psicologia;
 - Serviço Social (função de assistência social propriamente dita, como também coordenação da área sócio recreativa e elo de ligação no projeto ASAI (Associação de Famílias de Amor, Solidariedade e Amizade a Idosos), que proporciona melhorias na qualidade de vida das utentes, promovendo a interação das famílias no processo terapêutico de cada utente, desenvolvendo atividades lúdico-culturais e recreativas);
 - Serviço de Fisioterapia (reabilitação física e tratamentos, com programas diários para manter e melhorar a mobilidade, aumentando a autonomia);
 - Serviço de Terapia Ocupacional (participação em atividades do âmbito ocupacional, mantendo competências e capacidades através de projetos como: taichi-terapia, Grupo Alegria (grupo de canto com

funcionárias e utentes), Grupo Harmonia (grupo de dança com funcionárias e utentes) e Grupo Folclore (dança por parte das funcionárias), jogos, classes de movimento, atividades pedagógicas e preparação da venda de Natal com a elaboração de objetos diversos (costura, renda, tricot, crochet, malha).

- Sala de Reiki (engloba uma componente mais espiritual e funciona como terapia e relaxamento);
- Serviços Religiosos:
 - Pastoral de Saúde (trabalho evangelizador (anunciação), celebração de oração, diálogo e acompanhamento e formações sobre ética e serviço pastoral);
 - Capelania e Serviço de Eucaristia.
- Voluntariado (solidário, gratuito, atento e humanizador);
- Espaços Socioculturais e Terapêuticos – Lazer (processos terapêuticos, reabilitação ou lazer conforme as necessidades);
 - Bar (com integração de utentes nas tarefas que consigam realizar);
 - Salas de Convívio (ao longo de todos os pisos, facilitando deslocamentos);
 - Sala de Terapia Ocupacional;
 - Sala de Reuniões;
 - Ginásio;
 - Biblioteca;

- Gabinetes diversos.
- Serviços Gerais:
 - Cozinha;
 - Costura;
 - Lavandaria;
 - Salão de Cabeleireiro;
 - Motorista;
 - Jardineiro.
- Serviços de Internamento (85 camas; permanente ou curto internamento):
 - Quartos Individuais (14);
 - Quartos Partilhados com mais 1 ou 3 utentes (19);
 - Enfermarias (9).

Serviço de Psicologia

O Serviço de Psicologia do Centro Psicogeriátrico dinamiza um grande número de atividades, umas mais terapêuticas outras menos, que vão de encontro à grande diversificação que se pode encontrar face a uma Casa de Repouso para Idosos tradicional.

Este serviço tem sido desde sempre coordenado pela Mestre Paula Agostinho (Psicóloga Clínica e Mestre em Psicossomática, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada) e intervém com os seguintes moldes:

- Diagnóstico e Avaliação Psicológica (despiste e clarificação da situação psicológica de cada utente, bem como encaminhamento adequado para os serviços e projetos dinamizados pelo Centro);
- Intervenções Psicoterapêuticas (apoio no processo de internamento / alta; ajuda na resolução de conflitos internos ou de relações interpessoais, assim como clarificação de angústias pela livre expressão de sentimentos; ajuda na redefinição de um projeto de vida pessoal);
- Consulta Externa de Psicologia (consultas psicológicas a cidadãos externos, de qualquer idade e sexo, provenientes da comunidade, a custos mais reduzidos);
- Grupos Psicopedagógicos. Têm como intuito a reabilitação das utentes, melhorando a sua qualidade de vida e aproximando a institucionalização de algumas funções desempenhadas aquando da sua vida ativa, com o poder de opinião, de decisão e de autonomia, promovendo capacidades pessoais, sociais e relacionais. Para a realização destas sessões, dividiram-se as utentes por dois grupos distintos, consoante os seus níveis de funcionalidade e dependência das utentes constituintes, as suas capacidades físicas e cognitivas (Grupo I com utentes mais dependentes fisicamente, nível percetivo e cognitivo e Grupo II com utentes mais diferenciadas e com patologias diversificadas, embora não tão limitativas), sendo que as sessões se realizaram às quartas-feiras de tarde durante cerca de 60 minutos. Ambos os grupos têm objetivos

semelhantes, embora mais enfatizados num ou noutro grupo, dadas as diferenças já mencionadas relativamente à constituição dos mesmos, que passam por:

- Diminuir os efeitos nefastos da institucionalização;
- Melhorar a qualidade de vida das utentes;
- Aumentar a autonomia e o sentimento de independência;
- Fomentar as relações sociais e coesão do grupo;
- Incrementar competências sociais e pessoais;
- Auxiliar as utentes relativamente à orientação espaço-temporal;
- Estimular a criatividade, funções cognitivas e expressão de sentimentos fazendo apelo à memória, necessidades e angústias, com base no diálogo e confiança mútua;
- Reforçar os sentimentos do Eu pessoal, assim como a autoestima e autorrealização;
- Motivar para a participação nas atividades lúdicas e de auxílio laboral proporcionadas pelo Centro;
- Sessões de relaxamento para uma melhor condição física.

Todavia, devido às características muito próprias das participantes de cada grupo, estes diferem nas atividades propostas:

Grupo I: leitura e interpretação de vocabulário (jornal do Centro, histórias, experiências pessoais); recordação de eventos, datas importantes, idades, profissão

anterior e discussão de problemas e marcos nas suas vidas passadas e/ou atuais; conhecimento das cores, números, animais, roupas próprias; orientação no espaço e no tempo e abordagem de alguns temas de qualidade (épocas festivas e respetivas datas, natureza, cinema, musica, autores literários), assim como temas pontuais propostos pelas utentes, estagiário ou orientadora; espaço importante dado à expressão de sentimentos, vontade e opiniões; pontualmente sessões de relaxamento com exercícios corporais simples ao som de música relaxante.

Grupo II: jogos lúdicos de maior complexidade; reflexão conjunta sobre factos da vida, vivências e sentimentos; discussão e debate a propósito de temas pertinentes da atualidade ou outros temas propostos (pelas participantes, estagiário ou orientadora) que suscitem o interesse das participantes; avaliação das festas, comemorações e atividades existentes no Centro (sempre na sessão seguinte à do evento); motivar para a leitura e participação no jornal do Centro, bem como leitura e interpretação de histórias ou fábulas, fazendo paralelismo com vivências das próprias; momentos de descontração com anedotas, adivinhas e curiosidades; pontualmente, sessões de relaxamento.

Reabilitação cognitiva (programa *REHACOM*);

Um dos grandes objetivos do serviço de Psicologia é a redução dos défices apresentados pelas utentes, bem como, melhorar as suas capacidades cognitivas (mnésicas de atenção, de concentração, etc.) e consequentemente, proporcionar-lhes uma maior autonomia e independência. Para tal, o serviço de Psicologia decidiu incrementar a utilização do programa *RehaCom*, desenvolvido por “Dr. G. Schuhfried, GmbH” e “Hasomed, GmbH”, na Alemanha. Este é um equipamento informatizado para o treino, aprendizagem e reabilitação cognitiva de pacientes cujas funções não se

encontrem nos melhores níveis, devido a estados demenciais (p.ex. Alzheimer) ou outras patologias e/ou perturbações cognitivas e é baseado nos seguintes princípios:

1. Permite o treino específico dos diferentes domínios cognitivos: atenção, concentração, vigilância, memória e aprendizagem, coordenação visuo-motora, integração de informação e desenvolvimento de estratégias, capacidade visuo-construtiva e treino do campo visual;
2. Possibilita a criação de treinos individualizados, com diferentes níveis de dificuldade e ajustamento face às necessidades de cada paciente;
3. Os resultados de cada sessão com o paciente são registados no sistema, o que permite analisar à posteriori a evolução da utente;
4. O treino pode ser feito autonomamente pela utente, visto que o computador transmite o feedback do seu desempenho (Schuhfried, 2009).

Como programas de treino, o *RehaCom* engloba:

- . AUFM – Atenção e Concentração (encontrar a partir de uma matriz a figura igual à de comparação fornecida);
- . BILD – Memória de Figuras (memorizar figuras e palavras e identifica-las depois [memória de trabalho]);
- . EINK – Compras (situação quotidiana, num supermercado [planificação, situações concretas, memória de atenção seletiva]);
- . GEAU – Atenção Distribuída (dirigir, regular velocidade e reagir perante a condução de uma locomotiva);
- . GESI – Memória de Faces (reconhecimento de um rosto anteriormente mostrado e associação a um nome e profissão);

- . KONS – Capacidade Visuo-Construtiva (reconstrução visual de figuras concretas, que se encontram na forma de um puzzle);
- . LODE – Raciocínio Lógico (selecionar entre uma matriz de símbolos, o que completa a sequência apresentada);
- . PLAN – Plano Diário (são apresentados diversos circuitos para percorrer, seguindo um plano previamente feito);
- . RAUM – Operações Espaciais (apresentação de diferentes posições, ângulos, volumes, tamanhos e dimensões);
- . REVE – Comportamento Recreativo (velocidade e exatidão de relações face a estímulos visuais, distinguindo os relevantes dos acessórios);
- . SAKA – Aprendizagem Saccade (situações de lateralidade, responder adequadamente face a figuras apresentadas do lado direito ou esquerdo);
- . VERB – Memória Verbal (memorização de pormenores de histórias narradas e posterior resposta a questões);
- . VIGI – Vigilância (selecionar num conjunto de objetos os que são diferentes do objeto padrão);
- . VRO1 – Operações Bi-dimensionais (identificar objetos bi-dimensionais correspondentes ao objeto de comparação);
- . WISO – Coordenação Visuo-motora (pegando no joystick tentar seguir os movimentos de objetos de cores e formas diferentes que são apresentados);
- . WORT – Memória de Palavras (reconhecer, no meio de muitas palavras, as memorizadas anteriormente) (Schuhfried, 2009).

É de salientar, que ao realizar-se reabilitação através do *RehaCom*, não é obrigatório o uso de todas as provas acima descritas. Assim, é de acordo com as dificuldades cognitivas de cada utente que são escolhidas as provas a aplicar e que serão as mais adequadas à sua reabilitação e capacidades em deficit.

Grupos Psicoeducativos para Familiares: na primeira segunda-feira de cada mês, foram organizadas sessões de esclarecimento sobre diversas temáticas apresentadas e mediadas por diferentes técnicos, das diferentes áreas, com o intuito de dar a conhecer temáticas de especial interesse para quem lida com familiares idosos, bem como, proceder à partilha de situações clínicas, clarificação e desmistificação de angústias e o apoio aos familiares no encontro de estratégias eficazes para lidar com a doença da utente próxima.

Formação Profissional: coordenação do departamento de formação de pessoal do Centro e participação em ações, congressos e jornadas, assim como realização de diversas ações de formação na área da psicogeriatricia.

Investigação: projetos em áreas de interesse e colaboração com projetos de outras instituições;

- Projetos de reabilitação:

Reabilitação Cognitiva (*REHACOM*).

- Comissão de Ética (membro da equipa e responsável pelo secretariado);

- Estágios (supervisão de estágios curriculares e estágios de observação de alunos de Psicologia Clínica, tendo acordos com a UAL e ISPA);

Outras Atividades: organização de base de dados da Biblioteca técnica, colaboração com a equipa de organização de festas; participação em reuniões com a equipa técnica e reuniões clínicas de discussão de casos; membro da equipa do serviço Pastoral da Saúde).

II PARTE – OBJETIVOS, FUNÇÕES E HORÁRIO DE ESTÁGIO

O primeiro contato com o Centro deu-se a 28 de Setembro de 2012, onde o estagiário em psicologia foi recebido pela Dra. Paula Agostinho (supervisora de estágio no Centro). Nesta altura, foi conversado o dia em que se começaria o estágio e quais seriam as funções tendo em conta os objetivos do mesmo estágio.

O primeiro dia, 8 de Outubro de 2012, serviu para conhecer as instalações do Centro e para as apresentações aos técnicos e colaboradores. Foi explicado o funcionamento de todos os serviços, em particular o de Psicologia. Foi ainda esclarecida a situação de internamento das utentes, bem como, das patologias presentes.

Os dias estabelecidos para a ida ao Centro ficaram como se segue no quadro a baixo:

Quadro 1: Distribuição da carga horária semanal (15horas)

	2ª Feira	4ª Feira
Sessões de Acompanhamento (duração aproximada de 1h)	16h às 17h	10h às 12h e 14h às 15h
Grupos Psicopedagógicos para familiares das utentes (duração aproximada de 2h30, primeira segunda-feira de cada mês)	15h30	
Grupos Psicopedagógicos para utentes (duração aproximada de 1h)		16h às 17h
Sessões de REHACOM (duração aproximada de 1h)	10h às 12h e 14h às 15h	

Ficou estabelecido que se iria duas vezes por semana ao Centro, às segundas-feiras e quartas-feiras, das 10 horas às 17h30, num total de 15 horas semanais. Em ambas as ocasiões, ficar-se-ia até as atividades do dia terminarem, ou seja, escrever os relatórios de cada atividade quotidianamente.

Estes são horários estimativos uma vez que, estão sujeitos a alterações pontuais, conforme as necessidades apresentadas e concordâncias com o horário e disponibilidade da orientadora e adequação às restantes atividades praticadas no Centro.

O desenrolar do estágio apresenta-se como segue no Cronograma (Anexo A).

Quanto à participação nos Grupos Psicoeducativos para familiares das utentes, consta a elaboração da planificação dos temas a abordar. Estes vão desde a área do Direito, passando pela Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia. Esteve a cargo do estagiário em psicologia a preparação e apresentação dos seguintes temas: “Alterações Fisiológicas no Idoso” (apresentado a 3 de Dezembro), “Sono (perturbações e soluções)” (4 de Fevereiro), “Angina de peito, sopro cardíaco, taquicardia” (1 de Abril), “Lepra, Zona, Lúpus, Sarna, Rosácea, Erisipela” (6 de Maio), “Suicídio” (3 de Junho) e “Sentidos e Memória” (7 de Outubro – Já fora do contexto de estágio mas, o estagiário em psicologia regressou ao Centro para apresentar este tema).

Participação em Formações Externas para técnicos e colaboradores, onde se participou numa “mesa redonda” organizada pelas Irmãs Hospitaleiras. Esta “mesa redonda”, intitulada “Pensar e Agir para um Envelhecimento Saudável”, teve lugar a 31 de Outubro de 2012 na Casa de Saúde da Idanha no quadro do “Ano Europeu para o Envelhecimento Ativo”.

Em relação às Formações Internas, para os técnicos e colaboradores, participou-se e dinamizaram-se algumas formações elaboradas para a otimização das diversas valências do Centro:

- “Comunicação, Relações Interpessoais e Trabalho em Equipa” (Anexo B). Esta formação foi preparada e mediada pelo estagiário em psicologia durante dois dias a 4 grupos de colaboradores do Centro, distribuídos da

seguinte forma: 2 grupos a 19 de Março e 2 grupos a 20 de Março de 2013.

Estas formações tiveram a duração de aproximadamente 2 horas e meia para cada grupo.

Relativamente aos Grupos Psicopedagógicos com as utentes, às quartas-feiras às 16h, a participação passou pela programação e desenvolvimento de atividades que visem a reabilitação das utentes, melhorando a sua qualidade de vida e ajudando no processo de institucionalização. Estes Grupos de encontro, passam muito pela partilha de experiências, apelo à memória e relações interpessoais. Um dos grupos, o das utentes com menos dificuldades cognitivas e físicas, ficaram a cargo do estagiário em psicologia, tendo a responsabilidade pela sua programação, animação e dinamização, entre o mês de Outubro de 2012 e Julho de 2013.

Quanto à reabilitação cognitiva, a Dra. Paula Agostinho atribuiu 3 casos ao estagiário em psicologia com os quais se começou somente em Fevereiro de 2013, uma vez que, dada a presença de outros estagiários, nomeadamente da área nas neurociências, inviabilizou a atribuição de casos de forma imediata.

Sempre que necessário, o estagiário em psicologia reuniu-se com a Dra. Paula Agostinho com o objetivo de fazer uma supervisão no desenvolvimento do estágio. O objetivo destas reuniões foi o de discutir o trabalho desenvolvido no Centro, supervisão dos casos clínicos e suas respetivas avaliações, aplicação de testes psicológicos e acompanhamentos, esclarecimento de dúvidas, programação de atividades semanais, avaliação (conhecimento e aplicação de testes psicológicos) e fornecimento de alguma revisão bibliográfica.

III PARTE – REVISÃO TEÓRICA

O Envelhecimento

O envelhecimento populacional constitui um problema que é transversal a todas as sociedades neste século XXI. Sobretudo nas duas últimas décadas do século passado, o número de pessoas idosas (+ 65 anos), nas sociedades modernas e mais desenvolvidas, tem vindo a aumentar, tornando-as assim, sociedades mais envelhecidas. A esperança média de vida tem vindo a aumentar devido à evolução da ciência médica e à melhoria das condições de vida e socioeconómicas, com melhor nutrição e melhores cuidados de saúde (Cabral & Ferreira, 2013).

Este cenário demográfico de envelhecimento acentuar-se-á ainda mais com o rácio entre os mais idosos (+65 anos) e os mais Jovens (até 15 anos). A diminuição da fecundidade e o aumento da esperança média de vida, a forte emigração das décadas de 60 e 70 do século passado, são a base da importância relativa, mas também absoluta, que a população com mais de 65 anos tem hoje na sociedade portuguesa (Cabral & Ferreira, 2013).

Segundo o Eurostat (2012), 3 em cada 10 residentes em Portugal, terão 65 anos ou mais em 2050.

Esta situação demográfica do envelhecimento tem gerado preocupações motivadas pelo crescente número de idosos, relativamente ao número total da população a nível mundial, o qual justifica plenamente as investigações realizadas e a realizar em áreas como a gerontologia, a gerontopsiquiatria e a geriatria (Fernandes, 2002).

Do ponto de vista do conceito “envelhecimento”, estamos perante um processo de diminuição orgânica e funcional que acontece inevitavelmente com o passar do tempo, determinando no corpo um envelhecimento biológico que condiciona de forma mais ou menos evidente o envelhecimento social dos indivíduos. O envelhecimento

como processo não é prejudicial apenas para o corpo na sua totalidade, transforma-o na última fronteira em relação à qual todas as diferenças sociais tenderiam a desaparecer, isto é, não só as atitudes sociais e qualidades pessoais são submetidas a alterações, em função da idade e das capacidades sensoriais e motoras, mas também outro tipo de transformações psicológicas e fisiológicas sofrem alterações, como a motivação, percepção, emoção ou inteligência (Cabete, 2005).

O desenrolar do processo de envelhecimento, e consequentes alterações de carácter orgânico e funcional, é diferente entre cada pessoa, nas diferentes sociedades e culturas. O envelhecimento não pode por isso, ser considerado unicamente um processo biológico uma vez que as suas repercussões se fazem sentir a nível psicossocial igualmente. Todos os fatores ambientais, internos, biológicos, psicológicos e sociais, interferem com este processo, não podendo por isso, explicar-se o envelhecimento sem o fazer numa abordagem multifatorial, incluindo a degeneração neurológica e sensorial (Cabete, 2005).

O envelhecimento é um fenómeno tão inevitável como o crescimento, uma transformação cujo processo exato se desconhece, uma transição que em certas pessoas acontece gradualmente e noutras de forma mais abrupta. Dai a necessidade de olhar para este fenómeno de uma forma mais holística e não apenas com os aspetos relacionados com a saúde física, mais especificamente, com a doença, incapacidades ou declínio generalizado, valorizando sim, os seus aspetos bio-psico-sociológicos (Fernandes, 2002).

O tema do envelhecimento é claramente algo que tem que estar nas agendas políticas dos governos em geral. Promover iniciativas destinadas a alterar as sociedades e consciencializá-las para os problemas do envelhecimento e apontar políticas públicas

que respondam a esses desafios. O ano de 2012, com a celebração do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo, foi uma dessas iniciativas que demonstram que as mentalidades estão a mudar e onde se percebe a premência deste fenómeno (Cabral & Ferreira, 2013).

O envelhecimento ativo refere-se ao processo de “otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (OMS, 2002:12 cit. Por Cabral & Ferreira, 2013).

A qualidade de vida é o aspeto marcante, ainda que as condições de saúde sejam acentuadas, contempla-se cada vez mais todos os aspetos e não exclusivamente os biomédicos. O envelhecimento ativo não se restringe à promoção da saúde, diz também respeito aos fatores ambientais e pessoais associados ao bem-estar. A sociedade, a comunidade e a família exercem igualmente um enorme impacto na maneira de como se envelhece, com vista a aumentar a qualidade de vida do idoso (Cabral & Ferreira, 2013).

Ao longo dos anos em que se estudou o processo do envelhecimento para além de um processo biológico, começou-se a interessar pelo envelhecimento como também sendo um processo psicossocial. Diversas conceções foram surgindo, como a teoria da desvinculação de Cumming e Henry (1961) que considera este processo como sendo um problema caso não seja concluído com sucesso. A sociedade tende, naturalmente, a excluir os mais velhos de papéis importantes atribuindo-lhes outros de menor importância. Somente uma desvinculação bem-sucedida permite à sociedade em geral continuar a funcionar em pleno. Entende-se assim que, neste processo, a qualidade de vida da pessoa que envelhece será tanto melhor quanto maior for o grau de desvinculação. Há um descompromisso e uma desobrigação em relação às atividades e à socialização bem como um afastamento da esfera socioeconómica por parte do

senescente. A perda gradual dos papéis fundamentais à medida que a idade avança, diretamente ligado ao estado de saúde e decréscimo de recursos financeiros e o consequente afastamento de pressões, ansiedades indissociáveis dos papéis sociais, tende a ser considerado como um aspeto positivo de transformações agradáveis (Atchley, 2000).

Já a teoria da atividade de Havighurst (1953), diz-nos que o processo de envelhecimento é uma continuidade em que o sucesso na execução de tarefas em idades mais avançadas depende diretamente do sucesso obtido na realização de tarefas no passado. Para que o envelhecimento seja uma experiência bem-sucedida, é necessário que haja um prolongamento das atividades praticadas na meia-idade. Com certas condicionantes, como o estado de saúde degradado ou a perda de papéis sociais, poderá haver um decréscimo na qualidade da realização de tarefas, no entanto, poderá haver uma melhoria com um processo de adaptação bem conseguido. Esta teoria estabelece uma relação entre a atividade e a satisfação pela vida, em que a pessoa mais ativa será a mais satisfeita o que, ao contrário, indicia que o inativo será o mais insatisfeito (Lehr, 2000).

A teoria da continuidade (Neugarten, 1968), ao contrário das anteriores em que a rutura entre idades é salientada, defende que o envelhecimento é parte integrante do ciclo de vida e pressupõe por isso, a continuidade nos hábitos e estilos de vida, preferências e interesse adquiridos ao longo da existência de uma pessoa. Os padrões comportamentais e a personalidade de uma pessoa mantêm-se independentemente da idade, logo, um idoso não deve ser nem sentir-se forçado a exercer uma rutura com a sociedade nem a desempenhar tarefas que não são nem nunca foram significativas no seu modo de vida. Mais perigoso para a sua autoestima e bem-estar de uma pessoa do

que o envolvimento, ou não envolvimento social, é ser-lhes vedado o envolvimento desejado na sociedade (Atchley, 1989).

Processo de Institucionalização

Segundo dados do INE (2007), 97,5% da população idosa vive em famílias clássicas e só 2,5% está institucionalizada. Ao contrário do que geralmente se pensa, apenas uma percentagem reduzida de idosos se encontra institucionalizado. O conceito de institucionalização pode ser entendido como um processo de recurso a serviços sociais de internamento do idoso em lares, casas de repouso, centros Psicogerítricos e outras instituições (Cardão, 2009; Pimentel, 2001).

Nem sempre o processo de institucionalização é encarado como um aspeto negativo e, antes pelo contrário, é visto como uma saída para o idoso que nesta fase da sua vida perde autonomia, não só pela sua condição física e médica mais debilitada, mas também por fatores psicológicos, como o sentimento de solidão por perda do seu cônjuge e pela saída dos filhos do seu seio familiar (Fernandes, 2002).

Se por um lado a perda de autonomia física é fator preponderante para equacionar a institucionalização, por outro, associados a esta dependência física, surgem fatores que podem condicionar mais concretamente esta decisão. A falta de recursos económicos e a inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso, são também frequentemente apontados como motivo (Pimentel, 2001).

Para o idoso, este processo representa a última etapa da sua vida, o que desperta sentimentos de abandono, exclusão e sofrimento pelo aproximar da morte. Por mais

frequente que seja o recurso aos serviços sociais nos últimos anos, a instituição onde serão colocados, é vista como um lugar sombrio e negativo, o que leva a que a aceitação deste recurso seja raramente encarada de forma positiva. Com efeito, este é um período final e sem retorno possível (Cardão, 2009; Pimentel, 2001).

Para compreender o processo de institucionalização, independente de pessoa para pessoa, há que estabelecer ligações complexas entre, por um lado, especificidade do envelhecimento e a sua relação com a família, rede social e os serviços comunitários formais, capacidade de lidar com situações *stressantes* e suas readaptações, relações difíceis entre a instituição, o idoso e a família e, por outro lado, diferentes circunstâncias ou motivos associados a momentos de solidão e isolamento, precariedade de condições económicas e habitacionais e pela ausência de redes sociais e de solidariedade que forneçam suporte em situação de carência (Pimentel, 2001).

Independentemente das circunstâncias, este processo representa para o idoso uma mudança significativa no seu padrão de vida, uma rutura com o meio com o qual se identifica e para o qual contribuiu de forma mais ou menos valiosa. Com esta nova realidade, por vezes assustadora, o idoso não consegue manter uma relação equilibrada, sendo desejável alguma flexibilidade nos seus sentimentos (Pimentel, 2001).

