



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

ESTÁGIO NUM CENTRO GERIÁTRICO

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

Autora: Ângela Maria Batista Martins

Orientadora: Professora Doutora Paula Cristina Monteiro Magalhães Pires Carvalho

Número de Candidata: 20150167

setembro de 2018

Lisboa

Agradecimentos

Quero agradecer e expressar a minha gratidão a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para tornar possível esta etapa acadêmica e pessoal.

Agradeço à minha família que esteve sempre presente principalmente ao meu marido, pela paciência, dedicação e apoio incondicional e sem o qual este trabalho não seria possível.

Agradeço à minha Orientadora de local de estágio Psicóloga Mestre Paula Agostinho, toda a disponibilidade, ajuda, compreensão, simpatia e competência técnica, para me transmitir a sua experiência às minhas dúvidas e intervenções. E porque em todas as situações, teve uma palavra assertiva, de incentivo e de compreensão, fazendo-me sentir num clima profissional e de confiança.

Agradeço à Professora Doutora Paula Pires que orientou o presente relatório pela compreensão, ajuda, competência técnica, experiência e simpatia. Sempre disponível, para corrigir e orientar todas as dúvidas, ao longo da elaboração deste relatório.

Agradeço a todos os Professores pela forma dedicada e disponível com que promovem as reflexões em sala de aula e serem os facilitadores no processo de aprendizagem.

Agradeço a toda a população do Centro Geriátrico que no caminho, contribuiu para o meu crescimento como ser humano e para o desenvolvimento de competências como futura profissional.

Agradeço a todas as pessoas com quem me cruzei na UAL que de alguma forma estiveram presentes na minha vida acadêmica.

Agradeço os muitos momentos catárticos, as conversas e encontros funcionais e disfuncionais, que jamais esquecerei, em especial na presença da Marisa da Marina da Inês e da Rita.

Resumo

O tema do envelhecimento humano requer por parte de técnicos de saúde uma melhor compreensão das problemáticas a ele associadas e uma adequação de práticas que promovam um bem-estar geral nas pessoas idosas. O presente relatório descreve o trabalho desenvolvido como Psicóloga Estagiária num Centro Geriátrico, entre os meses de outubro de 2016 e julho de 2017. No decorrer do estágio foi possível aplicar conhecimentos académicos e consolidá-los com a componente prática do trabalho de Psicólogo no Centro. Para isso, foi fundamental conhecer a realidade quer da instituição e equipa, quer das atividades realizadas com as utentes e os recursos utilizados, no âmbito do serviço de psicologia.

No trabalho como estagiária foram acompanhadas 4 utentes em sessões semanais de acompanhamento psicológico e 3 utentes para estimulação cognitiva com o programa informático Cogweb. Do trabalho com grupos, dinamizaram-se dois grupos psicoterapêuticos, denominados GPPI, com 6 utentes e GPPII, com 10 utentes uma vez por semana. Também quinzenalmente, como moderadora no grupo de autorrepresentação (GAR) com 6 utentes.

No geral o trabalho desenvolvido no local de estágio resultou numa avaliação positiva das competências pessoais e da intervenção técnica e prática. O que parece ter tido um efeito benéfico no bem-estar das utentes envolvidas, quer no acompanhamento psicológico individual, quer como agente facilitador da relação e de mudança nas atividades de grupo.

Palavras-chave: acompanhamento, ansiedade, doença vascular, envelhecimento, institucionalização.

Abstract

The subject of human aging requires health professionals to deeper understand the specific problems and to adopt practices that promote general well-being among the elderly. This report describes the work developed as a Psychologist in a Geriatric Centre between October 2016 and July 2017. During the internship, it was possible to apply academic knowledge and consolidate it with the practical component of the work of a Psychologist in the center. It was mandatory to know the reality of both the institution and team, as well as the activities performed with the users and the resources used, within the scope of the psychology service.

In the work as a trainee, 4 users were followed in weekly sessions of psychological counseling and 3 users for cognitive stimulation with the software Cogweb. Group work was dynamized with two psychotherapeutic groups, one called GPPI, with 6 users and another, GPPII, with 10 users, once a week. Also, biweekly, as moderator in the self-representation group (GAR), with 6 users.

All the work done at the internship site resulted in a positive evaluation of personal skills and technical and practical intervention. What seems to have had a beneficial effect on the well-being of the elderly users involved, either in the individual psychological monitoring or as an agent facilitating the relationship and change in group activities.

Keywords: follow-up, anxiety, vascular disease, aging, institutionalization.

Índice

Agradecimentos	I
Resumo.....	II
Abstract	III
Índice.....	IV
Índice de figuras.....	VI
Índice de tabelas.....	VII
Introdução	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. Contextualização da Instituição	6
1.1. População do Centro Geriátrico	6
1.1.1. Serviços no Centro	7
1.1.2. Serviço de Psicologia	8
1.2. Campos de Intervenção da Psicologia Clínica	10
1.2.1. Psicologia Clínica.....	10
1.2.2. Avaliação Psicológica	12
1.2.3. Avaliação Neuropsicológica.....	13
1.2.4. Estimulação Cognitiva	15
1.3. Envelhecimento.....	15
1.3.1. Envelhecimento Demográfico	17
1.3.2. Envelhecimento Ativo	19
1.3.3. Fatores do envelhecimento relacionados com instituições geriátricas	20
1.4. Psicopatologia do Idoso	22
1.5. Fatores do Risco Vascular.....	23
1.6. Ansiedade.....	24
1.7. Depressão no Idoso	25
1.8. Aspetos Epidemiológicos da Demência.....	27
1.8.1. Demências Aspetos Clínicos	28

PARTE II – TRABALHO DE ESTÁGIO	30
2. Objetivos Gerais e Específicos	31
2.1. Horários e funções	31
2.2. Intervenção em Grupos Psicoterapêuticos.....	33
2.2.1. <i>Reflexão Pessoal - Grupos</i>	45
2.3. Reabilitação Cognitiva	47
2.3.1. <i>Reflexão Pessoal – reabilitação cognitiva</i>	52
PARTE III – APRESENTAÇÃO DE CASOS PRÁTICOS	54
3. Acompanhamento Psicológico	55
3.1. Apresentação do Caso L.	55
3.1.1. História Clínica	56
3.1.2. Acompanhamento Psicológico - Contato Terapêutico.....	63
3.1.3. <i>Reflexão Clínica</i>	76
3.1.3.1. <i>Reflexão Pessoal</i>	78
3.2. Apresentação do Caso I.	79
3.2.1. História Clínica	80
3.2.2. Acompanhamento Psicológico – Contato Terapêutico	85
3.2.3. <i>Reflexão Clínica</i>	94
3.2.3.1. <i>Reflexão Pessoal</i>	96
Reflexão Final	97
Referências Bibliográficas	100

Índice de figuras

Figura 1. População com idade entre 60 e 79 anos e com 80 anos ou mais, por grupo de desenvolvimento, 2000, 2015, 2030 e 2050	16
Figura 2. Índice de Envelhecimento: valores dos anos 2016 e 1960	17
Figura 3. Genograma-H	56
Figura 4. Genograma-A	81

Índice de tabelas

Tabela 1: Cronograma das Atividades de Estágio e Carga horária	31
Tabela 2: Distribuição da carga horária semanal no local de estágio	31
Tabela 3: Resultados da avaliação do grupo psicoterapêutico (GPPI)	33
Tabela 4: Características das utentes do Grupo Psicoterapêutico (GPPII)	39
Tabela 5: Apresentação das utentes do Grupo de autorrepresentação (GAR)	44
Tabela 6: Grupo de utentes Estimulação cognitiva - programa Cogweb	48

Introdução

As sociedades estão envelhecidas, os dados sociodemográficos do envelhecimento retratam um mundo em mudança neste século XXI. Existe um crescimento acentuado do número de pessoas com 65 anos de idade ou mais. Esta problemática do envelhecimento mundial é uma realidade que para os autores Cabral & Ferreira (2013) requer uma análise multidimensional e transversal às políticas de saúde, económicas e sociais e conhecer os aspetos e fatores determinantes do envelhecimento para promover um envelhecimento ativo nas sociedades atuais (Cabral, 2013).

Parece existir consenso na comunidade científica, assim Zimarman (2000) refere o fenómeno da velhice como um somatório de aspetos biopsicossociais. Para Rosa, 2012; Paúl, 2000; Spar e Rue, 2005; este envelhecimento pode ser encarado como um processo individual, não estando diretamente relacionado, nem dependente da idade cronológica e do género, pois resulta, de alterações biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, que sofrem alterações ao longo do ciclo de vida (Spar & Rue, 2005; Paúl & Ribeiro, 2013).

Também e de acordo com os autores, Passos, Sequeira, Fernandes (2012) estas alterações podem contribuir para modificar a forma como o idoso se posiciona em relação a si mesmo, à sua vida e aos outros. Não menos importante, é a necessidade de constatar, se o contexto físico ou ambiente, dispõe de um efeito favorável ou desfavorável, à sua autonomia e bem-estar (Passos, 2012).

Já o conceito de envelhecimento ativo segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) pretende explicar que o que está em causa, é a forma como a pessoa envelhece.

A palavra “ativo” pretende referir a participação contínua da pessoa idosa, nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (Cabral, 2013).

Ainda a OMS, aponta premissas, para intervir neste cenário global referindo que urge sensibilizar os cidadãos e formar profissionais de saúde nas e para as instituições, assim como, planear políticas sociais e económicas, para adaptar os ambientes físicos e interpessoais às diversas fases de vida do idoso. Existe uma prioridade, promover a saúde não se centrando nos sintomas, mas em todo o contexto que faz parte da vida da pessoa idosa, prevenindo o envelhecimento patológico com recentes metodologias de avaliação, intervenção e promoção do bem-estar desta população (OMS, 2014).

Nesta linha de pensamento e associado aos dados estatísticos da OMS (2014, 2015) podemos observar, um significativo aumento da longevidade e aumento de doenças-degenerativas. Os autores na área da geriatria, corroboram que existe um aumento da perda da autonomia e do comprometimento da funcionalidade, em idosos com idade avançada.

Vislumbra-se que, com o avançar do processo de envelhecimento, esta perda seja progressiva e esteja correlacionada, já que, a incapacidade para efetuar as atividades de vida diária (AVD's) estão relacionadas, com atividades de autocuidado e a diminuição de autonomia. Estas podem facilitar ou dificultar a integração do idoso no meio ambiente onde vive e não sendo adaptativas e favoráveis, podem encaminhar o idoso para situação de isolamento e sintomas depressivos relacionados com a dependência de terceiros (Cardão, 2009, citado por Sequeira, 2010).

Para caraterizar a perda de autonomia Botelho (2000) enumera a existência de fatores relacionados, contudo são fatores dependentes das características de cada indivíduo, tais como: problemas ao nível da audição, incontinência urinária, défice cognitivo e alterações dos membros superiores e inferiores, a hipertensão, doenças cardiovasculares, outras alterações músculo-esqueléticas, problemas psíquicos, alterações da densidade óssea, da força muscular e a resistência a fraturas. Outra realidade para Botelho; Silva; Garrett; Pontes; Paúl; Martins (2011) é o declínio da cognição, por meio da deterioração de algumas capacidades intelectuais, sendo importante analisar, o tempo de reação, velocidade de aprendizagem e a memória, porque de igual modo podem comprometer a dependência funcional do idoso (Botelho et al; 2011).

Para os autores Oliveira (2010); Pimentel, (2005); Fonseca, (2005) é premente atender às dificuldades físicas dos idosos, que podem comprometer a saúde mental e surgem por vezes, queixas subjetivas de memória e depressão ou episódios de ansiedade, sendo que estes, podem progredir, para alterações do comportamento e para a dependência. Esta condição progride de forma mais ou menos rápida, se não existir no contexto vivencial do idoso, uma rede de apoio, de suporte familiar e outros recursos sociais e económicos (Oliveira, 2010).

Por outro lado, o nível e grau de severidade na dependência para o autocuidado, parece segundo os autores, pré-definir a aceleração por parte de familiares ou cuidadores para a tomada de decisão do ingresso do familiar ou amigo idoso numa residência geriátrica. As dificuldades sentidas pelos idosos para as atividades de vida diária (AVD's) são auxiliadas, numa fase inicial pelos cuidadores formais ou informais, já numa segunda fase, com o aumento da severidade dos sintomas, diminuem os cuidados de supervisão, por parte dos cuidadores, por já não serem, considerados adequados e suficientes, e surge a institucionalização. É aquilo que

Sequeira (2010) refere como sendo a “passagem progressiva *do fazer com para o fazer pelo familiar*”(Sequeira, 2010).

Para o idoso esta é uma fase de vida, que muitas vezes espelha no seu rosto e nas suas queixas, sinais de muito sofrimento, abandono, sentimentos de impotência e medo, em relação à institucionalização e ansiedade, pela proximidade da morte. Desta forma, o envelhecimento psicológico, pode resultar de alterações físicas o que acarreta repercussões psicológicas no processo de envelhecer (Fontaine, 2005).

Neste âmbito, o local de estágio possibilita conhecer as especificidades psicológicas inerentes à população idosa residente no centro. A componente prática, facilita o desenvolvimento de competências pessoais e técnicas em relação aos procedimentos do ingresso das utentes, e a todo o processo de monitorização, acompanhamento e intervenção psicológica, dirigida às suas necessidades individuais.

Estudos recentes na área da Psicologia do envelhecimento, destacam a relevância da intervenção Psicológica na saúde do idoso, como recurso capaz de potenciar o processo de envelhecimento saudável e fortalecer a resiliência psicológica. O estudo da resiliência psicológica surge, para descrever os processos, que contribuem para a adaptação das pessoas idosas, de forma satisfatória a circunstâncias adversas. (Rutter, 1987 & Becker, 2005, cit; Paúl & Ribeiro, 2013).

Para sustentar o desenvolvimento descritivo, dos objetivos gerais e específicos do trabalho desenvolvido no local de estágio, o presente relatório, está dividido em três partes.

A primeira parte, dá visibilidade à contextualização da instituição. Tipologia da população residente. Características dos serviços disponíveis no Centro Geriátrico e descrição das atividades desenvolvidas pela psicóloga do serviço de psicologia.

Pela importância do tema do envelhecimento e pela vasta oferta de serviços de intervenção psicológica às utentes no Centro Geriátrico, consideramos pertinente, abordar individualmente os vários campos da intervenção psicológica. Para tal, recorreremos à pesquisa de estudos de autores de referência, para uma melhor compreensão da Psicologia Clínica, da Avaliação Psicológica e Neuropsicológica e Estimulação Cognitiva. De igual modo, abordamos o fenómeno do envelhecimento e a sua complexidade demográfica, social, psicológica, física e ambiental.

Descrevemos o conceito de envelhecimento ativo na perspetiva teórica de alguns autores presentes na literatura; e que se apresenta, num conceito de melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. São referidos alguns fatores do envelhecimento como a perda da funcionalidade.

dade e autonomia que na ausência de alternativas familiares, sociais e ambientais para o autocuidado ou para cuidados especializados prestados pelos cuidadores formais e informais, podem levar o idoso a ingressar numa residência geriátrica. Por último, são referidas as características da Psicopatologia no idoso, e no caso das utentes acompanhadas no centro, importa contextualizar a importância dos fatores de risco vascular e doenças associadas como: doença cardiovascular, ansiedade, depressão e aspetos epidemiológicos e clínicos da demência.

A segunda parte, apresenta o tempo de estágio e o plano das atividades a desenvolver e a tipologia das utentes. É apresentada a descrição da Intervenção com Grupos Psicoterapêuticos e a Reabilitação Cognitiva individual com recurso ao programa informático Cogweb.

A terceira e última parte é dedicada à apresentação dos casos práticos, reflexão pessoal e reflexão final.

Este relatório pretende espelhar a atuação da prática psicológica em contexto de estágio, aplicada a utentes de um Centro Geriátrico. Para tal, são apresentados os resultados qualitativos através de uma reflexão pessoal, sobre as problemáticas dos casos práticos de acompanhamento psicológico e atividades desenvolvidas.

Pudemos constatar no final do estágio, um contributo positivo de todo o trabalho desenvolvido, com efeito no bem estar das utentes.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Contextualização da Instituição

O estágio académico decorreu num Centro Geriátrico no distrito de Lisboa. Trata-se de uma instituição destinada a pessoas idosas do género feminino e tem como objetivo a prestação de cuidados integrados de saúde mental no âmbito da psicogeriatría. Esta Instituição presta acolhimento e cuidados de saúde, para aliviar o sofrimento humano e contribuir para uma melhor qualidade da vida diária das utentes, dos seus familiares e amigos.

O Centro Geriátrico é dirigido pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, fundado em Espanha em 1881 por Bento Menin sacerdote da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus e por Maria Josefa Récio. A Ordem, surgiu da necessidade de oferecer ajuda a pessoas na sua maioria carenciadas com doença mental e deficiência física, que na época eram socialmente excluídas e abandonadas e expandiu-se por 24 países da Europa

Mais tarde, inicia a sua atividade como unidade de psicogeriatría e baseia-se na aplicação do Modelo assistencial hospitaleiro, preconiza, a missão de acolher, dar assistência e prestar cuidados de saúde diferenciados e humanizados, respeitando as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência a mulheres idosas (Jesus, 2006).

Esta instituição, está inserida na comunidade e em continua evolução, no sentido de uma adequação sistemática e progressiva às necessidades da população. Para os cuidados centrados na pessoa, existem neste Centro Geriátrico, programas integrados, quer ao nível da prevenção e do tratamento clínico, quer ao nível da reabilitação e reintegração dos aspetos físicos, psíquicos e espirituais.

Como instituição de cariz confessional, aplica os princípios da Doutrina social da Igreja, e conduz a sua atividade no respeito pelos valores do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, sensibilidade para com os excluídos, acolhimento libertador, saúde integral, qualidade profissional, humanização de cuidados, ética em toda a atuação e consciência histórica (Fernandes, 2006).

1.1. População do Centro Geriátrico

O Centro Geriátrico, integra cerca de 88 utentes em longo internamento e 1 utente em unidade de dia, todas as utentes são do género feminino e com idades compreendidas entre os 65 e os 100, sendo que, a utente que reside há mais tempo entrou em 2002 e a mais recente entrou em 2017, as utentes têm como estado civil ser viúva, em menor número casadas e solteiras, contudo, a maioria conta com um familiar ou amigo de referência e de quem, recebe visita semanal ou diária.

Estas utentes apresentam um nível socioeconómico variado e são oriundas de diversas culturas a maior parte, de nacionalidade portuguesa. Em relação aos níveis de escolaridade, uma grande parte das utentes completaram o ensino primário, algumas o ensino secundário e poucas o ensino superior.

As patologias mais comuns são do foro psíquico, como psicoses, neuroses, depressão e perturbação da personalidade, mas a maioria das utentes ingressa no internamento de longa duração, com quadros demenciais em comorbidade com outras patologias, do foro psíquico, biológico e físico.

Segundo o regulamento existente no Centro Geriátrico, as utentes têm os mesmos direitos, como: ver salvaguardada a sua privacidade; conhecer as pessoas a quem pode dirigir perguntas ou queixas, sobre questões não estritamente médicas; poder expressar sugestões ou reclamações que considerem necessárias; receber assistência religiosa e conhecer as normas internas do Centro. Também os mesmos deveres; colaborar na medida das suas possibilidades, no cumprimento das normas internas do Centro; colaborar com a equipa terapêutica, que as assiste no processo de tratamento e reabilitação; respeitar o pessoal e as outras utentes; respeitar a integridade física das instalações e equipamentos que utilizam, assim como, contribuir para a sua conservação; respeitar a intimidade, repouso e tranquilidade das outras utentes, evitando ruídos e aceitando a limitação do número e duração das visitas (Jesus, 2006).

Infraestruturas

O Centro Geriátrico funciona num edifício com vários pisos, com dimensões adequadas ao número de residentes que acolhe. Decorado com sobriedade, com o conforto necessário ao bem-estar das utentes, os quartos são de tipologia individual, duplos e triplos, com ventilação e iluminação natural. As dimensões das portas e a disposição do mobiliário, permitem o acesso e a circulação em cadeira de rodas, assim, como em todo o espaço interior e exterior, já que dispõe de um jardim, circundante ao edifício.

1.1.1 Serviços no Centro

Existem os serviços gerais como: serviço de receção, serviços administrativos e serviços assistenciais, onde existe uma equipa multidisciplinar, que integra Irmãs Hospitaleiras e outros técnicos e profissionais, estes com categorias e áreas de atuação diferentes e que diariamente prestam cuidados integrados às utentes. Também os serviços médicos, permitem a oferta de especialidades como a Clínica Geral, a Fisiatria e a Psiquiatria em função das necessidades das utentes. Diariamente são disponibilizados serviços de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, *Reiki* e Terapia ocupacional com *Tai-chi*-funcional.

Os serviços religiosos prestados incluem: Pastoral da Saúde, Capela e Serviço de eucaristia, voluntariado (solidário, gratuito, humanizador). Algumas utentes, participam nas atividades e cerimónias religiosas, o que parece proporcionar-lhes um sentido para a vida, dentro da instituição.

Os serviços de lazer, incentivam ao convívio entre as utentes e os familiares que as visitam e onde dispõem de: salas de ateliês, salas de convívio, salas de atendimento e acompanhamento a familiares, salas de reuniões e formação ou como espaços socioculturais e terapêuticos; duas bibliotecas a técnica e a do utente, gabinetes de atendimento, serviço de bar e salão de cabeleireira.

Quer as instalações quer os equipamentos, cumprem e respeitam as regras de segurança necessária. Todos os serviços prestados, visam proporcionar bem-estar e uma melhoria na qualidade de vida às pessoas idosas, que residem ou frequentam a instituição (Jesus, 2006).

1.1.2. Serviço de Psicologia

Em virtude do estágio ser em Psicologia Clínica, neste relatório são descritas as valências e intervenções realizadas no Serviço de Psicologia pela coordenadora D^a Paula Agostinho é Psicóloga Clínica e Mestre em Psicossomática, pelo Instituto de Psicologia Aplicada (ISPA) e Especialista em Neuropsicologia. Ao momento do presente estágio, é a única psicóloga no serviço e a responsável pela orientação de estágios académicos, em Psicologia Clínica e da Saúde.

O papel da Psicóloga, verifica-se fundamental nesta instituição, onde a população é idosa e com psicopatologia. Por sua vez, esta tem como missão, facultar aos seus utentes cuidados de excelência, adequados e humanizados.

A Psicóloga presta a sua intervenção psicológica num contexto Pastoral de Saúde, religioso e de voluntariado a colaboradores do centro e familiares das utentes carenciados. Pauta a sua atuação pela: avaliação, diagnóstico e intervenção terapêutica, presta acompanhamento psicológico e envolve-se em atividades que permitem, o tratamento e a reabilitação da utente admitida em toda a sua dimensão psicológica e sociocultural (Jesus, 2006).

A Psicóloga responsável coordena, desenvolve e intervêm em alguns campos como:

- Diagnóstico e avaliação Psicológica/Neuropsicológica (entrevista clínica e avaliação clínica, pesquisa de dados para clarificação da situação clínica de cada utente e respetivo encaminhamento se necessário, para outros serviços ou atividades existentes no Centro);
- A Intervenção terapêutica/ acompanhamento psicológico;

- Consulta Externa de Psicologia (apoio à comunidade com custos nas consultas Psicológicas reduzidos);
- Promove a estimulação cognitiva individualizada com a utilização do programa Cogweb a utentes com indicação neuropsicológica;
- Grupos Psicoeducativos para familiares das utentes (GPF) realizados mensalmente com o propósito de contribuir com esclarecimentos adicionais sobre temas relativos ao envelhecimento e ao tipo de cuidados prestados ao idoso institucionalizado pelas várias valências existentes no Centro Geriátrico;
- Grupos psicopedagógicos (GPP) existe no Centro o projeto de trabalho com dois grupos diferentes que se denominam por: GPPI e GPP II, estes grupos são formados por várias utentes e estas são integradas nos grupos, tendo em conta o seu grau de funcionalidade e dependência e as suas limitações ao nível da capacidade das funções cognitivas. Estas sessões têm a periodicidade semanal e com a duração de 60 minutos. O objetivo é trabalhar com as utentes ressaltando a sua capacidade funcional e cognitiva através de exercícios práticos individuais ou em grupo. Pretende-se aproximar as utentes do trabalho de acolhimento da instituição e ao mesmo tempo, promover a autonomia e independência e melhorar a interação entre utentes através do convívio.

A capacidade de decisão e de opinião da utente é de tal forma considerada, que existe o Grupo de Autorepresentação (GAR) formado por um grupo de utentes que dá voz aos aspetos positivos e às sugestões de melhoria de serviços ou equipamentos existentes no Centro e que são de interesse e utilização comum a todas as utentes, assim, estas utentes dão um contributo para melhorar a sua qualidade de vida dentro do Centro e de o percecionem como a “sua nova casa” e onde se sintam felizes e apoiadas num clima de afeto e segurança.

- Formação Profissional, a coordenadora do Serviço de Psicologia Mestre Paula Agostinho, planifica e faz a gestão de ações de formação com caráter interno e externo, para funcionários e voluntários, sobre temas gerais ou específicos com interesse e atuais, relacionados com a problemática do envelhecimento no contexto da Institucionalização.

O objetivo é contribuir para a melhoria na resposta das competências dos técnicos ou para sensibilização à comunidade, aos técnicos dos vários serviços e ainda, para voluntários e familiares dos utentes.

- Investigação, a Mestre Paula Agostinho é a responsável pelo departamento de investigação existente no Centro Geriátrico e tem como funções, promover e agilizar o contato com outras instituições, estabelecer parcerias e monitorizar, o interesse em estudos de investigação, com a população do Centro Psicogeriátrico.

Todas as intervenções e atividades respeitam as Guidelines da Sociedade Americana de Psicologia e o Código Deontológico dos Psicólogos (1985) no qual são aplicados os quatro princípios básicos: competência, responsabilidade, respeito pelos direitos e dignidade humana e integridade para a prática psicológica com idosos. “Deste modo a intervenção psicológica tem por base um conhecimento teórico, aplicado com rigor na prática, em que, qualquer técnica aplicada, é acompanhada de uma intencionalidade” (Leal, 2008). O serviço de psicologia dá um importante contributo, na compreensão e acompanhamento à utente residente, nas diversas fases da sua adaptação, facilitando a sua integração.

1.2. Campos de Intervenção da Psicologia Clínica

1.2.1. Psicologia Clínica

A psicologia clínica e da saúde, é uma especialidade da psicologia, sendo o seu objeto de estudo, a avaliação, diagnóstico, ajuda e tratamento do sofrimento psíquico, descrita como uma psicologia individual, social, normal e patológica. Adequa-se ao processo de crescimento do individuo, desde o recém-nascido, ao ser que envelhece e morre. O método clínico, rege-se por determinados princípios, de forma a garantir a singularidade e a fidelidade à observação, na procura de significados, e da origem dos conflitos, bem como, do seu modo de resolução. Sendo o objeto de estudo da psicologia clinica o comportamento humano e as suas condições (Pedinielli, 1999).

Do ponto de vista da intervenção clínica, o método clínico engloba um determinado numero de técnicas, que são utilizadas, de acordo com o Modelo teórico da formação do Psicólogo clinico, utilizadas na recolha dos dados, com o objetivo e de conhecer o sujeito, e aferir qual a sua perceção, em relação a si próprio, aos outros e sobre o que o perturba, nesta linha de atuação, Leal (2008) define a técnica de questionar e entrevistar, numa das técnicas mais utilizada, bem como a reflexão, clarificação, reformulação, confronto, interpretação e provocação (Leal, 2008).

Em relação à intervenção clínica, neste relatório foi seguido o Modelo Rogeriano da Abordagem Centrada na Pessoa, que caracteriza a relação de ajuda psicológica, como sendo uma relação, onde o calor da aceitação e a ausência de todos os constrangimentos, ou de todas

as pressões pessoais da parte do Psicólogo, permitem ao cliente, exprimir ao máximo, os seus sentimentos, as suas atitudes e os seus problemas. A noção de entrevista clínica, encontra-se intimamente relacionada com o trabalho de Carl Roger (1966) psicólogo humanista americano, que trabalhou durante 12 anos, com crianças em perigo e desenvolveu, os seus pontos de vista da psicoterapia:

- Aceitação do outro;
- Centrar na pessoa;
- Empatia e não diretividade
- Compreensão;

Estes princípios, são baseados numa Relação de Ajuda, que permite o desenvolvimento e crescimento, uma tendência atualizante, do organismo e capacidade própria de regulação. “Entende-se que muitas vezes o devir humano e o potencial de cada individuo é muitas vezes coartado por acidentes de percurso, que não promovem nem sentidos de vida e existência nem crescimento e maturidade” (Roger, 1959, cit, por Leal, 2008, p.128).

Quando se está em relação com o outro, a não diretividade é o acreditar nesse Outro e na sua capacidade crescente, para o crescimento interior, encontrando solução para os seus problemas dentro de si próprio, pensar e amadurecer o comportamento, para melhor se adaptar à sua realidade exterior. As técnicas utilizadas, para este fim, segundo Hipólito (2011), são a reformulação de respostas de compreensão empática (Hipólito, 2011).

A Psicóloga estagiária sentiu-se livre, para construir uma relação empática e genuína com as utentes que lhe foram atribuídas, seguindo a corrente teórica do modelo Rogeriano da Abordagem Centrada na Pessoa, alicerçado nos três pilares fundamentais: o postulado da tendência atualizante e as seis condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica e a orientação não diretiva (Hipólito, 2011).

O Decreto Lei 241/94 de 22 setembro de 1994 veio definir pela primeira vez, uma carreira profissional de Psicologia Clínica enquanto ramo dos Técnicos Superiores de Saúde e das suas funções, formação e progressão na carreira. Desta forma, ficou definido que a intervenção do Psicólogo Clínico e da Saúde enquanto profissional visa sempre, melhorar a saúde do sujeito e os meios utilizados, podem variar, consoante se trata de sujeitos saudáveis, em risco de adoecer ou doentes (Fonseca, 2005). E pauta a sua atuação segundo o código deontológico (OPP, 2007) da seguinte forma:

- Estuda o comportamento humano na saúde e na doença (aplica aos campos da saúde e da doença as teorias básicas da psicologia, aplica os métodos da avaliação

psicológica, metodologias de investigação e da intervenção próprias da ciência psicológica);

- Promove a manutenção da saúde e a prevenção, tratamento e reabilitação da doença;
- Tem como foco a orientação à promoção da saúde e do bem-estar-psicológico;
- Centra-se no triângulo Sujeito/Família/suporte social;
- Defende a responsabilidade dos sujeitos e da comunidade na promoção da saúde.

Em 2004, a revista *American Psychologist* publicou as Guidelines da associação Americana de Psicologia (APA) e alerta para a prática Psicológica. Neste documento, os psicólogos são encorajados a trabalhar, as suas atitudes e crenças, sobre o envelhecimento e sobre indivíduos idosos, à luz dos avanços científicos da Psicologia do Envelhecimento (Fontaine, 2000).

1.2.2. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica, além da entrevista clínica, recorre à aplicação de instrumentos de avaliação/testes da competência do psicólogo, uma vez que só cabe ao psicólogo, fazer a interpretação dos resultados. Importa que, pela quantidade de testes disponíveis, que este os conheça, assim como, as suas principais indicações e validade, já que, a validade de um teste, pretende ser, convergente-descriminante e tem o objetivo, de não só mostrar as correlações do teste com as variáveis que foram estudadas, mas ainda, que este teste, não apresenta correlação significativa com as variáveis que deveria diferir na sua aplicação (Anastasi & Urbina, 2000).

A aplicação de testes, constitui uma medida fundamental, para aceder a conteúdos, sem que haja qualquer tipo de influência de subjetividade do psicólogo, adquirindo o estatuto de exames complementares de diagnóstico (Pedinielli, 1999).

Os testes são utilizados na prática clínica, como complementares à avaliação clínica e dividem-se em dois grandes grupos: análise da dimensão cognitiva e análise da personalidade.

O critério de escolha e respetiva aplicação, deve ser adequado à faixa etária do sujeito, à sua instrução e devem ser de aplicação breve, no caso dos idosos, com deterioração cognitiva salvo comprometimento da atenção e concentração do sujeito, com o objetivo de ganho de tempo e adesão. Não existem instrumentos de avaliação “excelentes” pois, todos são passíveis de crítica, ainda a melhor avaliação deve ser feita na entrevista clínica e construção da anamnese pelo Psicólogo Clínico (Anastasi, 2000).

