



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

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM PESSOAS MAIS VELHAS
EM CONTEXTO DE RESIDÊNCIA PRIVADA

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

Autor: Tiago Correia Marques

Orientador(a): Professora Doutora Maria Edite de Oliveira

Número do candidato: 30002649

Abril de 2024

Lisboa

AGRADECIMENTOS

Para que este momento tenha chegado foram precisos alguns sacrifícios pessoais, dedicação, mas também dos que me rodeiam, cujo o incentivo foram essenciais para chegasse a este ponto

Agradeço em primeiro lugar à minha família pela paciência e motivação nos momentos em que o cansaço e energia eram maiores, aos amigos mais próximos em especial ao meu grande amigo Nuno Andrade, como amigo, mas também como exemplo de resiliência no seu trabalho como psicólogo, mesmo com todos os seus desafios e obstáculos.

Tenho de agradecer a todos os meus colegas de turma, às minhas colegas, Rafaela e Márcia, que me ajudaram nas minhas dificuldades e resistências nos trabalhos de grupo, mas que me motivaram bastante em procurar fazer melhor, ao Raul e ao Hugo e à minha boa amiga Ana Monteiro, que me ajudou bastante, mesmo não sabendo.

Aos professores da Licenciatura e Mestrado com o seu conhecimento e disponibilidade sempre que solicitados e em específico à professora Edite, que sem ela este relatório teria demorado mais tempo a ser finalizado.

Por fim e não menos importante, agradeço à instituição que me acolheu, à minha orientadora de estágio, à minha colega estagiária de neuropsicologia, a todas pessoas residentes na instituição que deixaram um pouco deles e da sua sabedoria e me tornaram numa pessoa mais empática e profissional mais rico.

RESUMO

No âmbito do estágio curricular académico, este relatório, tem como finalidade a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, conferido pela Universidade Autónoma de Lisboa, ocorrido entre Outubro de 2022 e Maio de 2023. Tem como objetivo a descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular em instituição residencial sénior, no distrito de Lisboa, nomeadamente o acompanhamento psicológico e neuropsicológico, as atividades de neuroestimulação, de estimulação sensorial, cognitiva e motora que tiveram como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos residentes, tal como a descrição dos desafios e dificuldades da profissão com os quais fui confrontado, que permitiu a melhoria de competências e sensibilidade profissional. A descrição do trabalho desenvolvido na instituição, tal como o acompanhamento psicológico a um residente da instituição, as sessões de neuroestimulação e avaliações neuropsicológicas, fará parte do presente relatório, tal como uma reflexão pessoal de toda a experiência enriquecedora de forma pessoal e profissional.

Palavras-Chave: Estágio curricular, Acompanhamento psicológico, Depressão, Pessoa mais velha.

ABSTRACT

As part of the academic curricular internship, this report aims to obtain the Master's degree in Clinical and Counselling Psychology, awarded by the Universidade Autónoma de Lisboa, which took place between October 2022 and May 2023. Its aim is to describe the activities carried out during the internship in a senior residential institution in the district of Lisbon, namely psychological and neuropsychological counselling, neurostimulation activities, sensory, cognitive and motor stimulation aimed at improving the quality of life of the residents, as well as describing the challenges and difficulties of the profession with which I was confronted, which allowed me to improve my skills and professional sensitivity. A description of the work carried out at the institution, such as psychological support for one of the institution's residents, neurostimulation sessions and neuropsychological assessments, will form part of this report, as will a personal reflection on the whole experience, which was personally and professionally enriching.