Esta nova situação ativa sentimentos múltiplos como a angústia de separação, abandono, perda de liberdade e abandono pelos filhos, sentimentos de medo do desconhecido, medo de maus tratos e desrespeito pela sua integridade física e psicológica, castração de um corpo que se torna assexuado e que se pretende apenas cuidado, como se tivesse perdido a capacidade de amar, quebra da autoestima, sofrimento emocional de tonalidade depressiva muitas vezes invisível nas queixas somáticas ou outras dificuldades físicas e doenças médicas, tendência para a solidão e

isolamento social. Todos estes fatores inerentes à nova condição promovem e culminam, muitas vezes, na renúncia da própria vida (Cardão, 2009).

Como anteriormente referido, o processo de institucionalização é diferente de pessoa para pessoa, com efeito, esta vivência é pautada pela atualização de conflitos psíquicos. Uma vez o idoso confrontado com a instituição e a sua nova condição de vida, num ambiente onde se sente mais ou menos inseguro, estes sentimentos são agora mais acentuados. Os fatores que podem intervir de forma negativa neste processo podem ser, despersonalização e pouca privacidade, desinserção familiar e comunitária, tratamento massificado, vida monótona e rotineira, sistema rígido que pode conduzir ao sentimento de falta de liberdade do idoso. Outros riscos que o idoso incorre, está a perda de amor-próprio, interesses e respostas emocionais diminuídas, excessiva dependência, comportamentos automáticos e perda de interesse pelo mundo exterior (Fernandes, 2002).

Todos os problemas que suscitem *stress* físico ou psíquico, representam para o idoso uma ameaça à sua segurança e integridade. A institucionalização, a perda de autonomia e estado de saúde em geral, podem desencadear a perda de autoestima e sofrimento emocional de predominância depressiva e sentimento de solidão e isolamento social. Neste contexto, as consequências diretas ou indiretas da institucionalização podem ser analisadas em várias vertentes, como no plano físico, emocional, mental e espiritual (Cabete, 2005; Fernandes, 2002).

A cultura de cada povo e de cada grupo profissional influencia a forma de viver a instituição, o que, associado ao sistema de cuidados da organização e prestação de cuidados, pode beneficiar fortemente a atenção à saúde integral da população idosa, contribuindo para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida (Cabete, 2005).

Psicopatologia do Envelhecimento

O declínio gradual das funções cognitivas está associado ao processo fisiológico do envelhecimento. Não quer isto dizer que as demências associadas ao declínio das funções cognitivas surjam unicamente no idoso mas sim que, dada a menor resistência dos seus sistemas de defesa, estas perturbações aparecem de forma mais intensa e caracterizam-se por uma evolução mais prolongada. Se juntarmos a este fator o elevado nível de dependência e a sua fraca autonomia, percebemos a relevância do papel de áreas como a Geriatria, a Psicogeriatria e tantas outras, no desenvolvimento do estudo e consequente melhoria do estado de saúde mental, mas também física, no idoso, uma vez que se trata cada vez mais de um problema social do qual não nos podemos alienar (Fonseca, 1998).

Estudos epidemiológicos mostram que a demência afeta cerca de 5% da população com mais de 65 anos e que este número aumenta para mais de 50% quando se trata de pessoas com mais de 85 anos de idade. (Caldas & Mendonça, 2012).

A demência é caracterizada pela deterioração crónica e progressiva das funções cognitivas, perda de memória, associadas a episódios de desorientação e confusão, levando à incapacidade em realizar tarefas diárias (Cabral & Mendonça, 2012).

Existem inúmeras causas e fatores que originam uma demência, sendo que cada uma toma um aspeto particular consoante essa mesma causa. A demência pode ter origem em defeitos bioquímicos hereditários, doenças bioquímicas adquiridas, carências vitamínicas, perturbações endócrinas, intoxicações várias, infeções que comprometam o sistema nervoso, doenças cardiovasculares, tumores cerebrais, hematomas intracranianos e muitas mais. De salientar que a doença de Alzheimer, das demências mais estudadas, tem, segundo a literatura, não só possíveis origens hereditárias, mas

também causada por disfunções orgânicas adquiridas e partilha com a demência Vascular uma fisiopatologia que conduz à neurodegenerescência. Com efeito, ambas são caracterizadas por uma hipoperfusão crónica do cérebro e consequente declínio energético neuronal (Caldas & Mendonça, 2012).

As funções cognitivas que sofrem alterações são, a memória, a linguagem (afasia), praxias, gnóscias, orientação espaço-temporal, atenção, cálculo, capacidade de execução, pensamento e capacidade de juízo e abstração (Figueiredo, 2007).

Outro fator que não pode ser ignorado, é o da perda de um cônjuge, com efeito, a satisfação conjugal está dependente da qualidade de saúde dos idosos e do estabelecimento de uma relação de dependência entre os conjugues (Figueiredo, 2007).

A morte e a doença são fatores que obrigam a uma reestruturação do funcionamento, sendo que o luto provoca sentimentos depressivos que tendem a desaparecer no prazo de dois anos. Podem surgir também, perdas de autoestima e sentimentos de culpa, no entanto, este aparecimento está dependente do apoio prestado pela rede social do idoso (Figueiredo, 2007).

O luto é uma reação psicológica à perda de uma relação significativa. Há uma primeira reação de negação onde se partilha com a pessoa desaparecida memórias, usa-se a imaginação, objetos pessoais, seguindo-se um vazio e a tristeza. Este processo pode demorar meses ou até mesmo anos. Segue-se uma fase caracterizada por uma hiperatividade e agressividade, com o objetivo de substituir a pessoa perdida. Sempre que se perde algo, ganha-se outro algo o que faz deste processo, um processo universal (Abreu, 2014).

O morrer existencial é morrer para umas coisas mas nascer para outras (Lopes, 2006).

Por vezes este processo surge sem motivo aparente. As perdas podem ser tantas que se tornam possíveis ou então, são mal assumidas. É possível descobrir a perda não consciente quando a tristeza surge sem motivo aparente, neste caso, podemos estar diante uma depressão patológica. As perdas precoces ou sucessivas, são apontadas como causa de depressão. Após uma perda, há uma reação natural de tristeza e de vazio sem essa pessoa, abdica-se do futuro que lhe parece negro e indesejável. Perdida a sincronia que existia com essa pessoa, rejeita-se tentar fazê-lo com outra, até mesmo com um familiar. Há um isolamento, uma fuga dos outros, uma procura do escuro e do silêncio. Esta perda de sincronia com quem se perde, provoca uma dessincronização com outras pessoas e com o meio ambiente que o rodeia (Abreu, 2014).

A depressão é cada vez mais entendida como uma doença de ritmos, caracterizada por insónias noturnas, variação enérgica e contratempo com o dia e onde o deprimido sente maior energia ao final do dia do que pela manhã, onde há perda de impulsos alimentares e sexuais. A perda de uma relação, a consequente depressão, é também a perda da sincronia. Não se dá por isso, dá-se apenas pela falta. Estar dessincronizado dos outros e do meio ambiente, corresponde a um sofrimento tão grande, que não apetece viver. É a depressão melancólica com a sua tendência para o suicídio (Abreu, 2014).

Após o falecimento do cônjuge, os homens estão mais predispostos a iniciar novas relações afetivas do que as mulheres (Spar & Rue, 2005).

Principais demências

Nos idosos, as demências que mais surgem são as doenças degenerativas do sistema nervoso, sendo as mais frequentes a doença de Alzheimer, doença de Parkinson,

doença de Huntington, tumores Cerebrais e hematomas Intracranianos, doença Vascular Cerebral, Alcoolismo e Hidrocefalia de Pressão Normal (Arias et al., 2010; Garcia, 1988; Leifer, 2009; Snowden, 2010).

Doença de Alzheimer

O diagnóstico definitivo da doença de Alzheimer só é feito após o estudo neuropatológico *post mortem* do tecido cerebral. Este estudo permite a identificação, ou não, das características neuropatológicas da doença de Alzheimer tais como as “placas senis ou neuríticas” e as “tranças neurofibrilares” (Caldas & Mendonça, 2012).

A doença de Alzheimer é uma demência degenerativa cuja prevalência tem vindo a aumentar com o aumento da esperança média de vida, variando a taxa de sobrevivência com esta demência de 1 a 15 anos (Garcia, 1988).

As alterações anatómicas na doença de Alzheimer pautam-se por uma atrofia cerebral maior que no envelhecimento normal, principalmente nos lobos frontais e regiões temporais, verificando-se que os ventrículos cerebrais aumentam de volume e o córtex de menor espessura. Verifica-se a perda de células nervosas, degenerescência granulo-vacuolar, substância amiloide e corpos de Hirano. A nível bioquímico, registam-se vários defeitos nos neurotransmissores como a acetilcolina, noradrenalina e serotonina. A diferença entre a doença de Alzheimer e o envelhecimento não patológico, é que estes defeitos são superiores na demência (Garcia, 1988).

A generalidade dos autores divide a doença de Alzheimer em 4 fases, como é o caso de Garcia (1988), ou 3 fases como o fazem Cruz et al. (2004), embora ambas as teorias se confundam.

Segundo Cruz et al. (2004), a primeira fase, a “*inicial*”, é uma fase onde se verifica uma ligeira perda de memória e esquecem-se de informações do dia-a-dia. Alguma dificuldade de nomeação bem como alguma perda de autonomia. Estas alterações são notadas essencialmente pela família mas também por amigos próximos e atentos.

Nesta primeira fase, ainda reconhecem as suas falhas e recorrem por isso, a pequenas ajudas, como blocos de notas, para dissimular as perdas de memória podendo entrar em estado depressivo (Garcia, 1988).

Numa segunda fase, “*moderada*” ou “*intermédia*”, a situação agrava-se uma vez que os erros da pessoa se tornam manifestos e as falhas mnésicas evidentes, ao que se juntam falhas de orientação espaço-temporal, lentidão e muito repetitivos. Deixam de realizar as suas atividades laborais, alteração no reconhecimento das pessoas e objetos menos comuns. É também nesta fase que surgem os primeiros sintomas psicológicos quando começam com o delírio do roubo e paranóias. Estes sintomas podem originar estados de ansiedade e depressão, o que se traduz numa apreensão por parte dos familiares (Cruz et al., 2004).

Por último, a terceira fase, “*grave*” ou “*avançada*”, é caracterizada por erros disparatados, elevada desorientação que leva à necessidade de terem que andar sempre acompanhados para não correrem o risco de se perder. A personalidade altera-se e, confrontados com os fatos, negam tudo. A partir daqui, é normal que deixem de estar deprimidos ou ansiosos, uma vez que perdem a noção da realidade. Estas pessoas perdem a capacidade de reconhecer os seus familiares bem como identificar ambiente, revelam um discurso pobre, vazio e fragmentado, com ecolalias e parafasias. A dependência de terceiros é generalizada, começando a necessitar de ajuda para as tarefas

básicas de todos os dias como o vestir, alimentar-se e higiene. Relativamente ao temperamento destas pessoas, as alterações manifestam-se pela alternância de períodos de muita agitação e cólera com períodos calmos, sendo os seus contactos sociais restringidos ao indispensável. Podem apresentar ideias delirantes, alucinogénias e paranóides, o sono alterado passa a ser entrecortado com episódios de confusão. Nesta fase, os familiares tomam consciência da irreversibilidade da patologia bem como da sobrecarga que têm sobre eles. (Cruz et al., 2004).

Esta fase tende a avançar para um estado vegetativo caracterizado pela limitação da pessoa à sua cama, evoluindo para a incontinência, postura de mutismo, flexão pelvocrural. Passam a precisar de cuidados paliativos como a intubação nasogástrica e sondas vesicais. Geralmente, acabam por falecer em virtude de falência do sistema respiratório (Cruz et al., 2004).

A doença de Alzheimer é também marcada pelo aparecimento de reflexos primitivos que se encontram na criança, desaparecendo com a maturação do sistema nervoso. Estes reflexos reaparecem devido a lesões encefálicas (Garcia, 1988).

Doença de Parkinson

Doença de causa desconhecida, surge depois dos sessenta anos, sendo rara antes desta idade, essencialmente no sexo masculino. Os doentes apresentam principalmente tremores, essencialmente visíveis nas mãos, prisão de movimentos, fraca expressão facial, curvatura e lentificação motora com passos miudinhos. A grande maioria destes doentes mantém as suas capacidades intelectuais (Garcia, 1988).

Doença de Huntington

Doença de causas hereditárias, mais rara, surge por volta dos 40 ou 50 anos de idade. É caracterizada por movimentos involuntários, inicialmente na face e nas mãos, progride para todo o corpo e com alterações da personalidade (desconfiança, irritabilidade, cólera, dependentes de substâncias como o álcool, promiscuidade) e gradualmente vão perdendo a memória dando origem a defeitos de memória e demência (Garcia, 1988).

Tumores Cerebrais e Hematomas Intracranianos

Vômitos, dores de cabeça, ataques epiléticos ou paralisias, são os sintomas mais frequentes dos tumores. Desorientação mental, consoante a localização do tumor, é outro dos sintomas que pode aparecer. Os hematomas podem surgir como consequência de traumatismos cranianos de gravidade reduzida (Garcia, 1988).

Doença Vascular Cerebral

A arteriosclerose cerebral é caracterizada pela diminuição da flexibilidade das artérias cerebrais. Sendo mais comum nas artérias de maior calibre. Esta arteriosclerose atinge os vasos de menor calibre em caso de hipertensão arterial. Uma vez que este problema é característico em pessoas de maior idade, a melhor maneira de atuar sobre tal fenómeno é na profilaxia, como o evitar o tabagismo, má nutrição, hipertensão arterial e diabetes, tentando assim, evitar todos os fatores de risco (Garcia, 1988).

Os sintomas mais frequentes são as afasias, crises confusionais, trombozes cerebrais, episódios neuróticos e psicossomáticos, défices de atenção, fadiga, dispneia, terrores noturnos, perturbações intelectuais e manifestações psicóticas (Fonseca, 1998).

Alcoolismo

O álcool, ingerido em grandes quantidades e durante anos, pode originar demência. Esta substância atua diretamente no cérebro, sendo tóxico para este bem como para o sistema nervoso em geral através da libertação de substâncias internas que o atacam. Ao contrário de outras causas, esta é passível de remissão uma vez que, basta deixar de consumir álcool (Garcia, 1988).

Hidrocefalia de Pressão Normal

O líquido cefalorraquidiano, cuja função é a de lubrificação e nutrição do cérebro e que se alojado entre as meninges e o crânio, pode existir em quantidade patologicamente superior ao normal, como o é o caso da hidrocefalia. Isto pode suceder em caso de anomalia na circulação do próprio líquido, ou devido a uma atrofia do cérebro. Esta é uma doença característica nos idosos que desenvolvem demência, dificuldade em andar e descontrolo esfinteriano, contudo, é uma situação reversível através de intervenção cirúrgica (Garcia, 1998).

Depressão no idoso

Isolamento social, solidão e viuvez, trabalho, reforma e inatividade, são tudo fatores que, nalguns casos, podem alimentar estados depressivos (Cabral & Ferreira, 2013).

Um em cada seis adultos com 65 anos ou mais sofre de depressão, relacionada com o luto ou situações de demência. Neste cenário, é possível afirmar que os sujeitos deprimidos afetam aqueles com quem contactam, nomeadamente os seus familiares. A depressão, nestas idades, tem repercussões graves não só sobre a própria pessoa mas também em todos os que os rodeiam contribuindo para o agravamento do estado geral de saúde física e mental, acréscimo dos cuidados de saúde e consequentes despesas, aumento da taxa de mortalidade e suicídio (Spar & Rue, 2005; Straub, 2005).

A depressão, nestas idades, passa despercebida e não é tratada por várias razões, como os sintomas depressivos serem escondidos por detrás de outras doenças, por ser interpretada como consequência do próprio processo de envelhecimento, ou porque as pessoas não querem admitir que estão doentes e recusam solicitar ajuda, por circunstâncias sociais. No entanto, esta é uma patologia curável e o recurso a uma terapia não deve ser negado (Spar & Rue, 2005; Straub, 2005).

A solidão é uma reconstrução da experiência de estar só num dado lugar e momento da vida de uma pessoa. A solidão pode ser entendida como o isolamento físico dos outros ou pode ser um sentimento em que a rejeição por parte dos outros é manifesta. Percebemos então, que com o devido apoio social, a ajuda na construção de uma rede social protetora dos mais idosos, podemos antecipar e evitar estados depressivos e ajudar assim, os mais velhos a enfrentarem os desafios do envelhecimento (Cabral & Ferreira, 2013; Spar & Rue, 2005; Straub, 2005).

Quando não tratada, a depressão aumenta o risco de suicídio (Straub, 2005).

Os estudos indicam que a depressão, tal como a solidão nesta fase da vida de uma pessoa, atinge as mulheres numa percentagem superior à dos homens. Este facto justifica-se pelo falecimento mais prematuro nos homens e porque as mulheres procuram ajuda e cuidados psiquiátricos com menor frequência e, consequentemente, não lhes serem diagnosticada a depressão. Parece não existir, no entanto, qualquer relação com o estatuto socioeconómico nem grau de instrução e depressão no idoso (Cabral & Ferreira, 2013; Straub, 2005).

A depressão *major* é considerada a forma de perturbação do humor mais grave nos idosos com 65 anos ou mais. Com uma incidência elevada, esta tem tendência a aumentar com o avançar da idade e é responsável pelo internamento em unidades psicogerítricas de mais de 60% dos idosos (Spar & Rue, 2005).

A depressão *major* é caracterizada por, no mínimo, quatro ou cinco dos sintomas como, humor deprimido durante a maior parte do dia e praticamente todos os dias, diminuição vincada no prazer e interesse por qualquer atividade, perda ou aumento significativo de peso, insónias ou hipersónias diárias, agitação psicomotora e lentidão quase todos os dias, sentimento de inutilidade e sem valor, cansaço e perda de energia, sentimentos de culpa, dificuldade de concentração e tomada de decisões, ideação suicida recorrente ou pensamentos sobre a morte, sintomatologia psicossomática, não estando esta última necessariamente presente uma vez que o idoso, apresentando outras queixas de cariz físico, acaba por esconder esta sintomatologia depressiva (Abreu, 2006; Spar & Rue, 2005).

Os idosos são traumaticamente afetados pelas ruturas que acontecem nesta fase das suas vidas e a descontinuidade a ela associada, produzindo mudanças na pessoa e

nas suas redes sociais e de suporte. Deste modo, a experiência da institucionalização, poderá ter influência negativa com tudo o que ela representa, uma rutura, não só com o meio social, mas também com o seu espaço físico que era próprio da pessoa (Fernández-Ballesteros & Rodríguez, 2009).

Dos fatores com maior influência no grau de depressão vivido por uma pessoa, é a perceção que esta tem da existência de um suporte social, a informação, o apoio emocional e material, a capacidade de resiliência recebida das relações interpessoais. O envolvimento social do indivíduo com a sua família, o seu grupo de pares, membros da sua comunidade e todos aqueles que formam a sua teia social do dia-a-dia em sociedade, representa, igualmente, aspetos muito importantes para o bem-estar psicológico da pessoa (Cabral & Ferreira, 2013).

Patologias do Espectro Neurótico

Neurose Histérica

A histeria é uma patologia marcada pelo exagero e a teatralidade. Tende a diminuir de importância à medida que a idade avança. No idoso, muitas vezes estas manifestações não são vistas como histerias mas sim como forma de chamar a atenção que lhe foi sendo negada assim como em busca de carinho e reconforto. Os sintomas psicossomáticos são outra forma de cativar a atenção (Oulès, 1978).

Algumas das doenças psicossomáticas nestas idades são o prurido vulvar e anal, exacerbação de dores artríticas e a obstipação crónica sendo que a regressão oral e anal explicam estes fenómenos (Oulès, 1978).

As crises histéricas nos idosos são frequentes e aparecem associadas a ansiedade, por vezes com aspeto dramático e sintomas hipocondríacos, numa luta constante pela chamada de atenção dos que os rodeiam. A somatização, para além de ser uma manifestação histérica no idoso, é também um mecanismo de defesa frequentemente utilizado como uma conversão somática de angústia, depressão e refúgio afetivo (Oulès, 1978).

Neurose Obsessivo-Compulsiva

Só muito raramente este tipo de neurose surge pela primeira vez na velhice, no entanto, quando ela está presente, é normal verem-se os sintomas compulsivos (ideias obsidiantes, atos indesejáveis, rituais constantes, pensamentos perseverantes, verificações persistentes) tornarem-se importantes. O envelhecimento por si só, não confere um carácter particular às obsessões. Pode-se apenas afirmar que as obsessões menores tendem a acentuar-se com a idade (Oulès, 1978).

Neuroses Fóbicas

Para alguns autores, as neuroses fóbicas podem surgir na velhice, sendo as mais frequentes o medo de ir à rua, medo de armazéns, medo de cair, medo de multidões. Ao terem estas fobias, os idosos rejeitam atividades que envolvam esses medos ou fobias, levando ao seu isolamento e à somatização dos seus medos, referindo que não realizam as atividades porque, por exemplo, a sua saúde não o permite (Oulès, 1978).

Como causa da aparição destas fobias, podemos considerar a angústia sentida pelo idoso face a um passado inalterável que se junta a uma depressividade e agressividade que, anteriormente, se encontrava latente (Spar & Rue, 2005).

Perturbações de Ansiedade

Estas serão as perturbações mais frequentes no idoso e são aquelas em que existem dificuldades em diagnosticar corretamente, uma vez que podem ser confundidos sintomas de ansiedade com perturbação de ansiedade. Estes autores centram-se mais nos aspetos físicos (cansaço exacerbado, agitação, sensação de nervosismo, irritabilidade, dificuldade de concentração, taquicardia) que resultam desta perturbação, do que dos aspetos subjetivos (Spar & Rue, 2005).

Existem diversos tipos de ansiedade: a *situacional* (concebida por acontecimentos por si só criadores de ansiedade, como por exemplo, ir ao dentista); a *adaptativa* (alterações no ciclo de vida de uma pessoa, por exemplo, um divórcio); a *generalizada* (diz respeito a todos os aspetos da vida da pessoa); a *fóbica* (medos associados a situações particulares); ligada a *perturbações obsessivo-compulsiva* (que já existe na pessoa antes da entrada nesta fase da vida) e ligada a *perturbações de pânico* (facilmente confundidas com doenças físicas, enfarte do miocárdio ou acidente isquémico transitório) (Spar & Rue, 2005).

Patologias do Espectro Psicótico

Psicoses de Início Tardio

A prevalência de psicose de início tardio é difícil de estimar, todavia, é possível a existência de psicose em pessoas com 65 anos ou mais, seja esquizofrenia, perturbação delirante, perturbação do humor e psicose induzida por substâncias, também se considera a demência (Alzheimer ou Demência Vascular) como “atividade delirante” (Spar & Rue, 2005).

A apresentação clínica da psicose de início tardio depende do diagnóstico que lhe é subjacente. Devido a isto, podem existir variações consoante se trate de uma perturbação do humor com psicose ou de uma demência com psicose (Spar & Rue, 2005).

Relativamente aos sintomas, consideram-se as alucinações, as ideias delirantes e embotamento afetivo, sendo mais frequente no sexo feminino (Spar & Rue, 2005).

Esquizofrenia

Estudos mostram que a esquizofrenia é uma doença que envolve uma predisposição genética ao mesmo tempo que necessita de uma ativação intrapsíquica e interpessoal, não esquecendo outros fatores extrínsecos (ambientais) e intrínsecos (psicológicos) para a manifestação da doença numa determinada pessoa (Gabbard, 1998).

Apesar das grandes descobertas destes estudos, nenhum deles reduz um facto inabalável: a esquizofrenia é uma doença que afeta uma pessoa com perfil psicológico único, logo, mesmo que os fatores genéticos correspondam a 100% da etimologia da doença, os clínicos ainda se confrontariam com uma pessoa dinamicamente complexa que luta contra uma doença muito perturbadora (Gabbard, 1998).

Os sintomas da doença podem dividir-se em três grupos, uma vez que as manifestações clínicas da esquizofrenia mudam rápida e facilmente. Podemos falar de sintomas positivos, sintomas negativos e relacionamentos pessoais desorganizados (Gabbard, 1998).

Os sintomas positivos caracterizam-se por alterações no curso e conteúdo do pensamento (delírios), da percepção (alucinações sensoriais e delírios persecutórios) e manifestações comportamentais (catatonia, agitação) (Gabbard, 1998).

Os sintomas negativos incluem embotamento afetivo, pobreza e desorganização do pensamento e do discurso, apatia e anedonia. Doentes em que os sintomas negativos prevalecem, indicam anomalias na estrutura cerebral (Stefan, Travis, & Murray, 2002).

Os relacionamentos pessoais desordenados tendem a evoluir ao longo do tempo e incluem isolamento social, expressões inadequadas de agressividade e sexualidade, falta de consciência das necessidades dos outros, solicitações excessivas e incapacidade de fazer contatos significativos com outras pessoas (Stefan, Travis, & Murray, 2002).

Os sintomas negativos da esquizofrenia estão em relação com uma certa vulnerabilidade, tanto do ponto de vista familiar como genético. A sintomatologia positiva, está relacionada com a rutura precoce e severa com o ambiente familiar (Spar & Rue, 2005).

A esquizofrenia desenvolve-se, caracteristicamente, entre o final da adolescência e meados da terceira década de vida, sendo muito raro o seu aparecimento antes da adolescência. Contudo, a esquizofrenia pode surgir numa fase mais tardia da vida sendo caracterizada pela predominância dos sintomas positivos, com perseveração do afeto e do funcionamento social (Stefan, Travis, & Murray, 2002).

Depois dos 65 anos de idade, o quadro clínico é acompanhado por défices cognitivos e, muitas vezes, os sintomas psicóticos são encobertos pelos pacientes, confundindo-se com crises de ansiedade (Spar & Rue, 2005).