Dispomos de vários questionários e testes projetivos, para avaliar a personalidade/definir traços de personalidade, como o teste Rorschach. A sua sensibilidade, fidelidade e validade, através do material utilizado permite, chegar a uma estimativa dinâmica, das potencialidades atuais e latentes do sujeito, assim como, dos seus pontos vulneráveis, balanço, em que

se pode apoiar o psicólogo, para um ato psicológico, uma indicação psicoterapêutica ou um prognóstico evolutivo. Permite através da cotação dos resultados, aferir a percepção em função das preocupações atuais da pessoa, dos modos de organização da sua relação com os objetos e dos seus anseios e afetos subentendidos, que se vão manifestando pelas palavras, em função da reação à visão das imagens das (10) pranchas/cartões, material visual utilizado. Permite perceber, através do seu funcionamento psíquico, a forma como a pessoa, se organiza no mundo real, do seu imaginário e dos seus fantasmas. O termo projeção foi introduzido por Freud em 1894, considerado por este como um mecanismo de defesa, que implica que uma percepção interna possa ser alterada ao nível do conteúdo, chegando à consciência, como uma percepção exterior, isto é interpretado, como a capacidade do sujeito em expulsar de si próprio e colocar no outro qualidades, sentimentos ou desejos, que o próprio recusa para si próprio (Chabert, 2003).

Outro teste que permite avaliar as características da personalidade é O MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota) visa de forma prática, explorar os diferentes aspetos da personalidade normal e patológica, dando uma informação clínica significativa (Anastasi & Urbina, 2000). O resultado obtido possibilita, que se defina um perfil de personalidade. Nas pessoas idosas normalmente utiliza-se a versão reduzida do MMPI- Mini- Mult, é constituído por 71 itens, que compõem três escalas de validade (L, F e K) e sete escalas clínicas (1- Hipocondria, 2-Depressão, 3- Histeria, 4-Psicopatia, 6-Paranóia, 7-Psicastenia, 8- Esquizofrenia e 9-Hipomania). A possibilidade de resposta do utente, é dicotómica de “verdadeiro” (V) e “falso” (F) a cada uma das afirmações. No campo clínico, o autor enfatiza, a necessidade dos psicólogos estarem familiarizados, com o conhecimento sobre as mudanças cognitivas, sobre os problemas e vida diária dos idosos, sobre as características peculiares das psicopatologias e metodologias de avaliação válidas e confiáveis, para serem utilizadas com essa população (Chabert, 2003).

1.2.3. Avaliação Neuropsicológica

A Neuropsicologia é a ciência que estuda o funcionamento e as alterações cerebrais típicas do envelhecimento e estão essencialmente relacionadas, com o deterioramento da velocidade de processamento, da memória de trabalho e das capacidades sensorial e perceptual (Caldas & Mendonça, 2012).

De acordo com critérios gerais de Demência e Declínio Cognitivo ligeiro que constam do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) são múltiplos os processos patológicos, que podem afetar o sistema nervoso central (SNC) ao longo da vida e que se

organizam, em diferentes entidades nosológicas, tendo em comum, a manifestarem-se com alterações das funções cognitivas superiores, com evidência para pelo menos dois domínios dos seguintes: memória/aprendizagem, linguagem, funções executivas, atenção complexa, perceptual-motor, cognição social.

Na população idosa o declínio cognitivo ligeiro (*transtorno neuro cognitivo ligeiro*) doença de Alzheimer (*transtorno neuro cognitivo maior*) e a demência vascular, são as mais comuns, mas a lista é extensa e por vezes, existe subdiagnóstica, o que resulta, na atribuição etiológica errada, em muitos doentes. Pois na prática Clínica da avaliação neuropsicológica, uma classificação etiológica precisa é crucial, para seguir as intervenções terapêuticas disponíveis, permitindo em algumas situações, reverter perdas funcionais e noutras a prevenção de dano adicional, ou otimizar estratégias de controlo das alterações do comportamento, como o humor, ansiedade, depressão e minimizar os seus efeitos laterais (Mckhann, 1984).

Assim, a avaliação neuropsicológica não pode ser realizada, apenas, com base no resultado de um exame/teste, ou numa avaliação clínica isolada. O diagnóstico etiológico dos diferentes tipos de deterioração cognitiva e demência, exigem a ponderação de dados clínicos, imagiológicos, neuropsicológicos, genéticos e biomarcadores (Caldas & Mendonça, 2012).

Na prática clínica, verifica-se a aplicação de testes cognitivos, como fundamental na deteção e caracterização do défice cognitivo e severidade: como défice cognitivo ligeiro, moderado ou grave. Os testes cognitivos breves, são instrumentos vocacionados para a identificação (screening) do défice cognitivo ao nível comunitário, e dos cuidados primários de saúde e também em consultas específicas (Neuropsicologia/Psicologia). A sua utilidade, por um lado, o controlo da evolução do défice cognitivo, e por outro lado, a avaliação da eficácia dos medicamentos anti demenciais, ou outras estratégias de intervenção (Norma; DGS, 2011).

Existem vários testes breves de avaliação cognitiva, mas só alguns estão adaptados/validados, para uso no nosso país. No estudo da demência, são usadas várias escalas no local de estágio, e foram aplicados às utentes, o Exame Breve do Estado Mental (MMSE – Fostein & Me Huh, 1975, adaptado por Manuela Guerreiro e Colabs. 1994) teste breve, para aferir a gravidade da demência, é um bom instrumento, para deteção do declínio cognitivo com maior severidade. Já na deteção de fases iniciais de declínio cognitivo é utilizado o teste Moca que surge como teste de rastreio cognitivo, no sentido de colmatar limitações do MMSE, (Duro et al., 2009) foi recentemente traduzido, adaptado e validado para Portugal (Freitas et al., 2011). Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS – Rose, Mohs & Davis, 1984); Desenho do Relógio (CDT – Clock Drawing Test – Shulman et al, 1993) para triagem cognitiva de

funções: memória, compreensão, noção espaciotemporal, planeamento, concentração, capacidades visuoespaciais e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS – Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009) para depressão e demência (Pocinho, 2009).

1.2.4. Estimulação Cognitiva

A estimulação cognitiva é uma intervenção não-farmacológica, isto é, um conjunto de intervenções, com o objetivo de maximizar o funcionamento cognitivo e o bem-estar da pessoa, bem como, ajudá-la no processo de adaptação à doença. Pode ter eficácia, na melhoria de défices em lesões estáticas, pode atrasar o declínio cognitivo na demência ligeira e a sua eficácia, está relacionada com a duração, intensidade e qualidade dos programas implementados (Pais, 2005, citado por, Caldas & Mendonça, 2015).

O treino cognitivo, consiste em programas personalizados que guiam a prática de tarefas cognitivas padrão, com o objetivo de melhorar, o desempenho de domínios cognitivos, ao nível de funções cognitivas como: memória, atenção, planeamento, organização, raciocínio e funções executivas.

A Direção Geral de Saúde (Norma; DGS, 2011) salienta, que existe evidência científica favorável, mas não inequívoca, em relação à eficácia da estimulação ou reabilitação cognitiva. Estes procedimentos, podem ser considerados, em alguns doentes, com declínio cognitivo ou demência de grau ligeiro a moderado.

Existem muitos programas, mas o utilizado no Centro Geriátrico com as utentes e segundo descrição neste relatório, foi o programa Cogweb, que é um instrumento de treino cognitivo, validado cientificamente e utilizado na terapia de pessoas, com dano cerebral leve a moderado, incluindo pacientes com Alzheimer, com resultados comprovadamente benéficos (Pais, 2014).

1.3. Envelhecimento

O envelhecimento da população é um fenómeno observado na maioria dos países com implicações individuais, sociais e comunitárias. Com o aumento da longevidade e o índice de crescimento da população idosa, as sociedades atuais, deparam-se com mudanças e deficiências significativas para o indivíduo, para a família e para o funcionamento da sociedade enquanto protetora social, no processo de envelhecimento dos indivíduos (Pocinho, 2014).

As consequências e implicações económicas, colocam as sociedades, em estado de alerta, para a avaliação dos riscos psicossociais, inerentes a tal situação e tendem, para se reorganizarem com base, nas recentes projeções e investigações teóricas, com o objetivo de colmatar a situação (Zimarman, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014) parece existir, uma necessidade na mudança de paradigma, em relação à visão sobre o fenómeno do envelhecimento. Urge promover o envelhecimento saudável e prevenir o envelhecimento patológico, porque é preciso, compreender o envelhecimento como uma etapa de vida, uma fase de um *continuum* no ciclo do desenvolvimento humano, uma oportunidade, nesta fase de curso de vida, como um direito e como um dever, não só para os serviços ou rede de apoio, mas da responsabilidade do próprio, da sua tomada de consciência, de que tem de fazer algo ao longo da vida, para se manter funcional e ter anos vividos com qualidade (OMS, 2014).

Para Donald (1997) o conceito de qualidade de vida para idosos pode ser dividido em 5 classes:

1. O bem-estar físico, em termos materiais, implica ter saúde, higiene e segurança;
2. As relações interpessoais que incluem as relações familiares, amigos e participação na comunidade;
3. O desenvolvimento pessoal, implica as oportunidades para o desenvolvimento intelectual e autoexpressão;
4. As atividades recreativas subdivididas em 3 partes: socialização, entretenimento passivo e ativo;
5. As atividades espirituais e transcendentais que envolvem a atividade simbólica, religiosa e autoconhecimento (Donald, 1997, citado por, Cabral, 2013; Paúl& Ribeiro, 2013).

A qualidade de vida e a satisfação na velhice, têm sido muitas vezes associadas a questões de dependência e de autonomia (Oliveira, 2011).

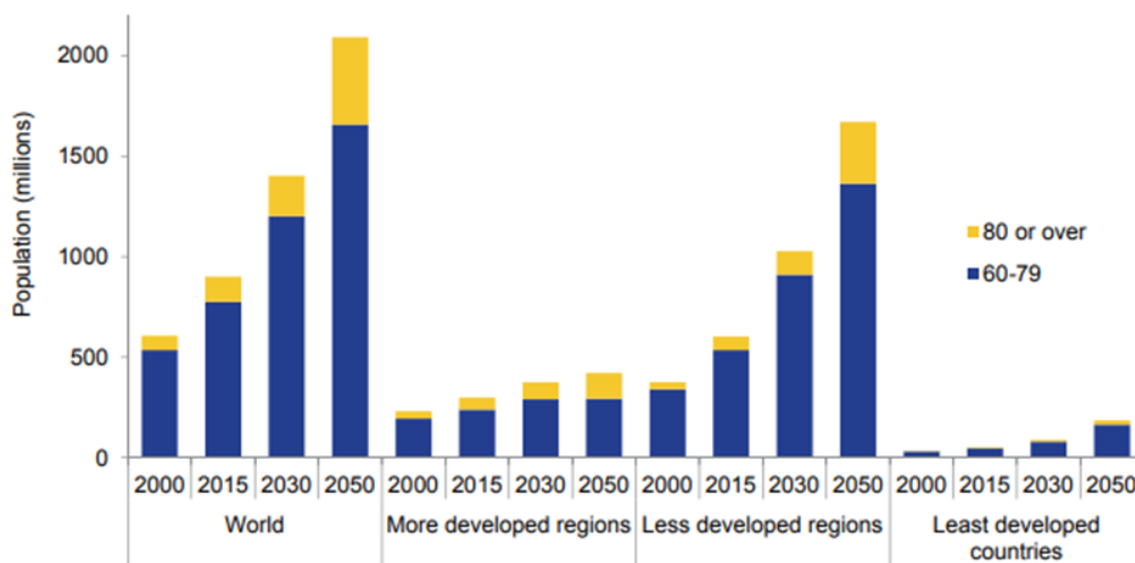
Os serviços, devem integrar programas de intervenção, de forma a construir uma sociedade, onde existam cidades amigas das pessoas idosas, que prestam apoio e estimulam a capacitação, em vez da incapacidade. Este “novo” cenário constitui um desafio do séc. XXI tendo em vista a manutenção da qualidade de vida e a prosperidade, num mundo cada vez mais idoso e urbano (OMS, 2014).

1.3.1. Envelhecimento Demográfico

A revolução demográfica é um preditor importante, na compreensão do fenómeno, podendo contribuir para desmitificar mitos, preconceitos e estereótipos relacionados, com anteriores teorias, com base na idade cronológica do idoso. Ao fenómeno do aumento da população idosa, urge o reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização, estabelecidos pela Organização mundial de Saúde (OM 2015).

As projeções relativas à evolução do envelhecimento, na população mundial, são diferentes em função da região, onde é observado. Esta antevisão, baseia-se no facto, do fenómeno do envelhecimento, ser fortemente influenciado pela taxa de natalidade. O relatório “*World Population Ageing*” de 2015, da *United Nations Department of Economic and social Affairs Population Division* perspetiva a evolução do crescimento, ao longo das próximas décadas conforme figura 1.

Figura 1. Estimativas da População com idade entre 60 e 79 anos e com 80 anos ou mais, por grupo de desenvolvimento entre os anos 2000 e 2050 (Retrieved from INE, 2015).



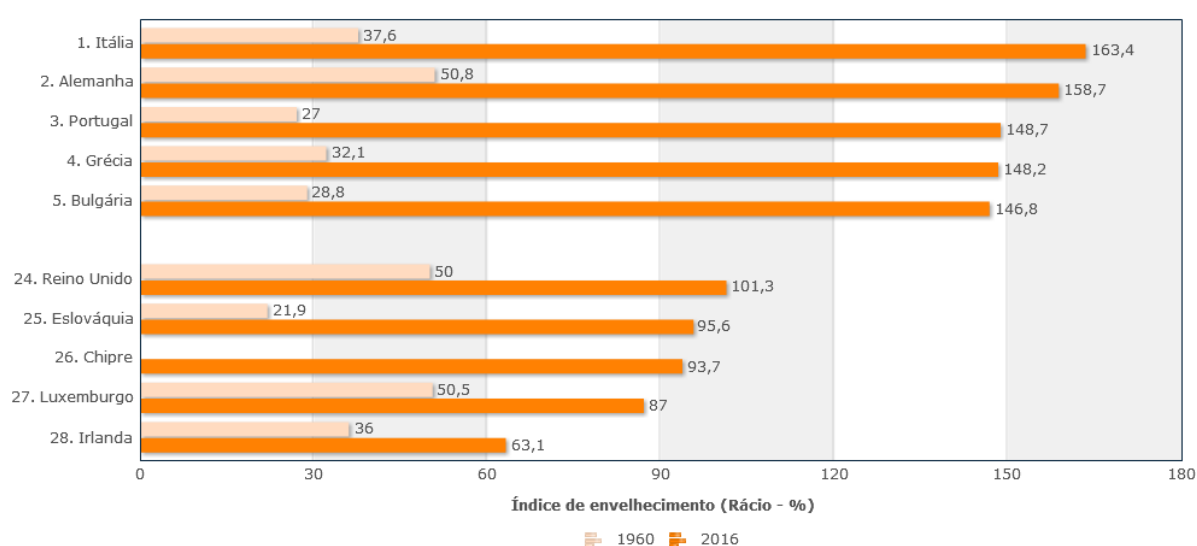
Data source: United Nations (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision*.

Os dados refletem uma evolução mais linear para as regiões que tiveram o seu processo de desenvolvimento no século passado (menor variação na taxa de natalidade), enquanto que para as regiões, que estão em processo de desenvolvimento, ser esperado um envelhecimento com uma evolução mais exponencial, resultante de uma esperada diminuição mais drástica da

taxa de natalidade. Para Fernandes e Oliveira (2016; 2010, p.7) “o século XXI será certamente o século dos idosos ao menos no mundo do ocidente” (oliveira, 2010).

Em Portugal, os dados segundo fonte do INE (2014; 2015;2016) são representativos de um índice de envelhecimento (“N” de idosos por 100 jovens dos 0-14 anos) crescente, no ano de 2000, com um resultado de 102,2%, com que, se pode esperar, que aumente esta projeção nos anos de 2025 para 168,2% e até 2050 represente 242% (INE,2015). Já dos dados publicados da última revisão do INE (2016) podemos concluir, que a sociedade portuguesa continua desde o ano 1960 numa evolução crescente, para uma população envelhecida conforme figura 2.

Figura 2. Dados estatísticos dos indicadores do índice de envelhecimento valores de 2016 e 1960 (Retrieved from Pordata, 2016)



Fontes/Entidades: Eurostat | NU | Institutos Nacionais de Estatística, PORDATA

Portugal acompanha não só o cenário mundial, mas quando se pode observar a posição de Portugal na União Europeia, verifica-se que Portugal tinha em 1960, um índice de envelhecimento (número de idosos por cada 100 jovens) de 27,0 e que em 2016, esse índice é de 148,7.

O país com maior índice de envelhecimento é a Itália, seguido da Alemanha, ocupando Portugal a (3ª) posição, com um valor bastante acima da média, dos restantes países da União Europeia (123,9) (Pordata, última atualização 2018-01-29).(INE; 2018).

Da leitura de outros dados estatísticos, sobre o índice de envelhecimento em território português e em concreto por região, publicados pelo INE (2017) esta distribuição da população, denota que as regiões do Alentejo (192%) e do Centro (147%) apresentam um índice de envelhecimento superior ao de Portugal (147%). Em oposição, o Norte (140%), Lisboa (132%), Algarve (138%), Açores (82%) e Madeira (105%) assumem valores inferiores.

Ainda, a distribuição da população por sexo e por grupo etário em Portugal, demonstra a tendência, nos grupos etários mais velhos, para o aumento da prevalência de mulheres comparativamente com o grupo de homens da mesma faixa etária (Rosa, 2012). Esta tendência manter-se-á, nos próximos anos de acordo com as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016).

1.3.2. Envelhecimento Ativo

Neste relatório, privilegiámos descrever, o conceito de envelhecimento “Ativo” que enquanto profissionais da área da saúde nos faz sentido, uma vez que, coloca a pessoa idosa, no centro de um conjunto de medidas, capazes de aumentar a expectativa de uma vida saudável, em anos e com qualidade de vida. Isto é, o termo conceito de envelhecimento ativo e os determinantes na vida da pessoa idosa que podem influenciar ou determinar uma trajetória com saúde e bem-estar psicológico nesta fase do ciclo de vida do envelhecimento humano.

Para explicar o processo, é necessário referir que o “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização mundial da Saúde nos anos 90, definido como o processo de otimização de oportunidades para a saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida, durante o envelhecimento (OMS, 2014).

Este conceito, procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável” e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores, que afetam o modo, como os indivíduos e as populações envelhecem. O envelhecimento ativo, aplica-se tanto a indivíduos, quanto a grupos populacionais, e permite que as pessoas percebam, o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental, durante o curso de vida e também, que essas pessoas participem da sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo, essa mesma sociedade, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (Cabral, 2013).

A OMS (2015) identifica os seguintes fatores como determinantes ao envelhecimento ativo:

- A cultura, abrange todas as pessoas e populações e modela a forma de envelhecer, pois vai influenciar todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo.
- O gênero é uma “lente” através da qual se considera a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres.
- Fatores relacionados com os sistemas de saúde e serviço social que necessitam de ter uma perspetiva de curso de vida, que vise a promoção da saúde, prevenção de doenças e o acesso equitativo ao cuidado primário e de longo prazo e de qualidade.

- Fatores comportamentais, que passam pela adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde e são importantes em todos os estágios da vida e podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo.
- Fatores relacionados ao ambiente físico com o objetivo de promover ambientes físicos adequados à idade podem representar a diferença entre a independência e a dependência para todos os indivíduos, mas especialmente para aqueles em processo de envelhecimento.
- Nos aspetos emocionais, a felicidade individual e na comunidade, o ânimo e a satisfação com a vida.

A intervenção no processo de envelhecimento, aponta para a importância, dos profissionais estabelecerem como referência, uma perspectiva multidimensional e multifacetada, sobre a experiência e a correlação de múltiplos fatores biológicos, sociais e psicológicos, que ao longo da vida, interagem de modo ininterrupto. Assim o plano estratégico de abordagem, deixa de ter um enfoque, baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa a ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite, o reconhecimento dos direitos dos mais velhos, à igualdade de oportunidades e de tratamento, em todos os aspetos da vida à medida que envelhecem (Paúl & Ribeiro, 2010).

1.3.3. Fatores do envelhecimento relacionados com instituições geriátricas

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011) e de acordo com os resultados dos Censos 2011, 50% da população idosa, esta, tem dificuldade, ou não consegue realizar, pelo menos uma das seis atividades do dia-a-dia. Estas dificuldades afetam 995 213 pessoas idosas em Portugal, mais de metade das quais (565 615) vivem sozinhas, ou acompanhadas, por outros idosos. De acordo com a análise do INE, sobre o índice de dependência de Idosos (numero de idosos com 65 anos e mais por 100 indivíduos em idade ativa entre os 15-64 anos) em Portugal no ano 2000, representavam (32,3 %,) e as projeções, apontam para 2025 (34,2%) e para o ano 2050 (57,8%) de crescimento. A par do aumento da população idosa e da longevidade, tem também aumentado, o número de serviços e equipamentos que prestam cuidados a pessoas idosas, em situação de dependência e pessoas com deficiência. Têm a denominação de respostas sociais, das quais, se destacam as dirigidas a idosos: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Noite, Centro de Dia, Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (anteriormente denominado Lar para Idosos).

O tema reporta para a necessidade de se conhecerem não só os fatores, mas as implicações impactantes dos idosos, como a Identidade, que podem, influenciar a saúde física, mental, social e ambiental do idoso institucionalizado. Mas, a institucionalização, apresenta ser em Portugal e noutros países, uma realidade cada vez mais presente na vida da pessoa idosa (OMS, 2015). Para Botelho e Silva (2011) por vezes, não são valorizados aos idosos os seus gostos e preferências, para lhes assegurar um sentimento de continuidade e utilidade social (Botelho et al, 2011).

Num estudo exploratório realizado em Portugal por Arco & Lourenço (2014) num Lar de idosos, com uma população de 145 idosos entre os 65 anos e os 100 anos de idade, sendo 105 do género feminino e 40 do género masculino, os autores investigaram a natureza da institucionalização e fatores relacionados. A conclusão do estudo é um convite à reflexão, com o objetivo de melhor entender, os motivos que encaminham a pessoa idosa à institucionalização e estes, parecem estar relacionados, com a diminuição das capacidades funcionais da pessoa idosa, o que por si só, constitui uma perda de autonomia, quer de ordem física, económica, familiar, social ou psíquica. Por este motivo, a entrada no lar para muitos idosos, é fortemente condicionada por fatores alheios à sua vontade. É a família, que assume aqui um papel de mediador no processo de admissão ao lar, mas muitas vezes, desvaloriza-se a pessoa mais importante de todo este processo, que é o idoso. Já no mesmo estudo, na autoavaliação dos valores individuais e sociais, para as suas expectativas em relação ao seu futuro, as respostas da maioria dos idosos, assentam no querer ser único e singular e ser digno de consideração (Lourenço, 2014).

A família para muitos autores, assume um papel primordial no caso da institucionalização do idoso, pois é no seio da família, que este individuo deve encontrar conforto, carinho, afeto e amor, o que fundamenta a sua existência, enquanto ser humano, contudo, refere Garcia (1994) “a própria marginalização do idoso começa na família, passando este a ser considerado um peso-morto, com que a sociedade tem de contar, logo, há que arrumá-lo a um canto, pô-lo à parte e mandá-lo para um lar” (Garcia, 1994; cit; Pimentel 2005).

O sentimento de perda, que este possa experienciar, pode afetar a sua personalidade. A perda subjetiva do bem-estar físico e de saúde, das relações interpessoais, da estimulação para o desenvolvimento pessoal, da socialização e de atividades espirituais, podem levar a sentimentos de insegurança sobre valores pessoais e revelam-se mais significativo em idosos institucionalizados. Importa, com os estudos presentes na literatura, a necessidade de se fomentar

o conhecimento de práticas, que promovam o bem-estar psicológico, destas pessoas institucionalizadas (Oliveira, 2006).

1.4. Psicopatologia do Idoso

O envelhecimento progressivo da população com base no aumento da esperança de vida e pela baixa taxa de natalidade, coloca um desafio à sociedade portuguesa. Envelhecer pressupõe alterações ao nível dos diferentes domínios do indivíduo, é um processo individual, que não está relacionado com a idade cronológica e depende de vários fatores de ordem física e psicológica. A forma natural e gradual das transformações que ocorrem ao longo da vida, poderão estar associadas às características genéticas individuais, e principalmente ao modo de vida de cada um. Ao nível biológico (senescência), manifestam-se um conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais, que se observam pela gradativa perda da capacidade funcional dos órgãos e sistemas e na alteração progressiva, das capacidades de adaptação do corpo, como consequência, existe um risco gradual de desenvolver comorbidades, às patologias já existentes e probabilidade de morte (Ribeiro, citado por, Sequeira, 2010).

A possibilidade de os idosos desenvolverem incapacidades a sua ocorrência e intensidade variam de pessoa para pessoa. O que pode determinar a doença, são as diferenças individuais, neste processo adaptativo que constituem, assim, uma componente essencial, do desenvolvimento psicológico na velhice, sendo provocadas, pela diferente combinação de fatores e características biológicas, psicológicas e sociais, não detendo, qualquer uma das características, primazia sobre as restantes (Sequeira, 2010).

É preciso, atender às necessidades desta população. Identificar atempadamente as patologias que mais frequentemente afetam os idosos e agir, preventiva e eficazmente. E deste modo, ser possível, evitar a deterioração do estado de saúde das pessoas idosas. O objetivo principal, há-se ser promover e salvaguardar a saúde das pessoas idosas, uma vez que, a maioria pode envelhecer mantendo-se ativa e capaz de tomar decisões com autonomia (Botelho, 2000).

O relatório “Portugal Maior” referente à população com 65 ou mais anos de idade surge no âmbito dos “Programas Prioritários de Saúde em Números” e reforça a importância, que algumas patologias assumem, neste grupo etário como: doenças cardiovasculares (doença cardíaca coronária); hipertensão; acidente vascular cerebral (AVC); diabetes; cancro; doença pulmonar crônica obstrutiva (DPOC); condições musculoesqueléticas (artrite e osteoporose); condições de saúde mental, para a depressão e demência principalmente a doença de Alzheimer; cegueira e deficiência visual (OMS, 2015).

Para os autores (Botelho, Silva, Garrett, Pontes, Paul & Martins, 2011), algumas doenças vasculares, neoplásicas, infecciosas e outras do SNC podem ser responsáveis, por deterioração cognitiva, como a capacidade de resolver problemas e de se adaptar a mudanças e perdas, são indícios, do processo de envelhecimento normal, a diminuição nas capacidades cognitivas, como a rapidez de aprendizagem e memória (Botelho et al, 2011).

Os investigadores alertam para tipologia e causas associadas, ao declínio cognitivo ligeiro, para o ato mnésico, como uma função cognitiva complexa, cujo conhecimento, do funcionamento na idade adulta, requer aprofundamento de natureza conceptual e várias precauções metodológicas, em particular, no que diz respeito ao carácter contínuo, ou transversal das observações a efetuar (Mendonça & Caldas, 2012).

Frequentemente, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso, ou a falta de estimulação cognitiva, doenças como depressão, fatores comportamentais, como o consumo de álcool e medicamentos e fatores psicológicos, que promovem falta de motivação, baixos níveis de confiança e baixas expectativas, de qualidade de vida, fatores sociais e inter-relacionais, mas de fato, são as doenças degenerativas, a mais frequente causa de demência (Oliveira, 2010).

No idoso a doença de Alzheimer é a principal causa, seguida da demência vascular e demência de corpos de Levy, pelo menos até aos nonagenários, já que nestes, poderão coexistir uma maior percentagem de etiologia indeterminada (Caldas & Mendonça, 2012). Para Correia (2013) são várias as causas, que justificam o início dos processos demenciais, tais como: demência da depressão, perturbações endócrinas, perturbações neurológicas, da nutrição, lesões cerebrais: tumor cerebral primário ou Metastásio, perturbações sistémicas: doença pulmonar com hipoxia e perturbações vasculares (Correia, 2013).

1.5. Fatores de Risco Vascular

Denominamos como fatores de risco vascular, todos os hábitos de vida e alterações metabólicas que conduzem à Doença Arterial Coronária (DAC) e outras doenças cardiovasculares (DCV) que aumentam, ou podem contribuir, para a ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) segundo (McKhann, Drachman, Folstein, Katzman, Price, & Standlan, 1984) é a segunda principal causa de morte e a principal causa de incapacidade, que por vezes, deixa sequelas físicas, mentais e sociais, diminuindo a funcionalidade, particularmente ao nível da independência, nas atividades de vida diária (AVD's) (McKhann et al, 1984).

Clinicamente, a presença de pensamentos negativos, tristeza, ansiedade e labilidade emocional, nas primeiras duas semanas depois do AVC, são fortes preditores de depressão meses mais tarde. Segundo os investigadores Nasser, Almeida e Almeida (2016), “a existência concomitante de sintomas depressivos e a ansiedade, são atualmente considerados, fatores de risco para DAC e DCV”. A complexidade dos processos fisiopatológicos parece influenciar negativamente no prognóstico, dos pacientes com essas comorbidades (Nasser et, al 2016).

A diabetes mellitus tem um papel importante no desenvolvimento da doença cerebrovascular, principalmente no AVC isquêmico trombótico, devido à alteração hemodinâmica cerebral pela hiperglicemia e por interagir com outros fatores de risco como a HTA e a hiperlipemia. Em suma, quanto mais fatores de risco, o indivíduo tiver associados, maior será a probabilidade de ocorrência de AVC. Torna-se, pois, fundamental a sua identificação e uma intervenção concertada, da equipa multidisciplinar de modo, a adotar hábitos de vida saudáveis, prevenindo a ocorrência, de novos episódios ou complicações (Girão, 2015).

Quanto à classificação do AVC podemos ter dois tipos, que por sua vez, ainda se dividem em subtipos: o Isquêmico - lacunar, Trombótico e Embólico, e o Hemorrágico - subdural, subaracnoide, intracerebral e intravascular (Nasser, 2016).

Clinicamente, instrumentos e protocolos, para o rastreio e avaliação da depressão e ansiedade, procuram atuar nos efeitos negativos, desses transtornos, sobre a qualidade de vida e a saúde cardiovascular (Carvalho, 2015).

1.6. Ansiedade

Os autores Spar e Rue (2005) alertam, para a sintomatologia dos aspetos físicos, que resultam de transtornos de ansiedade, como a agitação o cansaço exacerbado, sensação de nervosismo, irritabilidade, taquicardia, dificuldades na concentração do que dos aspetos subjetivos. A razão, poderá prender-se, com a dificuldade em diagnosticar pois com frequência, se pode ficar na dúvida, entre sintomas de ansiedade e perturbação de ansiedade (Spar & Rue, 2005).

Para os autores Kirmizioglu, Dogan, Kugu, & Akyuz (2009) são escassos os estudos epidemiológicos de campo, sobre transtornos de ansiedade, apesar, destes transtornos serem comuns, entre os idosos e considerando as consequências adversas da ansiedade, quer em termos de sofrimento humano, quer da necessidade de serviços de saúde, para dar resposta à avaliação e ao tratamento, subsequente são questões imperativas (Kirmizioglu, et; al, 2009, cit; Nasser, 2016).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Mental dá ênfase, à necessidade de uma avaliação e intervenção precisas, em distúrbios mentais da vida tardia, e refere a escassez de escalas de ansiedade validadas, para uso com população idosa em particular (Botelho, 2011).

1.7. Depressão no Idoso

A depressão é um distúrbio mental, com alta incidência, base multifatorial e de difícil diagnóstico. O impacto da depressão é particularmente negativo, na vida de idosos institucionalizados e que sofrem de doenças orgânicas, e menos significativo, na vida de idosos que vivam na comunidade e não sofram de doenças orgânicas (Carvalho, 2015).

Estima-se que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres experimentem pelo menos, um episódio de depressão ao longo da vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) estima que mais de 340 milhões de pessoas, possam sofrer de depressão em todo o mundo e que, em 2020 esta, será a segunda causa, de perda de anos em vida saudável (OMS, 2015).

A depressão é a perturbação psiquiátrica mais comum na população idosa, 10 a 15% dos idosos que vivem na comunidade, apresentam sintomas depressivos e 3% preenchem critérios, para episódio depressivo, como, a diminuição clara do interesse, ou prazer em todas, ou quase todas as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias – indicado por relato subjetivo ou pela observação feita por outros. Mas a prevalência, varia consoante a definição de depressão aplicada, o método de avaliação utilizado e amostra da população estudada (Cunha, 2012, DSM-5, 2013). Esta prevalência é geralmente superior nas amostras de populações institucionalizadas, em relação às populações idosas, que vivem na comunidade e quando recorremos a questionários, para avaliar os sintomas depressivos, numa população idosa, como a *Escala de Depressão Geriátrica*, verifica-se que os idosos, têm uma dificuldade acrescida, de verbalizar, queixas depressivas (Spar & Rue, 2005).