Keywords: Curricular internship, Psychological counselling, Neurostimulation, Depression.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO.....	II
ABSTRACT.....	III
ÍNDICE	IV
INTRODUÇÃO	7
PARTE I. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	8
Caracterização do local de estágio	9
Infraestruturas da Residência.....	9
População alvo da residência.....	10
Estrutura Organizacional	10
Papel do Psicólogo Clínico	11
Papel do Psicólogo na Residência	123
Programa de Neuroestimulação	14
PARTE II. REVISÃO DE LITERATURA	17
Pessoa mais velha e patologias mais comuns.....	18
Problemáticas mais comuns na residência	18
Perturbação Depressiva - Aspetos Gerais e Epidemiologia	19
Depressão na pessoa mais velha	21

Diferenças da depressão mais velhos com mais novos	22
Tipologias de Depressão no idoso	23
Importância da terapia	24
PARTE III – ATIVIDADES DO ESTÁGIO	26
Atividades do Estágio.....	27
Objetivos Gerais	27
Objetivos específicos	27
Atividades desenvolvidas da Instituição	27
Treino de Estimulação Cognitiva e Motora – Jogo Petanca.....	27
Treino de Estimulação Sensorial	28
Sessões de Estimulação Cognitiva com Técnicas de Papel e Lápis	28
Formação sobre o tema “Depressão na pessoa mais velha”	29
Apresentação e Análise de Casos Clínicos	29
Acompanhamento Psicológico de “João”	29
Relatório da Avaliação Neuropsicológica “Isabel”	50
PARTE III - CONCLUSÃO E REFLEXÃO PESSOAL	54
Conclusão e Reflexão Pessoal.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

ANEXOS

Anexo 1 – Apresentação sobre o tema da Depressão

Anexo 2 – Transcrições das Sessões

INTRODUÇÃO

O relatório aqui apresentado está inserido no âmbito do estágio curricular académico realizado, sendo a sua finalidade a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, lecionado pela Universidade Autónoma de Lisboa, tem portanto como objetivo primordial dar conhecimento do trabalho e das atividades que foram desenvolvidas durante o estágio.

O relatório estará dividido em três partes principais. A primeira parte consistirá na caracterização institucional, dando conhecimento dos diferentes serviços prestados, sobretudo no programa de neuroestimulação, tal como o papel desempenhando pelo psicólogo e neuropsicólogo da instituição.

A segunda parte abordará as características da população mais velha, no que diz respeito às suas patologias mais comuns na população portuguesa, tal como as problemáticas mais comuns nas residências séniores, com maior ênfase na perturbação depressiva em específico na pessoa mais velha. A terceira parte do relatório será dedicada à apresentação e descrição das atividades desenvolvidas na instituição, do acompanhamento psicológico realizado e respetivas avaliações neuropsicológicas.

No fim do presente relatório, farei uma reflexão pessoal acerca da experiência pessoal e profissional do psicólogo em residências séniores.

PARTE I. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Caracterização do local de estágio

O meu estágio académico decorreu numa instituição residencial para pessoas mais velhas na zona da Grande Lisboa, tendo como valências o acompanhamento de pessoas residentes na instituição e lar de dia.

A residência tem como objetivo propiciar apoio a pessoas mais velhas acolhendo e proporcionando uma melhor qualidade de vida aos seus residentes, alguns em fase de reabilitação e/ou de autonomia reduzida ou défices cognitivos, dá resposta a pessoas independentes e autónomas e com graus diferentes de patologias e dificuldades, desde ligeira a acamados, com deficiência motora ou visual, com estados demenciais como Parkinson, Alzheimer, Esquizofrenia (cl clinicamente controlado), problemas de alcoolismo, estados depressivos, entre outros, tendo em vista aumentar a qualidade de vida e o bem-estar.

Disponibiliza uma oferta de serviços diversos e de elevada qualidade, quer em instalações próprias (residências assistidas, centros de dia, clínicas de saúde e unidades de cuidados continuados) quer nos seus domicílios (apoio domiciliário e teleassistência).

Deste modo e tendo como objetivo principal a prestação de serviços integrados de cuidados sociais e de saúde a pessoas de todas as idades.

A residência oferece uma variedade de serviços e programas, incluindo: Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Serviço de Assistência Domiciliária (SAD), Serviço de TeleAssistência (STA), Programa de Benefícios VITALidade+ e Programa de Neuro estimulação.

Infraestruturas da Residência

Os quartos estão equipados com casa de banho privativa, proporcionando aos residentes maior comodidade e privacidade, equipados com televisão de ecrã de plasma, permitindo que os residentes desfrutem de entretenimento e informação em seu próprio espaço. Para garantir o conforto térmico, todos os quartos são equipados com ar-condicionado. A mobília dos quartos é cuidadosamente selecionada e de boa qualidade, procurando proporcionar um ambiente funcional e mais confortável para os residentes, sendo a decoração discreta, criando um ambiente tranquilo e acolhedor.