Reabilitação cognitiva

Existe um declínio cognitivo associado à idade, com algumas funções deterioradas como a memória e o raciocínio, que pode ser minorado, ou retardado, com o recurso a programas de treino cognitivo com diferentes exercícios para cada função cognitiva (Triadó & Villar, 2007).

Os programas de treino cognitivo têm como objetivo levar a cabo uma intervenção global, para o qual são criados exercícios que colocam em ação diferentes processos mentais, como a memória, e envolvem funções executivas como a planificação, a atenção, a seleção e a coordenação. Estes exercícios visam fortalecer e manter vivas as conexões de redes neuronais subjacentes (Triadó & Villar, 2007).

No entanto, há que ter em consideração outros fatores que devem ser mantidos ativos, como o exercício físico, a qualidade do sono, presença ou ausência de patologias e o envolvimento social da pessoa (Ska & Joannette, 2006).

Nos idosos, os recursos para tarefas de atenção parecem estar diminuídos pelo fato desta ser um pré-requisito para qualquer processamento de informação. Justifica-se realizar algumas sessões nos programas de treino cognitivo. O cérebro recorre à sua capacidade de adaptação, seus recursos de neuroplasticidade, para restabelecer o seu equilíbrio. Esta neuroplasticidade é visível, segundo alguns autores, tanto em cérebros normais, mas também em pessoas com demência ou traumatismos. A psicoestimulação ou estimulação das funções cognitivas torna-se pertinente nos casos em que estas estão manifestamente deterioradas (Johansson, 2000).

É pertinente a realização de exercícios de linguagem que consistem no processo de codificação da informação na memória e na recuperação da mesma. No entanto, com o envelhecimento, há alterações no processo de compreensão tal como diminuição da fluidez verbal, assim, a realização de exercícios de linguagem tem como objetivo aumentar esta fluidez e favorecer a evocação através da linguagem. É importante treinar, por meio de exercícios, a função cognitiva relacionada com a orientação espaciotemporal para que esta seja mantida ou estimulada, uma vez que é uma das funções mais facilmente afetadas por certas perturbações cognitivas. As mnemotécnicas são estratégias para a estimulação da memória com a função de facilitar a memorização e a recordação, convertendo a informação de maior relevância (Triadó & Villar, 2007).

Ainda segundo Anderson, Winocur e Palmer (2010), a reabilitação cognitiva é uma forma de intervenção na qual familiares e pacientes trabalham em conjunto com profissionais da saúde com o propósito de recuperar défices cognitivos, o que salienta a importância do trabalho em equipa, daí, a importância dos grupos Psicoeducativos.

O programa informático *RehaCom*, *software* utilizado no Centro, permite exercitar e estimular as funções cognitivas supramencionadas. Este programa é utilizado

em caso de pacientes com lesões cerebrais, em contexto psiquiátrico, tratamento de deterioração cognitiva como é o caso das pessoas de idade avançada. É aplicado no quadro da psicologia clínica em pessoas com deterioração cognitiva causada não só pela idade mas também pós AVC (acidente vascular cerebral), traumatismos cranianos, doenças do sistema nervoso central ou demências diversas (Schuhfried, 2009).

O programa em si é adaptado a cada caso, uma vez que permite a seleção de níveis que se enquadram na deterioração cognitiva de cada pessoa. Após uma prévia avaliação neuropsicológica, o técnico responsável pela aplicação das provas deverá ser capaz de decidir qual a prova que mais se adequa ao nível de deterioração mas também as funções cognitivas mais lesadas. Na prática, o aparelho é munido de botões de grande dimensão para que a pessoa sinta a menor dificuldade possível, do ponto de vista físico, em executar as diferentes tarefas (Schuhfried, 2009).

As provas de estimulação cognitiva vão incidir sobre as funções da atenção, concentração, orientação visuo-espacial, memória visual, evocação, memória de curto-termo, memória grafo-visuo-espacial, coordenação motora, raciocínio operacional, coordenação visuo-espacial, raciocínio lógico, lateralidade espacial, atenção distribuída, comportamento reativo e a capacidade de organização e planeamento de atividades (Schuhfried, 2009).

Psicologia Clínica

A Psicologia Clínica é definida como uma subdisciplina da psicologia que tem como objeto o estudo, avaliação, diagnóstico, ajuda e o tratamento do sofrimento psíquico. Com efeito, trata-se de uma disciplina autónoma quer do ponto de vista prático quer teórico, não sendo nem psicopatologia nem psicologia médica ou

psiquiatria. O termo abrange uma definição mais ampla em que é descrita como uma psicologia individual e social, normal e patológica. Ela diz respeito ao indivíduo em todo o seu processo de crescimento, desde o recém-nascido ao ser que envelhece e morre (Pardinielli, 1999).

O método clínico é composto por uma série de técnicas que podem ser utilizadas na recolha de dados e de conhecimento da pessoa e aferir o que a perturba, com o objetivo de a ajudar a ultrapassar essas dificuldades. A técnica de questionar, entrevistar a pessoa e explorar ao máximo os conteúdos, consiste numa das técnicas mais utilizadas, bem como a reflexão, clarificação, reformulação, confronto, interpretação e provocação (Leal, 2008).

Do ponto de vista da intervenção clínica descrita no presente relatório, foi seguido o modelo Rogeriano da Abordagem Centrada na Pessoa, alicerçado nos seus três pilares fundamentais: o postulado da tendência atualizante, as seis condições necessárias e suficientes para que haja mudança terapêutica e a orientação não diretiva (Hipólito, 2011).

Todo o organismo, incluindo-se o ser humano, tende a evoluir num sentido de maior complexidade, maior inter-relação, tomada de consciência de si e do mundo que o rodeia. O ser humano desenvolve capacidades que lhe permitem adaptar-se às realidades encontradas ao longo da vida, encontrado sempre estratégias que lhe permitem adaptar-se e fazer face a dificuldades com as quais se confronta. A tendência formativa implica a existência de potencialidades adaptativas e evolutivas constituintes de cada ser humano (Hipólito, 2011).

Neste sentido, o conhecimento que deveremos ter da pessoa que está diante o terapeuta, deverá ir além dos aspetos biológicos, para se focar nos aspetos psicológicos e

na sua espiritualidade, tudo o que é subjetivo e que influencia a sua vivência como as suas crenças, mitos, valores, sensibilidade e tudo o que é oculto à realidade objetiva. Ao atuar-se na afetividade e na profundidade dos anseios da pessoa, ela liberta a sua sensibilidade e a atualização para o aperfeiçoamento através da religação ao bem que perdeu, ansiou e encontra. Ao atuar no “comportamento natural, ela liberta a originalidade pragmática” (Lopes, 2006).

A não diretividade exercida com o Outro quando se está em relação, é o acreditar nesse Outro, pressupor que este tem dentro de si a capacidade para solucionar os seus problemas amadurecendo comportamentos num movimento de crescimento interior que lhe permitem adaptar ao exterior. Todas as pessoas têm dentro de si recursos e respostas adaptativas ao meio, por conseguinte, o papel do terapeuta é ajudar a que cada um encontre essas respostas por si próprio, acreditando nele. As técnicas utilizadas com este fim são a reformulação e as respostas de compreensão empática. Só a confiança e manifestação de respeito pela pessoa permite que esta tome consciência das suas incongruências entre o *self* e a experiência orgânica com o meio com a consequente tomada de decisões (Hipólito, 2011).

Se as seis condições necessárias e suficientes para que haja mudança terapêutica estiverem presentes aquando do estabelecimento de relação entre o terapeuta e a pessoa, então haverá mudança construtiva nessa pessoa. Quanto maior for o grau destas seis condições, mais importantes serão as mudanças. Estas seis condições são: contato psicológico que tem que estar sempre presente, pode ser mínimo e envolve duas pessoas que fazem alguma diferença uma à outra, estando conscientes, ou não, deste fato; a primeira pessoa, a que chamamos cliente, tem que estar incongruente, ansiosa ou vulnerável; na terceira condição, a segunda pessoa, a que chamamos terapeuta, deverá estar congruente ou integrada na relação; o terapeuta tem sobre o cliente um olhar

incondicional positivo aceitando-o como pessoa autónoma, diferente e única; o terapeuta tem uma postura de compreensão empática sobre o quadro de referência do cliente; a comunicação ao cliente da compreensão empática e do cuidado incondicional positivo é minimamente conseguida, é a sexta condição (Hipólito, 2011).

Depreende-se que para que haja uma relação de ajuda, a comunicação entre os dois intervenientes é muito importante e tem como objetivo facilitador de um relacionamento empático, revelador e descoberta, persuasão mútua para plena adesão aos meios combinados (aliança terapêutica) e o compromisso com que ambas as partes encetaram a relação e se propõem alcançar (Lopes, 2006).

Como facilitadores da comunicação temos a escuta passiva (silêncio), que encoraja o cliente a falar. As respostas de reconhecimento são a demonstração por parte do terapeuta para com o cliente que este está a ser escutado e que se lhe é prestada atenção. Convidar o outro a falar (convites calorosos) passa pela postura que se tem em relação ao outro e, sem ser preciso dizer o que quer que seja, o cliente sente-se confortável na relação e mais facilmente exporá as suas dificuldades. A escuta ativa (*feedback*), é outro facilitador de comunicação que leva o cliente a sentir-se respeitado, compreendido e aceite (Gordon & Noel, 1998).

Avaliação Psicológica

Ao contrário dos testes neuropsicológicos, que se baseiam no conhecimento das interações cérebro-comportamento com o objetivo de avaliar as funções nervosas superiores em doentes neurológicos, os testes psicológicos (psicométricos), foram concebidos para medir a inteligência em indivíduos saudáveis e não levam em consideração a anatomia nem a fisiologia do cérebro (Caldas & Mendonça, 2012).

Toda a avaliação tem por objetivo a recolha do maior número de informação possível para uma tomada de decisão. A avaliação psicológica visa a descoberta de informação psicológica de uma pessoa com para a uma tomada assertiva de decisões. Estas decisões podem ser de seleção, no caso de avaliação de uma pessoa para desempenhar determinadas funções, decisão de monitorização, em que se pretende aferir o sucesso, ou insucesso, de uma determinada terapêutica aplicada a uma pessoa, decisão de investigação que visa a obtenção de informação sobre hipóteses formuladas a propósito de algum estudo em curso e a decisão de diagnóstico que se prende com uma terapêutica ou forma de intervenção com determinada pessoa (Ribeiro, 2010).

A avaliação psicológica recorre, além da entrevista clínica, a testes que permitam o diagnóstico de uma perturbação e a consequente terapêutica a aplicar. A função do psicólogo é a de identificar as reações que são normais a uma determinada doença das que são psicopatológicas, avalia a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida de pessoas que têm, ou não, doenças. Além das técnicas utilizadas, nomeadamente com recurso a testes, a dimensão subjetiva da pessoa nunca deverá ser negligenciada (Ribeiro, 2010).

Com o propósito de avaliar a personalidade, temos à disposição vários instrumentos, como é o caso dos testes projetivos Rorschach (Chabert, 2003) e o MMPI (Ribeiro, 2010), ou a sua versão mais reduzida, o MINI-MULT (Anastasi & Urbina, 2000).

Tais testes permitem uma investigação dinâmica e holística da personalidade, aborda-se a personalidade como uma estrutura em constante crescimento, cujos elementos constitutivos interagem (Anzieu, 1989).

Essencialmente, os testes projetivos distinguem-se dos de aptidão pela “ambiguidade do material apresentado ao sujeito e pela liberdade que lhe é dada para responder” (Anzieu, 1989).

O MMPI permite uma avaliação de forma prática, objetiva e multifásica. Este questionário permite explorar o mais possível os diferentes aspetos da personalidade patológica e normal de uma pessoa. O *Multiphasic Personality Inventory* (Mini-Mult) consiste numa versão reduzida do MMPI (Inventario Multifásico de Personalidade Minnesota), no qual foram seleccionados 71 itens como representativos das escalas do MMPI. Apresenta um menor número de itens, com o conseqüente ganho de tempo e adesão. O Mini-Mult demora cerca de 10 minutos e consiste em respostas de “Verdadeiro” ou “Falso”. Por outro lado, tem menos escalas clínicas (8), 3 escalas de validade e não tem escalas de conteúdo. O Mini-Mult demonstra ter um valor prático para os clínicos, dando informação clínica essencial e significativa (Anastasi & Urbina, 2000).

Como escalas de validade temos a “L” (“mentira”), constituída por 15 questões, as quais visam aferir se a pessoa reconhece ter um comportamento desajustado. Os itens referem-se a situações socialmente desejáveis mas raramente aceites;

A segunda escala de validade é a “F” (“frequência”), com 64 perguntas de baixa frequência de respostas, nas quais determinado número de pessoas está de acordo. Permite identificar em várias dimensões, comportamentos, experiências e pensamentos atípicos;

Por fim, a terceira escala de validade, a “K” (“fator de correção”), é composta por 30 itens seleccionados e não identificados. Pretende explorar a atitude da pessoa face aos seus sintomas, possibilitando a identificação de fatores discretos mas eficazes,

aumentando a sensibilidade do instrumento e proporcionando um meio de correção (Anastasi & Urbina, 2000).

As 8 escalas clínicas são a Hipocondria (Hs), Depressão (D), Histeria (Hy), Desvio psicopático (Pd), Paranóia (Pa), Psicastenia (Pt) (preocupações, ansiedade, tensão, dúvidas, obsessões), Esquizofrenia (Sc) e a Hipomania (Ma) (Anastasi & Urbina, 2000).

À utente é pedido que responda Verdadeiro ou Falso a cada afirmação, tentando que as respostas não sejam muito demoradas entre elas e por ordem. Após a cotação é obtida uma resposta bruta para cada uma das escalas que será convertida em nota T, sendo a média 50 e o desvio-padrão 10. Notas T acima de 70 são consideradas indicadores de patologia. É a análise do modo como as utentes se posicionam em cada uma das escalas que permite descrever o perfil de personalidade (Anastasi & Urbina, 2000).

O teste de Rorschach tem por objetivo uma intenção exploratória e uma abordagem pluridimensional para a melhor compreensão possível da pessoa. A ideia da exploração da personalidade através da análise das reações da pessoa a um estímulo e a possibilidade de utilização dos resultados em múltiplas perspetivas, é base neste teste (Chabert, 2003).

O teste de Rorschach permite aferir a perceção em função das preocupações essenciais da pessoa, dos modos de organização da sua relação com os objetos e dos fantasmas e afetos subentendidos nas palavras-imagens que ela vai dar. Permite perceber como é que a pessoa se organiza no mundo real em função do seu mundo interior, do seu imaginário, dos seus fantasmas. A pessoa mostra-nos o seu funcionamento psíquico (Chabert, 2003).

Este teste é constituído por 10 pranchas que são mostradas por ordem crescente, uma a uma, à pessoa. As manchas, simétricas, presentes em cada prancha são ambíguas quanto ao significado. Cada mancha de uma prancha constitui uma interpretação sensorial a organizar como uma percepção pelas características das mesmas e é a partir disso que surgem as respostas verbais que a pessoa dá ao ser convidada a dizer tudo sobre o que poderia ver nessas manchas. São tidas em consideração as respostas verbais e não-verbais bem como o tempo levado para dar cada resposta. Estas respostas são anotadas e a cotação é manual. Segundo Nina Rausch (1983), o termo “modo de apreensão” define a localização, o quadro perceptivo no qual se molda o conteúdo da resposta (Chabert, 2003).

A análise das pranchas faz-se pelos modos de apreensão. Esta abordagem dita «intelectual», classicamente é como a pessoa faz a sua lógica de raciocínio, da exploração das potencialidades criativas e a adaptação à realidade objetiva quanto à localização de modo simples global (G) ou nos detalhes (D, Dd, Dbl, Do) associados (G ou Dbl) e sincréticos ou elaborados (G, barrado), ou contaminado, confabulado, informulado e elaborado (D/G). Os Determinantes (F) formais, com boa forma (F+) ou má forma (F-) ou ainda, com base na cor (CF/FC). As respostas com movimento também fazem parte dos determinantes, as Cinestésias (K, Kan, Kob, Kp) e ainda a textura, Estompagem (FE, EF, E) e os determinantes claro-escuro (FClobF, Clob). Quanto aos Conteúdos, as categorias previstas a exemplo, podem ser (A) animais inteiros, (Ad) partes de animais, (H) humanos inteiros, (Hd) partes de um humano, (Anat) Anatomia, (Nat) Natureza, (Pl) plantas, (obj) Objetos, entre muitos. As Banalidades (Ban) são a frequência estatística da prova, que está de acordo com a frequência da população (Chabert, 2003).

A nível interpretativo, Nina Rausch (1983) propõe três níveis a partir dos dados do psicograma e da normalização dos resultados. Eixo I – Análise da dinâmica cognitiva (G%; D%; Dd%; Dbl%; F%; F+%). Eixo II – Análise da Socialização (A%; H%, Ban; K; Kan) e o Eixo III – Análise da dinâmica afetiva (TRI; FC; RC%; IA). O TRI, tipo de ressonância interna, é a comparação do somatório das grandes cinestésias com a soma ponderada da cor ($\sum K: \sum C$), se K for menor que C o mundo interno domina se o K for maior que C então domina o mundo externo. O (FC), fórmula complementar, é-nos dado por $(Kan+Kob+Kb) \times K: \sum C$ e se existe coerência entre a formula complementar e o TRI, então diz-se que a formula complementar confirma, ou se vai na mesma direção ou não. O RC% é-nos dado pela fórmula do somatório da prancha VIII+IX+X a dividir por R e multiplicado por 100. O RC% vai-nos dar a reatividade da pessoa às cores pastel. O (IA) Índice de Angústia é nos dado pela fórmula $IA = Hd+Sx+Sg+Anat$ a dividir por R vezes 100. O índice de angústia procura saber de que forma a pessoa conseguiu controlar ou não a emergência dos conteúdos parciais, manifestos (Chabert, 2003).

Cada prancha remete para um conteúdo latente e apela a determinados conflitos psíquicos inconscientes da pessoa:

I – Identidade da pessoa uma vez que se trata da primeira prancha, o contato com quem aplica o teste, imagem materna pré-genital;

II- Pulsões agressivas, afetos, evocação sexual e problemas de identidade;

III- Representação do casal parental;

IV- Prancha da autoridade (sem especificar se paterna ou materna), forma como a pessoa se identifica com o seu sexo e com a forma fálica e viril;

V- Identidade corporal, representação de si e do seu corpo;

VI- Identidade sexual, implicações sexuais, evocação viril;

VII- Relação materna, implicações sexuais, evocação feminina ou materna;

VIII- Mundo socio-afetivo e adaptação ao real;

IX- Posição da pessoa face ao mundo;

X- Relação social, capacidade de unificação e angústia de fragmentação (Chabert, 2003).

Tendo em conta que inúmeros foram os autores, escolas e correntes (Europa, Estados Unidos da América) que se dedicaram, não só ao estudo mas também à utilização deste teste, existem várias interpretações possíveis, remetendo elas para mais ou menos os mesmo conteúdos. No presente relatório, é levada em consideração a interpretação e leituras de Anzieu e Nina Rausch de Traubenberg (Chabert, 2003).

No teste de Rorschach, a existência de mecanismos de defesa, permite determinar a flexibilidade ou rigidez da organização afetiva da pessoa, o seu caráter operante e as suas qualidades específicas. Os mecanismos de defesa são operações através das quais a pessoa exprime clinicamente as suas defesas. “A defesa é o conjunto de operações cuja finalidade é reduzir um conflito intrapsíquico, ao tornar inacessível à experiência consciente um dos elementos do conflito”. O termo projeção, introduzido por Freud em 1894, é um mecanismo de defesa que faz com que uma percepção interna seja alterada ao nível do conteúdo e que chega à consciência como uma percepção exterior, a projeção é o ato de expulsar de si próprio e colocar no outro qualidades, sentimentos ou desejos que o próprio recusa para si (Chabert, 2003).

No caso das Neuroses histéricas, funcionamento lábil, temos como principais mecanismos de defesa a linguagem adjetiva muito densa, lábil e precipitada, muitas

referências pessoais, recusas, evitamentos, recalcamientos, dramatizações verbais, afetos muito intensos e afetos contrastados. Nas Neuroses fóbicas / ansiosas, funcionamento de inibição com bloqueios, deslocamentos, fugas, atração / repulsão e anatomias. Quanto às Neuroses obsessivas, funcionamento rígido, as denegações, minimizações, ruminações, dúvidas, poucos afetos, controle (mais respostas G) e as intelectualizações são os mais comuns. Por fim, nas Psicoses, a projeção de agressividade, atribuição de intenção, interpretação projetiva, clivagem e vigilância paranóide são os mecanismos de defesa mais frequentes (Chabert, 2003).

Avaliação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica é um conjunto de exames complementares de diagnóstico que visa fornecer informação adicional para o diagnóstico de demências e do tipo de demências. Esta avaliação consiste num estudo aprofundado das diferentes funções nervosas superiores, tais como a atenção, memória, orientação, iniciativa, linguagem, cálculo, praxias, gnosias, abstração, raciocínio lógico e funções executivas. A avaliação é feita com recurso a baterias de testes dirigidos a cada função mental, e inclui também escalas de humor e de atividade de vida diária. Os testes são selecionados e interpretados com base no conhecimento da relação cérebro-comportamento. Através destes exames complementares de diagnóstico, teremos uma noção sobre a existência, ou não, de alterações cognitivas, especifica e quantifica a gravidade dessas alterações, o que contribui para um diagnóstico diferencial de algumas situações, como a do envelhecimento normal, defeito cognitivo ligeiro ou demência (Caldas & Mendonça, 2012).

É fundamental que este diagnóstico complementar com recurso à avaliação neuropsicológica se faça o mais cedo possível de maneira a poder-se intervir o mais precocemente possível em qualquer tipo de demência. Dai a importância da precocidade do diagnóstico de demência. Para que uma boa estratégia de reabilitação possa ser implementada, é necessário aferir se existem modificações em relação ao nível pré-mórbido, o tipo e a gravidade dos defeitos cognitivos (Castro & Mendonça, 2012).

Os objetivos desta avaliação são de diagnóstico mas também de acompanhamento da evolução, estudo de efeitos de intervenção terapêutica, estudo para inserção de doentes em programas de reabilitação e ainda dar resposta a questões médico-legais (Caldas & Mendonça, 2012).

Para além da bateria de testes aplicada a um paciente, é necessário complementar e completar com dados recolhidos na história clínica detalhada. Esta história clínica, anamnese, deve incluir sempre que possível, as informações do próprio doente, mesmo que essas informações não estejam claras ou não correspondam à realidade, pois a análise da discrepância entre a informação fornecida pelo doente e aquela que é facultada pela família ou pessoas próximas, é um excelente contributo para o diagnóstico (Caldas & Mendonça, 2012).

Existem diversos instrumentos para a avaliação neuropsicológica que contribuem para o diagnóstico de demências, no entanto, o tempo de aplicação de uma bateria de testes está dependente não só dos testes em si, mas também das características dos idosos que podem interferir no desempenho dos testes e no seu real resultado. Há que levar em consideração pessoas com cansaço fácil, falta de motivação, distratibilidade, depressão ou efeitos de medicação que podem afetar qualitativamente e quantitativamente os níveis de desempenho (Caldas & Mendonça, 2012).

No estudo neuropsicológico da demência são utilizadas várias escalas de sintomas psicopatológicos como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS – Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009) para a depressão na demência, o Desenho do Relógio (CDT – Clock Drawing Test - Shulman et al, 1993) com vista à aferição do estado de memória, compreensão, noção espacial e temporal, abstração, planeamento, concentração, capacidades visuoespaciais, a Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS – Rosen, Mohs & Davis, 1984) para a doença de Alzheimer e também o Exame Breve de Estado Mental (MMSE – Folstein, Folstein & Mc Huh, 1975, adaptado por Manuela Guerreiro e Colabs. 1994) teste breve onde se pode aferir a gravidade da demência (Caldas & Mendonça, 2012).

Outra escala utilizada em contexto de avaliação neuropsicológica, é a Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS – Wechsler, D., 2008)., embora esta não ter sido utilizada nas avaliações durante o estágio relatado no presente relatório (Caldas & Mendonça, 2012).

IV PARTE – APRESENTAÇÃO DE CASOS PRÁTICOS

Acompanhamento Psicológico

No decorrer do período de estágio foram acompanhadas 4 utentes do Centro com diversas dificuldades e às quais foram feitas avaliações anteriores ao mesmo acompanhamento psicológico. Apenas 2 serão descritos em pormenor sendo os outros 2 apresentados e feita uma breve descrição.

O critério de inclusão que levou à escolha dos 2 casos a apresentar, foi a assiduidade e frequência com que foram acompanhados. Com efeito, estes 2 casos desenvolvidos são casos em que as utentes participaram em todas as sessões e em que foi possível aferir com melhor exatidão o seu estado psicológico e foi possível perceber a evolução dos seus sentimentos face à realidade.

Não houve qualquer caso de acompanhamento psicológico que tivesse sido sobreposto com reabilitação cognitiva e recurso ao programa informático *RehaCom* que tivesse sido praticado pelo estagiário em psicologia.

Por motivos de privacidade e de respeito pela identidade das utentes, os seus nomes não serão revelados e dar-se-ão letras para as identificar.

A primeira utente a ser descrita, trata-se de A. F., nascida a 18 de Novembro de 1925, 87 anos de idade, em Sintra, Portugal. Apresenta algumas dificuldades de marcha em virtude de uma grande curvatura dorsal. Sofre da doença de Parkinson. É viúva e sem filhos, morava sozinha. Chegou ao Centro no mesmo dia em que o estagiário em psicologia iniciou o seu estágio. Está num quarto “provisório” à espera que uma cama se libere para que possa mudar e instalar-se definitivamente.