Nos idosos a taxa pode aumentar, devido ao peso de determinados fatores de risco, como a perda de peso, quando não está a fazer uma dieta, ou ganho de peso súbita mais de 5% do seu peso corporal e falta de apetite quase todos os dias. Estes fatores, normalmente acen- tuam-se com a idade, que nalguns casos, podem ser modificados, como o caso de solidão, a impotência funcional, causada por doenças crónicas, ou a perda de mobilidade, por medo de cair (Paúl, 2005).

Para a relação conceptual, entre a depressão e o envelhecimento pode ser objeto, de pelo menos duas abordagens complementares: a depressão pode ser entendida, como resultado de alterações biológicas, psicológicas, cognitivas, comportamentais ou sociais associadas ao envelhecimento, sendo neste caso uma variável dependente; mas a depressão pode , por sua

vez, desencadear alterações nestas áreas, prejudicando a qualidade de vida do idoso, e ser então entendida, como variável independente (Paúl & Ribeiro, 2013).

As causas mais frequentemente invocadas, pelos idosos deprimidos portugueses, para explicarem a sua situação são, por ordem decrescente: solidão, a reforma, os conflitos familiares e a morte de familiares (Leal, 2008). Lima, Silva e Ramos (2009) entendem que indicadores sociodemográficos e de capacidade funcional, podem ser associados à depressão, pois os resultados dos recentes estudos, evidenciam, que à medida que os idosos se tornam mais dependentes fisicamente, tendem a ficar mais deprimidos, independentemente da idade e do género (Lima et al, citado por, Santos, 2017).

No aspeto clínico, e sem descurar os critérios habituais, para diagnosticar um episódio depressivo *Major*, importa considerar, que a depressão no idoso, pode ter uma apresentação multiforme, variável, e, por vezes subtil. Assim, consideramos quando estão presentes cinco ou mais dos sintomas referidos no Critério para Episódio Depressivo Major (DSM – V – TR), durante o mesmo período de duas semanas, desde que um deles seja humor depressivo, ou anedonia e inquietação, mesmo que não cumpra os critérios na totalidade (Spar & Rue, 2005).

A depressão *major*, é considerada a forma de perturbação do humor mais grave, no idoso com 65 anos ou mais. Com incidência elevada, e com tendência a aumentar, é também consequência de internamento de 60% dos idosos em instituições geriátricas. A depressão nestas idades e a conduta suicida, passa despercebida, os doentes deprimidos, tendem a realçar alterações somáticas, que experimentam e revelam dificuldade em referir, espontaneamente e mesmo quando solicitados, sintomas de tristeza. As queixas somáticas – vegetativas e sintomas físicos crónicos inexplicáveis, são manifestações frequentes de uma depressão mascarada, que desafia a sensibilidade clínica, do Psiquiatra e Psicólogo (Marques, 2011).

A depressão não é tratada por várias razões, no entanto esta é uma patologia curável e o recurso a uma terapia, não deve ser negado (Spar, & Rue, 2005). Também do resultado de um estudo recente na população idosa com 65+ anos a residir na comunidade, a autora relaciona, a funcionalidade e sintomatologia depressiva. Da análise do presente estudo, resultou que, os programas de prevenção de doenças, como a depressão na comunidade, ajudará a detetar antecipadamente sintomas e comorbidades, permitindo intervir, precocemente, nos vários domínios físico, psicológico e social (Santos, 2017).

1.8. Aspetos Epidemiológicos da Demência

A Demência afeta em geral indivíduos de faixas etárias mais avançadas e é causada por várias situações, poucas potencialmente reversíveis, outras a maioria irreversíveis, sendo a doença de Alzheimer, considerada como a sua causa principal. A Demência causa, incapacidade e dependência e constitui, uma sobrecarga económica e social para as famílias e para o Estado (Botelho & Garrett, 2011).

O Plano Mundial de Ação para as demências 2017 – 2025 considera a demência, uma epidemia ao nível mundial, afetando famílias, cuidadores e sistemas de saúde. Deve ser considerada, uma prioridade pública, a consciencialização, deve promover sociedades amigas da pessoa com demência, com o objetivo de uma redução de risco de demência, aumentando o número de casos diagnosticados, promover o tratamento e apoio aos cuidadores de pessoas com demência, assim como a disponibilização de informação, sobre demência e a investigação e inovação (OMS, 2015).

A idade parece ser o fator de risco, mais relacionado com a demência. Com o envelhecimento global das populações, calcula-se que a nível mundial, deverão existir mais de 25 milhões de casos (Passos et al, 2012). O risco aumenta, com a idade, e calcula-se que entre 25% a 30% das pessoas com mais de 85 anos ou mais têm um grau de deterioração a nível cognitivo (OMS, 2015).

Muitos casos, não são diagnosticados ou aparecem diagnosticados, numa fase adiantada da doença, o espaço entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico varia de 10 a 32 meses (Caldas & Mendonça, 2012).

Atualmente, as estimativas indicam 46,8 (milhões) de pessoas vivem com demência, no mundo, um número que parece triplicar em 2050, e que mais de metade das pessoas com demência, vivem em países de baixo e médio rendimento, onde apenas 10% dos indivíduos recebem um diagnóstico, por outro lado, 60 a 70% de todos os casos de demência, são Alzheimer (OMS, 2015).

Em Portugal existem aproximadamente 182 526 pessoas com demência, colocando Portugal, com uma média de 1,55% superior à união europeia, a média, isto é, cerca de 1,71% da população, sofre desta patologia, sendo a doença de alzheimer a mais dominante. Estudo a decorrer sobre a prevalência da demência e depressão, em resultados preliminares, revelam a importância da investigação na área das demências, pela preocupação na progressão da doença e perda de autonomia; pelo impacto nos cuidadores, pois 60% sofrem de elevados níveis de

stress emocional e 40% a 50% sofrem de depressão, mas também, pelos elevados custos económicos e sociais (Alzheimer Europe, 2014).

1.8.1. Demências Aspetos Clínicos

Nos critérios de diagnóstico DMS-5 (Classificação Psiquiátrica Americana, o termo demência foi eliminado e substituído por “Perturbação Neuro cognitiva”, está associada a uma ou mais áreas do domínio cognitivo, documentado através dos testes padronizados e utilizados para a avaliação neuropsicológica; causando prejuízo na independência da pessoa e na realização das suas AVD’s (atividades da vida diária). Nesta primeira definição, a demência define-se, como, o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos, que incluem obrigatoriamente, um compromisso da memória recente e, pelo menos, mais uma perturbação cognitiva (afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade executiva). Estes, devem ser suficientemente graves, para terem repercussão funcional e representar um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento, e ocorrer na ausência de síndrome confusional: *delirium*, (Mckhann et al., 2011).

Os critérios da CID-10 são mais restritos, nomeadamente, porque exigem, que os défices cognitivos, estejam presentes há pelo menos 6 meses, e requerem, uma alteração no pensamento abstrato. Assim, os critérios de diagnóstico CID-10 (Classificação internacional de doenças) para demência é uma síndrome causada por doença cerebral, geralmente progressiva, afetando a memória e uma ou mais funções cognitivas superiores, como: pensamento abstrato, orientação, compreensão, cálculo, aprendizagem, linguagem e julgamento; sem alterações do nível de consciência ou alerta, em geral afeta o controlo emocional, comportamento social ou motivação; geralmente interfere nas atividades de vida diária (AVD’s) dependendo do ambiente cultural e social do paciente (CID, 2010).

As perturbações Neuro Cognitivas (PN) são divididas, por vários subtipos devido a: doença de Alzheimer; PN Vascular; PN com Corpos de Lewy; PN Frontotemporal; PN devido à doença de Parkinson; PN devido a lesão cerebral traumática; PN devido à infeção por HIV; PN devido substância/medicação induzida; PN devido a doença Huntington; PN devido a doença de Priões; PN devido a uma outra condição médica e PN devido a múltiplas etiologias (Dubois et. al., 2007,).

Para a doença de Alzheimer referem-se os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR (American psychiatric association, 2000) e os propostos pelo NINCDS-ADRDA Work Group, revistos recentemente (Mckhann et al., 2011).

Os critérios referenciados, incorporam orientações de operacionalização, que incluem eventualmente, sugestões, relativamente aos instrumentos de avaliação cognitiva, mais indicados e aos meios complementares de diagnóstico, imprescindíveis ou mais adaptados, ao diagnóstico diferencial, das várias formas de demência (OMS, 2014). O número de doentes referenciados para diagnóstico de demência é seguramente inferior, ao número de doentes, com sintomatologia e não diagnosticados. Por este motivo, se reveste de muito interesse, a existência de critérios de consenso para o diagnóstico da demência. O que pode contribuir, para um diagnóstico, mais precoce e mais preciso, permitindo uma uniformização, da prática clínica (Branco, 2017).

O trabalho recente do International Working Group for New Research Criteria for the Diagnosis of DA, publicado por Dubois et al (10) no Lancet Neurology em 2007, pretende mostrar que o conceito de DA, deverá ser adaptado às possibilidades que os biomarcadores (biológicos e de imagem), abriram para o reconhecimento da doença, em fase pré-clínica ou clínica não demência (CID, 2010). Etiologia das demências: Demências primárias, ocorrem como expressão *Major* (doença de Alzheimer degenerescência Lobar Frontal...); Demências secundárias, as doenças endócrinas, défices alimentares, intoxicações...); Demências associadas a outras doenças do sistema nervoso central (SNC) como a coreia de Huntington, no Parkinson, na doença de Corpus de Lewy e nas Hidrocefalias (DSM-V, Cunha et al; 2013).

PARTE II – TRABALHO DE ESTÁGIO

2. Objetivos Gerais e Específicos

Aplicar os conhecimentos académicos adquiridos e consolidar com a aprendizagem do trabalho de Psicólogo realizado num Centro Geriátrico no período de estágio e fortalecer relações de confiança, com toda a população do centro.

Aprofundar conhecimentos, sobre a população sénior. Compreender através da intervenção psicológica, os fatores sociais e psicológicos da institucionalização e as suas problemáticas. Perceber e identificar as dificuldades das utentes nas atividades básicas e instrumentais da vida diária (ABVD/AIVB) em relação ao seu contexto de vida anterior e atual e em relação à percepção que têm de si próprias. Identificar e promover atividades que promovam o bem estar nas utentes envolvidas.

Objetivos específicos:

1. Desenvolver competências técnicas e relacionais para a prática do Acompanhamento Psicológico com a análise e compreensão individual detalhada de dois casos clínicos (acompanhamento psicológico individual);
2. Promover a intervenção com três (3) grupos Psicoterapêuticos distintos: (GPPI) grupo de cinco utentes (5) com défice cognitivo Grupo Psicoterapêutico (GPPII) com dez utentes (10) sem ou baixa incidência de défice cognitivo (DC) e Grupo de autorrepresentação (GAR) com seis (6) utentes do universo das residentes no centro;
3. Desenvolver e aplicar o Modelo de Carl Roger na relação terapêutica;
4. Conhecer, selecionar e aplicar instrumentos para a prática da Avaliação Psicológica sob a supervisão da orientadora de estágio;
5. Promover a relação e o treino de Estimulação Cognitiva individual a três utentes com o programa informático CogWeb sob a supervisão da orientadora de estágio;

2.1. Horários e funções

As atividades no local de estágio tiveram início em 4 de outubro de 2016 e término a 18 de julho de 2017. Foram construídas tabelas de 1 a 6 para apresentar os dados relativos a horários e atividades desenvolvidas com as utentes no local de estágio e a respetiva descrição de forma abreviada.

Tabela 1. Cronograma das Atividades de Estágio e Carga horária

Terças e Sextas das 9:00H às 17:30H										
	out/16	nov/16	dez/16	jan/17	fev/17	mar/17	abr/17	mai/17	jun/17	jul/17
Total de horas = 560H	78	56	44	23	66	87	13	55	24	45
Entrevista com psicóloga CP										
Revisão de literatura										
Entrega de projecto de estágio										
Formação do programa "Cogweb"										
Observação de actividades do SP										
Actividades com Grupo psicoterapeutico I										
Actividades com Grupo psicoterapeutico II										
Estimulação cognitiva individual "Cogweb"										
Actividade com Grupo de Autorepresentação										
Participação em acções de formação										
Participação com utentes em actividades de exterior										

Para os atos de observação, acompanhamento e registo foi obtido o consentimento explícito da utente e foi respeitado o princípio ético da confidencialidade e da privacidade.

As atividades semanais decorreram dois dias por semana entre as 9h e as 17,30 conforme Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da carga horária semanal no local de estágio

Horas		Dias		
Início	Fim	3ª Feira (semana 1)	3ª Feira (semana 2)	6ª Feira
09:00	09:30			Reunião de Supervisão com Orientadora
09:30	10:00			
10:00	10:30	Actividades com Grupo psicoterapeutico I	Actividades com Grupo psicoterapeutico I	Estimulação cognitiva individual "COGWEB"
10:30	11:00			
11:00	11:30			
11:30	12:00	Actividades de acompanhamento psicológico	Actividades de acompanhamento psicológico	
12:00	12:30			
12:30	13:00			
13:00	13:30			
13:30	14:00			
14:00	14:30	Actividade com Grupo de Autorepresentação	Actividades de acompanhamento psicológico	Actividades de acompanhamento psicológico
14:30	15:00			
15:00	15:30			
15:30	16:00			
16:00	16:30	Actividades com Grupo psicoterapeutico II	Actividades com Grupo psicoterapeutico II	
16:30	17:00			
17:00	17:30			

O dia 18 de outubro de 2016 foi o término do período de observação, primeiro dia com a responsabilidade de dar início às atividades programadas no local de estágio sob a supervisão da orientadora.

A orientadora de estágio Dra. Paula Agostinho explicou a necessidade, de reservar cerca de duas semanas, para observação do trabalho efetuado pela Psicóloga no local de estágio

de 4 a 17 de outubro de 2016, ao que se seguiu a distribuição do material existente na instituição, para suporte às atividades a desempenhar. Este tempo de observação, resultou útil para aprofundar conceitos teórico ligados à intervenção psicológica, avaliação e reabilitação cognitiva, que pela sua complexidade, exige informação e formação atualizada sobre temáticas relacionadas com os casos clínicos, referenciados para acompanhamento psicológico.

Considera-se muito importante a compreensão da tipologia da doença e o conjunto de sinais e sintomas, no contexto/ambiente da utente idosa, que podem ter um efeito menos positivo no seu bem-estar psicológico e físico, já que, a função do psicólogo é identificar as reações que são normais, das psicopatológicas, contudo, a dimensão subjetiva da pessoa, nunca deverá ser negligenciada (Fonseca, 2006).

2.2. Intervenção em Grupos Psicoterapêuticos

Grupo Psicoterapêutico (GPP I) integra cinco utentes (5) com mobilidade reduzida e algumas com dependência de cadeira de rodas. As sessões têm atividade programada mensal e decorrem uma vez por semana 3F^a com a duração de 60 minutos.

Às utentes que participaram nestas sessões foram aplicados instrumentos de avaliação neuropsicológica: Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS – Rose, Mohs & Davis, 1984); Desenho do Relógio (CDT – Clock Drawing Test – Shulman et al, 1993) para triagem cognitiva de funções como memória, compreensão, noção espaciotemporal, planeamento, concentração, capacidades visuoestrutivas.

E o Exame Breve do Estado Mental (MMSE – Fostein & Me Huh, 1975, adaptado por Manuela Guerreiro e Colabs. 1994) que ao contrário dos outros testes, foi o único utilizado no início e no final. Nos resultados iniciais do MMSE, verificou-se que todas as utentes, apresentavam – défice cognitivo ligeiro ou moderado ou demência até à data da avaliação. Com o objetivo de compreender o efeito das sessões, as utentes foram reavaliadas.

O trabalho com o grupo seguiu o Modelo RN: Orientação para a Realidade (Hanley et al, 1986) é uma apresentação repetida e estruturada de informações, que promovam a orientação da pessoa com demência para o presente:

- É um processo contínuo;
- Toda a interação baseia-se em informação orientada e são fornecidas ajudas e oportunidades para o erro, encorajando tanto quanto possível à nova tentativa com compreensão;

- Atitude do profissional, deve respeitar a preservação individual da dignidade, autorrespeito, escolha e independência por parte do idoso.

Nas sessões são utilizados recursos e auxiliares de memória, como calendários e agendas, recorte de notícias, materiais selecionados pela estagiária e alguns construídos pela própria.

Os temas incluíam a noção de frio e calor, feriados, notícias, livros de histórias, entre outros temas, com o intuito de trabalhar as seguintes funções cognitivas: memória semântica (fatos), memória episódica (eventos), atenção, percepção, busca ativa da informação, praxias, planejamento e crítica (Hanley et al, 1986; citado por, Guerreiro, 2005)

No final das sessões o resultado foi globalmente positivo e relacionado com a satisfação manifestada pelas utentes.

Segue-se uma Tabela com a descrição das características do grupo e avaliação inicial/final e a descrição das nove (9) sessões, das vinte sete (27) realizadas, que permitem compreender o objetivo e conteúdo de cada sessão (Tabela 3).

Tabela 3. Resultados da avaliação inicial e final do grupo psicoterapêutico (GPPI)

Nome	Idade	MMSE	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Nº de sessões semanais
F	69	x	18	18	27
E	78	x	19	18	26
C	77	x	14	14	16
M	94	x	20	18	27
E	72	x	17	17	27

Sessão – 1 – 6/12/2016

Esta sessão foi programada com o objetivo da Audição e partilha de músicas preferidas e de Natal entre as utentes. Antes de dar início à atividade é utilizado um calendário e colocado encima da mesa, são feitas perguntas, sobre o local onde nos encontramos, a data e hora e cada uma das participantes, apresenta-se e diz como se sente nesse dia, se está bem-disposta, se sabe o que está ali a fazer e diz o nome das colegas se conseguir, lembrar-se, senão fá-lo com ajuda é feita a explicação do que vai acontecer e pedida a opinião sobre o tema. Nesta sessão foi utilizado um MP3 e as músicas foram selecionadas, através da resposta das utentes e chegado a um consenso, sobre o cantor e a música esta foi selecionada e colocada em alta voz. No final

todas as utentes tiveram a hipótese de ouvir uma música preferida, identifica-la no tempo e no espaço e cantamos o refrão de canções como a “mariquinhas” e “menina estás à janela”.

Esta atividade cumpriu o objetivo ao nível da estimulação cognitiva das seguintes funções espaço-temporal, auditiva, criatividade, da linguagem e permitiu estimular a atividade motora e sensorial, pois as utentes manifestaram emoções positivas ao ativarem a memória de longo prazo em que se recordaram de eventos de vida associados às músicas e refrão.

Sessão – 2 – 3/01/2017

O tema desta sessão foi “decorar um bolo rei e um bolo rainha”, com frutas cristalizadas e frutos secos. Tal como todas as sessões deu-se início à sessão com a estimulação espaciotemporal com o calendário para perguntas com referência ao tempo e ao espaço, as utentes disseram o seu nome e o nome dos outros membros do grupo e disseram como se sentiram. Foi dito o que iria ocorrer naquela sessão e qual o material, dois bolos sem decoração e caixinhas com as frutas e os frutos. Nesta sessão as utentes demonstram expressões de felicidade, com a possibilidade de decorar os bolos como quiseram. A sessão permitiu ainda, recordarem-se do nome dos frutos secos e dizerem quais as suas preferidas e os que não gostavam muito e porquê.

No fim da sessão, quiseram degustar o bolo rei e o bolo rainha e até disseram que não existia bolo rainha na época delas. Esta atividade, cumpriu o objetivo inicial da estimulação da memória, a criatividade, a capacidade viso construtiva, a função executiva e outras funções sensoriais como a função tátil e paladar.

Sessão – 3 – 8/01/2017

O tema da sessão foi “Identificação dos Reis Magos”, com recurso a materiais como, imagens simbólicas em pasta de papel e a imagens bíblicas. A sessão deu início com à imagem do calendário e referência da data e do local, assim como da estação do ano. Todas as participantes disseram o seu nome e o nome de cada uma das participantes, incluindo o nome da estagiária, o que voltaram a fazer no fim da sessão, de forma a perceber, em cada uma das participantes, a capacidade de recuperar a informação relativa à função da memória e à capacidade de perceção associativa. Comecei por situar o tema e fazer a ponte com a sessão anterior (decoração do bolo rei e a maioria das utentes lembrava-se e algumas falaram nos frutos secos e nas frutas cristalizadas), para introduzir no tempo e no espaço o dia de Reis. Mostrei as imagens dos 3 Reis Magos e o livro, que de forma reduzida e com uma linguagem acessível a todas as utentes, permitiu que estas conseguissem identificar, a história e falar sobre detalhes “lembrados” do significado do dia dos Reis.

Foi cumprido com sucesso o objetivo da sessão já que foram trabalhadas as várias funções cognitivas, orientação espaciotemporal, visual, criatividade. Linguagem, auditiva e perceptiva. Todas as participantes mostraram interesse e no final referiram ter gostado do tema.

Sessão – 4 – 7/02/ 2017

O tema teve por base leitura de uma parte da história do livro com o título “E se eu fosse... uma fada! Do Autor e Ilustradora – Mercè Arànega; Editora: Porto Editora, além do livro foram utilizadas as seguintes matérias; fotos e objetos; folhas brancas de papel e marcadores. Iniciamos a sessão pelo calendário, referência da data e do local e da estação do ano. Comecei por perguntar ainda se lembravam da história. Todas as utentes responderam individualmente que se recordavam, mais ou menos, ou sim, e aos poucos, em conjunto, recordamos a história. Comecei por mostrar o livro da história, que ia contar e pedi para lerem o título da história. A personagem é a Sissi que tem 7 anos, gosta de cantar de dançar e de andar de bicicleta, mas principalmente gosta de histórias. Antes de ir para a cama, leu o seu livro novo, que o pai lhe deu, foi fazer a sua higiene pessoal, como lavar os dentes e depois, quando estava já com a cabecinha na sua almofada, ouve uma voz, baixinho, a perguntar; quem é ela? E a voz era de uma fada...foi estabelecido um fio condutor, com o conteúdo da história e os hábitos de cada utente, desta vez em relação à pergunta, todas as fadas são iguais? Disseram que não e começaram, por dizer ao grupo características físicas de cada uma e descrever a forma como estavam vestidas. De seguida voltava a perguntar a cada uma e de forma geral o nome do livro, da personagem Sissi o que ela gostava de fazer e quem lhe tinha aparecido e porquê. Surgiu a pergunta há quanto tempo existem fadas e de onde vêm. E a resposta foi grupal, há muito tempo, e a D, disse “e as fadas existem na nossa imaginação e servem para sonhar”.

Foi um exercício que permitiu trabalhar as várias funções cognitivas e as utentes revelaram agrado pela história e sorriem muito, com o que cada uma referiu, sobre a sua experiência com fadas, gostam de ver os desenhos e a imaginação surge. Deste modo a sessão cumpriu o objetivo proposto de estimular funções cognitivas, promover a interpelação grupal e reforçar a afetividade entre elementos do grupo e principalmente promover a boa disposição.

Sessão – 5 – 14/03/ 2017

O tema da sessão de atividade do grupo foi “dar sentido às letras e aos números”, o material utilizado forma fotos e imagens em papel e plástico maleável. Iniciamos a sessão orientação espaço-temporal, calendário, referência da data e do local e da estação do ano pelas utentes do grupo. Foram mostradas imagens de letras e números, com o objetivo de trabalhar as funções cognitivas. Com alguma dificuldade, mas todas as utentes formaram palavras e falaram sobre o seu significado dando exemplos da vida diária.

No fim da sessão quiseram cantar a canção da Oliveirinha da Serra. A sessão contribuiu para perceber a evolução do trabalho individual e de grupo e principais dificuldades. Cumprido o objetivo de estimular funções cognitivas: Orientação espaço-temporal; estimulação visual; estimulação da criatividade; estimulação da linguagem e estimulação auditiva.

Sessão – 6 – 4/04/2017

O tema desta sessão foi centrado nas atividades da vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária, (ABVD/AIVD), “Arrumar as compras na despensa e frigorífico do Centro Geriátrico”, foram utilizadas imagens de alimentos e fruta, e imagens de vários euros, frutas e alimentos em plástico, lista de alimentos e divididos por categorias, não foi esquecida a água. imagens e objetos (frigorífico, legumes, peixe, carne, enlatados, fruta, fiambre, queijo, iogurtes, leite, sumos, arroz, massa, ovos, açúcar, pão). no decorrer da sessão, iniciamos a sessão com as perguntas sobre orientação espaço-temporal, calendário, referência da data e do passamos à explicação do que seria a nossa atividade. Imaginámos individualmente que iríamos fazer compras para o fim-de-semana e que nos tínhamos de dividir em grupos de 3 pessoas para o fazer e cada uma tinha 10€ para gastar. Colocada a pergunta de forma individual o que seria preciso comprar? C; disse: peixe, batatas, cenouras, cebolas, laranjas, tomate, bifes de peru, iogurte de laranja, maçãs, morangos, pão manteiga. Uma utente; disse: carne de vaca, peixe, repolho, batata, cenoura, laranja, pera, pão, manteiga, bananas, iogurte de morango. F; disse: bife de Perú, cenouras, batatas, tomate, vinho para temperar. Muito bem, banana, pão, queijo, fiambre, sumos naturais, iogurtes longa vida. G; disse: bifes de vaca do acém, batata, hortalíça, arroz, massa, pão, bananas, pêssegos, doce de tomate. Compras efetuadas e chegadas ao Centro cada utente disse qual o lugar mais adequado dos alimentos, quer fosse no frigorífico, quer fosse na despensa.

Os objetivos para a sessão, foram integralmente atingidos, por todas as utentes, pois tiveram a capacidade de alocar as compras ao melhor sítio para guardar, também trabalharam as funções cognitivas da memória, da criatividade, tátil, visual, auditiva, espaciotemporal, função executiva, atenção, concentração, cálculo, entre outras sensoriais e afetivas, como a recordação da sua casa. local e da estação do ano e

Sessão – 7 – 9/05/2017

O tema desta sessão foi “memórias da minha família”; iniciamos a sessão orientação espaço-temporal, calendário, referência da data e do local e da estação do ano pelas utentes do grupo. Cada utente descreveu as características físicas e psicológicas de vários familiares, mas concentramo-nos mais na mãe. Uma utente teve dificuldade em se lembrar do nome da mãe e só no fim da sessão se lembrou. Falaram da profissão das mães e recordaram o fim de vida de

cada uma delas, as doenças e também falaram do relacionamento que tinham com a mãe, falaram da saudade. Uma utente referiu, que a sua mãe ainda estava viva e vivia num lar, em Coimbra e emocionou-se, pois, sentia muitas saudades dela.

A sessão contribuiu, para as utentes recordarem as suas origens e vivência com a mãe. Este exercício, contribuiu para estimular as seguintes funções cognitivas: memória, linguagem, auditiva, espaciotemporal, visoconstrutiva, sensorial, afetiva e relacional.

Sessão – 8 – 6/06/2017

O tema foi memória de infância “como é que eu era...”; iniciamos a sessão estimulando a orientação espaço-temporal com o calendário, referência da data e do local e da estação do ano pelas utentes do grupo. foram mostradas imagens de crianças vestidas de várias formas e a brincar, com o objetivo de trabalhar as funções cognitivas, afetivas e sensoriais. foi feita a explicação sobre a nossa atividade de grupo. cada uma teria de olhar e descrever o que as crianças (meninos e meninas) tinham vestido e o que estavam a fazer e por fim, iriam tentar lembrar-se das suas características físicas e de algumas brincadeiras, de quando eram crianças. todas descreveram aspetos físicos, como se eram gordinhas altas ou baixas, magras, cabelo liso, ou encaracolado, cor do cabelo, quais as suas roupas preferidas enquanto crianças e a cor que mais vestiam, uma delas falou que usava travessão no cabelo e outras, rabo de cavalo e lacinhos. partilharam brincadeiras de criança, que gostavam de saltar à corda jogar à apanhada e que nem sempre tinham sapatos. Também falaram das características das brincadeiras e de como brincavam à vontade na rua. Recordaram episódios de vida, AIVD E ABVD; como alguém que sujou o vestido novo e levou uma tarefa da mãe e de como é bom ser criança e poder brincar. Foi um exercício muito participativo e serviu o propósito de ativar a memória e sentimentos emocionais positivos que trouxe sorrisos e até gargalhadas ao grupo.

A sessão contribuiu para perceber a evolução do trabalho individual e de grupo e principais dificuldades ao nível da estimulação de funções cognitivas, como a visual, auditiva, memória de trabalho e memória de logo prazo, criatividade, linguagem, capacidade discursiva.

Sessão – 9 – 11/07/2017

O tema da sessão foi “Pensar e dar sentido às palavras”, calendário, referência da data e do local e da estação do ano pelas utentes do grupo. Foram mostradas imagens e foram distribuídas a cada utente, com o objetivo de trabalhar as funções cognitivas. sem dificuldade, foram surgindo outras palavras que podem explicar as palavras distribuídas, das palavras distribuídas como exemplo: discursar/politica; natureza/mar; trabalho/secretaria; viagem/mina terra/; museu/lisboa; praia/verão; liberdade/25 de abril; sabedoria/professor; todas as utentes formaram palavras de forma oral e juntaram letras com a ajuda visual e tátil, falaram sobre o

significado das palavras e algumas das utentes deram exemplos da vida diária ABVD. Como por exemplo quando é usada uma mesa, para que serve a cama, o que representa o sol, onde vamos de avião, quais as fases da lua, e as estações do ano.

Cumprido o objetivo de estimular funções cognitivas: orientação espaço-temporal, estimulação, visual, criatividade, linguagem, auditiva e tátil entre outras funções sensoriais.

A sessão contribuiu para perceber a evolução do trabalho individual e do grupo e principais dificuldades.

Grupo Psicoterapêutico (GPP II) integra dez (10) utentes sem deterioração cognitiva com idades compreendidas entre os 68 e os 91 anos de idade. Algumas com capacidade funcional (5) deslocam-se sem ajuda instrumental, com capacidade reduzida em cadeira de rodas cinco (5) todas (10) com queixas de memória (défice amnésico). O ano de ingresso entre o ano 2008 e 2017. O grupo tem sessões uma vez na semana (3^ª) com a duração de 60 minutos, em sala própria e adaptada à realização das atividades.

O trabalho com o grupo seguiu o Modelo RN: Terapia da Reminiscência (Butler et al, 1963) coloca o idoso perante a revisão da sua vida, recordar os acontecimentos da sua vida revivendo as memórias:

- Facilitar o vivenciar de emoções positivas;
- Foca-se na partilha e discussão de atividades, experiências ou eventos do passado;
- Permite estabelecer a ponte entre o passado e o presente;
- Pode ter efeito terapêutico ao nível cognitivo e emocional;

As técnicas utilizam como recursos pistas significativas, filmes, leitura, música, objetos de memória, entre outros. Os materiais utilizados foram selecionados e alguns construídos pela estagiária. Os temas foram diversificados: tipos de família hoje e no passado, partilha de aspetos culturais e vivências pessoais, leitura e reflexão sobre temas escritos, jornal do centro.

Com o intuito de trabalhar as seguintes funções cognitivas: memória semântica (fatos), memória episódica (eventos), atenção, percepção, busca ativa da informação, praxias, planeamento e crítica.

Melhorar e promover a autonomia individual e a socialização grupal, com expectativas de melhorar o processo adaptativo, individual, à vivência na instituição quer das que lá residem quer das novas utentes (Butler et al, 1963; citado por, Guerreiro, 2005)

No final, pode observar-se melhores relações de convivência entre as utentes do grupo e que estas sessões, contribuíram para o bem-estar consigo próprias e em comunidade.

Foram programadas trinta (30) sessões e realizadas vinte sete (27) entre novembro de 2016 e julho de 2017. Segue-se uma Tabela com as características das utentes em relação à existência de queixas de memória e com ou sem défice cognitivo ligeiro e dificuldades funcionais. São também descritas seis (6) sessões para compreensão do trabalho realizado em cada sessão conforme dados da Tabela 4.