É dado a cada residente a possibilidade de decorar os seus quartos com objetos pessoais, como fotografias, quadros e outros objetos que lhes sejam significativos, personalizando assim o espaço e contribuindo para aumentar seu nível de conforto e familiaridade com o ambiente onde passam a residir. Os residentes têm ao seu dispor serviço de enfermagem e médico 24h por dia, com um total de 101 camas.

População alvo da residência

A resposta da residência está focada sobretudo em pessoas que apresentam declínio cognitivo associado ao envelhecimento ou decorrente de doenças neurodegenerativas, como: Demência, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Esclerose Múltipla e Acidente Vascular Cerebral, embora sejam aceites pessoas mais velhas em recuperação ou reabilitação. A maior parte dos residentes apresenta sintomatologia decorrente de Demência, aproximadamente 40% da população.

A instituição conta atualmente com residentes com mais de 60 anos.

Estrutura Organizacional

Tendo como objetivo principal estimular e reabilitar pessoas com incapacidades motoras e neurológicas, promovendo a sua autonomia nas atividades da vida diária (AVD's), conta com uma equipa multidisciplinar que trabalha de forma dedicada para ajudar os residentes a superar suas limitações físicas e neurológicas, incentivando-os a serem o mais independentes possível nas suas atividades diárias.

A equipa multidisciplinar é constituída por: 1 diretora técnica, 2 supervisores, 5 médicos, 1 fisiatra, 1 neurologista, 1 neuropsicólogo/psicólogo, 12 enfermeiros, 1 enfermeiro chefe, 1 nutricionista, 3 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicomotricista, 2 animadores socio culturais, 60 auxiliares de ação direta, 14 auxiliares de limpeza, 12 funcionários da cozinha, 3 rececionistas, 3 porteiros, 2 técnicos de manutenção, 1 cabeleireiro e 1 podólogo (externo).

Além das atividades terapêuticas e de reabilitação como a estimulação cognitiva, reabilitação neuropsicológica, fisioterapia, ginástica, são oferecidas atividades de lazer diversificadas que procuram estimular a criatividade e proporcionar momentos de prazer e socialização das quais: destacam-se o cinema, o teatro, as visitas a parques e exposições, bem

como programas ao ar livre. Essas opções visam oferecer momentos de entretenimento e cultura, permitindo aos residentes desfrutar de experiências gratificantes e enriquecedoras.

Esta residência disponibiliza aulas sobre novas tecnologias e outras atividades, como espaço de leitura, atelier de culinária, exercícios de expressão plástica e exercícios de manutenção física, dispõe de um ginásio, para que os residentes possam praticar exercício de forma a manterem-se fisicamente ativos.

A biblioteca é um espaço de leitura, com vários livros e jornais do dia que podem ser consultados livremente, há também uma sala de cinema.

As atividades são planeadas de acordo com a população residente, com diversos programas de âmbito cultural, lúdico e criativo ao longo do ano e adequado a cada época.

A Instituição dispõe também de um serviço de apoio domiciliário.

Papel do Psicólogo Clínico

O papel do Psicólogo em residências passa muito por oferecer um apoio que contribui para uma melhor qualidade de vida dos idosos. É essencial um conhecimento pessoal dos utentes, através dos seus familiares bem como de outros profissionais de saúde.

Tendo em conta isto, o psicólogo desempenha o papel fundamental de acompanhar o idoso de forma a auxiliá-lo nesta fase da vida, procurando assim dar resposta às suas necessidades do foro emocional e psicológico. O acompanhamento psicológico da pessoa mais velha no processo de envelhecimento e perda de algumas competências, tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida e de uma visão mais positiva sobre si mesmo e sobre a fase da vida em que se encontra.