Este caso foi proposto ao estagiário em psicologia justamente por ser alguém que estaria a ser institucionalizado e, com o objetivo de ajudar na sua integração e processo de institucionalização, propôs-se este acompanhamento.

A primeira sessão decorreu a 22 de Outubro de 2012 e, para além das apresentações, foi feita a entrevista clínica e a respetiva anamnese.

Numa segunda sessão, foram aplicados 2 testes, a Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS – Rosen, Mohs & Davis, 1984) para a doença de Alzheimer e também o Exame Breve de Estado Mental (MMSE – Folstein, Folstein & Mc Huh, 1975, adaptado por Manuela Guerreiro e Colabs. 1994).

Uma terceira sessão, foi dedicada à aplicação de um teste projetivo de Rorschach (Chabert, 2003).

Após estes testes e a respetiva avaliação psicológica, A. F. foi acompanhada durante mais 19 sessões com intermitências. Devido ao seu estado de saúde, entre várias consultas médicas no exterior do Centro e o agravamento do seu estado de saúde físico, ao ponto de ter que se deslocar com auxílio de uma cadeira de rodas, a necessidade de repouso, tornou-se inviável ter regularidade neste acompanhamento. Houve sessões, destas 19, que tiveram que ser efetuadas no quarto da utente acamada. Não podendo sair do seu espaço de institucionalização e não podendo proporcionar um *setting* neutro, ficou inviabilizada a possibilidade de colocar de lado fatores parasitas que pudessem condicionar o sucesso deste acompanhamento. Ainda assim, sempre que possível, julgou-se útil para esta utente que tivesse a possibilidade, caso o deseja-se, de falar sobre as suas dificuldades ou problemáticas que pudesse ter.

Esta utente é uma pessoa muito organizada e que não gosta de nada fora do seu lugar nem que lhe alterem as suas rotinas. Sente-se perdida e confusa e torna-se

repetitiva enquanto não vê o que a incomoda voltar ao seu lugar e que esteja como deseja. O fato do seu estado de saúde se ter repentinamente deteriorado, foi algo que a incomodou e por essa razão, a presença do estagiário no seu quarto acabou, de certa forma, por ir contra o que para ela seria desejável.

O dia 29 de Julho de 2013, foi o último dia em que houve a oportunidade para a realização de uma última sessão.

Uma segunda utente aqui descrita, começou a ser acompanhada pelo estagiário em psicologia apenas no segundo semestre, tendo a primeira sessão de contato ocorrido a 20 de Fevereiro de 2013. S. M. começou repentinamente a manifestar sintomas depressivos, chorava frequentemente, o seu estado físico deteriorou-se repentinamente e tinha constantes quedas, o que manifestamente a deixava ainda mais triste sobretudo quando se apercebia desta mesma degradação.

S. M. nasceu a 21 de Dezembro de 1927, 86 anos, em Lisboa, Portugal. É divorciada e mãe de 1 filho que reside em África do Sul. S. M. viveu muitos anos em África e regressou a Portugal depois do divórcio com o seu marido há 20 anos atrás. Está no Centro há 4 anos.

Para além desta primeira sessão em que foi feita uma entrevista clínica e em que houve apresentação de ambas as partes, numa segunda sessão foi aplicado um Exame Breve de Estado Mental (MMSE – Folstein, Folstein & Mc Huh, 1975, adaptado por Manuela Guerreiro e Colabs. 1994) bem como a Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS – Rosen, Mohs & Davis, 1984) para a doença de Alzheimer.

Conseguiram-se realizar mais 12 sessões de acompanhamento, que se considera terem sido benéficas para S. M. uma vez que cada vez que havia sessão de contato, esta utente, não só chorava bastante, mas também falava e expunha as suas dificuldades e

problemáticas. O fato de referir que chorava e falava bastante, tem a ver com a sua maneira de ser de todos os dias e no seu relacionamento quase inexistente com as outras utentes do Centro, pelo que, ao conseguir verbalizar o que a incomodava, durante estas sessões, se julga positivo e importante para S. M..

Esta utente teve múltiplas consultas fora do Centro o que impossibilitou que tivessem havido mais sessões, por esta razão, não foi possível levar a bom termo uma possível melhoria no seu estado geral e muito menos fazer uma hipótese terapêutica assertiva.

De assinalar ainda que S. M., por certos períodos, conseguiu manifestar alguma alegria e até mesmo humor. Dias em que estava mais bem-disposta, sem motivo aparente, apenas manifestava alegria e não referia nada de particular.

A última sessão de contato teve lugar a 31 de Julho de 2013.

Apresentação do Caso G. C.

G. C. tem 84 anos e encontra-se no Centro Psicogeriátrico há 3. Deu entrada no mesmo porque a reforma não lhe permitia ter uma pessoa a tempo inteiro em casa para lhe prestar assistência, por outro lado, após ter sofrido um micro-AVC, não tendo ficado com sequelas aparentes, teve que iniciar um processo de reabilitação que durou cerca de 2 anos o que a privou de alguma mobilidade e destreza nos movimentos.

Após ter sido feita a sua avaliação psicológica, colocou-se a hipótese de sofrer de depressão *major*, pelo que, julgou-se pertinente um acompanhamento regular, desta feita, semanal.

Esta utente foi acompanhada durante 37 sessões, uma vez por semana, tendo sido a primeira de apresentação do estagiário em psicologia por parte da Doutora Paula Agostinho à utente. Esta primeira sessão foi ainda marcada pela anamnese, entrevista clínica e consequente recolha de dados.

A segunda sessão foi dedicada à aplicação de 2 instrumentos, o MMSE (Exame Breve de Estado Mental) e a GDS (Escala de Depressão Geriátrica).

Numa terceira sessão, a 7 de Novembro de 2012, com o intuito de cruzar o máximo de informação sobre a utente, foi aplicado um teste projetivo de Rorschach.

Cada sessão de acompanhamento, semanal, teve a duração de aproximadamente 60 minutos.

Por estimar pertinente e dada a vinculação criada com a utente, estenderam-se as sessões de contato o mais possível, tendo a última decorrido no último dia do estágio, a 31 de Julho de 2013.

Ficou referida a necessidade de continuar com as mesmas sessões de acompanhamento com futuros estagiários em psicologia por forma a manter uma rotina adquirida e que se demonstrou benéfica para a G. C.

História Clínica

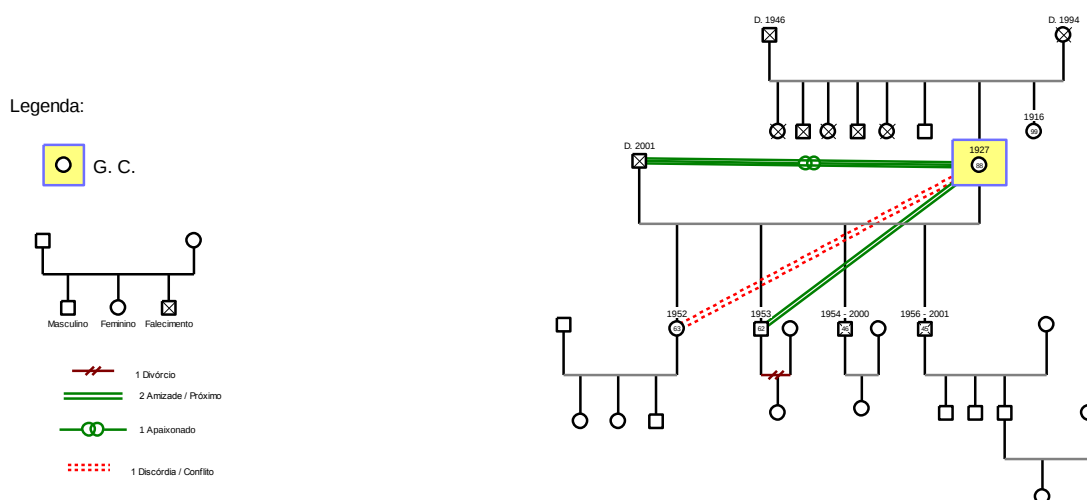
Avaliação Psicológica (Entrevista Clínica)

A recolha de informação e a consequente entrevista clínica, decorreu durante a primeira sessão de contato, a 17 de Outubro de 2012 e teve a supervisão, presente, da Doutora Paula Agostinho.

Dados Pessoais

G. C. nasceu a 16 de Dezembro de 1927 (84 anos à data da recolha dos dados) em Mértola, Portugal, viúva há 11 anos, teve 4 filhos (1 rapariga e 3 rapazes), é Enfermeira de formação embora nunca tivesse exercido e tendo sido toda a sua vida ativa, doméstica (Figura 1).

Figura 1: Genograma de G. C.



Primeiro Contato

G. C. não aparenta a idade real, com efeito, parece ser uma pessoa mais nova, aspeto físico cuidado, bem vestida e com um toque de batom e olhos pintados, perfumada.

Muito sorridente, embora expectante face a uma nova pessoa em sua frente.

Muito educada, é uma pessoa que coloca os outros à vontade demonstrando abertura ao responder a perguntas sobre si, colaborante em relação à sua história.

Solicitou ajuda para se sentar e entrou munida de uma bengala para ajuda na locomoção.

Setting

Todas as sessões, incluindo esta preliminar, foram realizadas numa sala isolada e à porta fechada para impedir qualquer distúrbio. Uma placa, “Em Consulta – Serviço de Psicologia – Não incomodar!”, era colocada no exterior da porta a cada sessão.

Pedido

Colocada a hipótese de G. C. padecer de depressão *major*, após uma primeira sessão de contato onde a utente manifesta real vontade de conversar e expor as dificuldades que tem, o Serviço de Psicologia deu indicação para que esta senhora seja acompanhada com regularidade com vista à melhoria do seu estado geral de saúde mental.

Está no Centro há 3 anos porque a reforma não é suficiente para ter alguém em casa para prestar assistência, em permanência, embora preferisse estar sozinha.

História Clínica

Com 20 anos de idade, G. C. foi operada a uma apendicite. Sofreu inúmeras intervenções cirúrgicas à barriga das quais, após uma suspeita de tumor, lhe foi feita uma histerectomia parcial (quando tinha apenas 31 anos de idade).

Já em Moçambique, diz ter tendência para colagem dos intestinos ao colo do útero, reto e bexiga (tendência que afirma ainda hoje se manter). Afirma ter artrite reumatoide há mais de 50 anos e queixa-se de cefaleias recorrentes.

Teve um micro-AVC (lado direito), há cerca de 20 anos, que lhe afetou os membros do lado esquerdo. Afirma que as dificuldades que teve, estão hoje ultrapassadas e que esta recuperação demorou cerca de 2 anos. Ainda como

consequência deste AVC, ficou com “a vista dupla”, que será a única sequela de que se queixa, ainda assim, não é permanente mas sim quando está mais cansada.

História Familiar

G. C. tem uma irmã mais velha 11 anos e outro irmão mais novo, ambos ainda em vida. Além destes 2 irmãos, a mãe de G. C., que faleceu com 94 anos, teve outros 5 mortos-natos.

Nasceu em Mértola, onde morou até aos 2 anos de idade altura em que seus pais se mudaram para Mafra onde residiu mais 5 anos. Depois deste período de início da sua infância, mudou-se para Castelo Branco onde morou até os seus 18 anos.

Aos 18 anos, foram morar para Almada e um ano depois, o pai já reformado, viria a falecer.

G. C. estudou enfermagem e, ainda durante os estudos, viria a conhecer o que seria mais tarde seu marido e pai dos seus filhos. O marido era advogado e G. C. acabou por nunca ter exercido a sua profissão, tendo sido sempre doméstica.

Teve 4 filhos, todos nascidos em Lisboa com exceção do segundo, que nasceu em Abrantes, altura em que o marido cumpria o serviço militar naquela cidade.

Após 5 anos de casamento e já com os 4 filhos, foi residir para Moçambique, com o marido e filhos. No continente africano, morou 20 anos, tendo regressado em 1979.

Afirma ter tido uma vida feliz e abastada e onde teve os melhores anos da sua vida. Recorda estes 20 anos com saudade.

Depois do regresso a Portugal, além do marido que faleceu há 11 anos, perdeu o filho com que melhor se dava, de acidente de mota e, já depois da morte do marido, viria a perder o filho mais novo devido a complicações cardíacas.

As suas 4 gravidezes decorreram de forma normal tal como os partos que foram todos eutócicos, amamentou os filhos todos.

Situação atual

G. C. tem uma alimentação normal e afirma que come de tudo com exceção de arroz e batatas para tentar perder peso. Diz que desde que veio para o Centro, engordou.

Sofre de artrite reumatóide há cerca de 50 anos o que lhe confere alguma dificuldade de locomoção e que por essa razão, se auxilia de uma bengala.

Dorme bem e tem o sono seguido, ainda assim, afirma sonhar recorrentemente com o seu falecido marido e filho mais novo, também ele falecido. Diz, por esta razão, ter pesadelos constantemente. Sonha que anda sempre à procura deles e que umas vezes os encontra e outras nem por isso.

Tem saudades da sua casa bem como da vida que tinha. Tendo sido sempre uma mulher muito ativa, onde mesmo com empregadas em casa, se dedicou sempre às lides domésticas.

“Hoje acordei com a neura”. Esta foi uma afirmação muito comum no seu discurso ao longo das sessões. Diz que tem muito mau acordar, que se sente sempre irritada e que só lá para o final do dia se sente melhor. As outras utentes irritam-na e falam alto, é sempre uma grande confusão e por essa razão, prefere passar mais tempo no seu quarto do que fora dele. Lê e arruma as suas coisas, diz não precisar de ninguém para a ajudar com essa tarefa. Sente-se “implicativa”.

Relações Sociais e Afetivas

Dá-se bem com “quase toda a gente” do Centro.

Tem a visita regular da filha e genro bem como do filho de quem diz gostar muito. Este mesmo filho que “sempre disse que a mãe nunca iria para uma instituição” foi quem acabou por convence-la a ir. Na realidade, este filho, divorciado, “meteu-se com uma brasileira que só lhe queria ficar com o dinheiro, receber presentes e explorá-lo enquanto pôde”, afirma. Agora que o filho está de novo sozinho, voltou a fazer visitas à mãe. G. C. sente-se abandonada por este filho embora ele agora esteja arrependido de a ter deixado tanto tempo sozinha e, por essa razão “recupera, de certa forma, o tempo perdido” e leva-a a casa dela aos fins-de-semana.

Ocupação no Centro (seu dia-a-dia)

Está integrada na terapia ocupacional onde faz tricot e crochet. O ambiente da sala de TV faz-lhe muita confusão e fica lá pouco tempo. Às 16 horas vai para o seu quarto e às 19 horas vai diretamente para a sala de jantar. Findo este, regressa ao seu quarto onde se senta para não “se deitar de barriga cheia” e por volta das 22 horas deita-se.

Avaliação Psicológica (instrumentos)

Num primeiro tempo foram aplicadas as provas de avaliação cognitiva, sendo as de avaliação emocional e de personalidade aplicadas posteriormente.

A segunda sessão de contato com G. C., realizada a 24 de Outubro de 2012, foi dedicada à aplicação de dois instrumentos de avaliação e despistagem de eventuais perturbações cognitivas.

Com efeito, dado o tipo de discurso de G. C., embora fluido, coerente e perceptível, denota-se alguma tristeza e nostalgia face ao seu passado. Alguma inconformidade relativamente à sua vinda e estadia no Centro, propôs-se aferir a presença, ou não, de sinais depressivos. Com este intuito, foi-lhe aplicada uma GDS (Escala de Depressão Geriátrica). Além deste teste, foi-lhe aplicado, à priori, um MMSE (Exame Breve de Estado Mental) com o objetivo de perceber se G. C. reúne as faculdades cognitivas mínimas necessárias na sua vida diária.

Numa terceira sessão, a 7 de Novembro de 2012, com o intuito de traçar um perfil de personalidade, foi aplicado um teste projetivo de Rorschach, depois dos outros testes (teste projetivos após os testes psicométricos) (Anzieu, 1989).

Por outro lado, e dada a extensão deste teste, foi estabelecido que o mesmo seria aplicado numa única sessão isolada da aplicação dos outros dois testes acima referidos. Há que considerar o cansaço e a falta de vontade que cada pessoa possa manifestar (Caldas & Mendonça, 2012).

Análise dos Resultados Obtidos

Estes resultados foram registados numa “Folha de Avaliação” no final de cada sessão em que foram aplicados testes bem como a entrevista clínica (Anexo C).

O resultado obtido no MMSE não dá indicação de que haja défice cognitivo, com efeito, o valor obtido de 30 corresponde ao máximo da escala.

Na aplicação da GDS, o resultado de 22 obtido, remete-nos para a presença de uma depressão *major*, ou grave.

G. C. sente-se muito descontente com o fato de, tanto o filho como a filha, terem prometido ao falecido marido que nunca deixariam a mãe sair de casa para uma

instituição. A utente afirma mesmo, sentir-se “traída” pelo fato dos filhos terem “esquecido” o que tinham prometido. No entanto, desculpa sempre os filhos por pensar que estes não têm capacidades financeiras para ter duas pessoas a cuidar de G. C. dentro da sua própria casa (seria uma pessoa para durante o dia e outra que a acompanhasse durante o sono, caso acontecesse algo).

Por outro lado, G. C. está revoltada pelo fato do marido ter trabalhado a vida inteira, “de forma honesta”, e agora “este governo está a tirar-nos tudo” o que inviabiliza ainda mais a possibilidade de se poder pagar a alguém para que possa regressar à sua casa. “Temo que me retirem a ADSE e que assim, não consiga pagar a estadia no Centro”.

A aplicação do teste projetivo de Rorschach decorreu de forma fluida e sem oscilações e teve a duração de 62 minutos. Com efeito, G. C. apresenta um discurso fluido e coerente, embora pouco elaborado uma vez que repete bastante a sua observação nas diferentes pranchas. Por sua vez, a confrontação dos dados quantitativos e qualitativos (Anexo E) fornece-nos informação sobre as condutas do funcionamento psíquico da pessoa (Chabert, 2003).

As características quantitativas mostram uma produção normal de respostas ($R=27$) com um tempo total de 62 minutos.

Constata-se que o tempo de latência médio foi prolongado, dando conta de um desvio relativamente importante entre a apresentação da prancha e a capacidade de reação imposta pela apresentação da primeira prancha. Verifica-se que os tempos de reatividade diante as diferentes pranchas permite um agrupamento entre, por um lado as número IV, VIII, IX e X, cujas latências se situam entre os 5 e os 11 minutos e as pranchas I, II, III, V, VI e VII com tempos mais curtos e onde G. C. não fazia grandes

comentários, tendo-se situado estes tempos entre o minuto, máximo 2 minutos. Este tempo de latência relativamente elevado pode indiciar que G. C. possa ter algum bloqueio e que tenha dificuldade em expressar as suas emoções e “deitar cá para fora” algo.

Quanto ao modo de apreensão, a presença importante de respostas G (52%), acima dos valores de referência, associadas a elementos formais, revela uma associação bastante intelectual, no sentido em que testemunha um modo de pensar propenso à generalização e até mesmo à busca de síntese e esquematização. Esta realidade confirma-se com o valor bastante elevado de respostas formais de boa qualidade, com efeito, o F (74%) está acima dos valores de referência, o que revela um pensamento objetivo.

As respostas D representam uma análise semelhante às respostas globais, no sentido em que correspondem a uma grande localização. No entanto, no caso de G. C., este valor está abaixo da média (7%) ao contrário das respostas globais de pequeno detalhe (Dd), que se encontram acima da média (41%).

Não há qualquer resposta em função de uma reação à cor. Com efeito, sendo o $C=0$, Coartado, pode ser revelador de afetos profundamente inibidos. Quanto às cinestésias, estas são 4, todas elas dadas em reação a um movimento animal (Kan), nas pranchas II, IX e X. A partir destes resultados, obtemos o T.R.I. (Tipo de Ressonância Intima), o que nos permite aferir de que forma estímulos externos ecoam no íntimo da pessoa. G. C. tem um T.R.I. onde $K > C$, revelador de uma pessoa Introversiva, manifestação de um grande controlo emocional, estabilidade afetiva, eco emocional demasiado forte para poder ser exprimido, grande repressão dos afetos, vida emocional

interiorizada. Esta prevalência de K, cinestésias, remetem-nos para a criatividade e o imaginário.

Dada a ausência de estompagens, esbatimentos (E), o cálculo da fórmula complementar (F.C.), confirma o T.R.I., onde $K > E$, funcionamento Introversivo, onde o imaginário se sobrepõe às emoções, pensamento profundo.

O R.C.% (reação às cores pastel), é de 41%, este valor permite uma aferição do funcionamento psicoafectivo, encontrando-se este, dentro dos parâmetros de referência normais, ainda que ligeiramente superiores.

O índice de angústia (I.A.) de G. C. dá-nos a indicação de um valor mínimo, não revelando qualquer sintoma de angústia, no entanto, há que ter em atenção estes resultados, pois esta fórmula pode ser “perigosa”. Embora I.A. não esteja presente, por ausência de determinantes como sangue, anatomias, sexo ou conteúdos humanos, há indícios na avaliação de G. C., que nos levam a pensar que há angústia, como é o caso dos mecanismos de defesa empregues ou a referência a animais que “metem medo”.

A presença de respostas (A) (conteúdo animal) assinala uma ligação com o mundo imaginário e reforça ainda mais a importância à interioridade. Os elementos qualitativos sublinham a existência de um discurso comedido, ao nível do discurso manifesto, na medida em que o aspeto denso dos comentários expõe o evitamento das representações significativas – “não é?”, por exemplo, nas pranchas III e IV – imposto pelas *dúvidas* ou *denegações*.

A ausência de respostas de conteúdo humano (H), remetem para dificuldades da pessoa em identificar-se com o Outro, dificuldade de autoaceitação e fuga à consciência de si mesmo na presença do Outro, dificuldade em reconhecer a sua realidade subjetiva,

difficuldade em representar-se a si própria num sistema de relações o que pode inviabilizar o reconhecimento do Outro (Chabert, 2003).

O número de banalidades (ban), 7% do total das respostas, é ligeiramente inferior aos valores de referência o que nos indica que há um sentido de conformismo social. G. C. pensa e faz como o restante das pessoas.

Quanto aos mecanismos de defesa mais utilizados, todos eles apontam para a presença de neurose obsessiva, com um funcionamento rígido. Com efeito, G. C. emprega frequentemente, em praticamente todas as pranchas, os mesmos mecanismos tais como as denegações, minimizações, contrário / crítica subjetiva, ruminações, dúvidas e um grande controlo marcado pela grande frequência de respostas G (52% - acima do valor de referência considerado normal).

G. C. não apresenta sinais de deterioração cognitiva, manifestando boa orientação espaço-temporal. Sempre muito ativa, fala e expressa essa vontade em relatar o seu dia-a-dia. Os sintomas depressivos evidenciados na GDS são manifestados quando em oscilações emocionais, ora sentimentos de tristeza, ora manifestações repentinas de alguma alegria, gargalhadas mesmo, reconhece que não tem mais razão de viver, que sente não estar a fazer nada neste mundo. Tem um sentimento manifesto de inutilidade, pessimismo em relação ao futuro, falta de confiança, ansiedade, desmotivação, nostalgia da sua vida anterior à vinda para o Centro, entre outras manifestações.

Não se nota dificuldade de concentração nem desinteresse pelo contato com o outro. G. C. é uma pessoa que tem um conhecimento da atualidade e interessa-se pelos assuntos do quotidiano. É atenta, perspicaz e exprime-se de forma organizada, coerente e reage rapidamente ao que se lhe diz. Aparenta não ter dificuldade de concentração.

Tornou-se pertinente efetuar sessões de acompanhamento semanais. Julgou-se necessário e útil que G. C. tivesse a oportunidade de ter um espaço que seria só dela, onde pudesse expressar as suas angústias, dificuldades, tristezas, alegrias, fatos do dia-a-dia, uma vez que, não só a própria foi sempre muito disponível como os seus sintomas depressivos poderiam ser amenizados com este acompanhamento.

Notou-se, aquando da entrevista psicológica na primeira sessão, haver pontos a aprofundar como a sua adolescência, os sonhos que referiu ter todas as noites, o que procura, quem, onde, de que filho se trata. Como vê o filho de quem diz sentir-se “traída” por a ter “substituído” por uma brasileira, por a “ter colocado numa instituição quando afinal tinha prometido ao marido nunca o fazer”, relação com a filha com quem, aparentemente, tem conflito de feitos.

Um acompanhamento psicológico, com o intuito de compreender as suas problemáticas diárias, poderia ser uma maneira de a conseguir ajudar a encarar a sua estadia no Centro de uma forma positiva de viver e conviver com o outro.

Acompanhamento Psicológico – Contato Terapêutico

A partir deste momento, todas as sessões foram registadas numa “folha de intervenção” no final de cada sessão (Anexo D).

A primeira verdadeira sessão de acompanhamento, o quarto contato efetivo com G. C., ocorreu a 14 de Novembro de 2012. Seguiram-se mais 33 sessões a esta, sempre às 11h da manhã de quarta-feira. De assinalar que G. C. estava sempre antes da hora marcada no local combinado. Mostrou-se sempre muito solícita e com vontade de

participar nestas sessões de contato chegando mesmo a afirmar que este “era o seu espaço”.

Ao longo de todo este processo, vários assuntos foram sendo abordados e foi sentida uma crescente confiança por parte de G. C. em relação ao estagiário em psicologia, ao ponto de confidenciar fatos íntimos da sua vida. Não esquecendo que se tratava do contato entre uma utente de sexo feminino com 84 anos diante um homem/estagiário em psicologia, com metade da idade de G. C. e por quem foi sentindo cada vez mais segurança e intimidade.