Tabela 4. Características das utentes do Grupo Psicoterapêutico (GPPII)

Nome	Idade	Queixas de memória	Deficit cognitivo ligeiro	Dificuldades Funcionais	Ingresso no Centro
A	91	X	X	X	2009
A	90	X		X	2008
J	67	X			2017
L	69	X			2016
G	87	X	X		2009
A	72	X		X	2014
I	78	X		X	2008
C	68	X			2016
R	70	X			2016
P	83	X		X	2008

Sessão – 1 – 24/11/2016

A sessão teve como objetivo um debate sobre a palavra “paciência”, promovendo a socialização entre a nova estagiária e os vários elementos do grupo que contou com a presença de oito utentes (8). Foi iniciada pela doutora Paula Agostinho, que reforçou a continuidade com a nova estagiária e a importância das sessões não só individualmente, mas a troca de experiência grupal. Foram vários os temas que foram surgindo dos já falados em sessões anteriores. Surgiu por R; a pertinência de refletir, sobre frases escritas em quadros afixados na parede da sala, o qual depois levou à leitura por parte de uma das participantes, de uma oração cujo tema era um sentimento necessário e comum a todas as utentes diariamente “paciência”, todas concordaram e manifestaram a sua opinião sobre “ter paciência”, saber esperar nas ABVD no centro, ter compaixão, outros sentimentos foram surgindo, na discussão sobre o tema paciência. as utentes manifestaram com agrado a transparência e sinceridade com que relatavam experiências e fatos de vida que envolvem o cotidiano da vida nesta nova casa, que consideram a sua casa. todas demonstraram agrado com o decorrer da sessão.

Sessão – 2 – 9/12/2016

Nesta sessão o objetivo foi fomentar a socialização grupal dentro da instituição, participaram sete (7) utentes porque quando abordadas para ir à sessão disseram estar cansadas dos eventos festivos e outras encontravam-se doente. A atividade escolhida foi leitura em grupo dos artigos do Jornal editado pelo Centro e no qual existia a participação de duas das utentes

do grupo. As participantes encontravam-se dispostas em círculo, para promover a partilha da visualização e minimizar sinais de audição e volume da voz. No decorrer da Sessão, as utentes apresentaram-se ao grupo e com o recurso ao calendário foram fazendo referência ao dia, mês, ano estação do ano e local. Seguiu-se uma abordagem geral sobre a ausência das colegas e a L. lamenta a ausência das colegas, e refere estar sempre ansiosa por novas atividades. Na sessão anterior G. partilhou a sua paixão pela leitura e refere fatos da vida pessoal que considerou o gatilho para se iniciar na escrita. Não se considera uma escritora, mas decidiu aceitar o desafio e quer fazer um livro com os seus poemas com a intenção de o oferecer à sua família e às pessoas que gosta. Neste momento está a fazer a seleção por temas porque tem muitos poemas escritos e considera que começou tarde, segundo ela, “já depois da morte do marido”. Falou sobre os temas que lhe dão inspiração e que na sua maioria são temas religiosos ou a sua “Fé”, depois foi o momento, em que todas as presentes, leram em voz alta uma notícia do Jornal e algumas partilharam que nunca tinham pensado colaborar com o Jornal, mas parecia uma boa ideia como também acharam boa ideia escrever sobre os seus eventos de vida. Nas próximas sessões vamos iniciar alguns temas que forem surgindo como temas escritos e de interesse para o grupo. As participantes entraram em troca de opiniões umas com as outras com uma determinada ordem o que mostrou claramente o respeito pelo “outro” dentro do grupo. Nesta sessão ouviram uma das participantes com muito interesse e atenção e ficaram a refletir sobre a hipótese de serem mais proativas em relação à participação no Jornal ou em escrever as suas experiências de vida. Esta atividade também permitiu o treino das capacidades cognitivas como a orientação espaciotemporal, a criatividade, a audição, a linguagem, a capacidade percetiva, orientação, a memória e a atenção.

Esta atividade cumpriu o objetivo, promovendo a autonomia e independência na participação da vida social do Centro e contribuiu para minimizar os efeitos negativos da institucionalização, pois existiu partilha de sentimentos e emoções de cuidado com o outro e de respeito.

Sessão – 3 – 20/12/2016

Nesta sessão a atividade foi o “Natal da nossa Terra” com o objetivo da partilha de crenças e costumes, dado que as utentes do grupo são oriundas de diversas zonas culturais como a Madeira, Moçambique, Macau, Norte, Centro e Sul de Portugal. Estiveram presentes dez utentes (10) e o tema agradou a todas. As participantes partilharam experiências de doces tradicionais natalícios da sua região e manifestaram entusiasmo, por estarem a ser transmitidos conhecimentos em grupo alguns totalmente desconhecidos, outros comuns ao conhecimento de todas, como por exemplo falar de tronco de Natal ou de bolo rei ou rainha ou sonhos, doces

típicos de Natal, que mais uma vez contribuiu, para recordar com alegria o Natal em família, a entrega de prendas e o tipo de prendas ou até partilhar a memória do prazer em fazer os doces para a família.

Esta sessão correu muito bem, com manifesta boa disposição, as utentes partilharam eventos culturais, sociais, familiares e pessoais, com muita emoção e alegria. Esta vertente cultural individual, enriqueceu todo o grupo e permitiu um maior conhecimento da vida natalícia de cada uma das utentes.

Sessão – 4 – 31/01/2016

A sessão tinha estava programada com uma atividade de leitura de um poema que uma das utentes iria trazer; contudo tal não aconteceu. E uma vez que tínhamos uma utente nova no grupo passamos ao principal objetivo da existência deste grupo: fomentar a socialização grupal dentro da instituição. A sessão contou com a presença da orientadora no local de estágio. Iniciou com um exercício de orientação espaço-temporal, referência da data, hora e do local. Uma utente que frequenta o centro como centro de dia, após avaliação Neuropsicológica teve indicação para iniciar um programa de estimulação Cognitiva com o programa informático Cogweb, mas o seu marido (cuidador) e ela própria, mostrou interesse em participar mais ativamente em atividades que contribuíssem para uma maior integração no grupo de utentes do Centro Geriátrico. Assim, começou por se apresentar às restantes utentes do grupo e por sua vez cada uma delas, através de uma breve introdução; referiram o dia que entraram, o porquê e como se sentiam neste momento, o que a instituição representava para elas. No fim da apresentação, referiu que era a vez dela, e tranquilamente, foi-lhe permitido apresentar-se novamente, que ela já o tinha feito e todas as presentes refletiram como a “memória” nos pode faltar de repente. Ainda existiu o espaço necessário para falarem o que quisessem umas com as outras e foi interessante, como todo o grupo acolheu esta nova utente, com espírito de interajuda e intenção clara e manifesta de afeto.

O tema da sessão foi agilizado para a distribuição de folhas brancas e pedi a cada uma das presentes que escrevesse uma frase, sobre a vida; a primeira que lhes viesse à mente. Algumas das frases que surgiram foram: “A vida é bela...”; “a vida é um progresso de ascensão para Deus...”; “a vida é um mistério...”; “a vida é amor...”; “a vida para mim é uma passagem pela Terra...”; “a vida é a passagem de nós por este mundo...”. Por fim foi feita uma reflexão, num primeiro momento individual e depois em grupo, sobre a importância de cada uma das frases para o “Sentido” da vida. As utentes estiveram sempre participativas e bem-dispostas.

Sessão – 5 – 6/12/2016

Tema de a sessão “Refletir sobre as relações na nossa vida” com o objetivo de promover a reflexão à socialização individual e grupal dentro da instituição e contribuir para aumentar a satisfação e bem-estar individual. No decorrer da sessão, iniciamos a sessão orientação espaço-temporal, calendário, referência da data e do local e da estação do ano e com a apresentação pelo nome e idade de cada um dos presentes ao grupo, assim como a repetição individual do nome das utentes que o constituíam. O “refletir as relações na nossa vida”. Todas as utentes concordaram com o tema. Individualmente todas foram falando um pouco sobre a importância da partilha de emoções com as colegas do grupo, consideram ser uma forma de melhor se conhecerem e também de se ajudarem dentro da instituição e duas das utentes até se referiram à amizade que foi criada quando se conheceram no Centro e que foi uma grande ajuda de apoio mútuo. Outra utente diz que se sente útil quando outra lhe pede para empurrar a cadeira de rodas, porque está cansada, mas também sabem que não o devem fazer porque podem pôr-se em perigo, caso alguma coisa aconteça, mas podem sempre pedir ou chamar uma auxiliar.

Disseram sentir “ser bom partilhar as histórias que viveram e vão vivendo, encaram a situação como uma forma do tempo passar mais rápido, pois tudo ali é muito lento. Só quando há festas é que não”.

Sessão – 6 – 6/6/2016

A sessão teve como tema “Dar sentido às Palavras” “liberdade”, “sabedoria”, “Casa”, “inteligência” e “Dor”, com o objetivo de promover a participação social, a autonomia e a estimulação afetiva e emocional, através de exercícios conjuntos que ao mesmo tempo promovessem o treino das capacidades e competências cognitivas, como a linguagem, a audição, percepção, visão, memória, atenção, concentração e a criatividade. Foi sugerido ao grupo que falassem um pouco sobre a sua estada no Centro para integrar o novo elemento. O que cada uma fez com agrado. A nova residente apresentou-se dizendo que se encontrava no Centro Geriátrico há mais ou menos um mês, timidamente disse o seu nome completo, a sua idade, profissão e ficamos a saber que é natural da Beira Alta. Expliquei que a tarefa consistia na distribuição de palavras (em papel) e que cada pessoa diria o que lhe fizesse sentido dizer, sobre essa mesma palavra, podia o contexto estar relacionado com o tempo presente, passado e futuro. Assim, a “liberdade” remete em algumas utentes para a identificação com o dia 25 de Abril, mas também, com o fato de se ter “liberdade” para, ser possível exprimir sentimentos, como os vividos em grupo, mas também, “liberdade” é o que é dito, não pode colidir com a liberdade do outro. Quanto à palavra “sabedoria” pode lembrar as pessoas que passaram na nossa vida como mais sábias ou alguém que respeitamos pelo seu saber, ou até mesmo, quem não sabe ler nem escrever, mas que mostrou orientação para o negócio. Uma utente, disse que o seu pai “...tinha uma

cabecinha para o negócio”. A utente mais recente no grupo disse, que “Casa” “deve estar sempre pronta para receber alguém, que deve ser nem grande nem pequena, mas suficiente e que deve ser uma casa bem-disposta, onde as pessoas se sintam à vontade para conversar”. A palavra “inteligência”, tem dias nem sempre é demonstrada, mas que nasce com as pessoas e podemos caracterizar as pessoas que nos rodeiam como inteligentes ou não o marido, a amiga a mãe o pai e o filho, a filha ou nós próprios. Por outro lado, a palavra “Dor” foi interpretada por todas as residentes como dor psicológica ou física. Que despoleta sempre um sentimento de mau estar. Duas pessoas das presentes referiram não sentir nenhuma dor no momento. Outras referiram a zona dos rins, ainda outra disse ter dores permanentes desde os 3 anos, tendo aprendido a viver com a dor física e uma residente fez apontamento de não ter expressão para expressar a sua dor “é de toda a maneira, agora tenho uma dor de cabeça que não passa, nunca passa”.

O tema possibilitou uma aproximação e partilha sobre o estado de espírito das utentes que fizeram uma viagem no presente ao passado e pouco falaram no futuro. A experiência para as utentes revelou-se gratificante e mostraram-se sempre bem-dispostas e muito participativas.

O Grupo de Autorrepresentação (GAR) integra cinco (5) utentes que têm uma participação ativa em várias atividades do centro. O objetivo é promover a melhoria dos serviços comuns e disponíveis no centro para todas as utentes, assim este grupo, representa o universo das utentes residentes no Centro, e as reuniões quinzenais que decorreram no gabinete de psicologia com a presença da orientadora do local de estágio, servem para serem colocadas sugestões e opiniões e é promovida a discussão no grupo, em relação aos serviços comuns prestado às utentes. As conclusões são colocadas em ata e enviadas ao departamento responsável. Tabela com as utentes que fazem parte do grupo e as atividades em que participam (Tabela 5).

Tabela 5. Apresentação das utentes do Grupo de autorrepresentação (GAR)

Nome	Idade	Data de entrada no CP	Envolvimento em programs e actividades	
G	89	2010	ATV REL	ATV CUL
I	86	2009	ATL	ATV CUL
I	97	2008	ATV REL	ATV CUL
L	71	2015	ATL	ATV CUL
A	98	2009	ATL	OUT

Legenda:

ATV REL - actividades religiosas

ATV CUL - actividades socioculturais (internas e externas)

GPP TER - grupos psicoterapeúticos

ATL - ateliês

OUT - outros

As utentes expuseram a sua opinião, em relação aos pontos fortes e fracos sobre as festas de aniversário, que decorreram no Centro no mês de dezembro. Colocaram sugestões futuras à Direção do Centro, como por exemplo; sugestões para melhorar a comunicação e divulgação dos eventos que acontecem no Centro e também definir o local onde se deve colocar a árvore bíblica, pois algumas utentes referiram a elementos que fazem parte do GAR que não se teriam apercebido, de uma determinada atividade com crianças. Outra sugestão é melhorar os meios de divulgação da exposição de natal, junto dos familiares e amigos das utentes, com o objetivo de aumentar a receita com a venda dos trabalhos das utentes: resultado dos ateliês de pintura, tecelagem, tricô. O que ficou registado e assinado por todas as utentes presentes e pela Psicóloga responsável.

2.2.1. Reflexão Pessoal - Grupos

As utentes do grupo psicoterapêutico (GPPI) acompanhadas num total de vinte sete (27) sessões foram reavaliadas com recurso ao teste MMSE e verificou-se que três (3) das utentes mantiveram a pontuação para défice cognitivo; uma (1) subiu 1 ponto o que não é significativo e uma (1) desceu um ponto (1) na pontuação inicial do teste o que também não é significativo e podemos pensar ser causa efeito do resultado das sessões ou da ocasião em que decorreu o teste ou resultado atribuído a algum evento de vida da utente.

Contudo, as utentes no início das sessões, apresentavam apatia e tendiam a perder o interesse ou abandonar as atividades, outras vezes, alguma agitação ou hiperatividade. E com o decorrer do número de sessões e em cada sessão, podemos observar que estavam satisfeitas por estar em grupo e sempre, que eram convidadas a participar, manifestavam sinais de agrado

e de receptividade à tarefa. Algumas das utentes, menos amnésicas sentiam, que existia um compromisso diário/semanal, (quando me viam passar perguntavam se era dia de trabalhar a memória), o que também se mostrou benéfico. Partilharam emoções e eventos de vida e interesses comuns, até a diferença de idades (69...94) foi um fator positivo, porque permitiu, um enriquecimento na partilha de experiências. De fato, podemos pensar se esta partilha, contribuiu para um efeito benéfico, nas condições de saúde e bem-estar emocional, porque no final das sessões referiam, não se lembrar das dores físicas.

Todas as utentes do grupo psicoterapêutico (GPPII) eram muito diferentes, em relação à percepção sobre si próprias, mas apresentavam um aspeto comum, ao processo de envelhecimento, o défice amnésico, com queixas na perda da função da memória.

Algumas pessoas do grupo, pareciam ter dificuldade em ter consciência e aceitação desta perda gradual das suas capacidades mentais, e por isso, diziam sentir “*medo de vir a desenvolver algum tipo de demência*”, apresentam-se tristes, ansiosas com outros exemplos que viam à sua volta.

A observação e participação neste grupo, permitiu pensar a importância das experiências e vivências partilhadas, entre as utentes neste grupo, onde foi utilizada a terapia da reminiscência e onde Coleman, 1974 “parece ter encontrado em grupos de reminiscência mais vida, em pessoas que estavam mais insatisfeitas com a sua vida passada”(Coleman, 1974, citado por, Guerreiro, 2005).

Com o decorrer das sessões, parecia ter acontecido uma mudança individual, uma melhor compreensão e disponibilidade, para não deixar de fazer o que ainda conseguiam fazer, ao nível das atividades de vida básicas de vida diária (ABVD) como o autocuidado e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) na Instituição como ir à natação no exterior ou visitar amigos, ou passeios e o encorajamento, surgia de utentes que tinham mais idade e melhor condição de saúde *em jeito* de conelho, às mais novas não na idade, mas no ingresso no centro.

Verificou-se no grupo, interação grupal e partilha de assuntos e emoções comuns, com sustentação de fortes laços afetivos e de interajuda, não só ao nível das (ABVD) numa maior compreensão pelas dificuldades do outro “*aquela que se senta na mesma mesa às refeições e não consegue partir um alimento*” mas também maior tolerância por aquela utente “*ou grita dia e de noite ou agride quem passa por ela, ou não para quieta*” As atividades desenvolvidas, têm como fim a estimulação das capacidades da pessoa, preservando, pelo maior período de tempo possível, a sua autonomia, conforto e dignidade (Pais, 2005 citado em Caldas & Mendonça, 2012).

Este foi um tempo de partilha de experiências pessoais, emoções e dificuldades cognitivas, o que parece ter tido um efeito benéfico no alívio do sofrimento pessoal, dos efeitos menos positivos do processo de envelhecimento e da institucionalização, longe de casa e dos familiares próximos, demonstraram encontrar no grupo, e na estagiária, compreensão e apoio emocional.

As atividades desenvolvidas, minimizaram a morbilidade associada à condição de saúde/doença das utentes e melhoraram a autoestima e integridade pessoal, pois no final de cada sessão, as utentes demonstraram, que sentiam que a sua opinião e experiência, como residentes no centro, era valorizada e referiram “*nem se lembrar que tinham alguma dor ou limitação*” diziam, gostar de estar ocupadas e que era muito importante, a atividade neste grupo, pois só desta forma, tinham a possibilidade de se conhecer melhor e de se relacionarem, com as companheiras e ainda reforçaram, “*a importância de escrever, ler e trabalhar a memória*”.

Em relação à participação como moderadora no Grupo de autorepresentação (GAR) proporcionou uma experiência diferente, onde as utentes é que determinam os temas colocados para discussão, por este motivo considero muito positivo, numa instituição geriátrica existir um grupo de utentes com um papel ativo e participativo, para contribuir para o bem-estar de todas.

2.3. Reabilitação Cognitiva

No sentido de promover a autonomia e a independência da utente na área do treino intensivo das funções cognitivas específicas, o serviço de psicologia, dispõe de um sistema online: programa informático Cogweb. Este programa, pode melhorar ou estabilizar o declínio cognitivo, em utentes que se encontrem na condição cognitiva, pós avaliação, com indicação para beneficiar do treino cognitivo. Para a condição de frequência nas sessões, de estimulação cognitiva, as utentes necessitam, de ser capazes de utilizar o computador, com o mínimo de autonomia, ou mínimo de supervisão, sendo que, esta utilização é sempre mediada pela Psicóloga e/ou estagiária e realizada no gabinete de psicologia.

Terminado o tempo de observação, a Psicóloga orientadora do estágio, atribuiu à estagiária três (3) utentes para estimulação cognitiva, com sessões de acompanhamento individualizado com recurso ao programa informático Cogweb, com a duração de 30 minutos por sessão, na 2ª sessão foi realizada uma avaliação individual das funções cognitivas e despiste de doença de Alzheimer. As sessões, foram programadas, segundo um plano individual e adaptado às necessidades e no mínimo, seriam realizadas quatro (4) provas do programa, nos diferentes domínios cognitivos: atenção, memória, linguagem e cálculo;

- As provas pretendem promover a recuperação ou estabilizar o declínio cognitivo associado à pré-demência e demência de Alzheimer;
- Adequadas à intervenção individual permitem um plano individualizado;
- Aferidas com resultado de registo da prova, data, nível, tempo de duração, desempenho e grau de dificuldade de cada utente e adequação da programação de provas sempre que necessário e com o propósito de oferecer maior benefício de recuperação e bem-estar à utente.

Estas utentes foram referenciadas pelo médico ou Psicóloga do Centro, após avaliação neuropsicológica e tiveram o consentimento, delas próprias e ou de familiares.

Na primeira sessão, estabeleceu-se o contato relacional, com a estagiária e familiarização das utentes, com o programa Cogweb.

A segunda sessão, contou com a avaliação neuropsicológica individual, com a aplicação dos seguintes instrumentos Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS – Rose, Mohs & Davis, 1984) para a doença de Alzheimer; Desenho do Relógio (CDT – Clock Drawing Test – Shulman et al, 1993) para triagem cognitiva de funções como memória, compreensão, noção spatiotemporal, planeamento, concentração, capacidades visuoespaciais; Exame Breve do Estado Mental (MMSE – Folstein & Me Huh, 1975, adaptado por Manuela Guerreiro e Colabs. 1994). Na última sessão, decorreu a reavaliação individual apenas com a aplicação do teste psicológico do Exame Breve do Estado Mental (MMSE) e respetivos resultados observáveis através da (Tabela 6) segue-se uma descrição de cada caso e interpretação dos resultados.

Tabela 6: Grupo de utentes Estimulação cognitiva - programa Cogweb

Nome	Idade	Avaliação Inicial/MMSE	Avaliação Final/MMSE	Sessões (1x semana)
J	76	24p	21p	18
M	85	19p	17p	17
P	81	30p	30p	12

Esta utente J, tem 76 anos de idade, concluiu a escolaridade ao nível da licenciatura e trabalhou num Hospital em Lisboa. J, apresenta algumas dificuldades e limitações nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e nas atividades básicas de vida diária (ABVD). Ao nível da marcha ela é lenta e revela algumas dificuldades de locomoção (desloca-se com a ajuda de um andador) e queixa-se de muitas dores articulares devido a quedas anteriores.

Frequenta o Centro em regime de Centro de dia, onde é levada diariamente pelo marido, para que possa beneficiar de atividades estimulativas à sua autonomia e independência e que contribuam, para o seu bem-estar físico e psicológico. Dorme em casa e veste-se com ajuda de uma empregada e do seu cuidador formal (marido). Orientada no espaço e tempo, mas com sinais de desorientação em locais que desconhece ou em identificar datas festivas no calendário. J, é muito expressiva, pouco comunicativa com técnicos e socializa pouco com as outras utentes. Tem uma excelente apresentação, muito cuidada, parece ter muita dificuldade em aceitar a sua condição de perda de memória e parece ter dificuldade em aceitar, que o marido esteja tão bem e ela não, apresenta muitas vezes, sinais depressivos e ausência de autoaceitação pela situação atual.

Entrou no programa de estimulação cognitiva após avaliação e por recomendação da Psicóloga do Centro e para o qual deu o seu consentimento, porque deseja melhorar e não perder completamente a memória e também, porque o seu cuidador tudo aceita para a ver melhor.

Na avaliação neuropsicológica à utente e de acordo com EADA cognitiva obteve um resultado de 10 pontos; o que não remete para processo demencial. EADA. Total; obteve 11 pontos; sendo que se verifica défice cognitivo acentuado, normalmente na prova de evocação e reconhecimento de palavras. No teste CDT; obteve um resultado de 9 pontos; o que remete para uma boa organização espaço e tempo. De acordo com os resultados do Exame Breve do Estado Mental (MMSE) a utente obteve 24 Pontos o que se revela indicador para défice cognitivo. No resultado da reavaliação do Exame Breve do estado Mental (MMSE) a utente obteve 21 pontos.

O resultado da avaliação inicial de J, comparado com a reavaliação, mostra a presença do indicador para défice cognitivo, contudo em relação ao efeito da reabilitação cognitiva pode considerar-se que foi benéfico pois a utente evoluiu em relação ao tempo realizado para a prova (*arrume as palavras*) versus o tempo prescrito ao longo das prova; também manteve a atenção mantendo-se em exercícios de nível 4 na prova (*mente rápida*) e num numero mais elevado de respostas certas do que incorretas. Foi retirada a prova de memória (*caras e nomes*) porque foi percebido que a utente se sentia alguma frustração e ansiedade, por não conseguir lembrar-se ou associar a cara ao nome, este fato, teve um efeito positivo na utente. Ao nível da socialização com técnicos e com utentes apresentou melhoria de tal forma que manifestou vontade de participar nos grupos Psicoterapêuticos (GPPII) onde mais tarde foi incluída. Esta utente esteve sempre disponível para ir às sessões de EC, apresentando-se motivada e participativa, ficava contente com os resultados conseguidos e sentia que aquele tempo lhe era dedicado e por este

motivo no fim da sessão, sentia-se muitas vezes em segurança para falar sobre situações de vida relacionados com os seus familiares e na sessão seguinte não se lembrava daquilo que tinha falado.

Esta utente M, tem 85 anos de idade, concluiu a escolaridade ao nível do ensino básico e a sua profissão sempre foi comerciante. M, apresenta uma marcha lenta, por vezes cansa-se e recorre a uma cadeira de rodas. De doenças tem: Diabetes tipo1, HTA e Eczema Atópico. Estado Mental: apresenta-se desorientada no espaço e no tempo, pouco expressiva, pouco comunicativa, por vezes apática, estabelece pouco diálogo com outras utentes ou técnicos, mas quando o faz é simpática, meiga e colaborativa. Recebe diariamente a visita da sua filha que se envolve na recuperação e estabilização do estado de saúde da mãe e que aceitou a proposta da Psicóloga do centro, para que M, iniciasse uma intervenção de estimulação cognitiva com o programa Cogweb com o objetivo de travar o curso do declínio cognitivo, consequência do processo demencial.

Na avaliação neuropsicológica à utente no dia 28 de outubro de 2016. E de acordo com EADA, obteve um resultado no Adas Cognitivo de 20 pontos, o resultado remete para processo demencial. EADA. Total obteve o resultado de 24 Pontos; sendo que se verifica défice cognitivo acentuado, normalmente na prova de evocação e reconhecimento de palavras.

De acordo com o CDT; o resultado é 5 pontos; o que remete para a desorganização na perceção grafoespacial.

De acordo com os resultados do Exame Breve do Estado Mental (MMSE) a utente obteve 19 Pontos o que se revela indicador para défice cognitivo.

Na reavaliação o de acordo com o Exame Breve do Estado Mental (MMSE) a utente obteve 17 pontos o que remete para défice cognitivo.

Quando comparado o resultado da avaliação inicial e da reavaliação observa-se que M, apresenta um agravamento do processo demencial, no entanto a reabilitação resultou benéfica, porque a utente manifestava sempre uma grande satisfação quando conseguia ter bons resultados nas provas de cálculo.

O seu estado ao nível do declínio cognitivo, verificou-se mais acentuado, quando esta voltou de um internamento temporário num hospital devido a pneumonia. Também ficou mais apática e dependente na locomoção e na perceção grafoespacial, acabando por não conseguir executar tarefas e por sugestão da filha e dos técnicos abandonou o programa, devido ao declínio cognitivo generalizado, consequência da presença de sintomas demenciais.

Esta utente P, tem 81 anos de idade, concluiu a escolaridade ao nível do secundário e a sua profissão foi administrativa. P, é autónoma nos AIVD e ABVD; apresenta-se com um aspeto cuidado, comunicativa com técnicos e pouco socializa com utentes, recusa na participação de atividades em grupo pois manifesta falta de interesse e múltiplas vezes queixa-se de mal estar geral e dores generalizadas; permanece a maioria do tempo no seu quarto e vai à missa às vezes, raramente recebe visitas; apresenta muitas queixas ao nível da memória e por este motivo e após avaliação neuropsicológica é referenciada, para uma intervenção de estimulação cognitiva. A utente, fez poucas sessões a adesão às sessões foi diminuindo, com a ausência da utente e recusa, embora sempre informada da hora da sessão. Após conversa com a utente, para esclarecimento das suas motivações para o abandono do programa, verificou-se uma grande preocupação com o custo das sessões.

Na avaliação neuropsicológica à utente P, e de acordo com EADA Cognitiva obteve o resultado de 7 pontos, embora o resultado não remeta para processo demencial, salienta-se a dificuldade na tarefa de evocação. De acordo com EADA Total obteve o resultado de 8 pontos; sendo que não se verifica processo demencial. Também quando aplicado o CDT; apresenta um resultado de 7 pontos, o que não remete para a desorganização espaciotemporal. De acordo com o resultado do Exame Breve do Estado Mental (MMSE) a utente teve 30 Pontos o que não é indicador de défice cognitivo.

Os resultados da avaliação inicial e os resultados da reavaliação quando comparados, mostram claramente que manteve os valores de MMSE com o resultado de 30 pontos, idênticos após 12 semanas de treino com exercícios para estimulação cognitiva com o programa cogweb, isto é, manteve o indicador sem défice cognitivo. Contudo em relação à reabilitação deve ser valorizado como um fator benéfico e positivo o fato da utente conseguir aumentar o nível nos exercícios às provas a si atribuídas; Memória (*caras e nomes*), Atenção (*descubra o intruso*), Cálculo (*mente rápida*) e Linguagem (*siga as ordens*), apresentou um resultado evolutivo e positivo, quer em relação ao tempo utilizado para cada resposta e ao número de respostas certas, quer, em relação ao nível atingido e à elevada performance no desempenho. Inicialmente interessada e colaborativa, mas gradualmente manifestava muitas queixas de dores generalizadas o que lhe causava um mal-estar sentada na mesma posição, acabou por desistir também pelo fator relacionado com o custo das sessões. Podemos verificar, no final das sessões que o seu estado cognitivo não declinou.

2.3.1. Reflexão Pessoal – reabilitação cognitiva

A experiência de intervenção com estas três utentes, revelou-se muito positiva, quer pela aprendizagem de uma área de intervenção desconhecida e que a prática permitiu a aquisição de novas competências, quer porque, resultou benéfica para todas as utentes. Também a componente relacional desenvolvida com as utentes durante as sessões, foi um preditivo para o sucesso e continuidade do interesse das utentes nas sessões, já que duas das utentes, manifestaram interesse pelos exercícios e estavam a maioria do tempo bem-dispostas e uma das utentes, mostrava-se a maioria das vezes contrariada e incomodada.

O trabalho realizado com estas utentes, possibilitou uma aprendizagem e uma reflexão, sobre a necessidade de dupla atenção, aos sinais das respostas e do comportamento, na altura em que estas realizam as provas. Também aprendi, que é importante saber lidar com a frustração de “não conseguir” travar as bruscas mudanças físicas e cognitivas, próprias do processo demencial.

Pois no caso da utente M, dias antes de um internamento por pneumonia, pude verificar alteração nas funções cognitivas, principalmente as capacidades ligadas ao raciocínio e após o seu regresso, passou a não reconhecer lugares e pessoas, assim como, deixou de conseguir perceber o tipo de tarefas exigidos nas provas, à lentidão no processamento das perceções, seguiu-se a deterioração sensorial (visão, audição), as dificuldades locomotoras (instabilidade ao andar, passando para uma cadeira de rodas, presença de dor generalizada). Por conseguinte esta utente, declinou as suas funções cognitivas de forma abrupta, perdendo a capacidade de aprendizagem e o primeiro sinal, foi detetado no decorrer dos exercícios de estimulação cognitiva, através da análise do registo dos resultados obtidos na prova de cálculo (do nível 4 para o nível 1 /0) e os resultados que começou a obter, claramente, foi um alerta da gravidade do curso do declínio cognitivo da utente, e manifestava-se a cada sessão, a acrescentar a presença de sinais de desinteresse e apatia e pouco tolerante, ao fato de estar sentada, enquanto M, antes da hospitalização, sempre foi afável, interessada e desperta, com o objetivo de alcançar bons resultados nas provas, principalmente ao nível das provas de cálculo.

Creio que no futuro, esta utente será encaminhada para o grupo terapêutico (GPPI) onde pode continuar a usufruir de outro tipo de estimulação cognitiva e sensorial, promovendo o seu bem-estar e preservando a sua dignidade.

O caso da utente J, resultou muito interessante, porque de acordo com a literatura a utilização dos instrumentos de reabilitação cognitiva numa fase ainda precoce do processo de-

mencial, pode trazer ao utente com défice cognitivo ligeiro, benefícios como por exemplo promovendo a recuperação ou estabilização do declínio cognitivo, associado à pré-demência e demência de Alzheimer. Esta utente, que só frequentava o centro em regime de centro de dia e era pouco comunicativa, quis ao fim de algum tempo, participar mais ativamente, nas atividades de grupo existentes no centro, o que revelou um benefício, na utente ao nível da predisposição e vontade para iniciar e integrar, num processo de socialização, com as outras utentes e notório interesse, para as atividades existentes no Centro. A cada sessão, sentia-se mais confiante com os resultados que obtinha (nível e respostas corretas) a correção à adaptação das provas que lhe causavam frustração e ansiedade, mostrou-se muito benéfico, pois sentia-se escutada, nas suas necessidades e exponha com maior frequência, os seus sentimentos e emoções.

É desejável a continuação no programa e talvez o reencaminhamento para um acompanhamento psicológico com o objetivo de J, encontrar um novo sentido, para lidar com o processo demencial, principalmente a compreensão da falta de memória, que lhe custa a aceitar, quando dizia *“ter tido sempre uma ótima memória enquanto exercia a sua profissão no hospital”* e diminuir o sofrimento humano no difícil e longo processo de envelhecimento.