A este propósito, Cordioli e Knapp (2008, citados por Campana, 2014), acrescentam que, independentemente da orientação teórica, a prática terapêutica tem sempre como principal objetivo o alívio de sintomas, o restabelecimento do equilíbrio psicológico, a diminuição ou eliminação de um estado patológico e a melhoria do bem-estar dos indivíduos.

Segundo Goodheart (2010), os psicólogos clínicos, apresentam um grande potencial de resposta às necessidades de saúde e bem-estar mental e físico, ao criar serviços de prevenção, avaliação, supervisão e tratamento para um largo espectro de problemas e dificuldades. O

psicólogo clínico tem as competências e habilitações para a realização de avaliações psicológicas necessárias, sendo que segundo o Parecer 16/CEOPP/2015, a realização de uma avaliação psicológica nas residências, “corresponde a um processo compreensivo, que se concretiza através do recurso a protocolos válidos, atualizados e fundamentados do ponto de vista científico, e deve responder a necessidades objetivas de informação” (OPP, 2015, p.2).

A avaliação psicológica é um processo que advém da “interpretação dos resultados dos instrumentos utilizados em função de um conjunto de variáveis como sejam o objetivo da avaliação, variáveis que os testes implicam, características da pessoa avaliada (incluindo diferenças individuais linguísticas, culturais ou outras) e situações ou contextos que podem reduzir a objetividade ou influenciar os juízos formulados” (OPP, 2015, p.2).

No que diz respeito à prática clínica, a avaliação psicológica e neuropsicológica tem demonstrado a sua utilidade e necessidade para o diagnóstico diferenciado, na decisão da terapêutica adequada e na monitorização do processo de tratamento e da reabilitação. A avaliação neuropsicológica devidamente estruturada e com objetivos concretos é uma ferramenta essencial para conhecimento da população mais velha em contexto de residência na prevalência, incidência e padrão de défices cognitivos globais ou específicos (Mendes, 2014).

Segundo a OPP (2015) a intervenção psicológica pode contribuir para um envelhecimento ativo, que deste modo, irá permitir melhorar a qualidade de vida, pode intervir em casos de depressão e/ou ansiedade, em estados demenciais, promovendo a diminuição de estados de stress e promover capacidades cognitivas, seja na gestão de doenças crónicas, processos de perda e/ou luto.

O psicólogo clínico pode intervir na Avaliação psicológica: entrevista clínica, observação clínica, testes psicológicos, intervenção psicológica para avaliação do funcionamento mental e cognitivo, avaliação de capacidades executivas, entre outras.

Papel do Psicólogo na Residência

A Instituição onde foi realizado o estágio académico tem dois técnicos, um de Psicologia Clínica e de outro de Neuropsicologia ambas diversas funções na relação com os residentes, tais como a entrevista clínica, avaliação e acompanhamento psicológico, avaliação neuropsicológica,

estimulação cognitiva, entre outros, procurando abranger tanto os residentes do lar privado como os do lar de dia.

Com o objetivo de melhor conhecer o funcionamento psicológico, emocional e cognitivo dos utentes, os técnicos da instituição recorrem a baterias de testes psicológicos e neuropsicológicos devidamente adaptados às características dos residentes.

Os diferentes instrumentos de avaliação utilizados são os seguintes: Teste do Relógio (TDR), *Trail Making Test* (TMT A&B), *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), *Symptom Check List –90–R* (SCL-90), Questionário de Avaliação Semiológica para a Perturbação Stress Pós-traumático (CAPS), *Auditory Verbal Learning Test* (AVLT), SKT (Avaliação Cognitiva Sumária da Memória e Atenção), Inventário de Depressão de Beck (BDI), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), *Montreal Cognitive Assessement* (MoCA), *Addenbrook's Cognitive Examination Revised* (ACE-R), Frontal Assessment Battery (FAB), Memória de dígitos (Escala de Inteligência de Weschsler para Adultos), Escala de Depressão Geriátrica (GDS), Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), entre outros.

A procura da promoção da independência e autonomia, a execução de atividades do dia-a-dia, usando estratégias compensatórias para favorecer e melhorar as relações familiares, de cuidado e autocuidado, são prioritárias para o Psicólogo Clínico da instituição, este acolhe os novos utentes, dando apoio psicológico individualizado, nas atividades de estimulação cognitiva e ações de formação aos funcionários da instituição.