À medida que as sessões foram avançando, iam sendo abordados novos assuntos que, no entanto, alguns se tornaram recorrentes no discurso das seguintes sessões, como foi o caso dos assuntos abordados logo desde o início.

Por outro lado, houve dificuldades que foram sentidas por determinados períodos, uma vez que as sessões eram consecutivamente marcadas por esses assuntos em particular, como foi o período em que G. C., após uma queda, teve durante 2 meses uma perna engessada. Para além destas dificuldades momentâneas, houve quase sempre abordagem aos assuntos que preocupam G. C. em geral, como é o caso do seu marido, os seus medos e a relação com o seu filho. As sessões tornaram-se muito repetitivas por certos momentos, com a recorrência aos mesmos assuntos sistematicamente.

O seguinte quadro pretende resumir as sessões de contato e as respetivas temáticas abordadas em cada uma dessas sessões. Vê-se numa primeira coluna o número da sessão de contato e na primeira linha as temáticas pertinentes no discurso de G. C.:

Quadro 2: Temáticas mais abordadas ao longo das sessões de G. C.

Temáticas														
Sessão / data	Marido	Sonhos	Vida em África	Colega de quarto	Saúde física	Casa	Medos	Utentes e vida no Centro	Relação mãe/pai	Filhos falecidos	Filha	Filho	Família	Família marido
4-14 Nov	x	x	x											
5-21 Nov	x		x	x	x	x								
6-28 Nov	x	x					x	x						x
7-5 Dez						x	x	x	x	x				
8-12 Dez	x		x							x				
9-17 Dez	x	x	x			x					x	x	x	
10-9 Jan	x	x	x		x	x	x				x	x		x
11-16 Jan			x	x	x		x	x					x	
12-23 Jan	x		x								x	x		
13-30 Jan	x		x				x					x		
14-6 Fev	x			x			x					x		
15-13 Fev			x				x					x		
16-20 Fev	x	x	x	x								x		
17-27 Fev	x		x	x			x			x	x			
18-6 Mar		x		x										
19-13 Mar	x	x	x				x			x				
20-27 Mar	x	x	x	x			x			x				
21-3 Abr	x	x		x			x							
22-10 Abr	x	x	x			x	x					x		
23-17 Abr	x	x	x	x		x	x	x						
24-24 Abr	x			x		x	x	x				x		
25-8 Mai		x	x					x					x	
26-15 Mai	x		x									x		
27-22 Mai	x	x	x					x				x		
28-29 Mai	x	x					x					x		
29-5 Jun	x	x												
30-12 Jun	x	x			x		x	x						x
31-19 Jun	x		x		x		x	x						
32-26 Jun	x	x			x		x		x		x			
33-3 Jul	x				x	x	x	x		x				
34-10 Jul	x		x				x	x		x	x			
35-17 Jul	x		x									x	x	x
36-24 Jul	x	x						x			x		x	
37-31 Jul	x	x						x			x			

Após as 3 primeiras sessões de contato consagradas à avaliação psicológica, a 14 de Novembro de 2012 pelas 11 horas da manhã, foi iniciada a quarta sessão de

acompanhamento, esta já dedicada unicamente ao acompanhamento terapêutico, ao espaço de G. C..

Nesta sessão, G. C. começa por falar sobre o fato de continuar a sonhar praticamente todas as noites. Na maioria dos casos, não se recorda do conteúdo nem dos intervenientes nesse sonho, no entanto, ao ser questionada se o seu marido é interveniente no sonho, G. C. responde que “ai isso sim, de certeza que sim, que faz parte do sonho, eu sonho com ele todos os dias!”. Com efeito, ao longo das sessões, sempre que G. C. aborda este assunto, refere sempre a presença do falecido marido e uma grande maioria das vezes, refere a presença do seu falecido filho, o “Zé, o que faleceu de acidente de mota e que gostava muito de mim”. Nesta quarta sessão, descreve o sonho e diz que está “num local escuro, cheio de gente e que de repente o marido sai do meio da multidão, aparece no meio do escuro e dirige-se em sua direção”.

Em praticamente todas as sessões, G. C. fala do marido e refere estes sonhos mas, como na maioria dos casos não se recorda, tem por hábito, assim que acorda, escrever de imediato, ou pelo menos tentar, o que sonhou para se poder recordar mais tarde. Por outro lado, insiste para que o estagiário em psicologia leia esses conteúdos e lhe expresse o que pensa, como psicólogo.

G. C. vive num dilema e é algo que confessou não conseguir ultrapassar. O fato de não se ter “despedido do seu marido, já morto. Gostava de lhe ter dado um beijo antes de ser sepultado”. Conta que “o encarregado pela morgue e por vestir o marido, não a deixou ver o corpo por este estar bastante desfigurado. Como padecia de diabetes e teve que fazer hemodialise nos últimos meses de vida, estava bastante inchado, a cara cheia de bolhas, desfigurado e por essa razão não queria que visse o corpo naquele

estado”. Conta ainda que no sonho, “o marido se aproxima, saído do meio da multidão, dirige-se a ela e lhe dá um beijo e diz que a ama muito”.

De assinalar que esta versão foi relatada praticamente sempre que falou de sonhos com o seu marido.

Ainda durante a quarta sessão, conta histórias da sua vida experienciada na companhia de seu marido, de quem “gostava muito”, das viagens que faziam e da boa vida que tinham.

Ao longo de todo o acompanhamento, descreve o marido sempre com grande carinho, manifestando saudades e desgosto pelo seu prematuro desaparecimento, o quão gostava dele, como era bom marido, boa pessoa, bom pai, homem sério, homem amigo, adorado e respeitado por todos. Um homem que reunia consenso e que sempre foi justo, lutando contra as injustiças. Afirma que era muito “amigo dos pretos” e que todos gostavam dele. Era um homem sério e que sempre lutou para que tivesse, uma vida digna, abastada e ainda poupava para o caso de falecer antes da mulher e deixar-lhe um legado a ela e aos filhos. Era advogado de formação, tendo exercido a profissão em Portugal e assumido funções de juiz em África além de ter estado na direção de uma grande empresa, “era muito esperto, dava sempre a volta à questão”.

Logo na segunda sessão desta fase pós avaliação, a 21 de Novembro de 2012, G. C., para além dos assuntos da precedente sessão, refere-se à sua colega de quarto, a pessoa com quem partilha o quarto. G. C. está num quarto partilhado com outra utente e sente-se “revoltada, não só por estar num Centro como ainda por cima ter que dividir um quarto”. Sente que perdeu privacidade e que a outra pessoa não é como ela. G. C. é uma pessoa muito arrumada e organizada, que gosta de ter tudo no sítio e que tem hábitos de higiene regulares. Com efeito, G. C. está sempre apresentável, asseada, bem

vestida, penteada e ainda gosta de “pôr uma cor nos lábios e olhos, além do seu perfume”. A sua vizinha “não tem cuidado nenhum e é muito desmazelada. Não só enfia a camisa de noite toda enrolada e de qualquer maneira no armário, como ainda por cima quando vai à casa de banho deixa tudo molhado e não descarrega o autoclismo”. A este respeito, teme pela sua saúde e diz que as infeções que tem apanhado são causadas por negligência alheia, atribuindo responsabilidades à sua vizinha de quarto.

É após esta descrição que reconhece “não ter tanta paciência como tinha antes, que fica irritada facilmente e que sente saudades da sua casa”. A sua casa é agora habitada pela sua neta e bisnetos, por “quem sente muito amor”.

Durante as sessões seguintes, sempre que se refere à sua casa e às saudades que tem desta, afirma que fica apenas no seu quarto, quando regressa aos fins-de-semana, isto para não ver a desarrumação em que a restante parte da casa está. Tem saudades de a poder arrumar, de cozinhar, de poder ver o que quer na televisão, do seu espaço e onde foi feliz com o marido. É nestas alturas que se refere ao filho e como se sente traída por este, uma vez que “prometeu ao pai nunca deixar a mãe ir para um lar”. Ainda que crítica em relação aos filhos, culpando-os de certa maneira, por estes a terem institucionalizado, apressasse a desculpa-los e, num gesto de conformismo, diz que percebe não haver outra solução, que não tinha posses para poder ter duas pessoas a cuidar dela 24 horas por dia.

A sexta sessão, a 28 de Novembro de 2012, é marcada pelo sonho sempre com o seu marido mas de que não se recorda como foi. Ao falar do marido, descreve como foi o pedido de casamento. Sendo um homem ciumento, G. C. após ter terminado os estudos de enfermagem, começou a estagiar, mas logo no primeiro dia de estágio, o médico de serviço “atirou-se” a ela. Ao contar este episódio ao marido, não só não pode

mais voltar ao local de estágio, como foi pedida em casamento, deixando assim e definitivamente, de lado uma carreira profissional.

G. C. é uma pessoa que “gosta muito de estabilidade, no entanto, nunca se opôs à mudança”. Foi assim que viveu desde pequena, desde ter tido várias moradas ainda com os pais, em diversas cidades pelo país, até à mudança para África e o seu regresso a Portugal. Realça o fato de estar a começar a estagiar e o marido, por ciúmes, a ter impedido de regressar ao hospital e a pedir em casamento. Quando estava a gostar da vida que tinha em Lisboa, o marido a convence a ir para África. “Sempre gostei de estabilidade mas mesmo sem concordar com qualquer mudança, e por estar acomodada, sempre aceitei e mudei a minha vida”.

É nesta altura que, ao falar de mudanças, manifesta o seu desconforto por alterações mínimas de espaços físicos. “Cheguei hoje à sala de televisão e vi que estava tudo alterado porque vão fazer a venda de Natal e estão a preparar a sala. Perdi o meu lugar”. Pela mesma ocasião, diz não gostar de espaços estreitos, “dizem que sou um pouco claustrofóbica”, locais com desconhecidos e com muitas pessoas. Houve necessidade de mover uma mesa de apoio que existia entre os sofás onde o estagiário em psicologia e G. C. estavam sentados. Desde este episódio, a cada sessão, houve o cuidado de arredar a mesa para que G. C. não se sentisse “encurralada”.

Para além dos medos que G. C. referiu nesta sessão, agora que tem mais confiança para os relatar, ao longo do acompanhamento foi sendo vários os descritos ou que ficaram implícitos. Pessoas desconhecidas, locais desconhecidos, espaços e passagens estreitas, locais com muitas pessoas, situação socioeconómica do país (receia pela sua condição financeira e medo de deixar de ter condições para pagar a estadia no Centro bem como pelo futuro dos seus filhos, netos e bisnetos), perda da sua autonomia,

medo do abandono (como o que já viveu uma vez quando se refere ao seu filho e ainda vive).

Nesta sessão, abordou o assunto sobre a família do marido. Após esta, apenas mais 3 vezes referenciou este mesmo assunto e sempre com mágoa. G. C. nunca se entendeu com a sogra a não ser para o final da sua vida. Achava a irmã do marido uma pessoa má para ela e que apenas queria meter-se na vida dos dois. Diz-se “maltratada pela cunhada até ao dia em que lhe respondeu para se meter na vida dela, desde essa altura, nunca mais tive problemas com ela e a vida foi mais fácil porque ela passou a respeitar-me”. Por outro lado, o marido, que “detestava conflitos”, sempre zelou pela união da família e desdramatizava sempre que havia algo entre a mulher e a irmã. G. C. diz que o “que a salvou, foi terem ido para África e que lá ao menos, estava longe destes problemas”.

Os sentimentos em relação à sua vida no Centro, expressos pela primeira vez nesta sessão, são múltiplos e contraditórios, variando consoante o seu estado de espírito e os acontecimentos do dia-a-dia.

Em relação às outras utentes, com quem diz entender-se bem com a generalidade das mesmas, há dias em que se irrita mais e outros em que fala bem e até descreve a vida de algumas com quem vai partilhando experiências das suas vidas. Um grande número destas utentes tem uma experiência de vida em África, o que permite a G. C. recordar com quem “sabe do que se fala”.

G. C. não “percebe por que razão quando alguma utente morre ninguém avisa as outras utentes. Acha que deveriam saber e que não se deveria esconder”. Pensa que a Direção do Centro deveria ter uma atitude mais aberta para com as utentes, ainda assim, diz que “se sente bem ali embora preferisse estar na sua casa”.

Não gosta de estar muito tempo na sala de televisão porque há muitas utentes surdas e que por essa razão, têm que colocar o volume muito alto e isso faz-lhe confusão. Por outro lado, sempre que quer ver algo que lhe interesse, “nunca reúne consenso porque elas só querem ver a RTP (canal publico de televisão portuguesa) ou novelas e eu gosto de atualidade e ver notícias”.

Em relação ao pessoal enfermeiro, G. C. manifesta algum desconforto porque pensa que “são todas umas invejosas. Invejosas da relação que eu tenho com o doutor (referindo-se ao estagiário em psicologia), com a doutora Paula, o doutor Marco (fisioterapeuta). Acham que não são doutores e que só elas é que são capazes de cuidar da minha saúde”.

As auxiliares são pessoas com quem normalmente se entende bem, no entanto, durante o período em que esteve com o gesso por causa da perna que partiu, sentiu-se muito dependente e isso alterou por completo a sua relação com as mesmas auxiliares. “Chegaram mesmo a esquecer-se de mim na casa de banho sentada. Estive à espera uma hora. Fico preocupada não só comigo, mas também com as outras senhoras porque isto pode acontecer com qualquer uma”. Durante este mesmo período, G. C. queixou-se de alguns desaparecimentos. Sempre “sem acusar ninguém, sempre houve quem se tivesse sentido culpado”. “Ora, nunca acusei ninguém mas notei que o comportamento delas mudou, porque cada vez que as chamo elas fogem”. Chegou mesmo a dizer que apenas faz perguntas e que perguntar não significaria culpar. “Um dia pergunto se percebem português porque estou farta de ter que estar sempre a explicar tudo”. Diz que se sente “constrangida e com falta de forças por ter que estar sempre a explicar tudo”.

G. C. chegou mesmo a chorar durante algumas sessões sempre que falou do marido que tinha trabalhado a vida inteira para que G. C. não tivesse que se submeter a situações destas, para que nunca tivesse que ir para uma instituição.

A sétima sessão, a 5 de Dezembro de 2012, foi marcada pela descrição de seus pais. G. C. diz que a mãe “era uma pessoa austera, 14 anos mais nova que o pai que era um homem bondoso, eis seminarista e que renunciou à vida de padre para se poder casar”. Pensa que o pai “tinha problemas, que era uma pessoa triste e que ela própria terá sido afetada por isso”, sem no entanto aprofundar mais o assunto. De assinalar que G. C. ao longo do acompanhamento todo, apenas voltou a falar mais uma vez nos seus pais, isto na sessão 32, a 26 de Junho de 2013 e para descrever a morte do pai. G. C. nunca se deita imediatamente após uma refeição, isto porque o pai faleceu quando G. C. tinha 19 anos, de uma paragem de digestão. Diz que se recorda sempre deste episódio e por isso tem cuidado.

Quando nesta sessão fala dos sonhos e da presença dos 2 filhos falecidos nesse mesmo sonho. Desabafa “a seguir a um sonho destes, passo o dia triste, as pessoas de quem mais gostava foram-se embora mais cedo, deixaram-me todas”.

A oitava sessão, a 12 de Dezembro de 2012, foi marcada pela descrição da morte de cada filho. Diz que durante 2 dias lhe esconderam, a ela e ao seu marido, a morte do filho mais novo, o “Zé que morreu de acidente de mota”. Durante esses dois dias, sentiu “movimentações estranhas, telefonemas entre os outros filhos e a dada altura exigiu que lhe contassem o que se estava a passar. Suspeitou que algo muito grave tinha acontecido”. Questiona-me se “acha isto normal, esconder a morte de um filho a uma mãe?”.

A morte do outro filho, devido a problemas de saúde, ocorreu após a morte do marido. “Lamenta que, tendo o filho sido toda a vida dependente de drogas e álcool, ter feito uma cura e ter ficado abstinente durante 10 anos, que o marido não pudesse ter usufruído dessa vida saudável que o filho acabaria por vir a ter”.

À nona sessão, a 17 de Dezembro de 2012, G. C. fala do seu filho vivo de quem sente que perdeu mas que agora está aos poucos a reconciliar-se. Na véspera do seu aniversário, dia 16 de Dezembro, o filho veio busca-la ao Centro e levou-a para sua casa. A família toda esperava-a e G. C. estava particularmente feliz neste dia ao ponto de estar ansiosa para poder contar o que se passou, durante esta mesma sessão.

Fala sobre cada membro da sua família até chegar ao seu filho. Este filho que “a tinha traído ao deixar que visse para um lar ao contrário do que tinha prometido ao pai”. Diz que só reagiu assim porque “se meteu com uma brasileira que lhe fez a cabeça e lhe tirou todos os bens. Ele só a via a ela e dava-lhe tudo, até um descapotável ele lhe deu. Ela só estava interessada no dinheiro dele e gostava da vida que lhe dava. Passavam o tempo a fazer viagens e a passear, enquanto isso, esqueceu-se da mãe”. Agora que o filho está de novo sozinho é que está a reaproximar-se da mãe e aos poucos volta a ter os comportamentos com ela que sempre teve, dá-lhe mais atenção. Comportamentos de atenção como quando a vai buscar aos fins-de-semana, a leva a almoçar fora e depois vão tomar o café a casa, que o filho faz e toma o seu Porto.

Sente-se feliz por sentir que recupera o filho aos poucos embora com prudência readquire a sua confiança e a sensação de abandono com que ficou, tende a desaparecer aos poucos.

A partir desta sessão, foram múltiplas as vezes em que G. C. voltou a falar do filho e a descrever o mesmo processo, relatando o que o filho lhe ia fazendo, as atenções

que ia tendo. No final deste processo de acompanhamento, G. C. sentia muito mais confiança no filho visto que as atitudes mudaram e mantiveram-se ao longo deste ano.

Para além do medo de infeções provocadas pelo “desmazelo” de outras utentes G. C., nesta décima sessão a 9 de Janeiro de 2013, diz que se sente bem fisicamente e que “toda a gente lhe diz que está aqui por muito mais tempo. O único problema que tenho, são os nervos mas que isso é derivado a todos os problemas que tive que enfrentar durante a minha vida toda”. De assinalar que G. C. está particularmente feliz porque durante as festas de Natal e Fim de Ano, não só foi a casa como é hábito, mas também dormiu na sua casa. Foram recorrentes as queixas de G. C. sobre o seu estado de saúde ao longo das sessões e isto consoante o seu estado de espírito. Dias como este em que se sente feliz, está tudo bem com o seu estado de saúde, mas se alguma contrariedade a perturba e se queixa de algo, o seu estado de saúde altera-se por completo, passando a apresentar queixas múltiplas, desde dores de cabeça insuportáveis, nevralgias, tonturas, dores de pernas, um joelho que doe de vez em quando, o que lhe dificulta a marcha, pés e pernas inchadas, dores abdominais, obstipação. Manifestamente, G. C. somatiza o que sente e, se o seu estado de espírito é de tristeza, as dores aparecem, se se sente feliz, não manifesta qualquer dor.

Entre os dias 15 do mês de Abril e 9 de Julho, a queixa mais frequente foi em relação ao gesso que trazia numa perna e que a fez perder autonomia, deixou de poder deslocar-se sem o auxílio de uma cadeira de rodas, deixou de conseguir tomar banho sozinha ou ir à casa de banho sem auxílio, embora para o final se congratulasse por ter conseguido encontrar estratégias para o conseguir fazer sozinha. Aos poucos foi conseguindo precisar o menos possível de ajuda. Sente-se “angustiadada, irritadiça, mais suscetível e impotente em relação ao seu estado físico, é o meu grande obstáculo do momento” (confere sessão 30 de 12 de Junho de 2013).

G. C. caiu após ter sentido tonturas numa altura em que manifestamente andava psicologicamente alterada. Com efeito, foi uma altura em que sonhava mais que o normal com o seu marido para além de se sentir muito incomodada com a colega de quarto de quem sentia cada vez mais aversão e de com quem tinha deixado de falar para dizer o estritamente necessário. Durante este período em que estive de gesso, essa colega não a ajudava minimamente e “até piorava se pudesse as coisas. Nem sequer alcançar-me os comprimidos na mesa-de-cabeceira que está mesmo ao lado dela, é capaz de me dar. Finge sempre que dorme só para não ter que me ajudar”.

G. C. mencionou diversas vezes que acorda “mal disposta e com a neura”, que se sente muito mal de manhã mas que para o final do dia começa a sentir-se melhor e mais bem-disposta. Chegou mesmo a dizer, algumas vezes, que “acordou triste naquele dia mas que de repente, percebendo que era quarta-feira, dia do psicólogo, ficou mais feliz por sentir vontade de falar”.

A vigésima primeira sessão, a 3 de Abril de 2013, foi particularmente intensa. G. C. tem vindo a manifestar permanentes queixas relativas ao seu estado mental. Diz que “comeu muito sal e que tem a certeza que isso lhe alterou algo na cabeça”. Tem muitas tonturas ao longo do dia e em qualquer local ou situação. G. C. começa por descrever um sonho em que ela e o seu marido se encontram. Curiosamente, apesar destas queixas todas, durante o sonho, G. C. “encontra um médico que lhe diz que está tudo bem com a sua saúde. Senti uma grande confiança e deixei de pensar nas tonturas”. Nesse sonho, após ter encontrado o médico, “encontrei o meu marido. Estávamos os dois nus e caminhamos ao encontro um do outro. Nessa altura ele agarrou-me e deu-me um beijo. Disse que gostava muito de mim e que estava cheio de saudades minhas. Fizemos amor”.

Após ter descrito o sonho, começa a falar da colega de quarto. Diz que ela todas as “noites faz aquilo e que isso a incomoda porque não a deixa dormir. É a qualquer hora e não tem respeito por quem está ali ao lado. Ela deve pensar que estou a dormir, mas eu ouço tudo”. Continuando a falar sobre este assunto, apenas coloquei a uma questão em que, sentindo que estava a falar abertamente, perguntei “”aquilo” o quê?”, ao que G. C. me respondeu, “masturbar-se, ela passa a vida a masturbar-se e isso incomoda-me porque acho que ela podia ir para a casa de banho fazer isso e não ali onde ouço e vejo que por baixo dos lençóis se passa algo”. E o “pior é que não é de agora, ela faz isto sempre, já estou farta. A minha vontade é de lhe dizer para ir para a casa de banho fazer aquilo”.

Nitidamente, nesta sessão houve uma desmistificação de algo que aparentemente G. C. tinha vontade de partilhar desde há muito e estava recalcado.

Apesar de já ter referido a sua filha em sessões anteriores, foi a partir da trigésima segunda, a 26 de Junho de 2013, que começou a falar sobre a sua relação com esta. Uma relação conflituosa em virtude de maneiras de pensar diferentes, de terem “feitios que chocam” e de se sentir incompreendida e rejeitada. G. C. diz mesmo que “a minha filha não me compreende, apenas me interpreta e fá-lo mal”. “Mesmo quando lhe conto histórias de senhoras aqui do Centro, com quem falo, ela responde que só me dou com malucos”.

A filha vai de férias para o Algarve e quer que G. C. vá com a família. Isto entristece G. C. porque “como antes o faziam é como já não o posso fazer. A minha filha disse para ir como sempre o fiz e é precisamente isso que não quero. Antes, conseguia cozinhar para toda a gente, agora não, antes conseguia descer escadas e agora, já não poderei ir ao café à beira da praia. Eu não quero ir porque isso traz-me

recordações e fico triste e com saudades. Ia-mos sempre com os meus filhos e com o meu marido”.

G. C. fala dos desentendimentos que tem com a filha, que esta “pensa que G. C. se está sempre a queixar, quando afinal só quero falar, manifestar opiniões e partilhar o que sinto, sem queixas”. “A minha filha acha que não me conformo com a estadia aqui no Centro, mas eu já lhe disse que percebo perfeitamente que assim seja”. G. C. insiste em mostrar à filha que está conformada e que sabe que não havia outra solução, que concorda com a decisão.

Numa das últimas sessões com G. C., a trigésima sexta, a 24 de Julho de 2013, afirma que a filha “deve ter um sentimento de culpa por a mãe não estar em casa e deve pensar que quer estar em casa da filha, quando na realidade está bem no Centro”. “Aceita a decisão de ir para o Centro mas que é livre de discordar da mesma”.

A trigésima quinta sessão, a 17 de Julho de 2013, é marcante pelo fato de G. C. ter terminado a sessão a dizer: “Nem me lembrei de falar de mim, passei o tempo a falar dos outros e até me esqueci de mim. Mas não faz mal, para a semana conto-lhe o que quero falar sobre mim”. Nesta sessão, senti algo que vinha sentindo com o decorrer destas últimas sessões, uma preocupação, um interesse pelas pessoas que mais importam na sua vida, que está apenas preocupada com os outros e não é pessoa para se lamentar. Fala com prazer e satisfação da sua família, conta histórias de vida, sempre com alegria e até mesmo, humor. Falou da família do seu marido mas não da irmã, apenas relatou histórias em que fala com saudade das pessoas, do marido e irmão que eram gémeos e entraram ambos para o seminário aos 10 anos.

Falou de casamentos, separações, nascimentos, batizados, e mais uma série de histórias de família. Diz que “o único casamento que sempre resistiu foi o dela e que os outros deram sempre para o torto”.

G. C. demonstrou que foi uma pessoa feliz durante a sua vida, que tem histórias para contar e recordar e que isso se revelou ser o mais importante, mais do que eventualmente o que a possa preocupar com ela própria hoje em dia.

Análise clínica

Após a avaliação psicológica, por intermédio da entrevista clínica, anamnese, aplicação dos testes psicológicos MMSE, GDS e do teste projetivo de Rorschach, pude concluir que, segundo o CID-10 (OMS, 1993), G. C. sofre de uma depressão grave (código de diagnóstico, de acordo com o CID-10, F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos).