Por último, o caso da utente P, que deixou de querer ir às sessões, ecoou em mim, a necessidade de estar mais atenta, aos sinais das utentes, que podem levar à desistência das sessões, uma vez que esta utente, manifestava vários sinais possíveis, para a sua decisão ao longo das sessões, como: as dores generalizadas que sentia; o mau estar geral ao manter-se muito tempo sentada; o fato de afirmar, não notar melhoria na memória; de já ter muita idade e ter a crença de que nada havia a fazer para melhorar a memória; e após conversa com a utente sobre o tema, já que ao fim de 12 sessões P, não quis continuar, mas existia em mim a necessidade de perceber o motivo, e este não esteve relacionado com a aplicação das provas ou com a qualidade da relação entre a utente e a estagiária, nem com os sintomas de mal estar geral, que dizia sentir; mas com o custo das sessões, P, tinha a perceção, que o valor das sessões lhe poderia fazer falta mais tarde, para suportar o valor mensal, que paga no Centro Geriátrico, segundo a empresa, detentora do programa Cogweb é uma fragilidade do programa e é um objetivo desta empresa, tornar o custo do mesmo mais acessível, para possibilitar o acesso a um maior número de pessoas, residentes em instituições.

Pertinente referir que a reavaliação desta utente, permite afirmar, que enquanto se manteve no programa de estimulação cognitiva as suas funções cognitivas não declinaram.

PARTE III – APRESENTAÇÃO DE CASOS PRÁTICOS

3. Acompanhamento Psicológico

Ao longo do período de 10 meses de estágio foram realizadas sessões de Acompanhamento Psicológico (AP) a quatro (4) utentes do Centro com a estagiária.

Foram selecionados dois (2), o caso H. e o caso A. para descrição com maior detalhe visando uma melhor compreensão do estado inicial da utente e a sua evolução.

Nas primeiras sessões de contato foi realizada a entrevista clínica/anamnese e avaliação psicológica para definir os objetivos do acompanhamento psicológico.

Foi preservado nesta descrição o respeito pela identidade das utentes, assim, os seus nomes serão representados por letras fictícias.

3.1. Apresentação do Caso H.

H. é uma mulher de 74 anos, vivia na sua casa, sozinha, totalmente independente, reformada como docente universitária. Agora é residente no Centro Geriátrico desde o dia 14 de dezembro de 2016, após em março de 2016 sofrer um AVC Hemorrágico no interior da sua casa. Esteve cerca de nove meses hospitalizada, para reabilitação da sequela de AVC hemorrágico (lesão lateral esquerda integral por Hemiparesia). E este acidente transformou a sua vida em todas as dimensões; psicológica, cognitiva, física, social, familiar, biológica, funcional e ambiental. H. passa de pessoa independente que vivia na sua casa, com a sua cadela, para dependente de uma cadeira de rodas e de cuidados de atividades básicas de vida diária (ABVD) a residir no Centro Geriátrico, onde como voluntária, ajudou a cuidar durante anos de idosas e se dedicava às atividades religiosas.

É referenciada pelo médico psiquiatra do Centro para o serviço de Psicologia para acompanhamento psicológico pois apresenta sentimentos de grande sofrimento, como tristeza e frustração pela sua recente condição de dependência e ainda pela dificuldade, em lidar diariamente, com as atitudes da única irmã, com quem sempre teve conflitos e se tornou a sua cuidadora informal, contudo o comportamento desta tem impacto no seu bem-estar. frequentemente refere episódios de ansiedade.

Evidencia ser uma pessoa gentil e com sinais de afeto e sorriso fácil, deseja lidar melhor com tudo o que lhe aconteceu e parece ter como esperança um dia, conseguir fazer um doutoramento e voltar a pintar no seu atelier.

Concluiu-se no final, que as sessões de acompanhamento psicológico estavam a contribuir para aliviar os efeitos nefastos desta nova condição de vida da utente e permitiu ao longo das sessões melhorar o seu estado mental.

3.1.1. História Clínica

Avaliação Psicológica (Entrevista)

A 1ª sessão de contato decorreu a 10 de janeiro de 2017 seguiram-se quatro sessões (4) para contato terapêutico e recolha de dados para construção da anamnese o que teve a supervisão da Dr.^a Paula Agostinho.

Avaliação Psicológica (Entrevista)

A 1ª sessão de contato decorreu a 10 de janeiro de 2017 seguiram-se quatro sessões (4) para contato terapêutico e recolha de dados para construção da anamnese o que teve a supervisão da Dr.^a Paula Agostinho.

H. tem 74 anos, é a filha mais nova de 7 irmãs, tem ainda um meio irmão da parte do pai. Nasceu no distrito de Lisboa, emigrou com 5 anos para Moçambique e regressou a Portugal a 30 de dezembro de 1974. Passou a viver sozinha nos arredores de Lisboa, é solteira e não tem filhos, mas tem uma sobrinha que considera como filha. Exerceu a profissão de docente universitária até à altura da reforma. A figura 3 é representativa do mapa das relações familiares geracionais, qualidade do relacionamento e intensidade emocional e comunicacional.

This pedigree chart illustrates the inheritance of Down syndrome in a family. The top generation consists of Afonso (square) and Maria (circle), with their daughter D. 2015 (circle) affected by Down syndrome, indicated by a blue square on her symbol. The middle generation shows their children: Cremilde (circle), Fernanda (circle), Amélia (circle), Pilar (circle), and M (circle). The bottom generation shows the children of these individuals: L (circle) is affected by Down syndrome (blue square), and there are other children represented by squares and circles. A red line connects the affected individuals (D. 2015 and L), indicating they are affected by the same condition. A red zigzag line connects the unaffected individuals (Cremilde, Fernanda, Amélia, Pilar, and M), indicating they are unaffected. A green line connects the children of the affected individuals (L and the child of M), indicating they are affected by the same condition. A green zigzag line connects the children of the unaffected individuals (Cremilde, Fernanda, Amélia, and Pilar), indicating they are unaffected. A red line with a break indicates a continuation of the pedigree.

56

Primeiro contato

H. tem aspeto cuidado, simpática e sorridente, linguagem cuidada, estatura média/alta, cabelo castanho. Vestia umas calças beges e uma camisa de tons rosa e um lenço a condizer, desloca-se numa cadeira de rodas adaptada ao seu caso.

Setting

O acompanhamento psicológico decorreu no gabinete de psicologia à porta fechada, permitindo toda a privacidade necessária. Este dispõe de amplas janelas que permitem a entrada de luz natural e também dispõe de ar condicionado. É um espaço amplo e por isso, permitia a entrada da cadeira de rodas.

Pedido

Encaminhamento médico com relatório para acompanhamento psicológico da H. pois devido à sua condição de dependência atual apresenta dificuldade na aceitação e adaptação à doença ou incapacidade física e comportamento ansioso (angústia e sentimentos de desamparo).

Sendo o objetivo do acompanhamento psicológico, proporcionar um alívio dos sintomas, promover a aceitação da nova condição e melhorar o seu bem-estar psicológico.

História clínica

H. Vivia nos arredores de Lisboa até ser internada no centro Geriátrico. Segundo dados de avaliação clínica efetuada no Hospital onde esteve internada: sofreu AVC Hemorrágica incapacidade Hemiplegia esquerda, data do acidente 7 de março de 2016, doente consciente e orientada no espaço e desorientada no tempo, disartria, sem disfasia, ausência de movimento, mobilização do hemicorpo dolorosa. Tónus grau 2 no cotovelo e grau 1 punho e dedos, sem alterações no MIE. Neglect hemicorpo esquerdo, Angónia, não controla esfíncteres, perdas para fraldas.

Patologias anteriores HTA e alergias a morangos. Durante o internamento mostrou-se comunicativa, com Humor Eutímio, estabelecendo uma boa relação com outros utentes, profissionais de saúde e outros funcionários. Nas atividades básicas de vida diária (ABVD), comer e beber com ajuda parcial, deverá fazer uma alimentação variada e favorecer alimentos que não favoreçam o aumento de peso, usa fralda, não controla os esfíncteres, dependente, necessita ajuda na transferência para a cadeira de banho e ir ao wc. Vigiar características das fezes. Para higiene pessoal e vestir-se necessita ajuda/ dependente, ao nível do movimento apresenta, equilíbrio alterado.

Objetivos:

- Reeducação motora, maior independência em ABVD, reabilitação cognitiva, reeducação esfíncter vesical e intestinal, fisioterapia, terapia ocupacional, seguimento médico pelos fatores de risco doença cardiovascular.
- Estado Mental: Insight: dificuldade na aceitação e adaptação à doença ou incapacidade física.
- Saúde física: problema de saúde Hess; risco de HTA e incapacidade sensorial e diminuição da capacidade física Funcionalidade/autonomia: dependente parcial AVD banho ABVD vestir e despir. Alimenta-se de forma autónoma e dependente/parcial.
- Comunicativa e afável no contato, expetativas da família que ela reabilite na fisioterapia e que melhore na dependência nas ABVD, expetativas da utente reabilitar-se na fisioterapia e melhorar nas AIVD e ABVD.
- Psicologia: melhorar o comportamento ansioso, gerir expetativas ou ajusta-las à situação da utente.

Avaliação Quality of live Alzheimers Disease Scale (QOL-AD) em 20/3/2016 versão portuguesa para pessoa assistida e cuidadora: doente consciente e orientada no espaço e desorientada no tempo, disartria, sem disfasia. H esq: ausência de movimento, mobilização do hemicorpo dolorosa. Tónus grau 2 no cotovelo e grau 1 punho e dedos, sem alterações no MIE. Neglect hemicorpo esquerdo, anosia não controla esfíncteres, perdas para fraldas, objetiva reeducação motora, esfíncter vesicular e intestinal, reabilitação cognitiva, maior independência em atividades da vida diária (AVD).

Foi sempre saudável, teve as doenças próprias da infância e nunca tinha estado internada. Aos 40 anos de idade foi diagnosticada como hipertensa, porque sofria de ansiedade e stress, devido ao seu trabalho como docente, numa universitária em lisboa. Mas já em criança e também em adolescente, teve episódios de ansiedade, causados por terceiros e relacionados com a entrada no mar, que lhe causaram ansiedade extrema e a levaram a ficar paralisada e ainda hoje, não entra no mar.

Sentia-se cansada e viu na idade da reforma, uma janela de oportunidade para si própria, pois tinha a hipótese de se dedicar as atividades de pintura e a concretizar o seu sonho, tirar um doutoramento em arte sacra.

Na altura da doença prolongada da mãe de quem cuidou até à sua morte, recorreu a um Psiquiatra porque tinha dificuldade em dormir e andava muito ansiosa, este medicou-a com

calmantes, mas já há algum tempo, que só tomava o medicamento para controlar a HTA e não era todos os dias.

Em finais de março de 2016 sofre em casa um AVC hemorrágico e as manifestações clínicas subjacentes a esta condição incluem alterações das funções motora, sensitiva, mental, percetiva e da linguagem, embora o quadro neurológico destas alterações no caso da utente, pode sofrer oscilações e mudanças, muito em função do local e extensão exata da lesão, isto é, das sequelas ao nível de hematoma agudo intra-parenquimatoso à direita, apresentando hemiparesia (lesão lateral esquerda integral).

Apresenta alteração e perda súbita da sensibilidade do braço, (mão diz sentir que esta mão não lhe pertence), perna e pé esquerdo, diz também, sentir-se inchada e muitas vezes com formigueiro, para minimizar os sintomas faz sessões de fisioterapia.

Ao nível da cognição todas as funções cognitivas parecem preservadas, depois de avaliadas (em 3-6-2016 pela neuropsicologia) exceto na função linguagem, com alteração para articular, para minimizar a situação, fez sessões de terapia da fala.

Queixa-se frequentemente de dor de cabeça, sem causa aparente. Sente-se angustiada e com sentimentos de tristeza e desamparo.

Antes do episódio do AVC já tinha ocorrido uma queda anterior, em fevereiro de 2015, perto das 8.30h, estava na capela do centro, sentiu-se agoniada, caiu e ficou com um hematoma na cabeça, as pessoas do centro onde era voluntária insistiram para ela ir ao hospital e não foi imediatamente, só foi bem mais tarde, estava toda negra no rosto e no olho, no hospital o médico perguntou se tinha desmaiado, antes ou depois da queda, e ela não se lembrava, como tinha passado, não fez exames, voltou com uns cremes anti-inflamatórios, que aplicou e não mais ligou ao assunto, sentia “horror” de hospitais, tal como a sua mãe.

História familiar

A utente é órfã de pai e mãe e a irmã mais nova de sete irmãos e 1 rapaz, meio irmão já falecido e que nasceu de uma relação extraconjugal por parte do pai de H.

Tem 2 irmãs a viver no distrito de Lisboa e 4 irmãs vivem fora de Portugal e que pela idade avançada não se deslocam a Portugal. É com a 2ª irmã mais velha e que vive no estrangeiro que H. fala muito, por telefone, com ela e com a filha dela sua sobrinha, porque sempre viu nesta irmã e sobrinha um apoio em todos os problemas da sua vida. Contudo, é pertinente para a compreensão do contexto das relações de H. referir que esta, se vê neste momento, com a companhia de outra irmã, com a qual, nunca teve um bom relacionamento, esta, vive sozinha, reformada e com um quadro de depressão, desde o divórcio e mantém uma relação conflituosa

com a própria filha, sobrinha de H. e que esta considera como filha, pois tem melhor relação com H. sua tia, do que com a própria mãe.

H. admirava a sua mãe, caracteriza-a, pela sua elegância e bom gosto, por ser não só sua mãe, mas também amiga, com ela tinha uma relação de muita proximidade, de muita cumplicidade e muito afetiva, principalmente na última fase da vida da mãe, pois esta vivia aos seus cuidados, por se encontrar doente. E acabou por falecer na sua casa ao seu lado. Nesta fase da doença da mãe, emagreceu muito, e foi diagnosticada com uma depressão, depois da sua morte. A sua irmã M. tinha ciúmes de dela, porque a mãe de ambas, nunca quis a sua filha M. por perto e dava por concelho à utente, nunca depender da irmã M.

Já sobre o pai, sabe que, quando veio de Moçambique veio trabalhar para Portugal. Lembra-se de alguns traços físicos porque viu fotografias e a sua irmã M. sempre lhe disse que ele só gostava dela M. e de mais ninguém. H. tinha deixado de ver o pai desde os seus 4 anos, na altura, que este se separou da sua mãe e esta ficou com sete filhas. A informação que tem, foi o que lhe contaram sobre o pai, que em determinada altura tinha 2 mulheres, uma em Portugal com um filho e a mãe dela em Moçambique com 7 filhas; não tem boas memórias do que ouvira contar.

Quando H. terminou a licenciatura, decidiu procurar o pai, para o conhecer e foi a uma localidade na zona da Beira Baixa, zona da naturalidade do pai e onde este vivia, com outra mulher, foi bem-recebida pela viúva e aí tomou conhecimento, que o pai tinha falecido, uma semana atrás, ficou ainda a saber, que o seu irmão filho do pai, também tinha falecido, anos antes. Afirmou que sofreu um grande choque, principalmente por nada sentir, com a notícia da morte do pai.

Situação atual

H. refere que nunca se imaginou na situação de dependente de terceiros e de uma cadeira de rodas, tem muitas saudades da sua casa, mas sabe que esta está num 2º andar sem elevador, isto é, sem condições internas e externas, para ela voltar e viver sozinha. Também refere que tem de vender o carro porque só se for um adaptado.

Culpabiliza-se pelo que lhe aconteceu, pois pensa e diz, que devia ter estado mais atenta à sua saúde e aos sinais do seu corpo. Afirmar ter tido avisos, em relação por exemplo, à queda que sofreu no centro, enquanto estava na capela e apesar das recomendações, de pessoas para ir logo para o hospital, só foi bem mais tarde, afinal, parece que perdeu os sentidos e saiu do hospital, sem fazer exames. Também, nem sempre tomava a medicação para a tensão arterial, mesmo sabendo, por recomendação médica, que era para a vida toda. E a medicação para a

depressão deixou de fazer, por sentir, que já não precisava dela, não gosta de tomar medicamentos. Considera, que o que lhe aconteceu na vida é comparado a um “tsunami”.

Sente-se desiludida, com a falta de cuidado e compreensão por parte das auxiliares de geriatria, que sente, não respeitarem a sua vontade, e dá o exemplo, de que ser nesta casa voluntária, ou viver aqui dia e noite, é muito diferente. Sabe que, devem existir regras, mas refere, que principalmente à noite, está farta de dizer, que tenham cuidado com a sua mão esquerda, que não a sente, mas pesa, e que depois do jantar, não a coloquem, encima do estomago e por muito que diga, que isso a incomoda, não ligam. Também, não compreende, porque se tem de levantar mais cedo, para tomar banho, quando chega a ficar 40 minutos à espera, H. diz gostar de dormir.

Mas por outro lado, apesar de algumas situações, que correm menos bem no centro, parece sentir, que está melhor no Centro Geriátrico, onde tem as visitas de uma amiga e da sua irmã, apesar de esta a sufocar e lhe causar muito stress e episódios de ansiedade, pela forma intrusiva e autoritária e até hostil com que a trata, dizendo muitas vezes que ela está assim porque quer e que não sabe cuidar dela própria.

Considera, ser muito positivo o fato de ser conhecida, por todas as pessoas do Centro o que faz com que, se sinta melhor aqui do que, no outro hospital, onde passou 4 meses e que considerou terríveis e terem sido passados, com muita angústia, mas que também refere, terem sido úteis, já que contribuíram, para compreender melhor a dimensão da sua incapacidade.

Relações sociais e afetivas

Esta quer, manter a relação afetiva com as pessoas, que nesta fase, em que se encontra no Centro, como em outras situação de vida, demonstraram preocupação, ou contribuíram de alguma forma, para se sentir melhor, mas transmite, que a irmã passou a cuidar de toda a sua situação económica e financeira, não lhe prestando contas da sua própria situação o que a deixa apreensiva em relação ao futuro dos seus pertences. A sua irmã critica o interesse dela, em telefonar para amigos e pessoas que ela estima, fundamentando que, ela precisa é de descansar, que a tem a ela, para conversar e por isso, a priva de o fazer algumas vezes, permitindo que o telefone fique desligado, ou sem saldo ou sem bateria. Esta perante a situação, demonstra sentimentos de impotência. Contudo, não desiste e fala com a sua irmã ou sobrinhas, pedindo na receção para ligarem ou pede à Psicóloga orientadora de estágio ou à estagiária para ligar, porque não o consegue fazer sem ajuda, dizia *“não tenho autonomia, a minha mãe dizia, tu nunca dependas da tua irmã, se ela soubesse...não ia aguentar”*.

Recebe regularmente a visita de uma vizinha e amiga, o que a deixa muito satisfeita, pois considera, ser uma forma de saber notícias, em relação ao estado da sua casa própria, que

de forma forçada, foi obrigada a deixar já que, desde que entrou no Centro como residente, que deixou de ter acesso a voltar e também, refere, que em relação aos pagamentos dos seus encargos ou conhecimento sobre a sua situação financeira é agora a irmã que cuida de tudo.

Ocupação no Centro

A utente tem uma rotina diária que inclui as atividades básicas de vida diária (ABVD) com ajuda, inclui a hora do lanche que a maioria das vezes a irmã se encarrega de prestar a ajuda necessária, como descascar fruta, entre outras, como deslocá-la do quarto para a sala da televisão ou para o pátio exterior para apanhar sol e conversar, ou ir com ela ao bar, ao cabeleireiro, esteticista ou levá-la ao gabinete de Psicologia para o acompanhamento psicológico. Gosta de estar no computador, para pesquisar pintura e obras de arte sacra, mas tem de ter algum apoio para utilizar, normalmente é no gabinete de Psicologia, que ela manifesta essa vontade, depois de terminar o acompanhamento ou em raras ocasiões que a Psicóloga orientadora não está ocupada. Gosta de ouvir música, só que às vezes, não tem paciência pelas dores que sente. A leitura, antes de dormir é um hábito, que adquiriu desde cedo, mas tem alguma dificuldade, em permanecer a ler durante muito tempo. Tenta participar em ateliês, mas não regularmente, porque não sente ser útil e porque se cansa, prefere escrever, sobre aquilo que sente ou talvez só notas soltas, a Psicóloga orientadora, ofereceu-lhe uma pasta com um bloco e uma caneta para ela, sempre que desejasse transpor para o papel os seus sentimentos e emoções o que a utente muito valorizou e ficou triste, porque essa pasta em determinado momento, tinha desaparecido e ela pensou ter sido a irmã M.

Avaliação Psicológica (instrumentos)

No âmbito do acompanhamento, não foram aplicadas à utente outras provas; foram utilizados os dados já existentes (avaliação neuropsicológica externa); instrumento de registro do plano individual de intervenção de 14/12/2016 com plano em janeiro de 2017. Estado Mental: Insight: dificuldade na aceitação e adaptação à doença ou incapacidade física.

Análise de resultados

A indicação médica e relatório do neuropsicólogo com indicação da dificuldade na aceitação e adaptação à doença ou incapacidade física; justifica a pertinência de sessões de acompanhamento psicológico à utente, com o objetivo de melhorar o comportamento ansioso, gerir expectativas ou ajustá-las à situação da utente.

3.1.2. Acompanhamento Psicológico - Contato Terapêutico

As sessões de acompanhamento psicológico foram semanais num total de dez (14) sessões com a duração de 45 minutos às 6^h às 14h. Tiveram início no dia 10/01/2017 e terminaram no dia 14/07/2017. Decorreram no gabinete de psicologia com a supervisão da Dr.^a Paula Agostinho. Aconteceram algumas interrupções, para internamentos noutra hospital e sempre que tinha de fazer tratamentos mais específicos.

O término das sessões, coincidiu com mais um internamento temporário da utente para ,reabilitação motora e com o final do tempo de estágio da estagiária.

Sessão I

Primeira sessão de contato com a utente decorreu no dia 10/01/2017, chegou ao gabinete com a Psicóloga orientadora. Parecia apreensiva, foi empática e afável. Tinha um aspeto cuidado e estava numa cadeira de rodas. Foi feita a explicação da pertinência do acompanhamento psicológico à utente e do local onde iriam decorrer e qual a duração das sessões. Fizemos o acordo para o acompanhamento semanal, com a duração aproximada de 60 minutos às 6^h após o almoço, para não interferir com a visita diária da irmã M. durante a tarde. A utente tomou conhecimento que dispunha de 60 minutos e era um tempo só dela, o local era onde ela se encontrava, o gabinete de Psicologia e a estagiária de Psicologia, iria estar disponível, para escutar e compreender as suas emoções e sentimentos e tudo, o que fosse surgindo. E ainda que, poderia usar esse tempo, para dizer o que lhe fizesse mais sentido, ou até, optar pelo silêncio. Seria sempre uma opção sua.

A utente aceitou com agrado o acompanhamento psicológico, mas referiu, “ter muita dificuldade em falar dela própria, porque é muita coisa” ao qual lhe foi dito “*parece ter tanta coisa para dizer, que não sabe por onde começar em relação a si própria e se começássemos, pelo seu nome e em que altura entrou no centro*” ao que L. respondeu com um sorriso e “*sim, sim*”, a partir daqui H. começou a falar sobre si, principalmente dados pessoais e familiares e referiu, que tinha entrado no centro em março de 2016, mas que depois, contava esta longa história; despediu-se com um sorriso e saiu com M. que, entretanto, estava a fazer-nos sinal porque estaria na hora do lanche, e H, disse “*olha lá está ela, não me larga*”(sic).

Sessão II

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 27/01/2017, H. transparecia um rosto com sinais de cansaço e começou por dizer “*hoje sinto-me cansada queria ficar a dormir*”, *é muito diferente ser nesta casa voluntária ou viver aqui dia e noite, principalmente à noite, estou farta de dizer que tenham cuidado com a minha mão esquerda, e por muito que diga que*

não pode ficar muito encima do estomago, não ligam e incomoda-me principalmente depois de comer” ao qual foi referido “estava à espera que tivessem mais atenção e cuidado com o que é a sua vontade” e H. “sim, claro que sim” e continuou, “depois não compreendo, porque tenho de me levantar tão cedo, se fico mais de 40 minutos à espera que me deem o pequeno almoço, ora esse tempo, podia dormir mais um bocadinho...enfim” (sic). Ao que lhe foi dito, “parece que precisava de dormir mais, para não se sentir cansada e não o fez, porque teve de se levantar mais cedo e sente que podia ser diferente” ao que respondeu “ sim claro que sim, mas, também compreendo, que as auxiliares fazem o que podem, talvez fale com elas, para me deixarem para mais tarde, mas depois já vou tarde para a fisioterapia e também não quero”, ao que lhe foi dito “ sim, talvez seja melhor fazer perceber o que é melhor para si” ao que a utente respondeu “sim, até porque aqui estou bem melhor, aliás, não se compara aos 4 meses, que passei no hospital foram horríveis, sabe, eu devia estar mais atenta, o que me aconteceu foi um Tsunami” ao qual lhe foi dito “o que aconteceu foi como uma gigantesca tempestade que de surgiu de forma rápida” ao que a utente referiu “ isso mesmo, nem imagina! Já no fim de fevereiro de 2015, uma semana a seguir ao carnaval, a seguir à oração da manhã mais ou menos perto das 8.30h, comecei a sentir-me agoniada, cai e fiquei com um grande galo na cabeça, a irmã insistiu para eu ir ao hospital e não quis ir, só fui bem mais tarde, estava toda negra na cara e no olho, no hospital o médico perguntou se tinha desmaiado antes ou depois da queda e sabe? Nem me lembro...sei que nessa altura já não fiz exames, só umas pomadas e pronto passaria. Herdei o horror a hospitais. Tal como a minha mãe, que quando entrou num foi para morrer... (silêncio). Continuando, nesse 1º fim-de-semana de Março do ano passado já na sexta-feira me sentia estranha, entrei em casa só via a porteira, não comia sei que fui para a cama e no sábado levei todo o dia agoniada, ao fim da tarde sentei-me num canto da cozinha, estava sozinha e não telefonei a ninguém, parecia cansada, muito cansada, só sei que no domingo não sei a que horas, a minha irmã disse que era já tarde, me encontraram, foi a mulher do condomínio que abriu a porta, estranhou não me ver e então chamaram os bombeiros, a ambulância e só me lembro, de acordar nos Cuidados Continuados, horrível, não existe dignidade, no tratamento do doente (...) nem quiseram saber se eu bebia ou não água normal, davam-me uma água espessa com medo que eu me engasgasse, coisas da minha irmã de certeza” ao que lhe foi dito “sentiu-se abandonada” e ao que referiu “claramente Dr.^a, foram tempos difíceis, “cheguei a rejeitar a minha mão, a beliscá-la a bater-lhe, não a queria estava morta, não me pertencia” ao que lhe foi dito “parecia não aceitar esse fato, nem perceber porque reagia assim” ao que afirmou “ não imagina o sofrimento, a angústia, mas em Alcoitão, foi bom para recuperar e entender melhor o que me tinha acontecido (...) mas foi aqui...um

dia na Capela tive consciência que a mão era minha...e comecei a aceitar a minha condição. Até acredito que tenho uma mão transparente, uma 3ª mão” ao que lhe foi dito, “parece que dessa forma aceitou a sua mão” ao que referiu “*claro, esta mão é minha, mas não a via como tal, ainda vai fazer muita coisa eu já a imagino a mexer (...) quero escrever sobre isto*” ao que lhe foi dito “acredita que a sua mão não vai ficar assim e tem vontade de dar a conhecer a sua experiência, escrevendo” ao que referiu “*sim é uma grande sorte estar viva porque grandes percentagens destes casos resultam em morte*”.

Sessão III

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 3/02/2017; a utente não aparecia e fui ter com ela ao quarto, na expectativa que se tivesse esquecido. Mas, pediu desculpa, e referiu “estar preocupada com o fato de ir o hospital onde tinha feito recuperação”. E depois como seria? Quanto tempo iria ficar?” ao que lhe foi dito “parece apreensiva com o fato de ir para o outro hospital” sobre o que foi dito, não se manifestou! Começou por pedir ajuda para que eu tirasse uma pasta azul da parte detrás da cadeira de rodas. Disse “*tire o que está dentro sff, veja esta figura, encantadora, a mais bonita que já vi, a profundidade*” e prosseguiu, descreveu toda a imagem e falou da importância que esta tinha tido para ela quando a viu. Manifestou uma certa nostalgia e através do discurso, “agora tinha a possibilidade de a contemplar também no papel” também referiu que “as outras folhas e a caneta que a Dr.^a Paula Agostinho lhe dera, era para escrever, escrever as suas memórias ou o que quisesse.” E permaneceu uns segundos em silêncio. A partir daqui...começou a pedir o favor para eu lhe fazer algumas coisas. Às quais acedi, porque estava no quarto dela (pediu para por dois tipos de batom, pediu para colocar gotas nos olhos, que não encontrei e pediu um guardanapo, um lenço...) até que lhe disse, “que o nosso tempo era cerca de 60 minutos e se ela não o queria aproveitar de outra forma, porque pediria e faria estas coisas, quando a irmã chegasse”. Ao que referiu novamente o assunto “da ida para o outro hospital e que se aproximava dia 13” ao que lhe foi referido “quer falar sobre isso” e a utente ignorou e voltou às folhas em branco e referiu “*tenho de escrever, talvez sobre a minha 3ª mão! Sabe a minha carta caducou, imagine, e por isso tenho de a ir tirar agora desde o início, porque o carro também deverá ser adaptado (...) vendi o meu carro já há muito tempo (...) agora até me faz bem marcar aulas para voltar a conduzir (...) e sei que vou conseguir (...) o que mais prezo é a minha liberdade (....) e aqui sinto-me presa, a minha irmã sempre encima, aliás veja lá se ela vem aí, feche a porta por favor*” ao que lhe foi dito “a presença da sua irmã parece incomodá-la” e ao qual referiu “*se incomoda, ela mete-se em tudo (...) não tenho autonomia (...) a minha mãe dizia, tu nunca dependas da dela, se ela soubesse (...) não ia aguentar*” antes que lhe fosse dito algo, pediu para lhe ligar o telemóvel,

introduzir o PIN e ensina-la a lidar com o telemóvel, ver as mensagens de quase 6 meses atrás pois não as tinha visto. O telemóvel ficou a carregar e o nosso tempo tinha chegado ao fim, pediu-me para a levar para a sala de estar do 1º andar, pois não queria que a irmã se apercebesse que ela tinha o telemóvel a carregar ou sequer que lhe tinha mexido. Despedimo-nos até à próxima sessão que seria do regresso do hospital onde iria fazer reabilitação.

Sessão IV

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 10/02/2017.

Não houve sessão porque a utente, tinha ido a uma consulta fora do Centro Geriátrico.

Sessão V

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 17/02/2017, H. disse não ter nenhuma novidade, nada para dizer. Disse ter sentido a falta dela, pois estive á espera que chegasse até tarde. Então H, começou por referir “que tinha chegado ao centro por volta das 17 e que também pensava que ia ficar internada, mas a Dra. Disse-lhe que estava tudo bem e que teria de aguardar, talvez a chamassem lá para março ou abril. Referiu que tinha dito à D^a que queria desistir da terapia da Fala e fazer mais sessões de fisioterapia, que sentia que era isso que precisava. Depois disse que tinha falta de ar no gabinete....Pedi para abrir a janela...e referiu que não sabia como a Dr.^a Paula não tinha calor...como era magrinha tinha medo de voar...riu-se do que tinha dito...depois começou por referir a “falta de ar” que a irmã lhe causa, por se colocar segundo as suas palavras “num pedestal” e diz várias vezes que o que ela sente não é doença é mau feitio...”*Implica com tudo (...) porque pareço uma pedinte e não me arranjo...porque tenho os dentes sujos e lava-mos porque eu não os sei lavar (...) porque deixo cair a comida (...) sufoca-me, ela é, eu posso quero e mando (...) ela é que precisava de apoio psicológico, mas não aceita (...) nunca iria aceitar (...) preciso de tranquilidade e de espaço (...) já lhe disse para não vir ao fim de semana que fique na casa dela, mas não me liga importância, diz que tenho mau feitio*”. No outro dia a sua irmã tinha-lhe dito, “*Olha dedicas-te o teu tempo todo aos cães e agora eles não podem visitar-te (...) pausa*”, emocionou-se muito. Silêncio. Ao que lhe foi dito “parece que o que a sua irmã falou mexeu muito consigo” ao que respondeu “*sim ela não podia dizer isso, sempre fui muito dedicada aos animais cheguei a ter 4 cães e 2 gatos, mas não quer dizer que não me tivesse dedicado também às pessoas. Pelo contrário (...) ela é uma pessoa massacrante, sempre a pôr-me para baixo. Eu estou a dar o meu melhor, hoje o Dr M. já disse que tive nota 18, pôs-me a levantar e a subir e consegui*”. O que lhe foi dito” Parece contente e satisfeita com o resultado” e respondeu “*sim, confio muito no Dr M, e sinto que ele está a fazer um bom trabalho comigo, mas às vezes, penso que devia ter alguém a ajudar, para poder fazer mais*” e no seguimento, “mas em relação às suas

espectativas, pensa que podia fazer mais?” ao que a utente referiu “*não, tenho a certeza que vai ser uma reabilitação lenta*”. Ao que lhe foi dito “Isso é bom, sente que é preciso ganhar um bocadinho mais, em cada sessão é isso?” “*Sim, o Dr. M, está a fazer tudo, para ter cada sessão um ganho, ele hoje deu-me os parabéns.*” Ao que lhe foi dito “Sente que o mais importante é não desistir?” e referiu “*desistir nunca*”. Ao que lhe foi dito “pelo que refere, sente que é preciso aceitar a condição” e referiu “*sim, sem dúvida a minha irmã é que não aceita, acha que não faço mais porque não quero (...) já pensei em dizer-lhe quando ela diz que estou sempre mal disposta ou triste quando estou ao pé dela, já pensei em dizer-lhe que é ela que me põe assim, mas depois fica chateada comigo*” ao que lhe foi referido “a H. sente a vontade de lhe dizer o quanto ela a perturba, mas parece temer a reação dela.” Ao que responde “*sim, mas se calhar tenho de falar com ela, para que ela entenda que estou a falar a sério, mas sem a magoar*” e ao que lhe foi dito “sim se for essa a sua vontade, talvez fique melhor.” E referiu “*sim considero fundamental, estar concentrada, quero, também poder fazer outras coisas como escrever, olhe a pasta que me deram desapareceu, deve ter sido ela (...) desaparece tudo.*” Ao que lhe foi dito “está a pensar ter sido a sua irmã.” Sobre a afirmação refere “*sim ela muda-me tudo de sítio*”.

Sessão VI

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 24/02/2017, H. estava á minha espera no bar, diz ser aí que também sente mais tranquilidade que na sala grande. Hoje não está muito bem-disposta, começa por falar da pressão que a irmã tem feito em relação à sua doença, mais concretamente refere “*estou assim porque quero, aponta-me todos os erros que eu cometi, constantemente, mas se fui eu que os, fiz sou eu que me tenho de responsabilizar por eles e é isso que faço (...) Por exemplo em relação ao empréstimo da casa, diz que me endividei e que fiz outros empréstimos (...) mas está tudo bem, estou a pagar, e a gerente da CGD é muito minha amiga, está tudo controlado, ela é que vê problema em tudo*”. Continuava, “*só para que veja, fez-me assinar uma procuração para ela decidir tudo sobre mim, eu nem tive tempo de ler foi na primeira vez que fui para o outro hospital, nem vi com tanta pressa que ela disse, vá assina aqui e eu assinei (...) estava muito debilitada e agora, não para de me chatear para fazer testamento, da minha casa e das coisas que eu herdei, tal como as minhas irmãs (...) mas se o fizer, é porque quero e não porque ela me diz para o fazer, eu até já sei a quem vou deixar a casa, será para a filha dela, mas ainda não sei, também gosto dos meus outros sobrinhos e dou-me bem com todas as minhas outras irmãs o que poderão pensar se o fizer?*” Ao que lhe foi dito “parece que por um lado, está decidida a deixar as coisas para a sua sobrinha, mas por outro, também essa decisão lhe pode parecer não muito correta, por gostar de todos de forma

igual” ao que referiu “*sim é verdade, é isso mesmo (...) penso que quando era pequena e até mais velha tudo o que tínhamos ficou em Moçambique ou numa localidade da Beira Baixa? Quem tinha na Beira Baixa ?*” O meu pai, não sei se já lhe contei, eu deixei de ver o meu pai com 4 anos, a minha irmã diz que ele só gostava dela...diz sempre isso. Eu não me lembro dele vi fotografias e parecia-me o Hitler, usava um bigode como o Hitler (...) ele quando veio de Moçambique veio trabalhar para Portugal, a minha mãe ficou com 7 filho, mas nunca nos faltou nada, ele veio viver com uma mulher de lenço preto na cabeça, tipo aldeã de quem tinha um filho, foi um safado tinha as duas, uma cá e outra lá, A. que nasceu entre a minha irmã mais velha e a minha 2ª irmã” ao que perguntei para esclarecimento “e conheceu-o?” e continuou “*sim conhecia ele tinha muitos ciúmes de todas nós e dizia que éramos muito bonitas, já morreu (...) e no dia que me formei decidi ir ao sitio onde ele tinha nascido, com uma amiga para conhecer o meu pai, até fui muito bem-recebida pela viúva que me disse que ele tinha falecido na semana anterior. Apanhei um choque (...) mas pelo menos sei o que aconteceu e o dia que faleceu dia 19 de dezembro*”. Ao que lhe foi dito “parece que esse acontecimento foi uma surpresa e não estava à espera.” E referiu, “*Sim na altura sim (...) mas não sinto nada, que me parece que é o pior que se pode sentir, por um pai (...) nada (...) Silêncio (...) enfim, é por isso que tenho de escrever um livro, mas o título vai ser sobre a minha 3ª mão (...) ainda hoje de manhã a senti a mexer, a querer agarrar algo que não me lembro (...) fartei-me de falar, parece que fiz uma viagem.*”

Sessão VII

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 3/03/2017, H. estava hoje bem-disposta, mas ao mesmo tempo apreensiva, a pensar, quando voltaria para o outro hospital! Referiu que “hoje devia ter feito mais tempo de exercícios na fisioterapia e que não percebe porque é que a oração é mais importante, teve de ir para a capela porque A, foi buscá-la á pressa e o M, com aquele jeito dele, de que todos têm de ficar bem, deixou, “*acho que ele tem de impor-se mais, mas não percebo porque não o faz*”... também ele diz que os exercícios dentro de água resultam muito bem, ao que referiu “*já no outro hospital querem à força que eu vá para dentro da piscina e eu não quero, não gosto*” ao que lhe foi dito “mas por algum motivo que me queira contar” e ao que referiu “*sim, olhe quando tinha 6 anos, lembro-me como se fosse hoje, estava na brincadeira com outros miúdos e os outros estavam a mergulhar e eu quis fazer o mesmo, mas não sabia nadar e até hoje não sei, então lembro-me de estar a observar o que estava no fundo do mar e comecei a ficar aflita, estava a afogar-me, depois tiraram-me de lá tiveram a fazer-me voltar a mim, acho que me forçaram a vomitar a água, foi horrível*” ao que lhe foi dito “parece ter apanhado um susto” e sobre o qual referiu “*sim, e outra vez, já com os meus*

16 ou 17 anos, sei que tínhamos ido para carcavelos e estava de costas para a água e fui colhida por uma onda, rebolei na areia e apanhei um grande susto e para mim chegou (...) mas quando já dava aulas, fui a uma reunião fora e o hotel tinha piscina e uma colega convenceu-me a ir, tínhamos a chave da porta da piscina e só estávamos as duas e aí confiei e até tentei dar umas braçadas e como tinha pé, até me senti bem” Ao que lhe foi dito “então o que me diz é que sabia que conseguia controlar a situação e por isso até gostou” ao que respondeu “sim é verdade, se calhar tenho de experimentar, mas num sitio, onde me sinta segura, com alguém ao meu lado, já viu o que é não mexer este meu lado esquerdo?” Ao que lhe foi dito “sim, mas estará com profissionais ao seu lado” ao que referiu “tem razão (...) será melhor ir à piscina do que fazer terapia da fala, que não preciso (...) mas a terapeuta, diz que não é ela que decide e que eu preciso, na verdade eu reparei que a minha voz ficou num tom mais baixo, muito diferente da que tinha” ao que lhe foi dito “a terapia da fala não trata só da parte da articulação das palavras, mas também da capacidade da projeção da voz e do som.” Ao que afirmou “sim, se calhar tem razão esta paralisia, do meu lado esquerdo, deve ter apanhado, aqui alguma coisa das cordas vocais, vou falar com ela da próxima vez, para perceber melhor (...) o que eu não quero, nem tenho paciência é para as terapias de grupo” ao que lhe foi dito “pode explicar-me melhor dando-me um exemplo?” ao que referiu “por exemplo estamos umas 10 pessoas na sala e começamos por vestir e despir o casaco” ao qual lhe foi dito “Ah, são atividades básicas da vida diária (ABVDS)” ao que referiu “Sim, sim, mas uma pessoa, já não gosta e se lhe custa vestir, imagine o que é estar a repetir tudo isto, ao pé de pessoas, que nem conhece e depois também falam de temas que a mim nada me interessam, coitadas têm poucos conhecimentos e não conseguem mais, mas a mim é que não me interessa” ao que lhe foi dito “o que diz é que as pessoas são diferentes, mas aqui se calhar o que interessa é que as pessoas se sintam à vontade e treinem uma competência, que por alguma razão perderam, como no seu caso, por exemplo o “vestir e despir” de forma autónoma” ao que a utente parece ter compreendido e refere “. “sim é verdade”. E continuou o discurso sobre queixas da irmã e refere, “por exemplo, ela hoje podia ficar em casa e não me vir chatear (...) diz que se sente culpada por eu ter tratado da minha mãe e ela não, agora sente-se no direito e dever de tratar de mim, mas a maioria das vezes cansa-me (...) ainda bem que a minha mãe não está cá para me ver assim (...) silêncio e chora” ao que lhe foi dito “era muito ligada á sua mãe” e sobre o qual refere “se era (...) não sei se já lhe contei como ela faleceu aos 77 anos”, ao que lhe foi dito “penso que não” e continuou “Ela teve dois aneurismas na aorta, foi operada por um Professor que era cirurgião e músico. Ela fazia anos de 24 para 25 de Dezembro e faleceu em 1986 no dia 7 de Novembro, a barriga inchava muito porque tinha dificuldade em fazer as necessidades, na

véspera tinha lá ido o médico a casa e ela levou um clister, uma coisa horrível, se fosse hoje, não lho tinha dado, pelo sofrimento que lhe causou, e o médico disse-lhe, se isso não resolvesse ela teria de ser internada, não sei se já lhe disse que a minha mãe tal como eu, detestava hospitais, ela não queria ir para o hospital (...) mas era muito difícil fazê-la comer, estava fraca, foram 15 dias de dor, eu emagreci mais de 10kg e pela primeira vez, tive de ser medicada com clamantes”. Ao que lhe foi dito “parece que foi muito difícil para si” ao que referiu “sim (...) silêncio, chorou, nem imagina eu estava a limpar-lhe a boca e ela disse-me já de madrugada, chega H. (...) silêncio e virou a cabeça e ficou (...chorou) eu não quis aceitar, foi muito difícil, ver a minha mãe e amiga, partir daquela maneira, deixar-me, fiquei órfã, Dra. fiquei órfã, aí é que eu fiquei órfã, completamente sozinha (...) e sabe que mais? Nem sei como consegui ter coragem para ligar para a agência funerária, foram impecáveis, a minha mãe sempre disse, não querer ir para debaixo da terra e não foi, foi para urna de chumbo para um jazigo de família para a 3ª gaveta ainda lá está (silêncio...chorou).” Ao que lhe foi dito “a a utente se por um lado estava triste, por outro conseguiu reagir” e referiu “ sim, porque, lembro-me de uma mulher bonita, que dizia que eu devia ter um “tailleur de casaco e saia” era obrigatório, eu não ligava...mas tenho de comprar um em cinzento é uma cor elegante, eu gosto, com uma disposição e força que eu também tenho, eu já aceitei o que me aconteceu, até a minha mãe eu já trato com carinho, sabe antes até a beliscava, batia não a queria aceitar” Ao que lhe foi dito “H. e a sua mãe tinham uma boa relação de proximidade de mãe e filha, mas também de cumplicidade”. Ao que referiu “sim éramos mesmo, ela sempre só quis estar comigo, não é que não gostasse das minhas irmãs, mas eu é que cuidei sempre dela e ela era a minha companhia, eu pôs baixa no trabalho, para cuidar dela e no dia que teria de continuar a baixa, ela morreu (...) ela não queria dar trabalho aos outros, gostava de ser independente (...) eu passei muito mal, mas depois penso que consegui ultrapassar”.

Sessão VIII

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 10/03/2017, H. hoje veio do exterior do Centro, de uma consulta e chegou um pouco apreensiva, e referiu “desculpe, estive numa consulta de fisioterapia, num clinica em Lisboa, tive de almoçar a correr e já são 3h, eu não sabia para onde ia a minha irmã levou-me daqui às 10h e não me disse nada, só quando lá chegámos então fui atendida por uma fisioterapeuta que segundo a minha irmã parece que é muito boa, ela fez-me um exame e estou muito maçada, até dorida, não posso ficar muito tempo, precisava de descansar e nem bebi café” o que lhe foi dito “podemos adiar esta sessão se assim o desejar” ao que refere “não, no fundo, sinto-me aliviada, por não estar aqui a minha irmã, só me despersonaliza, diz tudo por mim, ficou a falar com a médica depois da consulta

e chegou ao pé de mim e disse, para eu não contar nada a ninguém, nem ao M, nem a si” ao que lhe foi referido para esclarecimento “ e o que sente, sobre isso?” ao que lhe foi dito” sinto que não faz sentido, que devo dizer ao fisioterapeuta, como correu, é ele que me anda a tratar, afinal esta médica C. acho que é o nome dela, não me adiantou grande coisa, disse que não concordava com a “tala da mão”, e então a minha irmã tirou-ma, disse que com tanto tempo de internamento, como é que eu ainda estou assim” o que para esclarecimento foi dito, “ comparado com o quê?” ao que a utente refere “ sim é isso, ela nem sabe, como eu estava, a verdade é que eu, nem aceitava a minha mão, quando falei à medica da minha 3ª mão, não me pareceu surpreendida... depois, pediu para me levantar e levantei-me, mas com dificuldade e disse-lhe que são exercícios que faço com o Dr. e que faço cerca de 10 x, ela respondeu-me 10?, então nem um aqui faz, e então disse, que todo o trabalho a fazer comigo, deveria ser na coluna e porque é que não era feito, disse ainda, que eu não tenho a perceção do espaço, eu fiquei calada, como é que eu não tenho a perceção do espaço? Se sou de artes?” Ao que lhe foi dito “ parece ter ficado um pouco surpresa e por outro lado indignada com essa resposta” ao que referiu “ sim , mais que isso, ela não me conhece e não sabe o esforço, que tenho feito, até agora e a minha irmã, continuava a falar por cima de mim e até a não me deixar falar, e sabe, eu penso, que ela percebeu, que ela queria mandar em mim, agora que me apanha nesta cadeira de rodas, está sempre a querer, que me limpe que não esteja suja, mas eu estou limpa, depois concordou com a médica, quando esta disse, que eu penso, que estou numa postura correta e não estou e que é natural, que a minha irmã me corrija. Eu até gostei da médica, é mais uma opinião, ela até se disponibilizou para falar com o Dr. M. caso fosse necessário”. “bom, na verdade, parece que lhe agradou essa outra opinião médica e por isso pensa que o correto será falar com o Dr. M. Ao que referiu “sim é isso, vou falar com ele, e se ele quiser falar com ela vou pô-los a falar, pode ser, que se entendam e eu possa ficar melhor com outro tipo de exercícios, mas tenho de ser eu, não pode ser a minha irmã, então na 2ªf vou falar com ele ,hoje não, que ele já não está, bem basta a minha irmã ir telefonar para Alcoitão e contar à maneira dela.” Ao que lhe foi dito “gostaria que a sua irmã não interferisse tanto e quer dizer o que pensa, de forma clara, para se sentir melhor” surgiram (risos) e referiu “ é verdade, não estou incapaz, sei dizer o que se passa comigo (...) não sou a criança que ela quer ou pensa que sou”. Ainda refere “que a trata como a um bebé” ao que foi dito “ali está a sua irmã preocupada para a levar a lanchar” (risos) “pois está, a verdade é que ela é a única que se preocupa, já deve ter o chá, eu vou beber e vou descansar, estou muito cansada até para a semana Dr.” e obrigada”.

Sessão IX

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 17/03/2017, a utente vinha bem-disposta, e referiu “hoje não tive fisioterapia o Dr. foi passear, tenho pena, fico sempre com a sensação que não posso deixar de fazer a minha sessão de fisioterapia, é uma forma de se sentir bem (...) como disse á Dr.^a falei com ele na 2^ª e a conversa correu muito bem, ele entendeu, o fato de eu ter ido a outra médica e veja lá, que esta equipa da clínica em Lisboa, ele conhece-as todas, porque é uma equipa, que pelo que percebo, trabalha e dá formação no outro hospital e até se mostrou interessado em falar com a Dr.^a Fisioterapeuta caso esta o queira contatar”, “mas na 3^ª, ele chamou a minha irmã, que estava á porta da fisioterapia á minha espera e ela falou com ele , mas a conversa, já não correu muito bem, porque ele só me dizia depois (...) em mim e no meu trabalho ninguém manda, só eu é que mando (...) ora, para ele dizer isto, é porque não correu muito bem, eu ainda, perguntei à minha irmã, mas, como sempre ela, nem me respondeu e disse-me, que eu estou sempre a inventar e só complico, ela é que não me larga e tem a mania de se intrometer em tudo, não me deixa em paz, já lhe disse para ela não fazer estas coisas mas não adianta”. Ao que lhe foi dito para esclarecimento do contexto “parece muito incomodada, com a atitude da sua irmã, vê alguma maneira de eu a poder ajudar a lidar melhor com a situação? ” Não Dr.^a , ela não liga a ninguém, e depois iria ter a certeza daquilo que ela pensa que é ,que eu falo mal dela a toda a gente, na verdade, já ajuda muito, porque eu aqui posso falar tudo e deitar cá para fora, tudo o que sinto e o que me faz zangar, ela é mesmo assim (...) ela quando me proibi-o de falar com o Dr. M, eu não o fiz, mas não me proíbe de nada em relação à Dr.^a “ao que lhe foi dito “ o que me está a dizer é que ela respeita este espaço como seu”. Sim, sim. (risos). Isso deixa-a tranquila? “Sim, claro que sim, não é que eu, não goste dela, mas é demais. Ao que lhe foi dito a “fica cansada da atitude da sua irmã, mas como disse atrás, acaba por fazer o que pensa, em decisões importantes, como no caso de contar tudo, o que se tinha passado ao Dr. M.” ao que referiu “claro, desde o principio, que o pensei fazer e depois de vir do hospital, fiz, também agora, ele tinha de saber que eu estou interessada em participar como um “estudo caso”, quando em Maio vier o especialista de Londres (...) ao que lhe foi dito” isso parece-lhe uma oportunidade, para ter outra opinião para o seu caso” ao que disse “ sim, e é por isso que a Dr.^a quer falar com o M, o meu problema, neste momento é pensar no transporte, como é que eu vou fazer, eu não conduzo e a minha irmã também não, só se me chamarem do hospital e for de lá, tenho de pensar”. Ao que lhe foi dito “É uma situação que a está faz pensar sobre o assunto, se por um lado não tem dúvidas que quer ir, por outro lado, tem a dificuldade de se fazer transportar” ao qual refere “isso mesmo, vou telefonar para lá, ou falar com o Dr M. na 2^ª e ver a melhor maneira” .

Sessão X

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 24/03/2017, a sessão decorreu no seu quarto, estava à espera de ser chamada para a fisioterapia e por isso não queria ir ao gabinete de psicologia. Tinha o cabelo pintado e estava maquilhada foi a primeira vez que a vi maquilhada com pó de arroz e Bâton de cor. Estava á minha espera, para conversar sobre a irmã e também porque queria que a ajudasse a fazer um telefonema para os EUA, para a sua irmã querida, coisa que aconteceu, mas apenas conseguiu deixar mensagem. Começou por dizer, *“que tinha um brinquedo novo uma bola de picos, “imagine, isto pica, foi a minha irmã que comprou e já viu o Dr. M. até concordou, eu queria uma maior, e mais mole, daquelas que experimentei em Alcoitão, mas a minha irmã disse, que esta é que era boa e pronto foi esta que comprou, ela é que decide tudo sempre, no outro dia, disse que o lenço que eu tinha, não estava a combinar eu achava que sim, mas ela disse não está e pronto tirou e pôs-me o que ela escolheu”* ao que lhe foi dito para esclarecimento “E o que fez?” ao que referiu *“ eu nada, nada, não adianta nada dizer nada, ela faz de mim o que quer, estou nesta cadeira e afinal é a única que se importa comigo, apesar de ter mais família ninguém cá aparece, sou um peso para todos, quem quer este peso, quem quer este peso, esta responsabilidade?(...chora)”* ao que lhe foi dito “percebo que se sinta desiludida e chateada com a sua condição, mas, não está sozinha tem a companhia da sua irmã, que também parece que se preocupa consigo ao que respondeu *“é verdade Dr.^a eu digo coisas, mas é verdade é verdade, olhe com esta bola vou passando assim, está a ver, assim para estimular esta mão preguiçosa mas que já está melhor”* ao qual lhe foi dito “o nosso tempo chegou ao fim” e referiu *“sim vou para a fisioterapia e mais bem-disposta. Obrigada”*.

Sessão XI

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 27/03/2017, a utente estava na sala de espera com a irmã. Assim que me viu, disse que lamentavelmente não podíamos ter a sessão, porque tinha acabado de receber um telefonema do hospital, para se apresentar, onde iria permanecer durante mais ou menos 2 meses. Disse que, finalmente, esse dia tinha chegado e que esperava encontrar-me quando regressa-se ao centro. Pois nesse momento, teria de ir preparar todas as coisas para sair bem cedo e a irmã iria ajudá-la. Despedimo-nos e desejei-lhe sorte.

Sessão XII

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 30/06/2017, decorridos 2 meses aproximadamente, retomou as sessões de acompanhamento psicológico. Estava bem-disposta, mas

com muitas queixas do Centro. Começou por referir, “*que tinha expectativas de melhorar mais no outro hospital, quer ao nível do braço, quer ao nível da perna e constatou que os tratamentos que fez só aumentou o número de vezes que esta se endireitava nos exercícios de fisioterapia*”. Sentia-se em relação ao centro, agora, desiludida e chocada pois tinham-na mudado de quarto, sem lhe dizerem nada. Disse “*é certo que o quarto tem casa de banho isso é mais caro, mas não consigo meter a cadeira na casa de banho e sempre que é preciso ir à casa de banho levam-me à outra grande que fica no corredor do piso, então porque preciso da casa de banho?*” (sic) sobre o qual lhe foi dito “quer dizer que se sente desiludida com as condições do seu quarto, nunca está a usar a casa de banho? E referiu “*sim à noite põe-me na cadeira de rodas e consigo com ajuda usar, mas até para tomar banho fico muito apertada e as empregadas dizem que não dá jeito*” ao qual lhe foi dito para esclarecimento do contexto “mas consegue fazer dessa forma a sua higiene pessoal como lavar os dentes e utilizar o lavatório?” ao que referiu “*isso já consigo e é bom tenho de me adaptar melhor e pedir para usar mais vezes a minha casa de banho (...) também me prometeram uma televisão e até agora ainda não veio, gosto de ver filmes*” ao que lhe foi dito “O que diz faz sentido, o que lhe parece se relembrar o seu interesse” sobre o qual refere “*Sim é isso que vou fazer senão fica no esquecimento.*” Sobre o qual para esclarecimento lhe foi dito “o fato de estar num quarto privado era ou foi uma vontade sua?” e refere “*sim eu sempre pedi e como sabe estava no meu quatinho, onde ouvia os passarinhos e tudo, mas não tinha casa de banho*” sobre o qual lhe foi dito parece que lhe quisessem fazer a vontade, dessa forma tem maior intimidade, ao que referiu “*lá isso é verdade (...) mas, não é só isso que me está a chatear*” quer falar sobre o assunto? Ao qual referiu “*não sei porque não fui escolhida para as cadeiras de rodas nas marchas da festa de S^o.António, ninguém me disse nada e teria gostado, assisti à festa e foi muito bonita, mas também estava muito alta a música, demasiado barulho (...) sinto-me down.*” (sic). O que significa essa sua expressão? Ao que refere “*sinto que cada vez me custa mais estar nesta condição, por outro lado todos os dias quero ter mais firmeza, mais segurança, mais vontade de me levantar e deixar esta cadeira, que já estou farta dela.*” (sic). Sobre o qual lhe foi dito, “parece decidida a ir em frente na recuperação para se sentir melhor,” ao que referiu “*sim, mas até na fisioterapia, sinto que o Deus Dr. M está diferente não me dá tanta atenção, só me perguntou o que me fizeram no outro hospital e eu respondi o que fiz ou não fiz não interessa já foi já é passado, não é? O que interessa isso (...) sinto que ele está distante, sempre muito ocupado, hoje fiz os exercícios com as meninas, as estagiárias, o que vale é que são simpáticas*” (sic) ao que lhe foi dito “gostaria de ter mais atenção do Dr.M.” e refere, “*sim eu não sou um caso qualquer, mas também compreendo que tem muita gente (...) outra coisa que me está a preocupar é a*

difficuldade que tenho em contrair o esfíncter, estou com gases e eles são porcos, saem sem me aperceber (...) isto causa-me um grande mau estar. Fiz no outro hospital análises às fezes e estou à espera do resultado (...) e depois logo se vê, mas aqui não têm interesse por nada” (sic) ao que lhe foi dito “gostava de ver esse problema resolvido, porque a incomoda no seu dia a dia.” E referiu “*sim, resta-me esperar, tenho de telefonar, porque já devia saber o resultado.*” (sic).

Sessão XIII

Esta sessão de acompanhamento decorreu fora do contexto de acompanhamento psicológico, no dia 6/07/2017, foi dia de visita do presidente ao centro e tudo se atrasou. Falei com a utente num *setting* diferente e em presença da Irmã M. logo não considerado, para o contexto da relação terapêutica. Foi uma conversa informal entre a estagiária a utente e a sua irmã e que durou cerca de 30 minutos. Ouvi as queixas da utente e da irmã em relação à mudança de quarto e em relação à qualidade da comida no centro, foi dito à utente se queriam que eu reportasse esta conversa em contexto informal à orientadora de estágio o que foi respondido afirmativamente. Reportei, por me parecerem preocupações legítimas e que podem estar a gerar desconforto na utente, reportei à Psicóloga orientadora no sentido de quem de direito resolver o problema da utente em relação às suas preocupações.

Sessão XIV

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 14/07/2017, estava muito ansiosa e preocupada quando a irmã a deixou no gabinete para a sessão. Disse que o fisioterapeuta lhe tinha pedido a sua opinião sobre as duas estagiárias e que lhe pediu, para ela escrever uma reflexão, mas tinha sido para as 15h e então estava uma coisa incompleta, também tinha um desenho feito. Pediu para eu ler e nesse instante entrou o fisioterapeuta muito apressado, levou o que ela tinha escrito e ela nem teve tempo, nem se lembrou do desenho, então pediu o número dele ou uma forma de lhe fazer chegar o desenho já que ele só iria ao serviço na próxima semana 4^a. Contatei a minha orientadora e o assunto ficou resolvido e a utente ficou mais calma, mas, comentou que ele não iria perceber nada do que ela escrevera. Começou a queixar-se da irmã hospitaleira, que agora implica com a cadeira, dentro da capela, que ocupa muito espaço na passagem, ao que lhe foi dito mas, essa situação de estar nessa cadeira não é de agora. E ao que referiu “*pois, mas o que quer, ela implica. Não me basta a minha irmã, a querer que eu deixe o meu ateliê, até a irmã A, mas a minha irmã, que passa o tempo todo a querer eliminar-me é como se eu não existisse... mas eu vou telefonar para a senhoria e resolver eu o assunto. Como pensa fazer?*” “*Vou continuar tenho muita coisa de valor, e eu um dia vou voltar, é mesmo aqui ao lado, faço obras e pronto*”. Se for esse o seu desejo. “*Sim é*”. E o

que posso fazer para a ajudar com esse tema da sua irmã? Pensei que as coisas estavam mais calmas, na última vez que falamos. *“Sim, as vezes está melhor, mas está sempre a corrigir-me que estou isto que estou desmazelada, que estou suja (...) mas eu digo-lhe para me deixar em paz já é mau estar nesta cadeira (...) o que vale é que já decidi o que fazer com ela a TAP (terapia da aceitação e paciência) risos”*. Parece que já sabe lidar com ela, mas ainda se chateia muito. *“Sim, porque é que ela não vem dia sim dia não, assumiu isto como um trabalho e não me larga”*. Experimente dizer-lhe isso. *“Já disse, mas ela faz o que quer (...) enfim, uma coisa que aconteceu foi a visita da minha irmã mais velha, tem 90 anos, e esta minha irmã foi logo buscar uma cadeira de rodas e andou com ela para todo o lado, mas depois nunca saiu do pé de nós, eu já não a via há mais de um ano e ela, sempre à escuta do que eu dizia (...) gostaria de ter ficado a sós com a sua irmã e não aconteceu”*.

3.1.3. Reflexão Clínica

A recolha dos dados por intermédio da anamnese foi fundamental para a compreensão e contextualização da problemática do caso clínico da utente designada por H.

Por outro lado, foi de extrema importância a consulta ao processo da história clínica antecedente ao seu ingresso no centro, pois seríamos tentados a pensar que a utente devido à extensão das lesões provocadas por AVC poderia apresentar défice ao nível das capacidades cognitivas e estar a sofrer de uma depressão. Não obstante, o primeiro pensamento ser tido em consideração, seria o fato, tal como a própria o descreveu, comparado a um *“tsunami”* provocado por AVC, que de forma avassaladora, deixou sequelas em todas as dimensões humanas, desta mulher, físicas e psicológicas.

Os testes não revelaram nem deterioração cognitiva nem depressão.

O que se pode verificar é que a utente se apresenta em recusa permanente pela aceitação de tanto sofrimento e pela condição de dependência de tal forma que, na primeira sessão referiu *“ter muita dificuldade em falar dela própria, porque é muita coisa”*.

Inicialmente, ainda se poderia equacionar que a situação *per si* seria suficiente, para entender o comportamento ansioso, a desilusão que sente e os sentimentos de insegurança pelo futuro, porque H. refere *“que nunca se imaginou na situação de dependente de terceiros e de uma cadeira de rodas”*, nem tão pouco como residente num centro, onde num passado muito recente, já tivera sido voluntária *“é muito diferente ser nesta casa voluntária ou viver aqui dia e noite”*.

Pois, estava espelhado no seu rosto, muito sofrimento e sintomas de ansiedade (dor , angústia) principalmente, na gestão das suas expectativas em relação à evolução da doença,

também na vida diária no centro geriátrico, sentia muita dificuldade na realização das ABVD e na realização dos exercícios de reabilitação física e que muitas vezes, dizia sentir-se cansada e com um sentimento de impotência e descrença, mas ainda assim, a sua perseverança levava-a a acreditar que não podia desistir de “*si própria*” “*cheguei a rejeitar a minha mão, a beliscá-la a bater-lhe, não a queria estava morta, não me pertencia...claro, esta mão é minha, mas não a via como tal, ainda vai fazer muita coisa eu já a imagino a mexer. Quero escrever sobre isto*”. Ora, esta perda de autonomia, verificou-se ser também a causa de muita da ansiedade manifestada pela utente, mas também o fato de ter ao seu lado e todos os dias uma irmã a M. (a única com disponibilidade para cuidar dela e fazer-lhe visitas) que lhe causa, muito stress e frequentemente episódios de ansiedade, pelo comportamento intrusivo, autoritário e hostil perante a condição de incapacidade da utente e cuja atitude, parece manifestar nesta, uma ambivalência de sentimentos. Embora seja interessante pensar, que esta irmã tem antecedentes de depressão e a sua relação com H. e com a própria filha sempre foi de conflito, neste momento desempenha o papel de cuidadora e pode refletir segundo os autores, sintomas de desgaste/stress associados ao efeito de cuidar e ao isolamento social em que se encontra, sem outra rede de apoio e pode apresentar sintomas de ansiedade, depressão, esgotamento, irritabilidade, negação ou raiva (Sequeira, 2007). Contudo H. refere a “*falta de ar*” que a irmã lhe causa, por se colocar segundo as suas palavras “num pedestal” e diz várias vezes que o que ela sente não é doença é mau feito (...) *Implica com tudo (...) porque pareço uma pedinte e não me arranjo (...) porque tenho os dentes sujos e lava-mos porque eu não os sei lavar (...) porque deixo cair a comida (...)* “*Sufoca-me, ela é, eu posso quero e mando*”.