Não é frequente encontrar, no idoso, um quadro depressivo completo que obedeça a todos os critérios de diagnóstico do CID-10 ou DSM-IV. Estes quadros são frequentemente associados a doenças crónicas, consumo de fármacos, automedicação, situação de solidão ou perda por morte do conjugue ou institucionalização (Iruela & Sanz-Aranguez, 1995).

G. C. não apresenta perturbações ou deficit cognitivo, apesar de referir que “se esquece de tudo”.

G. C. manifestou, a meio do período de acompanhamento, perturbação de personalidade histriónica (código de diagnóstico, de acordo com o CID-10, F60.4 – Perturbação de personalidade histriónica), uma tendência neurótica confirmada pelos

mecanismos de defesa utilizados aquando da aplicação do teste de Rorschach. Esta perturbação é manifestada pela hipocondria e as suas queixas físicas frequentes ao somatizar quando algo a preocupa, o cuidado com a autoimagem. Por outro lado, desmistificou assuntos relacionados com a sua sexualidade quando referiu o sonho em que estava nua na presença do marido e fizeram amor, isto após o “médico onírico” lhe ter dito que estava em boa saúde. Nesta mesma sessão, reconheceu, finalmente, que o que a incomodava na sua colega de quarto, era o fato desta onanizar constantemente a seu lado.

Apresentou-se sempre à hora marcada e no local combinado em todas as sessões. Afirmou sentir necessidade dessas mesmas sessões e o quão benéfico eram para o seu equilíbrio mental. Postura firme de uma pessoa que se cuida e olha pela sua imagem. Preocupada com a sua condição física, a sua aparência, alimentação, tenta manter o tempo ocupado a fazer algo que goste. Quando conversa, nunca desvia o olhar e não foge aos assuntos. Mesmo quando se dizia triste, rapidamente encontrava maneira de se mostrar conformada e adotava uma postura positiva e encontrava motivos para rir. Após as primeiras sessões onde foi abordando temáticas que lhe são importantes, tornou-se repetitiva, contando várias vezes as mesmas histórias. Notou-se que queria preencher aquele espaço que era o seu, sentia-se no direito de o fazer e chegou mesmo a manifestar descontentamento numa das sessões em que, acidentalmente alguém entrou na sala em que estávamos reunidos, “estas pessoas não têm mesmo respeito pelos outros, isto não se faz”. Ao longo destas sessões, foi-se sentindo cada vez mais confortável e confiante para relatar fatos da sua vida íntima. Sentiu-se que houve empatia entre a utente e o estagiário em psicologia.

Se numa primeira fase se afirma que G. C. padecia de uma depressão grave, no final das sessões aparentava uma nítida melhoria, esta pelo fato de poder falar o que lhe apetecesse mesmo que fosse de forma repetida.

Passou por vários momentos de condição física e psíquica alterados, mas sempre manifestou uma grande capacidade de adaptação e resiliência.

G. C. está no Centro há 3 anos e parece conformada. Refere-o várias vezes sobretudo quando fala dos conflitos com a sua filha. Além de algumas dificuldades pontuais que possa ter com as outras utentes, porque há alguma alteração na sua rotina e da qual G. C. não gosta, parece que este processo de institucionalização está devidamente assimilado. Tem o seu espaço com os seus armários arrumados à sua maneira, regressa aos fins-de-semana a sua casa para estar com os seus familiares próximos. Parece aceitar a sua estadia no Centro como a alternativa nesta altura da sua vida e dada a conjuntura socioeconómica vivida pela família.

Foi tarde que falou da morte dos seus filhos, a contrastar com a do marido que foi assunto presente em praticamente todas as sessões e isto desde o primeiro encontro. Provavelmente, o seu estado depressivo possa vir desta morte, a do seu marido. Quando falou da morte dos seus filhos, descreveu como elas aconteceram, falou com nostalgia e carinho por eles, mas no que se refere à do marido, algo parece ter ficado por integrar. Na quarta sessão, a 14 de Novembro de 2012, confessou “ter um dilema, o de não ter podido despedir-se do seu marido, não lhe ter dado um beijo antes de ser sepultado”. Nitidamente e assumidamente, este é um ponto que G. C. gostaria de ver resolvido mas que não sabe como o fazer. Sonha constantemente com esta despedida, fala constantemente do marido e de como foram felizes. Será este o ponto em que talvez possa ser feita uma relação causal com a depressão.

Por vezes, pessoas idosas como G. C., recusam assumir que padecem de depressão e assim, escondem o humor deprimido mas mostram sintomas como ansiedade, hipocondria e sintomas de histeria. A perda de autoestima, o sentimento de inutilidade, pouca vontade ou nenhuma de viver e a melancolia persistente são queixas comuns.

Reflexão pessoal

O caso de G. C. acabou por marcar a minha carreira como psicólogo. Com efeito, este foi o meu primeiro contato com alguém em relação de ajuda e em *setting* profissional.

Os medos dos quais nos tentamos abstrair mas que inevitavelmente existem sempre, rapidamente foram dissipados. Devo dizer que a utente que se me apresentou à frente, acabou por se revelar uma pessoa muito acessível e que me viu sempre como alguém que estava ali para a ajudar e não como um “simples” e inexperiente estagiário em psicologia.

Desde o primeiro contato que revelou o que a angustiava, as suas dificuldades, falando da sua vida como se o fizesse com alguém que conhecia, o que me facilitou de certa forma. O medo de falhar face ao estranho, ao desconhecido, o medo de desiludir, o medo de não conseguir ajudar e atingir o objetivo a que me propunha, esses e tantos outros medos acabaram por se ir desvanecendo ao longo de cada sessão.

O fato da Doutora Paula Agostinho me ter deixado de imediato após me apresentar a esta utente, acabou por ser preponderante, uma vez que diante G. C., era só eu e a utente, sem volta a dar.

Senti que houve um crescimento interno em mim muito rápido e gratificante. Desde muito cedo que G. C. dialogava comigo sem restrições aparentes e, o mais enriquecedor foi a confiança gradual que fui sentindo. O fato de ser um homem, com metade da idade de G. C., que é mulher, os assuntos abordados foram, acredito, penosos e muito íntimos. Ainda assim, não houve restrições e o constante questionamento sobre qual seria a minha opinião, deram-me cada vez mais confiança no sentido em que me sentia, bem como G. C., cada vez mais dentro da relação.

Penso que consegui, seguindo sempre os postulados da Abordagem Centrada na Pessoa, ganhar a confiança desta utente e isto sem nunca ter posto em causa nem questionado o que quer que fosse sobre os seus atos ou a sua vida. Limitei-me a escutar, tentando sempre colocar-me no lugar de G. C. e experienciar o que era vivenciado. Penso que minha não diretividade foi bastante benéfica para que G. C. pudesse ser ela a conduzir o que para ela era importante e assim, ser a própria a encontrar os recursos dentro dela para ultrapassar as suas dificuldades. Digo-o com toda a modéstia porque “acredito” nesta forma de estar em relação, na minha conduta para com as pessoas em caso de acompanhamento.

Em conclusão, digo que foi muito gratificante ter sentido que estes momentos que passei com esta pessoa foram benéficos para que o seu estado de saúde psíquico fosse melhorado, nem que fosse um pouco.

Apresentação do caso E. R.

E. R. tem 86 anos e encontra-se no Centro Psicogeriátrico há 9. Deu entrada no Centro por apresentar dificuldades de marcha em virtude de um problema que teve num

joelho e por se encontrar a morar sozinha (tinha acabado ficar viúva) não sentindo condições para desempenhar funções diárias básicas sem auxílio.

A sua mãe foi utente do mesmo Centro até ao seu falecimento, aos 92 anos de idade.

Começou-se a acompanhar E. R. no momento em que fazia o luto do seu filho falecido 1 mês antes da chegada do estagiário em psicologia ao Centro.

Poder-se-ia pensar que E. R. estaria deprimida. Com efeito, a sua constante manifestação de falta de vontade de viver, a vida não lhe fazer sentido nem procurar prazer, sentimento de inutilidade, estar bem apenas quando dorme, sentir que já fez o que tinha a fazer nesta vida, com os netos e bisnetos encaminhados nas suas vidas, terrível saudade do seu falecido filho, o qual era o seu preferido uma vez que era a única pessoa que lhe “dava atenção”, constante manifestação de tristeza, isolamento e não ter vontade de conversar com as outras utentes, recusa constante em querer falar do passado, são manifestações de alguém que sofre de depressão. No entanto, os resultados obtidos na avaliação psicológica e neuropsicológica não são indicadores da presença desta nem de outra qualquer patologia.

O fato de se ter acompanhado esta utente desde o primeiro mês após a morte do seu filho “preferido”, permitiu ajudar esta mesma pessoa no seu processo de luto que, embora não tendo sido completamente concluído, foi atenuado pelo sentimento de ajuda que lhe foi proporcionado. A própria E. R. manifestou sempre um grande interesse pelas sessões, estando sempre a horas, nunca faltando a nenhuma e alterando mesmo as suas rotinas internas ao Centro para poder estar mais próxima do local de encontro e assim, não falhar a hora de começo.

Pensa-se que E. R., por já se encontrar no Centro há 9 anos e que conhecia bem visto a sua mãe também ali ter estado e passado os seus últimos dias de vida, terá concluído o seu processo de institucionalização, encontrando rotinas e encontrado o seu espaço, mentalizado que ali estava apoiada. Teria razões para acusar sinais de depressão pelo fato do seu filho ter falecido recentemente, mas por outro lado, precisa do seu tempo para integrar esta nova realidade, que por mais difícil lhe seja, encontra estratégias para a compreender e aceitar, ainda que por momentos sinta profunda angustia e tristeza.

Este fator de perda de um próximo foi determinante na decisão de acompanhar E. R. todas as semanas, proporcionando assim um espaço onde pudesse expressar o que sentia, manifestar a sua tristeza e as suas dificuldades no processo que agora começara.

E. R. foi acompanhada durante 34 sessões, uma vez por semana tendo sido a primeira de apresentação e entrevista clínica, anamnese e consequente recolha de dados.

A segunda sessão foi dedicada à aplicação de 2 instrumentos, o MMSE (Exame Breve de Estado Mental) e a GDS (Escala de Depressão Geriátrica).

Numa terceira sessão, a 7 de Novembro de 2012, com o intuito de cruzar o máximo de informação sobre a utente, foi aplicado um teste, a versão reduzida do MMPI, o MINI-MULT.

Cada sessão de acompanhamento, semanal, teve a duração aproximada de 60 minutos.

Por se estimar pertinente e dada a vinculação criada com a utente e a importância no seu processo de luto, estenderam-se as sessões de contato o mais possível, tendo a última decorrido no último dia do estágio a 31 de Julho de 2013.

Ficou referida a necessidade de continuar com as mesmas sessões de acompanhamento com futuros estagiários em psicologia por forma a manter uma rotina adquirida e que se demonstrou benéfica para a E. R..

História Clínica

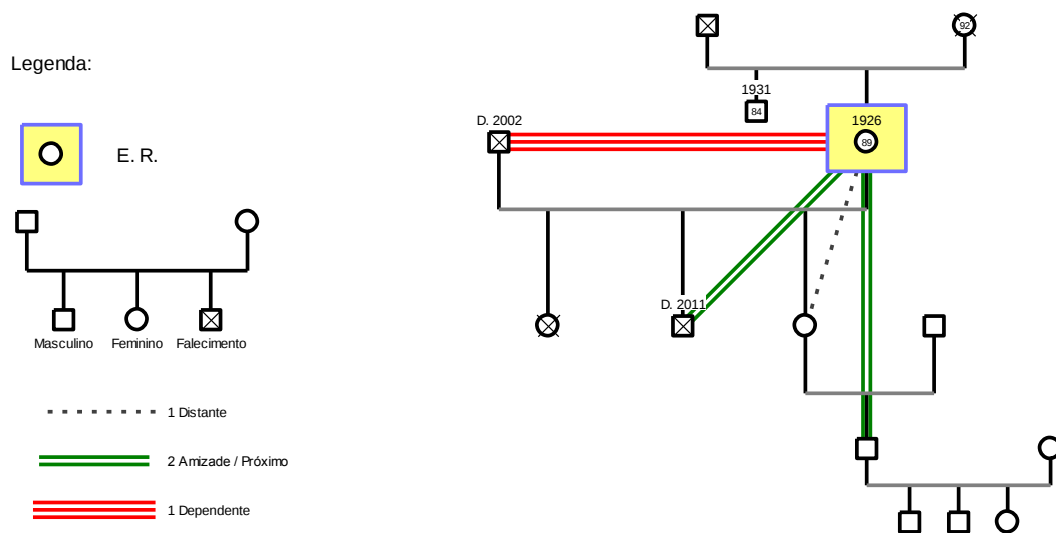
Avaliação Psicológica (Entrevista)

A recolha de informação e a consequente Entrevista Clínica decorreu durante a primeira sessão de contato, a 17 de Outubro de 2012.

Dados Pessoais

E. R. nasceu a 28 de Abril de 1926 (86 anos à data da recolha dos dados) em Cabo Verde, viúva há 10 anos, teve 3 filhos (2 rapariga e 1 rapazes), é escriturária de profissão e toda a sua vida trabalhou em tribunais, até aos seus 60 anos de idade (Figura 2).

Figura 2: Genograma de E. R.



Primeiro Contato

E. R. é uma pessoa de olhar triste e suspicioso. Ficou-se com a sensação, num primeiro olhar, que seria uma pessoa com quem se sentiria alguma dificuldade em estabelecer uma relação próxima e aberta. Verificou-se o contrário, pois E. R. acabou por fazer dela aquele momento e sentiu-se confortável durante as sessões.

Apresenta dificuldade na marcha fazendo uso de uma bengala como auxílio para poder andar. Quando se desloca fá-lo com curtos passos e arrasta os pés.

Ainda assim, esboça um leve sorriso em demonstração de alguma abertura para com quem se lhe dirija a palavra ou cruze o olhar.

Solicita que se fale mais alto porque tem dificuldades auditivas.

Tem uma aparência cuidada e aparenta a idade real.

Setting

Todas as sessões, incluindo esta preliminar, foram realizadas numa sala isolada e à porta fechada para impedir qualquer distúrbio. Uma placa, “Em Consulta – Serviço de Psicologia – Não incomodar!”, era colocada no exterior da porta a cada sessão.

Pedido

Tendo perdido o filho 1 mês antes deste primeiro encontro, julgou-se pertinente que E. R. fosse acompanhada com o intuito de ajudar a ultrapassar as suas dificuldades, nomeadamente, ajudar a fazer o seu processo de luto, ouvindo e tentando ajudar a ultrapassar momentos de tristeza, solidão, vazio que esta falta lhe pudesse vir a provocar.

Após o falecimento do seu marido, os casamentos dos filhos e as suas consequentes saídas de casa, tendo ficado sozinha e a sua mãe tendo tido o mesmo percurso, E. R. veio para o Centro há 9 anos.

História Clínica

E. R. afirma que nunca teve qualquer problema de saúde. O único que descreve, foram umas dores num joelho “quando ainda era nova” e que nunca ficou bem desse mesmo joelho, tendo o problema vindo a agravar-se com o passar dos anos.

Além da marcha lenta que tem, o arrastar dos pés e o auxílio de uma bengala para andar, ouve mal e diz “ter a sensação que vê cada vez menos”.

História Familiar

E. R. tem um irmão 5 anos mais novo, ainda vivo, que sofre da doença de Parkinson. De vez em quando ainda vê o irmão embora pouca relação tivesse tido com ele ao longo da sua vida. Aos 13 anos veio estudar para Portugal e aqui ficou até aos seus 20 anos de idade sem nunca ter regressado ao seu país natal, Cabo Verde. Por outro lado, após o seu casamento, logo a seguir ao seu regresso a África, nunca via a sua família porque o marido a impedia de ter qualquer relacionamento.

E. R. nasceu em Cabo Verde a 28 de Abril de 1926. A sua mãe era uma pessoa severa, ao contrário do pai que era muito “carinhoso com os filhos”. A mãe faleceu aos 92 anos de morte “natural” no Centro onde E. R. se encontra hoje institucionalizada. O pai faleceu vítima de problemas respiratórios e era filho de primos direitos.

E. R. teve 3 filhos, 1 rapaz e 2 raparigas, dos quais apenas 1 rapariga, a mais velha, continua viva. Nunca se entendeu bem com esta filha viva que sempre preferiu a companhia dos avós à da mãe.

Os 2 filhos falecidos tinham ambos problemas relacionados com o álcool, tendo a filha falecido de cancro no pâncreas e o filho de ataque cardíaco.

E. R. diz não ter qualquer recordação do seu passado e que a única boa memória que tem, foi a dos tempos passados no colégio interno, entre os seus 13 e os 20 anos, na zona de Peniche.

Aos 20 anos, ao regressar a Cabo Verde por ordem dos pais, acabou por conhecer de imediato o que seria o seu futuro marido. Ainda que contra a vontade dos pais, casou-se e veio viver para Portugal, onde teve os seus 3 filhos e trabalhou como escriturária num tribunal. Teve residência sempre na Parede, concelho de Cascais, distrito de Lisboa.

As suas 3 gravidezes decorreram de forma normal tal como os partos que foram todos eutócicos, amamentou os filhos todos.

Situação atual

E. R. diz estar no Centro porque não tem mais local nenhum para onde ir. A sua casa é habitada por uma neta “que vive com o namorado”.

Diz-se integrada no Centro, que encontrou rotinas e que só está bem a fazer crochet, na sala de terapia ocupacional. Curiosamente é das “únicas coisas que nunca aprendeu a fazer na vida e agora é a sua distração”. Diz que esta é a estratégia que tem para não ter que falar com ninguém, que se concentra na sua tarefa e que isso é uma ótima desculpa para não ter que falar com mais nenhuma utente. Apenas gosta de conversar com uma senhora e que esta “senhora não está internada, vai dormir a casa todos os dias”.

Diz-se triste com a morte do filho, o único que a visitava, dava passeios com ela e ainda a acompanhava ao quarto.

Os seus dias são todos iguais e não percebe o que ainda “ aqui está a fazer”.

Dorme bem, mas gostava de se deitar e adormecer logo. É a dormir que se sente bem, “o tempo passa mais depressa”.

Não tem qualquer restrição alimentar.

Relações Sociais e Afetivas

Dá-se bem com quase todas as utentes do Centro embora evite o mais possível falar com quem quer que seja.

Após a morte do filho, que a visitava pelo menos uma vez por mês, deixou de ter visitas, ficando sempre no Centro. Tem uma neta que habita a sua casa, que fica na mesma rua do Centro, mas que nunca a vem visitar. Esta neta foi educada por E. R..

A sua filha viva também a visita muito raramente. O neto, filho desta filha viva, de quem gosta muito, “o médico”, é a pessoa por quem E. R. sente mais prazer em receber visitas, ainda que estas não sejam com a frequência que desejaria.

Ocupação no Centro (seu dia-a-dia)

Frequenta a terapia ocupacional onde faz crochet. Esta é a única atividade em que E. R. participa. Neste momento, nem nos passeios que o Centro organiza E. R. quer participar.

Depois do jantar, vai logo para o quarto e às 19h30 deita-se para dormir.

Avaliação Psicológica (instrumentos)

Num primeiro tempo foram aplicadas as provas de avaliação cognitiva, sendo as de avaliação emocional e de personalidade aplicadas posteriormente.

A segunda sessão de contato com E. R., realizada a 24 de Outubro de 2012 foi dedicada à aplicação de dois instrumentos de avaliação e despistagem de eventuais perturbações cognitivas.

E. R. manifesta pouca vontade em participar nas atividades do Centro, pouca vontade em relacionar-se com as outras utentes, tem um olhar triste, saudades do filho recentemente falecido, sentimento de inutilidade, sem esperança no futuro, desejo de “desaparecer o mais depressa possível”, sentimento de que não está “aqui a fazer nada” e, por estas razões, propôs-se aferir a presença, ou não, de sinais depressivos. Com este intuito, foi-lhe aplicada uma GDS (Escala de Depressão Geriátrica). Além deste teste, foi-lhe aplicado, à priori, um MMSE (Exame Breve de Estado Mental) com o objetivo de perceber se E. R. reúne as faculdades cognitivas mínimas necessárias na sua vida diária.

Numa terceira sessão, a 7 de Novembro de 2012, com o intuito de traçar um perfil de personalidade, foi aplicado a versão reduzida do teste MMPI, o MINI-MULT. A vantagem desta versão reduzida é o tempo de aplicação com menos questões (Anastasi & Urbina, 2000).

Análise dos Resultados Obtidos

Estes resultados foram registados numa “Folha de Avaliação” no final de cada sessão em que foram aplicados testes bem como a entrevista clínica (Anexo C).

O resultado obtido no MMSE não dá indicação de que haja déficit cognitivo, com efeito, o valor obtido de 28, corresponde a um valor muito próximo máximo da escala.

Na aplicação da GDS, o valor obtido de 7, não é indicador da presença de depressão.

Na aplicação do Mini-Mult, foi analisada a configuração das escalas de validade (“L” mentira, “F” frequência e “K” correção) obtida depois da codificação dos resultados de E. R. (Anastasi & Urbina, 2000).

As escalas “L” e “K” são mais elevadas do que a escala “F”. Este tipo de configuração ocorre geralmente em pessoas que tentam evitar ou negar quaisquer sentimentos, impulsos ou problemas não aceitáveis e tendem a ser simplistas e a ver o mundo em termos de extremos (“bom” e “mau”) (Anastasi & Urbina, 2000).

De fato, verificou-se que E. R. está em recusa permanente, que não quer falar do passado, não fala do falecido marido com boas recordações, diz que quer esquecer a sua vida anterior e que o que interessa é o “aqui e agora”. Recusa olhar para fotografias dos seus filhos adultos, tendo escondido todas as fotografias existentes com exceção daquelas em que os filhos eram crianças.

Diz que a única boa fase da sua vida foram os 7 anos em que foi “interna num colégio de freiras” e que esses foram os melhores momentos da sua vida.

Sempre que se tenta aferir melhor algum assunto que E. R. aborde, há sempre o mesmo género de resposta: “não sei”, “não me recordo”, “não me apetece falar”, “quero esquecer tudo” ou “não tem importância”.

Por outro lado, E. R. tem um discurso fluido e coerente mas, quando não quer continuar certos assuntos, abordados por ela, “salta” para outras temáticas que, em princípio, não têm qualquer ligação com a anterior.

Os resultados das notas T obtidas em cada escala clínica permitiram obter o perfil de personalidade de E. R.. Não há valores médios acima de uma nota T de 70 (indicador patológico), o que indica que E. R. apresenta um perfil clínico normal (notas T estão entre os 45 e os 65).

Os resultados obtidos, em conjunto com a entrevista clínica, mostram a pertinência num acompanhamento de E. R.. A perda recente do filho que lhe fazia companhia, a ausência de outros familiares que lhe proporcionem bons momentos, os anteriores lutos pelos quais já passou, a falta de vontade de viver e o sentimento de inutilidade, o vazio dos dias, são alguns fatores que poderão contribuir para estados depressivos e até mesmo ideação suicida. É absolutamente necessário estar perto desta utente, dar-lhe a oportunidade para exprimir as suas angústias e tristeza da forma como o quiser partilhar.

Acompanhamento psicológico – Contato terapêutico

A partir deste momento, todas as sessões foram registadas numa “folha de intervenção” no final de cada sessão (Anexo D).

A terceira sessão, a 7 de Novembro de 2012, para além da aplicação do teste Mini-Mult, mais curto, houve ainda tempo de iniciar o acompanhamento propriamente dito com E. R..

Ao longo de todo o processo de acompanhamento desta utente, os assuntos não foram muito variados, andando as temáticas sistematicamente em torno do assunto da morte do filho um mês antes.

E. R. refere a ausência que sente do filho mas também a sua morte prematura e inesperada, “tinha saúde para dar e vender, andava muito a pé e não percebo porque num dia estava bem e no dia a seguir, morre”. Diz que, embora o filho a viesse visitar sempre que precisava de dinheiro, pelo menos uma vez por mês, era uma pessoa bastante afetuosa e que a acompanhava ao quarto. “Afetuoso era também o meu pai. Gostava muito do meu pai que brincava muito connosco (E. R. e o irmão mais novo)”. “A minha mãe era uma pessoa muito austera, mas não quero falar sobre isso”.

Diz que vê o rosto do filho em cada pessoa que lhe passa pela frente, só “depois percebo que afinal não é ele”.

Fez ainda referência ao seu marido. O marido um dia “saiu de casa por causa de uma qualquer lá do Pingo Doce. Depois, um dia, voltou para casa, deitou-se a meu lado mas virou-se para o lado e não quis nada comigo. Fiquei sem perceber nada”.

“Hoje só quero morrer descansada. Quero estar aqui descansada e sem família, porque não tenho família, quero estar sem família”.

Questiona-se sobre a existência de Deus. Pergunta-se como é possível que exista alguém, um Deus, que consiga “ser um guia de cada um...”.

Esta terceira sessão com E. R. acabou por ficar marcada por todos os assuntos que seriam falados durante as restantes sessões de acompanhamento com esta utente. Verdadeiramente, o que a preocupa é a ausência do seu filho em que ainda está a interiorizar o repentino desaparecimento.

Deixa bem claro que não tem vontade de viver e se sente inútil, que quer ficar sozinha e recusa a existência de outros membros de família, repudia o seu casamento e sente-se traída pelo marido.

Na sessão seguinte, a quarta, a 14 de Novembro de 2012, volta a falar do filho e acrescenta que quando vai a casa não entra no quarto dele porque não tem coragem. Diz ainda que na escola onde lecionava, fizeram uma festa homenagem e convidaram E. R. para assistir. Ao chegar à escola, percebeu que eram só adultos que lá estavam e “não estava nada à espera de ver uma escola sem crianças. Queria ir à sala onde o meu filho dava aulas mas depois não tive tempo”. Manifestamente, E. R. recusa a estar nos locais físicos por onde o filho terá passado.