Desta forma, o acompanhamento psicológico à utente foi marcado, por muitos avanços e retrocessos, no sentido em que, e utilizando a própria expressão da utente o “tsunami” ainda está muito presente, e cada sessão era um desafio, onde o único objetivo era promover à utente um tempo de escuta ativa, através de respostas empáticas que proporcionassem à utente, minimizar o seu sofrimento, através de uma melhor compreensão de todas os domínios afetados.

Tal parecia, possível, H. evidenciava a cada sessão, uma melhoria na espontaneidade com que falava dos seus sentimentos, associados a eventos da sua vida passada e presente. Parecia mais forte, com vontade de encontrar em si própria, as competências necessárias para lidar com o seu estado atual, de doença e dependência. Existiram, momentos em determinadas sessões, que parecia existir aceitação do fato de não mais voltar para a sua casa, pois ganhou consciência que era agora, uma mulher institucionalizada.

Na maioria das sessões a utente sorria e parecia mais otimista, noutras sessões, chorava, e por vezes, revelava sinais de humor deprimido, associado a sentimentos de revolta e desesperança.

A dicotomia dos sentimentos, que a utente manifestava, em relação à sua irmã M. ao longo das sessões, parecem terem sofrido alguma modificação e aceitação. H. em relação à irmã, manifestou em dada altura, a compreensão, do quanto também esta, se preocupava com ela, apesar de ter muitas atitudes que a deixavam ansiosa. Quando lhe perguntei, “e o que posso fazer para a ajudar com esse tema da sua irmã? Pensei que as coisas estavam mais calmas, na última vez que falamos. *“Sim, as vezes está melhor, mas está sempre a corrigir-me que estou isto, que estou desmazelada, que estou suja (...) eu digo-lhe para me deixar em paz já é mau estar nesta cadeira. O que vale é que já decidi o que fazer com ela a TAP (terapia da aceitação e paciência) risos (...) é verdade, não estou incapaz, sei dizer o que se passa comigo. Não sou a criança que ela quer ou pensa que sou”*. Ainda refere *“que a trata como a um bebé”* ao que foi dito “ali está a sua irmã preocupada para a levar a lanchar” (risos) *“pois está, a verdade é que ela é a única que se preocupa, já deve ter o chá, eu vou beber e vou descansar”*.

Em síntese, a utente revelou-se, uma pessoa resiliente e que apesar, da sua condição, procura alternativas, para as vicissitudes, que a vida lhe causou, sente, que podia ter feito, mais pela sua saúde e ainda se culpa, por ter chegado ao ponto, de ter sofrido um AVC, mas ressalva, que tem, de aprender a lidar com as consequências, revela otimismo, quando se propõe, voltar a pintar ou até, fazer o tão desejado doutoramento.

Parece importante, a continuidade do trabalho com a utente H. de acompanhamento psicológico, em virtude do processo de reabilitação se encontrar numa fase precoce e porque as sessões de acompanhamento psicológico, parecem ter melhorado o seu bem-estar psicológico.

3.1.3.1. Reflexão Pessoal

Para mim, o contato terapêutico com a utente, foi de uma particular complexidade, foi o desafio mais marcante, ao nível pessoal, no local de estágio. Senti-me confrontada, com uma situação de vida (risco de AVC) que pode acontecer a qualquer um de nós, em qualquer altura da vida. Neste caso, estava na presença de uma mulher, fragilizada, arrasada, desiludida, incrédula sem esperança quer na sua recuperação quer na aceitação desta nova condição de doença e falta de autonomia. Era capaz, de sentir o sofrimento e a intensidade das palavras de H. e estas, ecoavam em mim, de forma igualmente intensa e desconcertante. O esforço, para manter o distanciamento necessário, foi muito e só ao fim das primeiras sessões, percebi que estava

realmente, a colocar em prática, tudo o que aprendi ao longo de cinco anos, sobre o Modelo Rogeriano, estava a desenvolver capacidades de relação empática, com um discurso com orientação não diretivo, o que possibilitou à utente sentir-se compreendida, escutada e respeitada.

A relação ficou mais fortalecida de sessão para sessão e H. expressou muitas vezes, que se sentia muito confortável e tinha confiança, para falar de temas, que ou nunca, tinha falado com ninguém, com receio dos juízos de valor (que tantas vezes a irmã lhe tecia) ou porque tinha a perceção, que não lhe faziam sentido e de repente, “sente” que faziam todo o sentido, em serem partilhados, como por exemplo, eventos passados que lhe tinham causado ansiedade como a morte da sua mãe, ou voltar a recordar a primeira vez que tivera “caído” e como consequência foi parar ao hospital, onde lhe receitaram medicamentos e recomendaram que fizesse mais exames e ela decidiu não o fazer, sobre este episódio, julga, ter sido um “aviso” antes do AVC, até refere o fato, de não tomar a medicação para a HTA, mas, afinal desde os 40 anos que sabia, que era hipertensa e que a medicação era para a vida.

A utente marcou-me profundamente nas várias dimensões da vida humana, mas principalmente a experiência que “levo na bagagem” para a minha vida de futura psicóloga, um exemplo de força, de determinação e de luta diária, apesar de muito sofrimento. Porque H. acredita, que vai andar e mexer todo o lado esquerdo e refere *“e que vai ser assim, uma coisa de repente, como quando percebeu que não podia tratar mal uma mão que lhe pertencia (...) a vontade que tem para pintar e talvez escrever sobre esta terceira mão (...) sente-se grata, por ter a capacidade de pensar preservada e refere (...)ter sido uma grande sorte estar viva, porque uma grande % de AVC resultam em morte”*.

3.2. Apresentação do Caso A.

A utente designada por A. tem 90 anos, é viúva, mãe de um filho do qual recebe visitas frequentes no Centro e tem netos que vê com regularidade aos fins de semana quando vai a casa do seu filho e nora. Entrou em meados do ano 2008 por sua vontade no Centro Geriátrico, vinda de outro Centro onde não gostava de estar, aqui é residente e refere gostar, porque tem tudo o que lhe faz falta e é bem tratada.

Desloca-se em cadeira de rodas, sente que o seu estado de saúde se está a deteriorar de dia para dia e refere muitas vezes angústia pelos pensamentos de finitude e manifestação de alguma ansiedade de causa desconhecida.

Recorrentemente tem crises de debilidade intestinal e fica de cama, também se constipa com facilidade e fica com sintomas de tosse, que a deixa sem paciência para participar em atividades onde exista muito ruído, mas tenta contrariar a sua vontade, por achar que a cama

não dá saúde e por isso quer continuar a ter uma participação ativa enquanto residente do Centro.

É colaboradora do Jornal do centro, escreve artigos, quando lhe pedem para o fazer, participa nas visitas externas, ainda que vá limitando, criteriosamente as suas escolhas, quer pelo seu interesse, quer pela sua limitação motora, porque se cansa muito. Gosta de se recolher no seu quarto onde costuma ler, pintar mandalas e ouvir rádio.

Manifesta muitas vezes pesar pelos seus amigos que já partiram e pelo isolamento que diz sentir de outras pessoas amigas, que não vê há algum tempo, por este motivo, sente que está isolada dos amigos e quando tem a notícia que alguém partiu, fica muito triste e sonha com os seus conhecidos que já faleceram e retorna ao pensamento, sobre si própria e a sua situação atual.

Foi referenciada pelo médico psiquiatra (a quem recorre para pedir vitaminas com receio que a memória possa falhar) para acompanhamento psicológico o que não é novidade para esta utente pois sempre tem tido este tipo de intervenção no Centro.

Refere que o tempo das sessões é terapêutico, pois permite-lhe falar sobre si e sobre as suas angústias, sente-se compreendida e ajudada na forma como lida com a doença, a dor física e a dependência física.

3.2.1. História Clínica

Avaliação Psicológica (Entrevista)

As sessões de acompanhamento psicológico iniciaram dia 8 de outubro de 2016 e terminaram no dia 11 de julho de 2017, num total de trinta e duas (32) sessões. Na 1ª sessão foi estabelecido o contato e seguiram-se três sessões para a recolha de dados para a anamnese e teve a supervisão da orientadora. Foram ainda considerados os dados dos testes da última reavaliação neuropsicológica em 29 de junho de 2016 com a aplicação da Escala de depressão Geriátrica, com o resultado de 8, o que remete para ausência de depressão.

Devido ao extenso número de sessões, serão descritas vinte e uma (21) como critério definido para a necessária, contextualização, compreensão e evolução do caso.

Dados pessoais

A utente A. é natural de uma antiga colónia portuguesa, tem 90 anos, é viúva, tem um filho. Avó de três netos. Era residente desde 1974 no concelho de Lisboa com o marido e filho. Atualmente reside num Centro Geriátrico como demonstra a figura 4, representativa do mapa das relações familiares geracionais que demonstra a qualidade e intensidade da relação.

Figura 4. Genograma representativo da tipologia relacional e comunicacional obtido pelo program genopro para o tipo de família da utente L. (Genopro 2016)

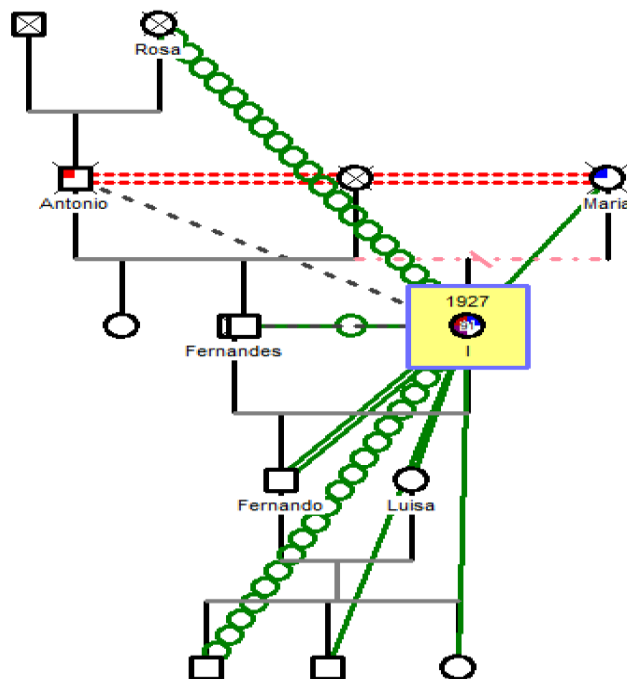


Figura 4. No genograma podemos observar que a utente mantém uma relação afetiva com o seu filho, nora e netos.

Primeiro contato

I. Tem aspeto cuidado, simpática e sorridente, discurso fluído, fala baixo e pausadamente, estatura média, cabelo branco muito cuidado. Nota-se algum cuidado na forma de vestir, no entanto, é discreta e sempre elegante, usa colares, anéis e não se esquece do relógio. Auto desloca-se numa cadeira de rodas, porque as pernas já não permitem fazê-lo de outra forma.

Setting

As sessões de acompanhamento psicológico decorreram às 12h de 6^a com a duração de 60 minutos, no gabinete de psicologia à porta fechada, permitindo toda a privacidade.

Pedido

Num primeiro momento a utente A. foi reencaminhada pelo médico psiquiatra, por esta manifestar sintomas depressivos, contudo, já estava a ser acompanhada por estagiária de psicologia, que após termino do estágio e por indicação da Psicóloga do Centro , passou a ter continuidade do acompanhamento psicológico pela nova estagiária.

Ultimamente tem tido episódios de insónias, o que a deixa mais cansada. Sente que o seu estado de saúde se está a deteriorar de dia para dia e refere muitas vezes angústia pelos pensamentos de finitude e manifestação de alguma ansiedade de causa desconhecida.

O acompanhamento psicológico visa promover uma compreensão de si própria e das suas queixas e melhorar o seu bem-estar psicológico.

História clínica

Historia de doença atual: Hipertensão; insulínica (desde o falecimento do marido) fratura do colo do fémur; polimedicada; (devido a comorbilidades com a doença de diabetes e HTA); antecedentes pessoais: psoríase (ligeira), doença osteoarticular, diagnóstico provisório de síndrome depressivo com ansiedade (faz medicação ansiolítica) preocupação excessiva com situações familiares, insónias ocasionais, insónia, mantém insónia, pesadelos, tosse expetoração, apéptica, obstrução nasal. Ao longo do tempo fez várias cirurgias: Primeira cirurgia ao apêndice; cirurgia a um mioma, cirurgia às cataratas e cirurgia ao fémur (esquerdo e direito). Com frequência, faz tratamentos de fisioterapia e massagens, para aliviar as muitas dores físicas, que diz sentir todos os dias. Enquanto, foi conseguindo, deslocava-se através de um andarilho mas há cerca de 3 anos para cá, utiliza uma cadeira de rodas, mas ainda é a própria, que se autodirige e diz continuar a fazê-lo, para exercitar os braços, apesar de por vezes, se sentir cansada e recorrer à ajuda dos técnicos e refere que “*não gosta de dar trabalho*”.

Apresenta, frequentemente, sentimentos negativos tais como, desespero e ansiedade no dia a dia e atribui esse fato ao número de horas de sono (entre 5/6). Por vezes, preocupação e angústia em relação a si e aos outros e uma visão negativa do futuro.

É insulínica e sabe que existe o risco de Hipo/hiperglicemia o que a destabiliza, muitas vezes e gera episódios de ansiedade e a mantém, num estado de alerta, em relação à alimentação e aos sintomas associados, mesmo no período noturno.

História familiar

A utente nasceu numa antiga colónia portuguesa a mesma da origem da família da mãe. A sua mãe trabalhava como empregada doméstica em casa da avó do pai, conhecem-se e engravida. Nasce A, fruto de uma relação extraconjugal por parte do seu pai que já era casado e após o seu nascimento, o pai regressa a Portugal para junto da sua família, mulher e filho no distrito de Lisboa. É a avó paterna que toma conta da sua educação quando a coloca num colégio de freiras até à adolescência. A sua mãe, continua a ser a empregada interna, que presta serviços domésticos à avó sua paterna e mantém-se perto da filha desta forma, nunca casou e acabou por falecer de doença prolongada, pouco depois, da morte da avó paterna.

Mesmo afastada do seu pai, considera que teve uma infância feliz, não fala da sua vida no colégio, mas diz ter tido uma relação harmoniosa e afetuosa com a sua avó materna, de quem cuidou na doença e a quem acompanhou até ao dia da sua morte.

Casou aos 16 anos com um homem mais velho e dessa relação nasceu um filho, inicialmente ficaram a viver na casa da sua avó, depois foram viver para uma casa próxima, e assim, poder assegurar cuidados à avó e à sua mãe quando necessários.

Recorda os longos passeios de mota que fazia com o marido e mais atrás, tem memórias da infância e início da adolescência do seu filho com saudade, já da forçada vinda para Portugal em 1974 na condição de refugiada com o filho de 14 anos e sem o seu marido, era difícil recordar, causa-lhe muita angústia.

Chegada a Lisboa com 35 anos foi recebida por uma associação de solidariedade social (IPSS) de ajuda humanitária, que ressalva ter sido a sua sorte, pela ajuda prestada, num primeiro momento a ela e ao filho e mais tarde, quando se juntou a eles o seu marido.

Aos 36 anos vai trabalhar numa estufa, de onde só saiu com a idade da reforma. O seu marido emprega-se numa empresa ligada à Energia e adoece, com problemas cardiovasculares que o levam a sofrer várias intervenções cirúrgicas, por cateterismo e acaba, por falecer em casa, ao seu lado, já o filho de ambos era casado e tinha 3 filhos, um deles, o mais velho, tinha uma relação muito próxima com o avô e a avó, com esta, ainda continua a ter, pois foi criado com eles.

Continua a trabalhar depois da morte do marido e na situação de luto que sofreu, foram as amigas de trabalho, que a apoiaram também o seu filho e nora, com quem ainda, tem uma boa relação.

A utente e o seu filho tinham conhecimento da existência de familiares da parte do pai mas nunca desejaram ter ou mantiveram qualquer tipo de relação, e o contato que A. teve com o seu pai, quando chegada a Portugal, era considerado distante e assim foi até à morte do seu pai.

Situação Atual

A utente no Centro Geriátrico, conhece praticamente todas as residentes e gosta de saber quem entra de novo, porque gosta de conviver, fala sempre, que tem oportunidade com os técnicos e principalmente com as residentes, que já conhece bem, em relação às pessoas novas mostra-se um pouco reservada. A utente, consegue fazer a sua higiene, com ajuda mínima. Alimenta-se e desloca-se, dentro do centro com alguma autonomia, apesar de, quando se sente cansada, pede ajuda para lhe empurrarem a cadeira de rodas.

Ultimamente, recolhesse-se no seu quarto, com maior frequência e aí lê, recorda o passado com fotos dela e do marido e filhos, pinta, vê televisão ou simplesmente descansa porque também ultimamente tem tido mais dores.

Relações Sociais e Afetivas

A utente mantém relações amigáveis com a maioria das residentes e considera pelo menos uma delas, como sua amiga e confidente.

Mantém uma relação de grande proximidade e afeto com o filho, nora e netos, que a visitam com regularidade e também a vão buscar para eventos festivos ou simplesmente, para irem a alguns restaurantes típicos de comida da sua terra e sítios que A. gostava de ir antes de ingressar no Centro.

Outra visita que recebe no Centro e que a deixa muito bem-disposta e feliz é a visita de uma amiga de longa data e que trabalhou com ela.

Durante o estágio a utente também recebeu a visita inesperada de um casal que em tempos, tinha ajudado com uma situação de vida difícil. E ainda, a visita de um grupo de colegas de trabalho, o que a deixou emocionada e muito grata.

Ocupação no Centro

Considera que tem uma rotina diária que lhe permite saber exatamente o que tem para fazer e não prescinde da aula de tai-chi, para melhorar a mobilidade, quando sente necessidade faz massagens e sessões de fisioterapia para aliviar a dor generalizada. Gosta de escrever e escreve com regularidade, artigos para serem publicados no Jornal, editado no Centro. Faz farte de um Grupo de opinião e só se estiver doente é que falta à reunião quinzenal. Gosta muito de ler revistas, livros, também assiste às notícias na televisão porque gosta de estar atualizada. Gosta de participar nas atividades lúdicas do Centro, como os passeios a Fátima, ainda que, ultimamente, sente mais vontade, de passar mais tempo, no seu quarto, pois, muita confusão, diz incomodá-la. Prefere estar sozinha.

Avaliação Psicológica (instrumentos)

No âmbito da continuidade do acompanhamento psicológico, foram considerados os resultados dos testes da última reavaliação neuropsicológica em 29 de junho de 2016, realizados pela anterior estagiária, com a aplicação da Escala de depressão Geriátrica, com o resultado de 8, o que remete para ausência de depressão. Verificou-se a necessidade de realizar uma reavaliação neuropsicológica dia 17 de janeiro de 2017, devido a queixas de memória e angústia relatada pela utente e manifesta excessiva preocupação em relação à possibilidade futura de

vir a desenvolver doença de Alzheimer. Foram aplicados os seguintes testes (EADA, CDT e MMSE).

Análise de resultados

O resultado da aplicação da Escala de Depressão geriátrica A. obteve o resultado de 8, o que remete para ausência de depressão. Persiste pelas queixas sistemáticas da utente a probabilidade / hipótese de A. sofrer de uma Perturbação Depressiva com Outra Especificação (DSM V, código de diagnóstico 311 (F32.8) – Episódio Depressivo Com Sintomas Insuficientes).

Dos testes aplicados em 17 de janeiro de 2017, os resultados foram os que se seguem:

MMSE – Obteve 29 pontos o que não indica défice cognitivo; (o resultado foi semelhante a avaliação anterior);

EADA – Obteve 5 pontos; com pontuação acentuada, mas não relevante na evocação de palavras; logo sem indicação de deterioração; (o resultado foi semelhante à avaliação anterior);

CDT – Obteve um resultado de 9 pontos; o que remete para uma boa organização espaço e tempo (o resultado foi semelhante ao resultado anterior).

Perante os resultados apresentados e na presença das queixas de A. importa referir, que o objetivo do acompanhamento psicológico visa proporcionar à utente, uma melhor compreensão e aceitação das suas queixas para aliviar o seu sofrimento, permitindo que consiga maior tranquilidade e bem-estar psicológico.

3.2.2. Acompanhamento Psicológico – Contato Terapêutico

Sessão I

A primeira sessão decorreu a 08-11-2016. Esta sessão teve como objetivo estabelecer o contato e fazer a ponte do acompanhamento psicológico entre a anterior psicóloga estagiária, de quem falou de forma carinhosa e manifestou sentimentos de esperança, para que tudo lhe corresse bem no futuro, ao elogiar a estagiária, a utente ainda manifestou que estas sessões lhe permitiam falar sobre si e até sentia, que deixava de pensar nas dores que tinha e pensava menos, em situações tristes que viveu.

Sessão II

Importa referir que para recolha de dados e para estabelecer a relação terapêutica entre a utente A, e a nova estagiária, foram necessárias três (3) sessões de acompanhamento psicológico. Desta forma o propósito, foi transmitir segurança e confiança para que a utente pudesse falar sobre si, o que quisesse, ou até mesmo não o fazer durante a sessão.

Assim, a utente no dia 21 /11/2016, manifestou uma atitude simpática e disponível, estava à porta do gabinete, porque ainda tem autonomia para se transportar na cadeira de rodas e também não se esquecia do horário das sessões de acompanhamento. Parecia estar à vontade ainda que um pouco reservada e iniciou a sua história. Chegou ao centro vinda de um lar que fechou e onde segundo ela *“não tive uma boa experiência”*. Ao que lhe foi dito, *“ parece que essa experiência a marcou”* ao que respondeu, *“sim, muito, mas fiquei muito feliz porque sempre quis vir para aqui e aliás nem sabia, e o meu filho já me tinha inscrito por isso me chamaram”* ao que lhe foi dito *“ essa noticia de entrar neste cento foi então uma boa noticia”* ao que respondeu, *“sim , foi muito bom, aqui sinto-me em casa, tenho tudo o que me faz falta, olhe até tenho de mais, que já pedi ao meu filho para me levar umas roupas, que já não me servem”* (sic).

Sessão III

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 13/12/2016, nesta sessão, A. estava muito bem-disposta, foi ter com os familiares porque no dia 8 continuam a comemorar o “dia da mãe”, afinal é dia de N^a S^a da Conceição e acha que assim deve ser, ao que lhe foi dito, “ fez-lhe bem esse passeio é bom estar com a sua família a festejar o dia da mãe, parece ter gostado muito” ao que a utente respondeu *“o almoço correu muito bem até os meus netos me ofereceram uma moldura muito bonita depois posso mostrar ou pode passar por o meu quarto está ao lado da cama”*.

Sessão IV

Nesta sessão de dia 20/12/2016 a utente referiu *“sinto-me, não sei, um pouco ansiosa”* ao que lhe foi dito “consegue explicar melhor o que está a sentir” ao que a utente disse *“mas não sei bem o que tinha, talvez um misto de saudades, tristeza, pelos Natais passados na minha terra, quando o meu marido era vivo”* ao que lhe foi dito “sente saudades dos Natais com o seu marido, mas, agora não passa os natais sozinha” ao que a utente respondeu *“ é isso, tenho de pensar que tenho alegria, por ainda poder estar junto do filho, netos e nora de quem gosto muito”* ao que lhe foi dito “ se por um lado sente saudades do natal onde estavam todos juntos por outro lado fica feliz por ter o seu filho, netos e nora de quem também gosta e a fazem feliz” ao que a utente referiu *“ na verdade dou graças a Deus por ainda ter uma família, a minha e a família aqui do centro, já cá estou há tantos anos...”*.

Sessão V

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 3/01/2017, a utente, entrou bem-disposta, mas com um rosto com sinais de cansaço. E começou por dizer *“ hoje não dormi muito bem os comprimidos em vez de fazer efeito à noite, fazem de manhã e enquanto estive à sua*

espera já estava quase a dormir” ao que lhe foi dito “ está com dúvida se os comprimidos fazem ou não efeito, porque os tomou e não dormiu” ao que a utente referiu, “ *sim, sim tenho de ir falar com o Dr. C, para ver se me receita outros ou se me aumenta a dose para dormir melhor*” (sic) ao que lhe foi dito “ talvez o que está a pensar seja a solução”.

Sessão VI

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 10/01/2017, A. estava bem disposta e sorridente, tinha trazido para a sessão a foto que o neto mais novo lhe tinha oferecido no Natal, referiu que “estava muito contente, e disse “ *este meu neto, tinha uma excelente relação com o falecido avô*” ao que lhe foi dito “ fica emocionada ao recordar essa excelente relação” ao que a utente referiu “ *sim ele adorava o avô e o avô fazia tudo por ele é que ficava com ele e o ia buscar à escola*” e começou a contar o episódio da morte do marido, que reviveu como se nesse dia estivesse a viver o acontecimento. Manifestou algum conformismo com a situação, e referiu “ *foi difícil, mas fui-me habituando*” e lembra-se de falar sobre o apoio que teve da chefe e colegas de trabalho, e refere “*a minha chefe na altura e as minhas colegas, não permitiam que eu ficasse de preto, quanto mais triste*” Diz gostar muito e ser a melhor coisa que lhe aconteceu e gosta de tudo até da comida, pois refere que algumas colegas são esquisitas e não comem e refilam sempre, ela não refila, disse “*estou mal recolho-me no meu quarto e faço os meus desenhos e ouço a minha música na rádio, às vezes até antes de dormir*” ao que lhe foi dito “foi a forma que arranjou para não se preocupar com comentários que não concorda” ao que a utente referiu, com um sorriso aberto e com a seguinte expressão “*sabe, são muitos anos sou das mais antigas aqui não sou a mais velha em idade mas a mais antiga*”.

Sessão VII

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 10/01/2017, A. apresentou-se com queixas, sentia-se cansada e tinha passado mal a noite, associou isso à dificuldade que teve em adormecer. De manhã teve dificuldade em se levantar, mas pensou que seria o melhor porque a cama não dá saúde a ninguém. A notícia da morte do Mário Soares fez-lhe confusão. referiu “ *está tudo a partir...qualquer dia sou eu*” ao que lhe foi dito, “parece incomodada com s notícias sobre a morte de alguém que conhece” ao que referiu, “ *sim, penso que qualquer dia será a minha vez*” ao que referiu “mas o Mário Soares estava doente e internado” ao que a utente referiu, “ *sim e eu estou com 90 anos ,mas há pessoas aqui, muito pior que eu, só sinto, que preciso de ir ao médico, pedir qualquer coisa para a memória e ver os medicamentos para dormir*” (nesse dia foi atendida pelo Psiquiatra do Centro que lhe receitou umas vitaminas para a memória e a reencaminhou para avaliação cognitiva para que ela ficasse mais tranquila foi reavaliada a 17 de janeiro de 2017).

Sessão VIII

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 24/01/2017, quando a fui buscar à sala de convívio, estava a dormir na cadeira, refere “*que estava um bocadinho debilitada, pois tinha estado de cama o fim-de-semana mal disposta e a vomitar, insistiram para eu ir ao médico mas eu não queria ir ao hospital e também já estava a ficar melhor*” e prosseguiu, “ontem segunda-feira, já me levantei, mas ainda me sinto, um bocadinho tonta, e sem forças e também sem apetite” ao que lhe foi dito “parece que pode ter sido algo que comeu e a fez ficar indisposta” ao que referiu “*pode ter sido sim, mas não estou a fazer dieta, como pouco, também a comida aqui é boa e não é nada que faça mal*” a utente começou a dizer que “*hoje só tenho ouvido notícias sobre o presidente dos Estados Unidos e penso nos refugiados, penso e lembro-me como foi comigo quando vim para Portugal, e era o meu país, mas estas famílias vão para países, onde as culturas são completamente diferentes não conhecem nada, mas este presidente, este, com este, não vai correr bem...agora já me sinto melhor...é bom falar com alguém...aqui é difícil falar com alguém, cada vez mais, entram pessoas com as quais, não se pode falar, têm problemas de cabeça, bom, afinal esta casa é mesmo para isso, se calhar, hoje não falei muito de mim, há dias assim...*” ao que lhe foi dito “este é um tempo para usar como quiser e falou do que quis, o importante é sentir-se melhor como referiu”.

Sessão IX

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 7/02/2017, começou por referir “*estava a ler uma revista na sala da televisão, com a intenção de não adormecer, para ter mais sono logo à noite*” ao que lhe foi dito “se faz sentido para si parece ótimo” e a utente manifestou satisfação com um sorriso, perguntei como se sentia e respondeu “*bem*” e refere, “*com um bocadinho de desarranjo intestinal, mas parece que não sou só eu...muita gente anda assim, eu até estou melhor do que a semana passada*” e continuou, “*sabe tenho pensado muito, como as pessoas são, e tenho pensado nas pessoas que já se foram, até foram bem cedo e olhe até de forma muito triste, aliás falo do acidente que o padrinho do meu filho teve lá na minha terra eramos muito amigo, parece que ...*” nem tive coragem de ir ao funeral, o meu marido e o meu filho é que foram, eu não consegui” ao que lhe foi dito “ficou muito abalada com toda a situação” ao que respondeu “*sim, muito, mas é a vida*”.

Sessão X

A sessão decorreu no dia 14/2/2017, quando fui buscar a utente, estava a ler um livro na sala de estar comum. Mostrou-se satisfeita por ir para a sessão. Começou por dizer que ontem e anteontem não tinha sido um bom dia, tinha tido muitas lembranças, ao que chama recordações...principalmente da sua avó...disse “*talvez por fazer anos que morreu, o que lhe deixa*

muita saudade.” Voltou às lembranças antigas, refere “ter sido criada com muito amor e carinho pela avó e de que tem saudades”. Pela primeira vez começa a falar da mãe e do pai...”este quando esteve em comissão de serviço ao exército, ele foi para casa da avó e lá estava a mãe como empregada, ele engravidou-a e regressou a Portugal, aliás até ao dia que o conheceu, já em Portugal na altura do 25 de Abril, “ o meu pai era casado...silêncio...e mesmo assim fez o que fez ”mas, aperfilhou-me tudo por intermédio da minha avó paterna e ela lá me criou, a mim e à minha mãe nunca nos deixou faltar nada, mas nunca deixou a minha mãe casar ou sair da casa dela, não tenho a certeza mas acho que foi assim” . “O primeiro encontro com o meu pai foi quando cheguei a Portugal sozinha com o meu filho, por ele nada sentia e conheci os seus filhos e mulher mas fui para uma casa abrigo”.

Sessão XI

A sessão ficou para depois do almoço. O que não fez nenhuma diferença à utente, porque também preferiu assim. Disse ter tido uma visita de um cãozito preto, que uma irmã hospitaleira trouxe e o que a levou a lembrar-se do P, e do B, os cães que teve e que já tinha referido anteriormente, serem a sua companhia. E com estes lembrou-se, que também está associado à M, vizinha que a ajudava sempre que ela tinha de ir ao veterinário com o B, era R, que a ia buscar ao veterinário de carro para ela não fazer o caminho a pé, ela morreu de cancro, deixou 2 meninas pequenas, agora devem ter perto de 15 anos, talvez. “Sabe, soube da morte dela aqui, foi muito rápido, muito rápido mesmo” ao que lhe foi dito recorda-se dela com saudade, ao que referiu “recordo-me dela sim...com saudade era uma boa amiga”.

Sessão XII

A sessão decorreu no dia 27/02/2017, a utente, estava sorridente, começou por dizer que tinha ido passar o domingo com o filho, nora e netos. Mas referiu “se era seguro ir para as Filipinas porque o neto mais velho lhe tinha dito que ia uma semana de férias para lá ter com um amigo”. Respondi que sim, e mostrou-se feliz por ele e mais tranquila. Disse ter sido uma parte do dia bem passado foram almoçar a Sintra ao restaurante e como sempre não se lembrou da diabetes e comeu um bocadinho de gelado de chocolate, como sobremesa, porque gosta muito, mas não lhe fez mal. Refere que “sente muito carinho de todos”, e depois diz “que ainda fica com mais saudades de estar com eles”. Ao que lhe foi dito , parece que quer prolongar esse bem estar estando mais tempo, ao que respondeu, “por isso fico com tudo o que se passou na cabeça, lembro-me a forma cuidadosa como o namorado da minha neta me trata, sempre com cuidados para que eu me sinta bem” e continuou “mas eu depois do almoço, por volta das 15h pedi para me virem trazer, a esta que considero ser a minha casa, é aqui que me sinto bem, cheguei, e fui para o meu quarto, estava tão cansada, sabe são já 90 anos, e estive

a descansar ou talvez a dormir até perto da hora de jantar”. Para si é importante a relação com as pessoas, parece que o tempo passa mais rápido...” Sim, gosto de fazer coisas novas e ter a cabeça ocupada, é a forma de não pensar no tempo que me falta que deve ser pouco, já tenho 90 anos e tenho visto muita gente partir”. Por outro lado, sabe que todas as pessoas de família têm muito cuidado consigo e querem que esteja bem...” sim é verdade o meu filho a minha nora, os meus netos e o namorado da minha neta, só querem que esteja bem e eu também quero continuar a estar com eles”.