Volta a falar da morte, da sua morte e questiona-se como será. “Não tenho medo de morrer, quero morrer, só não quero é sofrer. Quero morrer como o meu filho, sem sofrimento”. Sobre este assunto, diz que não acredita em Deus nem num “paraíso, que as irmãs acreditam mas que eu, para não as melindrar, tenho que fingir que acredito. Não acredito no Pai sentado com o seu filho do lado direito ou esquerdo, não acredito mas quero acreditar, tenho um grande poder de adaptação e por isso finjo. Morre-se quando se morre”. Finge para que a sua estadia e convivência com as irmãs seja pacífica.

Contraditoriamente começa a quinta sessão, a 21 de Novembro de 2012, por dizer que “foi a vontade de Deus” (referindo-se à morte do filho) “e espero que esteja no paraíso, no entanto, duvido, porque foi cremado, logo, não pode estar em parte alguma”. “Não percebo por que razão Deus ainda não me levou. Acho que vai demorar muito tempo e não quero. Tenho uma muito boa saúde, o que quer dizer que ainda vai demorar muito tempo para que Deus me leve”.

Repete inúmeras vezes durante esta sessão que sente a falta do filho.

Diz que vive no Centro um dia após ou outro e que todos os dias são iguais, o que a faz sentir-se ainda mais inútil. Quando faz crochet, não pensa em mais nada, não fala com ninguém e diz que é a única altura em que não pensa no filho.

Refere que não gosta de ir a casa da filha nem da neta porque sente que não são genuínas, que estão sempre com pressa para a levar de volta ao Centro. Já com o seu “neto médico”, gosta porque sente genuinidade nos seus atos, que gosta verdadeiramente de ter E. R. em casa com a sua família.

Fato relevante nesta sessão: E. R. diz que não se recorda de ter falado com o estagiário em psicologia em sessões anteriores, no entanto, de assinalar que E. R. estava no local combinado à hora combinada.

À sexta sessão, a 28 de Novembro de 2012, pouco mais de um mês depois de o acompanhamento ter sido iniciado, E. R. tem um discurso completamente diferente. Começa a sessão por falar da morte do filho mas refere “que assim é melhor. Ele tinha que morrer mais dia, menos dia, mas assim pelo menos acabaram-se os problemas todos”. Por outro lado, E. R. estava com um discurso muito pouco lógico, passando de um assunto para outro sem qualquer nexos e sem terminar os que iniciava. Fala de “famílias com estatutos sociais diferentes, que em Cabo Verde é diferente de Portugal cuja cultura é completamente diferente”. E. R., sempre que se refere ao neto preferido diz “o meu neto médico”, sem o nomear. Denota-se uma grande importância dada ao estatuto profissional do neto, o que lhe confere um estatuto social privilegiado, segundo E. R.. Fala dos filhos preferidos e que ambos morreram, a sua filha com quem não se dá, a neta que é advogada e que não a visita, os problemas de álcool dos filhos falecidos, do pai e de como era gentil e da mãe que detestava e de quem não quer falar.

Na sétima sessão, a 5 de Dezembro de 2012, mantém que foi “melhor assim, que o meu filho tenha morrido e que já esqueci a sua morte”. “O meu filho sempre teve muitas mulheres e assim é melhor que tivesse morrido, acabaram-se os problemas. Em Cabo Verde é normal a bigamia, mas aqui não. Ele andava sempre de relação em relação e isto não é vida para ninguém”. “Em Cabo Verde as pessoas casam e é para a vida, é assim que deve ser. Eu também, estava casada e mesmo sabendo que o meu marido já não gostava de mim, mantive-me casada, é assim mesmo que deve ser”. E. R. volta aqui, mais uma vez, a fazer referência às raízes e a ligação às tradições.

Durante o casamento viveu sempre isolada de tudo, da família, de amigos e de contatos sociais. O marido impediu-a sempre de fazer o que quer que fosse, só depois de ter enviuvado é que voltou a ter contato com a sua família.

Na sessão de 12 de Dezembro de 2012, a oitava, E. R. volta a dizer que já não pensa no filho e que a única coisa que a preocupa é a neta que mora na sua casa e que, com esta crise, mesmo estando a trabalhar, pode vir a necessitar de ajuda financeira. “Caso tenha que vender a casa, terei que dividir o seu valor pelos netos todos e a minha neta não terá o suficiente para sobreviver”. Diz ainda que, com o aproximar das festas de fim de ano e Natal, não quer ir para lado nenhum, quer ficar no Centro e não quer dar trabalho a ninguém.

Após as festas de Natal e fim de ano, na nona sessão a 9 de Janeiro de 2013, E. R. refere que quer apagar o seu passado e que o que interessa “é a vida no Centro, é hoje em dia que conta e só quero pensar nisso, em mais nada. Estas festas são para esquecer, já passaram, já não há nada para falar, são só para esquecer”. Diz que passa os dias no Centro na terapia ocupacional a fazer crochet e que isso a distrai, não tem que falar com ninguém e está sozinha. Por outro lado, queixa-se da sua falta de audição e da cada vez

menor visão. “Não tenho paciência para falar de mim até porque a minha vida não tem nada de interessante para contar”.

Neste mesma sessão, volta a falar do quão o filho era carinhoso para com E. R. (tem as lágrimas nos olhos quando fala do filho e muda de imediato de assunto) e que está preocupada com a neta que é advogada e que “não gosta nada de advogados, lidei toda a minha vida com eles e sei como são”.

É nesta altura que, mais uma vez mudando de assunto sem concluir o anterior, refere que o único momento da sua vida em que se sentiu feliz foi quando foi aluna interna num colégio, entre os seus 13 e 20 anos de idade.

A décima sessão, a 16 de Janeiro de 2013, foi marcada pelo discurso que vem acompanhando as outras sessões, com recurso às temáticas habituais. Ao recordar a sua mãe, diz que “nunca lhe explicava as coisas, que apenas dizia e era assim mesmo, que dava ordens e só tinha que obedecer. Não quero recordar a minha vida porque foram só coisas más”.

Hoje não foi à terapia ocupacional fazer o seu crochet porque não queria perder o início da sessão de acompanhamento. Diz que gosta muito de falar com o estagiário em psicologia e que só nessa altura se sente bem.

Nesta décima primeira sessão, a 23 de Janeiro de 2013, E. R. afirma não pensar na morte como antes, que “está no Centro e aqui quer permanecer, viver dia após dia e manter-se ocupada, mais não seja a dormir”.

Na sessão de dia 30 de Janeiro de 2013, a décima segunda, falamos sobre a ausência de visitas. Ao empatizar com E. R. se sentiria “tristeza por esse fato”, responde que não “porque prefere não reforçar os laços familiares para não criar ansiedade na

expectativa da sua morte, que quando morrer, esperando não sofrer, será mais fácil para a sua família aceitar porque não terá o hábito da sua presença”. E. R. é uma pessoa que ao longo das sessões vem manifestando a sua vontade em não incomodar a sua família. Não quer sentir-se um “peso” e por isso prefere ficar sozinha e não receber visitas. Percebe que não há vontade livre por parte da família em estar com ela e, se não for de forma genuína, prefere não receber as suas visitas.

E. R. fala do seu irmão mais novo, que tem a doença de Parkinson e que não a pode vir visitar. A última vez que o viu foi há 2 anos e nessa altura deslocou-se de táxi, acompanhada de seu filho, a casa do irmão para estar com ele. Pouco conviveu com este irmão, primeiro porque veio cedo para Portugal para o colégio interno e depois porque o marido não a deixava frequentar a família. E. R. com uma personalidade muito calma e conciliadora, diz que é a única pessoa que se entende bem com todos os membros. “Também, não é difícil dar-me bem com toda a família, nunca a via”, afirma.

À décima terceira sessão, a 6 de Fevereiro de 2013, E. R. estava pronta para a sessão (de assinalar que sempre se foi buscar E. R., inicialmente à sala de terapia ocupacional e depois à sala de televisão que fica mais próxima da sala onde decorreram as sessões) e ao ver o estagiário em psicologia, acolhe-o com um grande sorriso. Diz que “está pronta e que aquele é o momento dela”.

Voltou a falar do filho que faleceu, agora há 5 meses e, pela primeira vez, refere-se a este filho pelo nome: “Gostava muito do A.”.

Foi também nesta sessão que perguntou ao estagiário em psicologia “quando é que tinha tudo acabado?”. Explicou-se que ainda havia mais 6 meses no Centro e que durante esse tempo, estar-se-ia com E. R.. Disse de seguida que “não quer que mais ninguém a acompanhe pois não quer ter que voltar a falar de tudo outra vez, que gosta

muito de falar com o João (referindo-se ao estagiário em psicologia) e que não terá paciência nem vontade de explicar tudo a mais ninguém”.

Insiste em querer apagar as memórias do passado e que apenas o presente conta.

A 13 de Fevereiro de 2013, à décima quarta sessão, E. R. relata que finalmente recebe a visita da neta. Descreve que esta neta foi educada por ela porque nunca se deu bem com a mãe, filha de E. R. ainda viva. Por um lado estava feliz porque a neta a visitou, que nunca vem apesar de morar na casa dela e na mesma rua do Centro, mas que se veio “foi porque estava a precisar de dinheiro e me pediu o cartão multibanco”.

Diz de seguida que “pode morrer hoje, que morre feliz e descansada porque tem os netos todos empregados e encaminhados nas suas vidas”.

Entre os dias 27 de Fevereiro e 24 de Abril de 2013, décima sexta e vigésima terceira sessão, E. R. não acrescentou mais ao que vinha relatando nas sessões anteriores. Entre a sua tristeza pela morte do filho e a falta que este lhe faz, a ausência de visitas da sua neta que mora perto e não perde 5 minutos para a visitar, o seu marido que nunca a deixou fazer nada na vida porque não só não podia visitar a família como o salário de E. R. era todo para o marido que se apoderava dos seus bens, E. R. por diversas vezes dizia que não lhe apetecia falar, ao que se lhe respondia que se fosse desejo dela, assim seria, que este é um “tempo dela e que o deve utilizar conforme o entender”. Dizia que gostava muito de conversar com o estagiário em psicologia e que para ela, estar ali era suficiente.

Manifesta por diversas vezes a sua falta de crença, as suas dúvidas em relação à existência de Deus.

À vigésima quarta sessão, a 8 de Maio de 2013, voltou a falar do filho desaparecido mas desta vez para dizer que “não se conforma e ainda não ultrapassou a morte do filho”.

Volta a manifestar o seu sentimento de inutilidade e que não faz sentido estar viva se ainda por cima as pessoas de quem gosta já “se foram todas, ao contrário das que cá estão, de quem não gosta”.

Esta sessão foi contrastada com a seguinte, a 15 de Maio de 2013, a vigésima quinta sessão, em que E. R. volta ao sentimento de que a morte “do filho foi melhor assim, que assim já não há problemas, já não cai na tentação de voltar a beber”.

A 22 de Maio de 2013, vigésima sexta sessão, E. R. está particularmente feliz porque a sua filha lhe organizou um encontro com as suas amigas de infância, do colégio interno e do seu trabalho. Diz que as pessoas “vieram de vários pontos do país para se reunirem” e ficou muito contente com o gesto da filha.

A contrastar com esta alegria, rapidamente muda de assunto para dizer que a “sua hora nunca mais chega e que nunca mais morre”. E. R. apesar de ter gostado do encontro, referiu que assusta ver aquelas pessoas todas que conheceu, umas casadas mas a maior parte viúvas e as que lá não estavam por terem falecido.

As sessões de 29 de Maio e 5 de Junho, de 2013, a vigésima sétima e oitava sessões, foram dedicadas a explicações e respostas a questões de E. R.. Colocou algumas questões de diversas temáticas que a interessavam, como o processo de eleição do novo Papa, compositores de música clássica de quem o estagiário em psicologia tinha contado histórias aquando do último grupo psicoeducativo do qual E. R. também faz parte, política atual e, disse que o filho também lhe explicava tudo e que “desde que

morreu deixei de ter a quem perguntar o que me interessa. O senhor é como o meu filho, sabe tudo”.

Até dia 3 de Julho de 2013, aquando da trigésima primeira sessão, E. R. continuou a alimentar os mesmos assuntos de sempre e com a mesma perspectiva de vida. Neste dia, a sessão foi encarada de forma muito otimista, em que E. R. diz que não se recorda da sua vida mas que tem a sensação de ter sido feliz. Diz que depois de ter saído do colégio e conheceu o quem viria a ser o seu marido, acabou por casar de imediato, ainda que os pais fossem contra o casamento por “achar que o seu marido era um escroque, ainda assim casei. Acho que qualquer pessoa que queira ser feliz, encontra sempre maneira de o ser”. Diz que este “casamento foi a sua liberdade e autonomia que nunca teve, que a sua mãe sempre respondeu por ela e que nunca precisou de pensar porque a sua mãe tinha sempre resposta para tudo. Severa como era, decidia tudo por todos”.

À trigésima segunda sessão, a 10 de Julho de 2013, manifesta preocupação em relação ao seu estado de saúde. Diz que está cada vez mais surda, que vê cada vez menos e que tem “medo que se agrave. Serei um verdadeiro farrapo e isso é problemático porque não quero viver assim”.

No dia 17 de Julho de 2013, durante a trigésima terceira sessão, diz que o dia mais feliz para ela, é a quarta-feira, o dia em que vem “falar consigo e isso deixa-me feliz (referindo-se ao estagiário em psicologia)”.

A última sessão, a 31 de Julho de 2013, foi uma sessão aparentemente penosa para E. R.. Com efeito, foi a última sessão e E. R. sabia-o. Não parava de falar, ainda que para repetir sempre as mesmas coisas, como se não quisesse que aquele momento

acabasse e tentou aproveitar ao máximo, tirando partido do espaço e tempo e foi o seu durante os últimos 8 meses.

Análise clínica

Após a avaliação psicológica, por intermédio da entrevista clínica, anamnese, aplicação dos testes psicológicos MMSE, GDS e do Mini-Mult, pôde-se concluir que, segundo o CID-10 (OMS, 1993), E. R. sofre de uma perturbação de adaptação (código de diagnóstico, de acordo com o CID-10, F43.2) característico de “processos de luto”.

Inicialmente, aquando da entrevista clínica, antes de aplicar os testes supra mencionados, seríamos tentados a pensar que E. R. poderia estar a sofrer de uma depressão. Não obstante, não poderíamos deixar de levar em consideração que tinha perdido o filho um mês antes.

Os testes não só não revelaram qualquer deficit cognitivo, como também não acusaram qualquer sinal depressivo.

Nos resultados do Mini-Mult, as escalas “L” e “K” são mais elevadas do que a escala “F”. Este tipo de escala ocorre geralmente em pessoas que tentam evitar ou negar quaisquer sentimentos, impulsos ou problemas não aceitáveis e tendem a ser simplistas e a ver o mundo em termos de extremos (“bom” e “mau”) (Anastasi & Urbina, 2000).

De fato, verificou-se que E. R. está em recusa permanente, que não quer falar do passado, não fala do marido falecido com boas recordações, diz que quer esquecer a sua vida anterior e que o que interessa é o “aqui e agora”. Recusa olhar para fotografias dos seus filhos adultos, tendo escondido todas as fotografias existentes com exceção daquelas em que os filhos são crianças.

Diz que a única boa fase da sua vida, foram os 7 anos em que foi “interna num colégio de freiras” e que esses foram os melhores momentos da sua vida.

Sempre que se tenta aferir mais em detalhe algum assunto que E. R. aborde, é-se sempre confrontado com o mesmo tipo de resposta: “não sei”, “não me recordo”, “não me apetece falar”, “quero esquecer tudo” ou “não tem importância”.

Por outro lado, E. R. tem um discurso fluido e coerente mas, quando não quer continuar certos assuntos, abordados por ela, “salta” para outras temáticas que, em princípio, não têm qualquer ligação com a anterior.

Os resultados das notas T obtidas em cada escala clínica permitiram obter o perfil de personalidade de E. R.. Não há valores médios acima de uma nota T de 70 (indicador patológico), o que indica que E. R. apresenta um perfil clínico normal (notas T estão entre os 45 e os 65).

O luto é uma reação psicológica à perda de uma relação significativa. Há uma primeira reação de negação onde se partilha com a pessoa desaparecida memórias, usa-se a imaginação, objetos pessoais, seguindo-se um vazio e a tristeza. Este processo pode demorar meses ou até mesmo anos. Segue-se uma fase caracterizada por uma hiperatividade e agressividade, com o objetivo de substituir a pessoa perdida. Sempre que se perde algo, ganha-se outro algo o que faz deste processo, um processo universal (Abreu, 2014).

Há um isolamento, uma fuga dos outros, uma procura do escuro e do silêncio. Esta perda de sincronia que se perde provoca uma dessincronização com outras pessoas e com o meio ambiente que o rodeia (Abreu, 2014).

O acompanhamento desta utente foi marcado por altos e baixos no sentido em que a dada altura, 3 meses depois do primeiro contato, E. R. diz pela primeira vez que já não pensa no seu filho e que já ultrapassou a sua morte, no entanto, os 5 meses que se seguiram, foram acompanhados por reações intermitentes de aceitação, ou conformismo, com o regresso do sentimento de vazio pela perda.

Além deste sentimento de vazio pela ausência do filho, que se foi atenuando, E. R. manifestou frequentemente recusa em falar sobre qualquer temática que lhe fosse difícil, recusando-se a aprofundar algo. Sempre que se falava da mãe, limitava-se a dizer que era uma pessoa severa, sempre que o assunto da sua filha era abordado, dizia que esta nunca se deu bem com ela, sempre que falava do marido, acabava a conversa de imediato dizendo que quer esquecer alguém que a fez sofrer.

O temperamento conciliador e calmo de E. R., faz com que seja uma pessoa que evite conflitos e, para isso, evita o contato com as outras utentes, recusa ir a casa da família e não vai a passeios organizados pelo Centro.

O fato da família não a visitar no Centro é sempre desculpado por estarem muito ocupados e terem as vidas deles e por esse motivo, E. R. percebe que esteja sempre sozinha.

Outro ponto marcante no seu perfil, é a pouca vontade que tem de viver e, antes pelo contrário, o seu desejo em morrer o mais depressa possível. Esta morte terá que ser sem sofrimento. Não tem perspetivas futuras, não sente prazer por atividades diárias, sente que não está a fazer nada neste mundo e por isso, tem um profundo sentimento de inutilidade que é exacerbado pelo fato de ter a noção de que os seus dias são todos iguais e que só está bem a dormir.

A continuação do trabalho de acompanhamento, começado 8 meses antes, é indicada, em virtude do processo de luto pela morte do seu filho não estar completamente concluído.

Reflexão pessoal

Este caso foi de uma particular complexidade para mim.

Cada pessoa é uma pessoa e todos reagimos de maneira diferente.

Ser confrontado, no início da minha experiência enquanto psicólogo com alguém que acabara de perder um filho, foi um desafio enorme.

E. R. perdeu um filho, por sinal o seu filho “preferido” e que ainda lhe proporcionava algum momento de prazer durante a sua estadia no Centro, tem um olhar triste, recusa querer viver, uma incompreensão face à realidade, o isolamento, entre outras manifestações com as quais me defrontei. Como poderia ser um conforto para esta utente? Como mostrar que a vida continua e que existem sempre razões de viver?

A minha postura foi sempre a mesma e isso deu resultados. Penso que E. R., aos poucos, se foi sentindo mais confiante e sentiu em mim alguém que a escutava verdadeiramente e que o fazia genuinamente. Aquela genuinidade que tanto reclamava a propósito da sua família e que sentia nem sempre haver.

Aos poucos E. R. foi sentindo que aquele era o espaço dela e que ali podia dizer e manifestar o que lhe apetecesse. Ao ponto de alterar o horário das suas rotinas dentro do Centro para que pudesse estar sempre presente naquelas sessões.

E. R. é uma pessoa que se sente “maltratada” por todos os que fizeram parte da sua vida, com raras exceções, não quer recordar a sua vida, sente que foi uma vida de frustração em que todos sempre a “usaram”. Enquanto estivemos em relação, senti que para E. R. algo a fazia querer ficar ali, nem que fosse para não dizer nada, sentia-se num porto seguro, que estava ali para ela.

Em relação ao filho, foi encontrando estratégias para poder lidar com a sua morte, pensou sobre a sua vida, refletiu sobre o seu estado. Por vezes acreditava que era melhor assim, que o filho tivesse morrido, o que levaria a pensarmos que estivesse a concluir o seu processo de luto. No entanto, nas sessões seguintes, a saudade e o sentimento de vazio regressavam. O seu processo tem sido feito de altos e baixos, de aceitação e de recusa, mas o fato de o ter verbalizado, conseguido dizer o que a ia preocupando, foi positivo e, acredito que tivesse ajudado E. R. neste seu processo.

Reabilitação Cognitiva

Neste processo, foram acompanhados 3 casos em que cada um teve o seu espaço de acompanhamento individualizado com recurso ao programa informático *RehaCom* (desenvolvido por Dr. G. Schuhfried, GmbH e Hasomed, GmbH) (Schuhfried, 2009).

Estas sessões foram efetuadas 1 vez por semana e tiveram a duração de aproximadamente 1 hora com cada utente. Apenas 1 das utentes não compareceu a todas as sessões já que esteve de férias no estrangeiro com a família.

Objetivo geral: Proporcionar uma recuperação ou a estabilização do estado das funções cognitivas de 3 utentes com recurso ao programa informático de reabilitação e estimulação cognitiva *RehaCom*.

Objetivos específicos: - Após uma prévia avaliação do estado das funções cognitivas de 3 utentes, aferir quais as funções debilitadas e que necessitam intervenção por parte do técnico;

- Uma escolha assertiva das provas destinadas a cada função cognitiva de 3 utentes;

- Aplicação adequada de provas de estimulação indicadas a cada função cognitiva de 3 utentes;

- Acompanhamento do estado evolutivo de cada função cognitiva deteriorada e na qual há intervenção e respetivo registo.

Metodologia:

- 1ª Sessão de familiarização com o programa e apresentação a cada utente (este passo foi supervisionado pela Doutora Paula Agostinho);

- 2ª Sessão destinada à avaliação das faculdades cognitivas e despistagem da presença ou ausência de demências, aferir as faculdades cognitivas merecedoras de intervenção (aplicação de MMS, CDT e ADAS a cada utente);

- 19 Sessões de aplicação de provas de reabilitação cognitiva com intervenção em diversas funções (memória, evocação, orientação espacial);

- 22ª Sessão, a de reavaliação.

Procedimento:

1º- Avaliação neuropsicológica;

2º- Avaliação do médico psiquiatra para inclusão da utente no projeto;

3º- Informação e consentimento por parte da família à inclusão da utente no projeto (esta intervenção é paga à parte por cada utente que beneficie deste programa);

4º- Integração da utente e intervenção pelo serviço de psicologia;

5º- Registo da intervenção semanal no processo da utente;

6º- Reavaliação para aferição do estado das funções para eventual ajuste na intervenção;

7º- Decisão conjuntamente com médico psiquiatra e família.

Instrumentos:

Na avaliação neuropsicológica:

- Desenho do Relógio (CDT – Clock Drawing Test - Shulman et al, 1993) com vista à aferição do estado de memória, compreensão, noção espacial e temporal, abstração, planeamento, concentração, capacidades visuoestrutivas;

- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS – Rosen, Mohs & Davis, 1984) para a doença de Alzheimer;

- Exame Breve de Estado Mental (MMSE – Folstein, Folstein & Mc Huh, 1975, adaptado por Manuela Guerreiro e Colabs. 1994).

Com o intuito de melhorar as capacidades cognitivas (mnésicas de atenção, de concentração, etc.) e consequentemente, proporcionar uma maior autonomia e independência às utentes:

- *RehaCom*, desenvolvido por “Dr. G. Schuhfried, GmbH” e “Hasomed, GmbH”, na Alemanha. Este é um equipamento informatizado para o treino, aprendizagem e reabilitação cognitiva de pacientes cujas funções não se encontrem nos melhores níveis devido a estados demenciais (p.ex., Alzheimer) ou outras patologias e/ou perturbações cognitivas e é baseado nos seguintes princípios:

1. Permite o treino específico dos diferentes domínios cognitivos: atenção, concentração, vigilância, memória e aprendizagem, coordenação visuo-motora, integração de informação e desenvolvimento de estratégias, capacidade visuo-construtiva e treino do campo visual;
2. Possibilita a criação de treinos individualizados, com diferentes níveis de dificuldade e ajustamento face às necessidades de cada paciente;
3. Os resultados de cada sessão com o paciente são registados no sistema, o que permite analisar à posteriori a evolução da utente;
4. O treino pode ser feito autonomamente pela utente, visto que o computador transmite o feedback do seu desempenho (Schuhfried, 2009).

Desenvolvimento:

Beneficiaram deste programa 3 utentes que foram acompanhadas e, consoante o desenrolar das sessões e posteriores reavaliações, prosseguem, ou não, com o programa adaptado às suas capacidades. Esta decisão é tomada em conjunto com o médico e o serviço de psicologia.

Os níveis de cada prova são inseridos no computador e são adaptados a cada utente. Estes mesmos níveis não são possíveis de ser alterados manualmente, sendo que, o computador, consoante o sucesso ou insucesso, aumenta ou diminui a dificuldade e os níveis de cada prova.

Estas 3 utentes foram escolhidas aleatoriamente pela Doutora Paula Agostinho que atribui-o ao estagiário em psicologia estes casos de intervenção para reabilitação cognitiva (12 utentes no total beneficiam deste programa no Centro).

Desenrolar do projeto de reabilitação cognitiva com 3 utentes

Caso de M. A.

A primeira utente a participar no programa de reabilitação cognitiva foi M. A., 87 anos de idade, nascida no norte de Portugal, viúva e professora primária de profissão durante a sua vida ativa. Esta senhora não recebe qualquer visita familiar ou de amigos e encontra-se no Centro há 10 anos.

M. A. tem uma marcha lenta e revela algumas dificuldades de locomoção. Passa a sua grande maioria do tempo na sala de televisão onde acaba por adormecer. Não é uma pessoa que socialize com as outras utentes.

Queixa-se múltiplas vezes de mal estar geral e revela pouca adesão ao programa manifestando falta de vontade em desempenhar as atividades previstas.

As sessões de reabilitação cognitiva e os respectivos exercícios foram distribuídos como segue (quadro 3):

Quadro 3: Distribuição das sessões de *RehaCom* a M. A.

Data	Sessão	Provas / Níveis / Testes aplicados / resultados a M. A. - 87 anos		
18-Fev	1	Familiarização com o programa RehaCom		
25-Fev	2	MMS: 10, remete para perturbação cognitiva acentuada. Principais alterações ao nível da orientação, atenção e cálculo.	CDT: 7, dificuldade leve, sem alteração na orientação temporal mas, manifestada a falta de vontade em executar o que era pedido.	ADAS: Parte cognitiva = 33/60 Demência ligeira a moderada; Memória de palavras (9/10); Reconhecimento de palavras (5/12); Praxis espaciais (5/5); Orientação topológica (7/8); ADAS: Parte não cognitiva = 6/50 Presença de sintomas depressivos (4 em 5); falta de colaboração manifestada pela falta de vontade em realizar as tarefas.
4-Mar	3	Memória Figuras: 3; Memória Palavras: 13; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 1 (31%)		
11-Mar	4	Memória Figuras: 4; Aprendizagem Saccade: 28 - Falta de cooperação		
18-Mar	5	Memória Figuras: 4; Memória Palavras: 14; Aprendizagem Saccade: 27; Coordenação visuo-motora: 1 (34%)		
25-Mar	6	Memória Figuras: 5; Memória Palavras: 14; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 1 (13%)		
1-Abr	7	Memória Figuras: 5; Memória Palavras: 14 e 13; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 1 (30%)		
8-Abr	8	Recusou-se a participar		
15-Abr	9	Memória Figuras: 5; Operações Espaciais: 1 - Falta de cooperação		
22-Abr	10	Memória Figuras: 5; Memória Palavras: 13; Operações Espaciais: 1		
29-Abr	11	Memória Figuras: 5; Memória Palavras: 13; Operações Espaciais: 1		
6-Mai	12	Memória Figuras: 6; Memória Palavras: 12; Operações Espaciais: 2		
13-Mai	13	Memória Figuras: 7; Memória Palavras: 13; Operações Espaciais: 2		
20-Mai	14	Memória Figuras: 7; Memória Palavras: 14; Operações Espaciais: 2		
3-Jun	15	Memória Figuras: 8; Memória Palavras: 15; Operações Espaciais: 2		
17-Jun	16	Memória Figuras: 8; Memória Palavras: 15 - Queixas de cefaleias		
24-Jun	17	Memória Figuras: 8; Memória Palavras: 15; Memória Verbal: 7		
1-Jul	18	Memória Figuras: 8; Memória Palavras: 15; Aprendizagem Saccade: 26; Memória Verbal: 7		
8-Jul	19	Memória Figuras: 8; Memória Palavras: 14; Aprendizagem Saccade: 25; Memória Verbal: 7		
15-Jul	20	Memória Figuras: 8; Memória Palavras: 13 e 14; Aprendizagem Saccade: 24		
22-Jul	21	MMS: 12, remete para perturbação cognitiva acentuada.	CDT: 8, dificuldade leve, sem alteração na orientação temporal.	ADAS: Relação total entre parte cognitiva e não cognitiva = 41/110 Demência ligeira a moderada.
29-Jul	22	Memória Figuras: 8; Memória Palavras: 14; Aprendizagem Saccade: 23		

Avaliação de M. A.:

Ao verificar os resultados finais comparados com os iniciais, a avaliação neuropsicológica não indica que tivesse havido uma melhoria nas capacidades

cognitivas desta utente. Tanto o MMS, o CDT e a ADAS dão valores idênticos aos da primeira avaliação antes da intervenção com recurso ao programa de treino e reabilitação cognitiva, *RehaCom*. Ainda assim, também não há sinal de declínio dessas mesmas funções.

Esta utente manifestou-se particularmente difícil uma vez que foi sempre muito pouco cooperante. M. A. mostrou sempre resistência em participar nas sessões semanais de reabilitação cognitiva. Não só manifestava não ter vontade de ir para o local, como uma vez em frente ao computador, sempre manifestou a vontade de não querer responder ao questionando. Foi sempre necessário ir buscar a utente ao local onde geralmente se acomodava, na sala de televisão.

Antiga professora primária, dizia que “já não tinha idade para aquelas coisas e que estava muito cansada”. M. A. manifestava sempre uma grande resistência em efetuar as provas abreviando qualquer tentativa através da resposta “não sei, não me lembro”. Foi necessário muita paciência para poder obter algumas respostas.

Esta mesma utente que dizia nunca se lembrar de nada, uma vez que o estagiário em psicologia passou pelo Centro, 3 meses depois da última vez que lá tinha estado, encontrou-o num corredor e perguntou: “Veio buscar-me para irmos para o computador?”. Colocou esta pergunta com um grande sorriso nos lábios, como se alguém estivesse ali para lhe prestar atenção.

Caso de L. A.

L. A. tem 86 anos, nascida na área da grande Lisboa onde sempre residiu. É viúva, mãe de 2 filhas, sempre foi doméstica nunca tendo exercido qualquer atividade profissional.

Tem dificuldades de marcha e auxilia-se de uma bengala para se deslocar.

Fala constantemente da sua “mãezinha”, é uma pessoa muito bem disposta, conversadora e sociável. Sempre foi para as sessões de reabilitação cognitiva com grande vontade mas uma vez sentada em frente ao computador, manifestava alguma resistência na participação aos exercícios propostos.

As sessões de reabilitação cognitiva e os respectivos exercícios foram distribuídos como segue (quadro 4):

Quadro 4: Distribuição das sessões de *RehaCom* a L. A.

Data 2013	Sessão	Provas / Níveis / Testes aplicados a L. A. - 86 anos		
18-Fev	1	Familiarização com o programa RehaCom		
25-Fev	2	MMS: 23; Não é indicador da presença de demência nem de perturbação cognitiva.	CDT: 7; pontuação máxima onde utente não manifesta qualquer dificuldade no desenho nem na orientação temporal.	ADAS: Os resultados obtidos não nos remetem para a presença de demência uma vez que, a relação total entre ADAS cognitiva e não cognitiva é de 7/110. Único item de salientar é o da evocação de palavras (6/10). Indicação para realização de exercícios de estimulação da memória.
4-Mar	3	Memória Palavras: 10; Memória Verbal: 2; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 6 (19%)		
11-Mar	4	Memória Palavras: 10; Memória Verbal: 2; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 6 (12%)		
18-Mar	5	Memória Palavras: 10; Memória Verbal: 2; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 6 (22%)		
25-Mar	6	Memória Palavras: 10; Memória Verbal: 2; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 6 (19%)		
1-Abr	7	Memória Palavras: 9; Memória Verbal: 3; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 6 (20%)		
8-Abr	8	Memória Palavras: 9; Memória Verbal: 3; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 6 (20%)		
15-Abr	9	Memória Palavras: 6; Memória Verbal: 4; Aprendizagem Saccade: 28		
22-Abr	10	Memória Palavras: 8; Memória Verbal: 4; Aprendizagem Saccade: 28		
29-Abr	11	Memória Palavras: 8; Memória Verbal: 4; Aprendizagem Saccade: 28; Operações Espaciais: 1		
6-Mai	12	Memória Palavras: 8; Memória Verbal: 4; Aprendizagem Saccade: 28; Operações Espaciais: 2		
13-Mai	13	Memória Palavras: 8; Memória Verbal: 4; Aprendizagem Saccade: 28; Operações Espaciais: 2		
20-Mai	14	Memória Palavras: 9; Memória Verbal: 4; Aprendizagem Saccade: 28; Operações Espaciais: 2		
3-Jun	15	Memória Palavras: 9; Memória Verbal: 5; Aprendizagem Saccade: 28; Operações Espaciais: 2		
17-Jun	16	Memória Palavras: 8; Memória Verbal: 5; Aprendizagem Saccade: 28;		
24-Jun	17	Memória Palavras: 9; Memória Verbal: 5; Aprendizagem Saccade: 28;		
1-Jul	18	Memória Palavras: 9; Memória Verbal: 5; Aprendizagem Saccade: 28;		
8-Jul	19	Memória Palavras: 9; Memória Verbal: 5; Aprendizagem Saccade: 28;		
15-Jul	20	Memória Palavras: 10; Memória Verbal: 5; Aprendizagem Saccade: 28;		
22-Jul	21	MMS: 24; Não é indicador da presença de demência nem de perturbação cognitiva.	CDT: 7; pontuação máxima onde utente não manifesta qualquer dificuldade no desenho nem na orientação temporal.	ADAS: Os resultados obtidos não nos remetem para a presença de demência uma vez que, a relação total entre ADAS cognitiva e não cognitiva é de 8/110.
29-Jul	22	Memória Palavras: 10; Memória Verbal: 5; Aprendizagem Saccade: 28;		

Avaliação de L. A.:

Ao verificar os resultados finais comparados com os iniciais, a avaliação neuropsicológica não indica que tivesse havido uma melhoria nas capacidades cognitivas desta utente. Tanto o MMS, o CDT e a ADAS dão valores idênticos aos da primeira avaliação antes da intervenção com recurso ao programa de treino e reabilitação cognitiva, *RehaCom*. Ainda assim, também não há sinal de declínio dessas mesmas funções.

L. A. sempre manifestou, ao contrário da utente anterior, grande disponibilidade para participar nas sessões de reabilitação cognitiva com recurso ao programa informático *RehaCom*. Dizia sempre: “Vamos brincar mais um bocadinho?”. Embora a avaliação neuropsicológica preliminar não tivesse manifestado deterioração das suas faculdades cognitivas, com exceção da memória a curto prazo, foi elaborado um plano de intervenção com o objetivo de melhorar ou manter as suas capacidades.

Caso de E. B.

A mais idosa das três senhoras acompanhadas em reabilitação cognitiva mas a que desempenhou as atividades com exercícios de nível mais alto.

Com efeito, E. B. apresenta uma condição física e psíquica acima das outras utentes. Auxilia-se de uma bengala para ajudar na marcha, mas fá-lo com destreza e agilidade.

E. B. tem 90 anos de idade, viúva e tem um filho. Recebe visitas de amigos com frequência bem como do filho quando este está em Portugal. Este filho reside no estrangeiro e vem a Portugal 2 vezes por ano. Durante o período em que este programa

teve lugar, houve interrupção para que E. B. fosse de férias para o estrangeiro, para casa do seu filho, durante 2 meses.

E. B. é uma pessoa muito bem-disposta e solícita. Gosta de conversar, estar no seu quarto a ler e ver televisão. Sempre foi para as sessões de boa vontade embora, uma vez sentada em frente ao computador manifesta-se cansaço e falta de vontade de desempenhar o que lhe era solicitado, ainda assim, sempre respondeu aos pedidos.

As sessões de reabilitação cognitiva e os respetivos exercícios foram distribuídos como segue (quadro 5):

Quadro 5: Distribuição das sessões de *RehaCom* a E. B.

Data 2013	Sessão	Provas / Testes aplicados a E. B. - 90 anos		
18-Fev	1	Familiarização com o programa RehaCom e a utente		
25-Fev	2	MMS: 26; Não é indicador da presença de qualquer demência nem de perturbação cognitiva.	CDT: 7; pontuação máxima onde utente não manifesta qualquer dificuldade no desenho nem na orientação temporal.	ADAS: Os resultados obtidos não nos remetem para a presença de demência uma vez que a relação total entre ADAS cognitiva e não cognitiva é de 10/110. Único item de salientar é o da memória de palavras (5/10). Indicação para realização de exercícios de estimulação da memória.
4-Mar	3	Memória Palavras: 30; Memória Verbal: 10; Aprendizagem Saccade: 28		
11-Mar	4	Memória Palavras: 30; Memória Figuras: 9; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 2 (5%)		
18-Mar	5	Memória Palavras: 30; Memória Verbal: 10; Memória Figuras: 9; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 2 (6%)		
25-Mar	6	Memória Palavras: 30; Memória Verbal: 10; Memória Figuras: 9; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 2 (7%)		
1-Abr	7	Memória Palavras: 30; Memória Figuras: 9; Aprendizagem Saccade: 28; Coordenação visuo-motora: 2 (13%)		
8-Abr	Férias	Férias E. B.		
15-Abr	Férias	Férias E. B.		
22-Abr	Férias	Férias E. B.		
29-Abr	Férias	Férias E. B.		
6-Mai	Férias	Férias E. B.		
13-Mai	Férias	Férias E. B.		
20-Mai	Férias	Férias E. B.		
3-Jun	Férias	Férias E. B.		
17-Jun	8	Memória Palavras: 30; Memória Verbal: 10; Memória Figuras: 9		
24-Jun	9	Memória Palavras: 30; Memória Verbal: 10; Memória Figuras: 9		
1-Jul	10	Memória Palavras: 30; Memória Verbal: 10; Memória Figuras: 9		
8-Jul	11	Memória Palavras: 30; Aprendizagem Saccade: 28 - Programa bloqueou		
15-Jul	12	Memória Palavras: 30; Memória Figuras: 9; Aprendizagem Saccade: 28		
22-Jul	13	MMS: 26; Não é indicador da presença de demência nem de perturbação cognitiva.	CDT: 7; pontuação máxima onde utente não manifesta qualquer dificuldade no desenho nem na orientação temporal.	ADAS: Os resultados obtidos não nos remetem para a presença de demência uma vez que, a relação total entre ADAS cognitiva e não cognitiva é de 8/110.
29-Jul	14	Memória Palavras: 30; Memória Figuras: 9; Aprendizagem Saccade: 28		

Avaliação:

Ao verificar os resultados finais comparados com os iniciais, a avaliação neuropsicológica não indica que tivesse havido uma melhoria nas capacidades cognitivas desta utente. Tanto o MMS, o CDT e a ADAS dão valores idênticos aos da primeira avaliação antes da intervenção com recurso ao programa de treino e reabilitação cognitiva, *RehaCom*. Ainda assim, também não há sinal de declínio dessas mesmas funções.

E. B. manifestou sempre grande disponibilidade para participar neste programa. Ainda assim, uma vez em frente ao computador, dizia que “já não tinha idade para aquelas coisas e que só queria que a deixassem em paz, que gosta é de estar no seu quarto a ver televisão e a ler”. Esta utente esteve de férias com a família no estrangeiro e, durante 3 meses esteve ausente do Centro. Uma vez regressada, manifestava a vontade em contar como as suas férias se tinham desenrolado, mais do que participar nos exercícios de reabilitação.

Esta utente era, das 3 que participaram neste programa, a que fazia os exercícios com graus de dificuldade mais elevado, o que indica que era a que menos faculdades e capacidades cognitivas tinha perdido.

As suas repetidas queixas de cansaço e resistência a efetuar os exercícios, levaram a numa das sessões, no decorrer de um dos exercícios, a que reconhecesse que o que lhe apetecia era “ir dar um passeio e apanhar um pouco de sol”. Foi o que aconteceu, E. B. foi levada pelo estagiário em psicologia a dar um passeio, de braço dado, pelos jardins do Centro, para que conversasse sobre o que lhe apetecia.

Reflexão Pessoal

Dada a resistência com que as utentes participaram neste projeto, as manifestações de cansaço, as recusas em responder, a falta de paciência, as dificuldades físicas em certos exercícios (coordenação visuo-motora onde uma manete é manipulada com o objetivo de manter o cursor dentro de um objeto em movimento), a vontade em falar sobre assuntos pessoais, não se pode deixar de dizer que foi muito difícil concluir este projeto. Na realidade, a vontade foi sempre a de obedecer às vontades manifestadas pelas utentes em deixa-las sair da sala, não efetuarem os exercícios, mesmo sabendo que estes foram desenvolvidos para o seu bem-estar (com efeito, a literatura e estudos dizem que o programa têm efeitos benéficos nas pessoas que apresentem dificuldades cognitivas (Hickling, Blanchard & Taylor, 1998; Jaspers, 1998 e Suissa, 2001)).

Por outro lado, dados os resultados finais, das reavaliações que não concluíram qualquer evolução no sentido de terem recuperado as suas funções cognitivas deficitárias, não se pode concluir que o programa *RehaCom* seja de alguma inutilidade, uma vez que podem não ter recuperado faculdades mas também não as perderam. Assume-se que o programa cumpra a sua função, pelo menos, pelo fato de ajudar as utentes a que mantenham as suas funções cognitivas intactas e que não as percam, prevalecendo o exercício benéfico dos seus cérebros.

Ficou a percepção de que estas utentes exercitam os seus cérebros apenas pelo simples fato de poderem falar do que as preocupa, que se lhes dê atenção, que se as escute, mais do que as fazer participar em atividades nas quais não sentem qualquer vontade nem prazer.

Pensa-se que para as utentes, se trata de grande dificuldade mais do que um prazer aliado aos efeitos benéficos eventuais desta intervenção. Será que é produtivo levar alguém a efetuar tarefas às quais não manifestam vontade e não lhes dá prazer?

Conclusão

Com este estágio, descrito no relatório aqui presente, pretendeu-se iniciar a experiência de psicólogo, através do contato com uma instituição para pessoas de idade superior a 65 anos.

A vertente prática incidiu em 4 planos: acompanhamento psicológico individual de 4 utentes; programa de estimulação cognitiva com recurso ao programa informático *RehaCom* com 3 utentes; grupo psicoeducativo com 12 utentes; ação de formação aos funcionários do Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima, local onde decorreu o estágio.

Este estágio teve a duração de 10 meses, entre os meses de Outubro de 2012 e Julho de 2013, durante 15 horas semanais.

Para além de enquadrarmos a instituição, é feita referência às principais teorias sobre o envelhecimento, o processo de institucionalização, as principais demências e patologias características da população envelhecida, a avaliação psicológica e o papel do psicólogo, os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa que serviu de base para o contato em situação de relação de ajuda para com as utentes individualmente.

Do ponto de vista da reabilitação cognitiva, estimulação cognitiva com recurso ao programa informático *RehaCom*, as grandes dificuldades encontradas prendem-se com as condições físicas das utentes. Muitas delas sofrem de patologias relacionadas com o aparelho locomotor, o que torna difícil a execução de algumas tarefas. Além destas limitações físicas, mostraram sempre muita resistência à participação no programa desenhado para cada uma.

Embora após uma reavaliação das faculdades cognitivas de cada uma das 3 utentes não tivesse indicado deterioração dessas mesmas faculdades, o fato é que não houve melhoria. A questão colocada prende-se com o benefício que este programa possa ter na qualidade de vida das utentes. Embora a literatura diga que há evolução positiva e comprova os efeitos benéficos do programa (Hickling, Blanchard & Taylor, 1998; Jaspers, 1998 e Suissa, 2001), coloca-se a questão sobre os limites da liberdade da pessoa para fazer o que sente que é melhor para ela própria, se o sofrimento manifestado é compensador ou não.

No que respeita às sessões de acompanhamento individuais, estas foram de uma grande riqueza, no sentido em que se pôde observar uma melhoria do estado psíquico de pelo menos 2 das utentes que participaram em todas as sessões ao longo do estágio.

Manifestação de alegria em participar nas sessões, a alteração de rotinas para que possam estar atempadamente nas sessões, o reconhecimento de que aquele era o espaço só dessas pessoas, o envolvimento nas próprias sessões, tudo isto se revelou benéfico para as utentes.

Do ponto de vista teórico, este estágio foi de aprendizagem constante. A cada caso, cada situação que ia surgindo, foi a oportunidade para me poder informar, investigar e consultar sobre cada temática.

Pela primeira vez tomei contato prático com escalas e testes psicométricos e projetivos e pude aplica-los em contexto terapêutico. Foi necessário aprofundar conhecimento sobre as baterias de testes existentes e à disposição no local de estágio, perceber qual seria o mais adequado em cada caso e cada utente.

Referências Bibliográficas

- Abreu, J. L. P. (2014). O bailado da alma. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Abreu, J. L.P. (2006). Como tornar-se doente mental. (14ª Ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Anastasi, U. & Urbina, S. (2000). Testagem Psicológica. Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, N. D., Winocur, G. & Palmer, H. (2010). Principles of cognitive rehabilitation. In. J. M. Kischka & J. C. Marshall (Eds.). *The handbook of clinical neuropsychology* (pp. 50-77). Oxford: Oxford University Press.
- Anzieu, D. (1989). *Os métodos projetivos* (5ª ed.) (M. L. E. Silva Trad.). Rio de Janeiro: Campus (Obra original publicada em 1923).
- Arias, Y.G., Garcia, Y.F., Catasús, C.S., Pérez, M.B.L., Noa, J.S. & Aguilar, B.A. (2010). Evaluación neurocognitiva Y flujo sanguíneo cerebral regional en pacientes con deterioro cognitivo leve. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, 10(1), 49-60.
- Atchley, R. C. (1989). A Continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183-190.
- Atchley, R. C. (2000). Social forces and aging: an introduction to social gerontology. (9ª ed.). Harbor Drive: Wadsworth.
- Cabete, D. (2005). O idoso, a doença e o hospital. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Cabral, M.V. & Ferreira, P.M. (2013). Envelhecimento activo em Portugal. Trabalho, reforma, lazer e redes sociais. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Caldas, A.C. & Mendonça, A. (2012). A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: Lidel.
- Cardão, S. (2009). O idoso institucionalizado. Lisboa: Coisas de Ler.
- Chabert, C. (2003). O Rorschach na clínica do adulto. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi.
- Cruz, V. T., Pais, J., Teixeira, A., & Nunes, B. (2004). Sintomas iniciais de demência de Alzheimer; a percepção dos familiares. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 437-444
- Eurostat (2012). *Active Ageing and Solidarity between Generations. A Statistical portrait of the European Union 2012*. European Commission. Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF
- Félix, M.J.C. (2013). Envelhecer sem ficar velho. Alfragide: Oficina do Livro.
- Fernandes, F. (2006). Flores do silêncio. Lisboa: A Triunfadora – Artes Gráficas.
- Fernandes, P. (2002). A depressão no idoso. Coimbra: Quarteto.
- Fernández-Ballesteros, R. & Rodríguez, J.A.C. (2009). Ambiente y vejez. In R. Fernández-Ballesteros (Coord.). *Gerontologia social*. (pp. 251-273). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. *Cadernos Climepsi de Saúde* 4. Lisboa: Climepsi.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

- Fonseca, A. (1998). *Psiquiatria e Psicopatologia* (Vol. II). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gabbard, G. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica*, baseado no DSM-IV (2ª Ed.) Artmed.
- Garcia, C. (1988). A Deterioração Mental dos Idosos. A tão falada Arteriosclerose Cerebral e a misteriosa Doença de Alzheimer. *Psicologia*, VI, (2), 197-206.
- Gordon, T. & Noel, B. (1998). P. E. E. Programa do ensino eficaz. Lisboa: Textype – Artes Gráficas.
- Guerreiro M., Silva A.P., Botelho M.A., et al. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1: 9.
- Hipólito, J. (2011). Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano. Lisboa: Edual.
- Instituto Nacional de Estatística (2007). Anuário estatístico da região de Lisboa. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (2006). *Identidade e Missão*. [Brochura]. Lisboa: Autor.
- Iruela, I. M. & Sanz-Aranguéz, B. (1995). Depresiones en el anciano. In J. M. R. Casado (Coord.). *Manual práctico en psicogeriatría* (pp. 61-69). Madrid: Grupo Aula Médica.
- Johansson, B. B. (2000). Brain plasticity and stroke rehabilitation. *Stroke*; 31: 223-230.
- Leal, I. (2008). A entrevista psicológica: técnica, teoria e clínica. Lisboa: Fim de Século.

- Lehr, U. (2000). *Psychologie des Alterns*. (9ª ed.). Wiebelsheim: Quelle und Meyer.
- Leifer, B.P. (2009). Alzheimer's disease: seeing the signs early. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 588-595. doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00436.x
- Lopes, R. G. (2006). *Psicologia da pessoa e elucidação psicopatológica*. Porto: Higiomed.
- Organização Mundial de Saúde, (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Oulès, J. (1978). As neuroses na terceira idade. In *Psicopatologia da Terceira Idade*. Lisboa: Vitória, 93-126.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2013). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32, 223-236.
- Rosen, W.G, Mohs, R.C & Davis, K.L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 141: 1356-1364.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. (2ª Edição). Lisboa: Placebo.

- Schuhfried – Qualität durch Kompetenz (2009). *RehaCom: Cognitive rehabilitation catalog*.
- Shulman, K. I., Gold, D. P., Cohen, C. A. & Zuccherro, C. A. (1993). Clock-drawing and dementia in the community: a longitudinal-study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 487–496.
- Snowden, J. (2010). The neuropsychological presentation of Alzheimer's disease and other neurodegenerative disorders. In J.M. Gurd, U. Kischka, & J.C. Marshall (Eds.). *The handbook of clinical neuropsychology* (pp. 561-584). Oxford: Oxford University Press.
- Spar, J.E. & Rue, A.L. (2005). Guia pratico climepsi de psiquiatria geriátrica. (J.N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores (obra original publicada em 2002).
- Stefan, M., Travis, M. & Murray, R. M. (2002). *An atlas of schizophrenia*. London: The Parthenon Publishing Group.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Triadó, C. & Villar, F. (2007). *Psicologia de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Wechsler, D. (2008). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAISIII)*. Lisboa: Cegoc.