Sessão XIII

Esta sessão decorreu no dia 28/03/2016, recordava a morte do médico de quem era amiga entrou bem-disposta na sala para a nossa sessão e começa por referir *“Já estava à sua espera, estava farta de estar na sala, não falar com ninguém é a pior coisa, aqui sempre falo sobre as minhas coisas e queria, trouxe estas fotos de quando era nova para lhe mostrar”*, mostrou fotos do filho do marido da mãe e do avô e de uma tia, eram fotos muito antigas, mas que a utente, guarda para se lembrar dos tempos em que tinha acabado de casar. Recordou e foi contando como tinha nascido o filho, e a alegria que sentiu ela e o marido, ainda contou histórias do cotidiano e da sua terra natal e ainda recordou o medico que a assistiu e de quem era amiga, era um amigo da família. Ele morreu de uma maneira trágica. Como assim de uma maneira trágica? *”Sim apareceu morto no serviço, acho que foi uma máquina que fez curto circuito. Ninguém sabe, mas foi uma morte trágica, deixou duas meninas, eu nem tive coragem de ir ao funeral.”* Sentiu-se muito abalada com isso. *“Sim, muito, mas o meu marido foi, mas tudo passa”*.

Sessão XIV

Esta sessão de acompanhamento decorreu no dia 11/04/2017, hoje estava muito cansada, não tinha dormido nada, *“às 5 da manhã vieram pôr-me a arrastadeira porque estava cheia de dores de barriga alguma coisa me fez mal ao jantar. A comida está pior que nunca, tomo 3 comprimidos para dormir e ontem tive de pedir mais um pois não conseguia dormir e depois lá dormi, mas sempre preocupada e não tenho muita razão para estar preocupada. Mas cada vez mais lembro-me de quem fazia parte da minha vida e já partiu, depois penso quando será a minha vez”*. está preocupada com o tempo que ainda lhe resta, mas por outro lado, está muito bem quando comparada com outras senhoras que aqui estão, apesar de tomar tantos comprimidos, vai andando e ainda faz muita coisa. *“Sim isso é verdade, não me posso queixar (...) é verdade. Agora vem aí a Páscoa e vamos estar todos juntos, os meus netos o Luís tem 38 anos, o Ricardo que foi aquele que me ofereceu aquela fotografia que lhe mostrei, tem 36 anos e a Tânia é muito minha amiga, tem 34 anos e agora tem um namorado que é muito gentil,*

ele no outro dia ajudou-me a sair do carro e foi ele que me levou para o restaurante é como se fosse também meu neto”. Todos parecem gostar muito da sua companhia. “Sim é verdade e o meu filho e a minha nora são incansáveis sempre preocupados comigo. Olhe é mais um dia, tenho de fazer e faço tudo para estar cá com eles, mas cada vez me custa mais, sair daqui saio, mas gosto de regressar cedo”.

Sessão XV

Esta sessão decorreu no dia 2/05/2017, a utente, estava desejosa para falar sobre o que tinha acontecido no quarto dela. *“Já tiraram a J; do meu quarto, estava a ser uma situação impossível, além de me mexer nas gavetas, escondia as coisas e depois dizia que não tinha sido ela, eu não queria uma pessoa a mexer nas minhas coisas. Depois ficava com o <senhor doutor> todo à mostra porque tirava as fraldas ali no meu do quarto. Ela coitada sei que é doente, mas falei com a irmã hospitaleira e finalmente saiu”. Era uma situação que a estava a incomodar, “sim, claro que sim, já não tenho idade para estas coisas estou cá há muito tempo e quero estar sossegada. Ela andava sempre a mudar as coisas e tinha muita tralha” ficou contente que ela tivesse mudado de quarto. “Fiquei, sim agora é um sossego”.*

Sessão XVI

Esta sessão decorreu no dia 16/05/2017, a utente já se sentia melhor. Disse que devia ter sido uma constipação terrível, o pior era a tosse, tanto está frio, como muito calor e deve ter apanhado uma corrente de ar, porque as empregadas deixam as janelas todas abertas, *“compreendo que têm de limpar, mas podiam ter mais cuidado e não têm”.* Mas já está melhor. *“Sim, mas estou a precisar de uma massagem, tenho de ir ao Dr. ando com umas dores aqui de lado, que me incomodam, deve ser de andar a empurrar a cadeira, já me sinto muitas vezes cansada e para não incomodar as auxiliares às vezes nem lhes digo para empurrarem a cadeira, Outras vezes elas mostram má cara e eu nem lhes digo nada.”* É uma situação que a incomoda ter de estar dependente. *“Nem imagina como, mas felizmente que ainda faço a minha higiene sozinha, e Deus me permita que o possa fazer durante muito tempo.”*

Sessão XVII

Esta sessão decorreu no dia 23/05/2017, inicia a conversa falando do passeio que fez a Fátima. E refere *“ Fátima é mágico, subi para o autocarro de elevador, andei o tempo todo com a sobrinha da Irmã M; que é novinha e não ligava ao que estava a fazer, quem me valeu foi a C. e a F. porque sabe as nossas limitações”.* Gostei muito da viagem, da missa de rezar o terço, o almoço, estava tudo muito bom. De regresso sentei-me no banco de trás e relaxei, nem dei pelo tempo de viagem”. *“Então foi bom para si. “Foi, sim, mas sinto que estou mais fraca, mais debilitada. Este ano é que é o último”.*

Sessão XVIII

Esta sessão decorreu no dia 30/05/2017, A, tinha vindo de uma sessão de fisioterapia, *“fiz saco quente e frio, sinto-me mais aliviada, mas depois as dores voltam”*. Sente que essa dor está a incomodá-la mais do que queria. *“Sim, é uma moinha que passa com os tratamentos, mas volta. O que me vale são os comprimidos para as dores à pouco tomei e como fiz o tratamento agora não me dói muito, mas começo a andar com a cadeira e este gesto com o braço, dói-me. Olhe, são muitos anos, muitos anos quase 90, é o que é, mas quando penso que existem aqui pessoas piores que eu, principalmente de cabeça, penso que eu estou muito bem para a idade (...) ontem tive uma visita da minha vizinha, a F. gostei muito de falar com ela, deixei bons amigos lá fora”*. Sente-se satisfeita por ter amigos que a vêm visitar. *“Sim, amigos e a minha família. Sinto que tenho ainda um papel importante na união da minha família”*. O que a leva a dizer isso. *“A minha nora, é filha única, a mãe dela abortava muito e ela foi muito desejada e dá muito valor à família, é muito minha amiga, o meu filho é filho único, eu sou a única avó viva dos meus netos e eles estão sempre preocupados comigo, mas quando vou lá ao fim de semana, todos fazem os possíveis para estar presentes, e têm muito carinho por mim e eu por eles”*. Sente-se muito acarinhada e desejada é muito bom. *“Sim e por isso estou sempre a fazer desenhos para eles, pinturas e eles adoram, já me ofereceram mais um livro, mas já me é difícil pintar, bordar nem pensar (...) em Fátima peço sempre a Nossa Senhora, por todos e pelo mundo, apesar do cansaço da viagem, venho renovada. Vale a paz. Um dia deixamos tudo, tudo se acaba. Foi muito gratificante para si esta viagem (...) é verdade foi mesmo”(sic).*

Sessão XIX

Esta sessão decorreu no dia 6/06/2016, a utente, começa por dizer que voltou a estar constipada, mas não como da última vez, desta vez era a expetoração que a incomodava mais, mesmo assim, ficou na cama e comeu lá, com medo de apanhar alguma corrente de ar, outra vez. Não foi tão mau então como a última vez. *“Não, risos, confessa que o filho quando ela tinha 60 anos lhe disse que não vivia muito mais, e ela neste momento tem 90 anos(...) diz estar agradecida à vida, e vai falando com as senhoras que entram de novo no centro ou com as mais novas que estão piores que ela, sou muito otimista”*. Sente que tem força para levar a vida com otimismo mesmo nessa cadeira de rodas. *“Sem dúvida, tenho a minha cabeça bem, aos contrários da maioria das senhoras aqui dentro e das que ultimamente têm entrado. O meu maior desejo é dar algum conforto às pessoas que falam comigo, e agradecer a velhice com o conforto que tenho aqui, e tudo o que a nossa idade precisa”*. É muito agradecida. *“Sim sou, todos os dias, e custa-me, revolta-me quando há pessoas que nunca estão satisfeitas. Sei dar o valor ao estar sozinha em casa, e estou aqui muito satisfeita há anos (...) claro que todos os*

sítios têm defeitos, mas há pessoas que refilam por tudo e por nada (...) claro que tenho saudades do grupo que tínhamos no início, mas a maioria já não está cá como a E, mas ainda temos muita coisa boa, como falar consigo por exemplo”.

Sessão XX

Esta sessão decorreu no dia 27/06/2017, a utente, entrou queixosa. “Estive a fazer tempo para vir para aqui estava desejosa de sair da sala, está muita gente e cada uma queixa-se para um lado (...) não existe ninguém para falar de forma normal, por isso estive a ler esta revista (nova gente) pedi para comprar.” Foi a forma que arranjou para estar entretida.” Sim, como sabe tenho as minhas pinturas e ouço rádio, as notícias já me chateiam prefiro a música, e (...) também tenho andado esquisita, esta dor não me larga.” Tem ido aos tratamentos? “Sim, tenho, mas depois volta outra vez, deve ser, ou eu associo a um jeito que dei ao puxar o auto-clismo, e também de andar com esta cadeira, cada vez me custa mais e o elevador tem estado estragado, é uma chatice”. Peça ajuda sempre que não conseguir. “É isso que faço, mas depois há falta de pessoal, sabe como é, lá vou andando”.

Sessão XXI

Esta sessão decorreu no dia 4/07/2017, a utente, diz continuar com a dor ao que lhe foi dito, parece exausta por essa dor não passar. Ao que responde “pois, mas continuo com as massagens e aliviam, mas não há muito mais a fazer é a velhice (...) mas cada vez mais me apetece estar sossegada”. No seu canto com as suas coisas. “Sim, sinto que a força está a diminuir são 90 anos.” Pois é verdade. Tem aí um livro o que está a ler? Ao que referiu “é um policial <garota sem importância>” e está a gostar? “Estou, eu gosto muito de ler foi o meu filho que me trouxe, é também uma história de amor, do tempo dos Padres Jesuítas (...) esta história lembra-me os passeios de mota que dava com o meu marido, as paisagens, onde fui tão feliz”. Parece ter emoções que a fazem voltar aos tempos em que foi muito feliz com o seu marido“. Sim, o nascimento do meu filho, os amigos, mas também aqui fui e ainda sou feliz, desde a morte do meu marido, essa noite nunca me vou esquecer. E começo a pensar se eu tivesse feito de outra forma (...) mas o que ele queria era morrer e o seu último suspiro foi ali nos meus braços, depois a casa encheu-se de gente, penso que já lhe contei” sim, mas pode falar se isso lhe fizer sentido. “deixe, são coisas que me veem á cabeça quando estou no silencio do meu quarto, vejo tudo como se fosse um filme.” E sente-se bem? Sinto tristeza, saudades, mas tem ainda a capacidade de sentir e de saber o que está a sentir, a capacidade de recordar, “dou Graças a Deus por ainda ter memória, é verdade sou uma pessoa abençoada”.

Sessão XXII

Esta sessão foi a última e decorreu no dia 11/07/2017, a utente, estava com vontade de apanhar sol, escolhemos um sítio tranquilo no 2º andar, perto da sala de reunião onde estávamos à vontade para falar e o sol entrava pela janela. Disse que tinha acabado de vir da fisioterapia e tinha feito calor húmido, sentia-se um pouco melhor. Também tinha tomado um comprimido para as dores. Referiu que toma 26 comprimidos por dia, 11 de manhã, 3 ao almoço, 9 ao jantar, 3 ao dormir *“e um SOS quando preciso, e ultimamente tenho precisado”*. Parece que os comprimidos são o que a trazem de pé, *“Sim”*, risos. Parece que lhe fazem mesmo falta e deve estar bem medicada, porque não tem assim doenças de maior, pois não? *“até dizem que tenho a diabetes alta, mas está sempre bem, eu até me esqueço das doenças que tenho, sinto-me bem”*, e tem uma pele ótima. *“Pois, risos, nem um creme ponho, acredita? Antes usava uma pintura nos olhos, o <surmao> o que é? “É um lápis de carvão de olhos, punha aqui por baixo e parecia que estava toda pintada, depois sempre usei um pó de arroz muito bom e batom”* muito bem. *“Não sei se já lhe contei como vim para Portugal”*. Não me lembro se disse, mas se quiser pode contar-me. (contou tudo até à chegada a Portugal, onde viveu até entrar para o 1º lar), considerou-se alguma vez uma refugiada? *“Claro que sim, somos obrigados a deixar a nossa terra e somos acolhidos por outra terra(...) a minha cultura, a língua não era muito diferente, mas vejo na televisão esses refugiados, crianças sem pais, eu vim com o meu filho e logo a seguir como contei tive a felicidade de chegar o meu marido e até nos arranjaram um quarto para ficarmos juntos, mas tenho muito pena desta gente (...) deixar a nossa vida que já estava toda planeada, é terrível (...) é um choque”*. Sentiu angústia durante o tempo em que não tinha notícias. *“Sim, todos os dias pensava, em tornar a vê-lo. Foi bom que isso aconteceu”*. Pois foi.

3.2.3. Reflexão Clínica

Os dados da avaliação psicológica apontam para a ausência de défice cognitivo e ausência de depressão. A anamnese permitiu a compreensão e contextualização da problemática do caso clínico da utente designada neste relatório pela letra A.

A utente A. evidencia queixas psicológicas associadas às dores e sintomas físicos. Existem por vezes sinais depressivos e de ansiedade de causa desconhecida (mantem medicação ansiolítica) queixas de insónias e pesadelos ocasionais e a hipervalorização de sintomas intestinais.

Tal fato, poderá ser compreendido porque A. é insulínica dependente, hipertensa e polimedicada para além, de existirem outras comorbidades associadas à doença que lhe causam

sentimentos de desconforto como a dor crónica, resultante de doença osteoarticular e a dificuldade que diz sentir nos braços e mãos quando se autodesloca na cadeira de rodas, embora o queira fazer enquanto conseguir.

Apresenta ainda, frequentemente sentimentos negativos, tais como, desespero que atribui às dores que sente e por isso recorre a massagens que a aliviam, só no momento. Já a ansiedade que sente no dia a dia diz melhorar se esta estiver com algum tipo de ocupação em grupo ou sozinha, na presença dos netos e filho ou com alguma amiga que a visitou no centro.

Sempre que a utente vê e ouve uma notícia sobre a morte de alguém, leva o assunto para a sessão de acompanhamento psicológico, esta parecia ter a necessidade de reviver o passado, com eventos semelhantes, A, dizia sentir um vazio e uma tristeza e voltava às memórias do falecimento do seu marido, de amigos ou familiares, muitas vezes perguntava, quando seria a sua vez, logo que recebia um reforço compreensivo positivo, substituía esse sentimento de perda por tudo aquilo que ela ainda tinha, o seu filho, nora e netos e por eles deseja viver ainda mais uns anos, já que tem 90 como refere várias vezes e porque se sentia muito acarinhada.

Estes sintomas depressivos e ansiosos, também poderão ser explicados, pelo efeito da institucionalização, ela gostava de ter autonomia para continuar em casa, ainda que diga, ser o centro, um sítio, onde é muito bem tratada e nada lhe falta e onde gosta de estar e ligado ao fato de ter sido sua a vontade do ingresso. Mas a principal razão, de aí se encontrar, é porque sentiu que não tinha escolha, para casa do filho não podia ir e na sua casa e como referiu algumas vezes, não conseguia ter autonomia para fazer as ABVD, depois de ter sofrido uma queda e ser operada.

Mas, é também neste local, onde está há 12 anos e que todos os dias, se depara com pessoas *a partir*, a ficarem com demências e dependentes, daí, poder ser uma explicação significativa, para aumentar os níveis de ansiedade de A. Já em relação à sua condição de saúde, revela excessivas preocupações, quer em relação à perda de memória com o receio de ficar com Alzheimer, quer pela vontade excessiva de observação médica, com o objetivo de ficar certa, que a doença está controlada e não se importa, de ter de tomar mais medicação, a somar à que já tem, se for essa a razão para se sentir melhor.

O acompanhamento psicológico, teve um efeito benéfico na capacidade de iniciativa, na autoestima e na diminuição dos sintomas depressivos e de ansiedade, que se tornaram mais ocasionais e espaçados no tempo, ao longo do estágio. Manter a continuidade e frequência das sessões de (AP) por outra estagiária seria importante, para facilitar a utente a gerir as suas expectativas em relação à doença e à morte, de forma a promover bem-estar psicológico, já que,

ela refere gostar e sentir um maior alívio quando é escutada, e fala sobre os seus sentimentos nas sessões.

3.2.3.1. Reflexão Pessoal

Este caso foi outro grande desafio e também uma surpresa positiva, por um lado, dado ser uma continuidade no processo de acompanhamento psicológico, com uma nova estagiária, o que estabeleceu em mim no início, o receio que A. não se sentisse com vontade para falar, mais uma vez, sobre a sua vida. Mas aceitei com satisfação esta continuidade, por outro lado, tinha o receio de sentir dificuldade na relação terapêutica, principalmente colocar em prática as condições referentes à Abordagem Rogeriana, que fez parte de toda a minha formação curricular teórica e prática. Contudo, com o decorrer das sessões, A. refere que *“tenho pensado como é que já falei coisas que nunca disse...se calhar por saber, que nada sai daqui da nossa conversa, e faz-me bem falar, sinto que compreende”*, esta frase em discurso direto, reflete o quanto a utente se sentia segura na relação terapêutica, para falar de si, das suas emoções, o quanto, se sentia compreendida e preservada na sua dignidade e condição humana e ainda o quanto o caso de A, contribuiu para o meu crescimento, enquanto futura psicóloga. Por outro lado, aprendi a desenvolver e a estabelecer uma relação terapêutica não diretiva e empática num *setting* real. Aprendi a importância de respeitar o tempo e o silêncio do outro e a escutar ativamente, dando respostas empáticas às suas queixas de mau estar físico e psicológico que dizia sentir, relativo a doenças crónicas e à sua dependência motora e consequente perda de autonomia.

No final de cada sessão a utente A, expressava, uma maior tranquilidade em relação à compreensão de si e um bem-estar psicológico pela aceitação da sua condição já que, percebia que existiam no Centro Geriátrico idosas com um estado de saúde mais grave.

De fato, a problemática de A. e a compreensão do seu contexto evidenciou a importância já referida pelos autores da dimensão biológica, psicológica, física, cultural e socio económica e que deve ser avaliada, como um todo, e individualmente em cada ser humano, pois integra o processo do desenvolvimento humano, do qual faz parte uma fase tão importante, o envelhecimento, A. verbalizou com 90 anos que se sentia insegura pelo futuro, quanto a mim, penso também ter facilitado durante 32 sessões este seu caminho de forma a aliviar o seu sofrimento psicológico, o que considero ter sido um aspeto muito positivo.

Reflexão Final

O tema do envelhecimento e a complexidade dos vários domínios a ele associados *per si* representa um grande desafio nas diferentes áreas científicas do conhecimento humano, onde a premissa é integrar o processo de envelhecimento da pessoa idosa utilizando a lente da compreensão pelo seu contexto bio-psico-social-espiritual e ambiental (Zimarman, 2000). Importa referir, que o enquadramento teórico do presente relatório, faz referência a diversos autores que investigam sobre o tema do envelhecimento e dos seus aspetos e fatores associados. Foram selecionadas as temáticas de acordo com as patologias identificadas nos casos de acompanhamento psicológico, assim como aplicados os instrumentos de avaliação psicológica, mais adequados e sempre sob supervisão.

A complexidade dos temas e a diversidade de autores presentes na literatura levaram à descrição mais ou menos resumida dos temas, embora com a ressalva à informação necessária, para a compreensão e contextualização dos casos, apresentados neste relatório.

A vertente prática, no âmbito do estágio académico em Psicologia e descrita neste relatório, por um lado, possibilitou a compreensão através da reflexão sobre as temáticas e prática clínica, e por outro lado, evidenciou histórias de vida, e que se revelaram, de uma grandeza emocional e resiliência, destas pessoas mais velhas, perante a condição de institucionalizadas, o que, manifestamente, contribuiu, para a minha aprendizagem interior.

Considero ter sido um privilégio ter o contato com estas pessoas durante 10 meses, de outubro de 2016 a julho de 2017 que de outra forma seria difícil.

É um Centro Geriátrico, que não sendo a realidade global em Portugal, pela vasta oferta de serviços de geriatria, é de enaltecer que já existe, e que, poderia ser a regra e não a exceção de serviços e profissionais especializados, na área do envelhecimento e na reabilitação Psicológica e física. Neste aspeto, tive a oportunidade, de conhecer e contactar com profissionais e equipamentos que podem promover o cuidado especializado e bem estar às utentes. Tal como refere, Oliveira (2006) o enquadramento e descrição dos equipamentos da instituição, são um fator determinante, para entender a atuação do psicólogo no serviço de psicologia e os valores assumidos nos diferentes cuidados de saúde especializados e prestados às utentes (Oliveira, 2006).

Desta forma e para uma melhor compreensão e análise, da atuação do papel do psicólogo nesta instituição, o tempo foi um excelente aliado, quer pelo período de observação, quer porque o desconhecimento do contexto, impulsionou-me ao estudo, sobre a complexidade das problemáticas encontradas nos casos de acompanhamento psicológico. O que veio culminar

numa especialização na área da geriatria. Claramente, urgia a necessidade de compreender o sofrimento psicológico e a sua dimensão, na pessoa que já pela idade se sente fragilizada. Perceber as repercussões psicossociais e multifatoriais que surgem, quando a pessoa, perde de forma abrupta ou vê mitigada a sua autonomia e com ela a dependência, que algumas vezes, ou senão a maioria das vezes, leva à institucionalização. Contudo, a dependência não aparece dissociada, de sintomas e sinais de ansiedade, por este motivo, destacamos neste relatório, sinais e sintomas associados à demência, ansiedade, depressão e à doença cardiovascular ou risco cardiovascular e como refere o autor, Paul (2013) sinais e sintomas, por vezes concomitantes e indicadores de mau estar psicológico, ainda que, sejam difíceis de identificar devido à subtilidade das queixas apresentadas pelas utentes idosas (Paul & Ribeiro, 2013).

Do ponto de vista, do processo de envelhecimento, este abrange vários domínios, sendo difícil, segundo a revisão na literatura dissociá-los. Podemos pensar, no envelhecimento ativo e na possibilidade de acrescentar vida aos anos. Podemos ainda refletir sobre ser encontrada uma relação direta entre o domínio da doença e o domínio psicológico. Pois alguns autores referem a somatização de queixas e outra sintomatologia como a ansiedade, a depressão a perda de autonomia para as atividades de vida diária (AVD's) que transportam o idoso, para dois momentos diferentes: antes da doença, onde o idoso se sente capaz para fazer e depois da doença, onde o idoso sente que não é capaz. A pessoa idosa passa a sentir que ao perder a autonomia, deixa de ter a tomada de decisão, sobre a sua vida, e passa à condição, de dependente de terceiros (familiares ou outros ou instituições) e que por vezes, a sua vontade, nem sempre é tida em consideração, revela por isso, sinais de sentir-se triste, abandonado e pouco valorizado, pensando, unicamente na morte, o que acontece, mais em idosos institucionalizados (Cardão, 2009; Fonseca, 2006; Sequeira, 2010).

A maioria das utentes do Centro apresentam estados demenciais, sendo a doença de Alzheimer a mais frequente. Por este motivo, o domínio cognitivo exigiu aprofundar conhecimentos sobre deterioração cognitiva, etiologia e classificação do défice cognitivo e avaliação neuropsicológica. De acordo com Mendonça (2012) sendo a deterioração cognitiva progressiva e não tratada ou travada, o idoso pode incorrer no risco de desencadear, algum tipo de demência, este risco, pode aumentar e não está diretamente relacionado com a idade, mas, com, comorbidades associadas (Mendonça & Caldas, 2012).

No local de estágio, foram acompanhadas 4 utentes em sessões semanais de acompanhamento psicológico, das quais são descritos neste relatório 2 casos práticos. No final das sessões o acompanhamento psicológico revelou-se benéfico no bem estar geral das utentes.

Participaram nas sessões de estimulação cognitiva com o programa informático Cogweb 3 utentes, sendo que 2 finalizaram as sessões programadas e 1 desistiu, sobre esta desistência, foi feita reflexão sobre os sinais verbais e comportamentais da utente e considerados para futura aprendizagem.

Do trabalho desenvolvido com os grupos psicoterapêuticos, resultou uma experiência repleta de acontecimentos inesperados na área psicoeducativa. Ser facilitadora da relação grupal é ter a percepção de assumir um papel de agente de mudança para e na comunicação, entre aquelas utentes do grupo. O trabalho desenvolvido, permitiu perceber que as utentes, quando sentem que as suas dificuldades, são também as dificuldades do grupo, ainda que diferentes, facilita a predisposição para a aprendizagem. Na relação com o grupo, foi possível, gerir emoções e afetos, apartir da solução partilhada, dos problemas que iam surgindo. Nos grupos GPPI e GPPII, senti ser a memória do grupo e nestes, foram surgindo temas e percepções sobre: a socialização, a aprendizagem de capacidades sociais, a autoestima, consciencialização, aceitação e adaptação a uma nova vida.

O trabalho realizado com as utentes deste Centro Geriátrico no global, foi muito compensador, apesar das vicissitudes diárias que iam surgindo, como as frequentes hospitalizações ou a morte de utentes, próprias de um local geriátrico e duração do estágio. Em cada sessão individual e em cada sessão de grupo, as utentes a maior parte das vezes, demonstraram sinais de satisfação, o que nos pode levar a pensar, que o ato psicológico, por um lado, tenha contribuído para um efeito positivo, na melhoria das queixas manifestadas e por outro lado, um efeito benéfico, para o bem-estar psicológico destas utentes.

Ao nível pessoal, este estágio, despertou em mim, a vontade de aprofundar conhecimentos sobre o processo de envelhecer e sobre o tema do desenvolvimento humano nesta etapa da vida da pessoa.

Sinto e valorizo de forma única, o contributo de cada uma das utentes e a elas sou grata. Aprendi, sobre a problemática da funcionalidade/dependência/autonomia e sintomatologia depressiva no continuum do processo de envelhecimento, em pessoas institucionalizadas. E a propósito deste fato, sinto a inquietude suficiente, para me debruçar numa reflexão, sobre as atuais respostas dos técnicos da saúde e políticas sociais em Portugal, às pessoas idosas e principalmente à sua unicidade.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2000). (des) Equilíbrios Familiares. Uma Visão Sistémica. Lisboa: Quarteto Editora.
- Anastasi, U. & Urbina, S. (2000). Testagem Psicológica. Porto Alegre: Artmed. and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders, *Clinical Gerontologist*, 32, 223 – 236.
- Botelho, A; Silva, A; Garrett, C; Pontes, C; Paúl, C; Martins, S. (2011). Comunicações nas Jornadas de Gerontopsiquiatria. Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria. Lisboa: Artipol.
- Botelho, M. A. S. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Prémio Bial 2000, Porto: Artipol.
- Branco, M; Ruano, L; & Cruz, V, T. (2017). *Manual de Apoio ao Diagnóstico de Demências*. Cambridge University. New York: Cambridge University Press.
- Cabral, M. V. & Ferreira, P. M. (2013). *Envelhecimento ativo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cardão, S (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler
- Carvalho, V, M, A. (2015). *A prevenção da depressão pós – AVC em cuidados de saúde primários*. Dissertação de mestrado 6º ano de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Código Deontológico Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Obtido 28 de Setembro de 2018 de <https://www.ordemdospsicologos.pt>
- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na Clínica do Adulto*. 2ª Edição. Lisboa: Cplimepsi.
- Correia, D. (2013). *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: Lidel.
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Abordagem terapêutica das alterações cognitivas*. Departamento da qualidade. N°053/2011.
- DSM-V. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. American Psychiatric Association. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gauthier, S., & Gwyther, L. P. (1999). *Maximizar a capacidade Funcional Na Doença de Alzheimer: Atividades da Vida Diária*. Basileia: Novartis.
- GenoPro (2016). GenoPro Help Center. Disponível em url: <http://www.genopro.com/help>

- Girão, S. M. M. (2015). *Determinantes da Incapacidade Funcional em Doentes com AVC*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Saúde de Viseu. Portugal
- Guerreiro, M. (2005). Terapêutica não farmacológica da Demência. Em A. Castro Caldas & A. Mendonça, a doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento dos pensamentos Rogerianos*. Lisboa: Edual.
- Instituto Nacional de Estatística (2009-2014). *censos@ine.pt © 2009-2014, Instituto Nacional de Estatística*.
- INE (2016). *Estimativas anuais da população residente em Portugal número de idosos por cada 100 jovens*. Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat). Última atualização: 2018-11-07 obtido de <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>.
- Jesus, I; H.S, C. (2006). *Cuidar com ciência e caridade*. Lisboa: Irmãs hospitaleiras.
- Jesus, I; H.S, C. (2006). *Identidade e missão*. Lisboa: Irmãs hospitaleiras.
- Leal, I. (2008). *A entrevista Psicológica: Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Lourenço, R, M, P. (2014). *Institucionalização do Idoso e Identidade*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Escola Superior de Saúde: Instituto Politécnico de Portalegre. Portugal.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Standlan, E.M. (1984). *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease*. Neurology, 34, 939-944.
- Mendonça, A. & Castro Caldas, A. (2012). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Nasser, J, F; Almeida, M, M; Silva, S, L; Almeida, P, G, R; Barbirato, B, G; Mendlowicz, V, M; Mesquita, T, C. (2016). *Disorders and Cardiovascular System: Heart-Brain Interaction* PInternational Journal of Cardiovascular Sciences ,29 (1):65-75 Obtido de <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/29/pdf/v29n1a10.pdf>

- Oliveira, A. F. (2011). *Características Psicológicas e Solidão sentidas em Idosos do Meio Urbano*. Dissertação de Mestrado em Psicologia com a especialização em Psicologia do Idoso, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.
- Oliveira, J. B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. 4ª Ed. Porto: Livpsic.
- Oliveira, C. (2006). *Otimizar a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas*. Revista Virtual textos e textos nº6.
- ONU (2015). *World Population Ageing. Population division*. Obtido de http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças*. Edusp.
- OMS (2014). *About ageing and life – course*. World health organization. Obtido em 7 de junho de 2017, de Relatório Mundial Obtido de <http://www.who.int/ageing/about/en/>.
- OMS (2015). *Relatório Mundial sobre envelhecimento da organização mundial de saúde*. Obtido em 15 de Março, de 2017, de <http://www.dgeep.com>.
- Pais, J. & Nunes, B. (2014). *Doença de Alzheimer: exercícios de estimulação*. 2ª Ed. Lisboa: Lidel.
- Pais, J. & Cruz, V.T; (s.d.) *Sistema de treino Cognitivo online – Cogweb*. Neuroinova.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria – Teoria dos testes Psicológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes
- Passos, J; Sequeira, C; Fernandes, L. (2012). *The Needs of a Old People with Mental Health Problems: a particular focus on Dementia patients and theirs carers*. In International Journal of Alzheimer's Disease, vol.2012, DOI:10/1155.
- Paúl, C; & Ribeiro. (2013). *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do desenvolvimento*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, 1ª.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à Psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- 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*.

- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*, Lisboa: FFMS.
- Santos, R, M, F. (2017). *Funcionalidade e Sintomatologia Depressiva em pessoas com 65+ anos a Residir na Comunidade*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Instituto Politécnico de Viana do castelo, Portugal.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos Dependentes com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Spar, J.E. & Rue, A.L. (2005). *Guia Prático Climepsi de psiquiatria geriátrica*. (J.N. Almeida, trad.). Lisboa: Climepsi Editores (obra original publicada em 2002).
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artemed.
- Zimarman, G. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.