Sendo o bom funcionamento cognitivo um dos aspetos mais importantes para um envelhecimento mais saudável e feliz, é muito relevante para a autonomia e para a capacidade de autocuidado nas pessoas mais velhas, mantendo a pessoa mais velha a capacidade de viver independentemente e autónoma.

A promoção e estimulação do bom funcionamento cognitivo é importante para a autonomia e para a capacidade de autocuidado de idosos, influenciando também nas decisões a respeito da possibilidade do idoso continuar a viver independentemente, com segurança, conduzir, cuidar das finanças e administrar as suas medicações (Yassuda & Abreu, 2006), deste modo, podemos dizer que quando maior manutenção das competências cognitivas, melhor a qualidade de vida, segundo Freire (2000), as pessoas mais velhas têm competências para o desenvolvimento, podendo estas

serem melhoradas através de estimulação cognitiva e emocional, permitindo, adquirir e manter novas competências.

Um estilo de vida cognitivamente intenso, que promova desafios a nível psicológico, cognitivo e físico podem ser preditores, tal como desejado para uma qualidade de vida e saúde mental saudável, sendo que o treino cognitivo pode melhorar o funcionamento cognitivo das pessoas mais velhas, prevenir e promover boa qualidade e o bem-estar psicológico.

Resultados encontrados indicam que idosos saudáveis podem beneficiar desse tipo de intervenção, reduzindo a ocorrência de condições que levem a um envelhecimento cognitivo patológico e fortalecendo a manutenção da boa qualidade de vida e do bem-estar psicológico na velhice. (Irigaray et al., 2011).

O acompanhamento psicológico e neuropsicológica na instituição, desenvolve-se através de estimulação neurocognitiva e acompanhamento individualizado quando solicitado pelos utentes ou sugerido em situações sinalizados como problemáticos.

Programa de Neuroestimulação

Cada residente ou utente passa por uma avaliação técnica inicial para identificar as suas necessidades específicas, tanto no âmbito cognitivo quanto no motor. Tendo como base a avaliação, é elaborado um plano de reabilitação/estimulação individualizado e adaptado, que visa potencializar a qualidade de vida e o desenvolvimento do residente dentro das suas possibilidades.

A equipa multidisciplinar trabalha em conjunto com o objetivo de fornecer o maior suporte necessário e acompanhar de perto o progresso de cada residente, garantindo que o plano de reabilitação/estimulação esteja alinhado com os seus objetivos e necessidades individuais. A instituição procura ter uma abordagem multidisciplinar, ou seja, recorrendo a diferentes técnicos e especialidades médicas, sendo essa mesma intervenção personalizada e orientada para a recuperação da autonomia pessoal de cada residente, proporcionando uma melhor qualidade de vida e o máximo de desenvolvimento possível dentro das suas capacidades.

Segundo a psicóloga responsável pelo departamento de Psicologia e Neuropsicologia refere que o objetivo principal é otimizar o desempenho global das pessoas mais velhas, diminuindo o impacto do tempo ou do declínio cognitivo, reduzir os sintomas comportamentais e

psicológicos como a depressão, a agitação, a apatia e a agressividade, procurando uma abordagem multidisciplinar da pessoa mais velha.

A avaliação neuropsicológica tem provado ser útil no apoio ao diagnóstico, na decisão da terapêutica adequada e na monitorização do processo de tratamento e reabilitação. Neste sentido, uma avaliação neuropsicológica formal e estandardizada constitui-se como uma ferramenta essencial para a definição da prevalência, incidência e padrão de défices cognitivos globais ou específicos (Mendes, 2014).

O programa de neuroestimulação tem como objetivo geral, responder às necessidades de cada residente, cuja resposta é adaptada e individualizada, tendo por base a abordagem centrada na pessoa. Com objetivos específicos, o programa de neuroestimulação está direcionada para o cuidado e a melhoria do funcionamento cognitivo, habilidades de comunicação e interação, sintomas comportamentais e psicológicos, competências socioambientais e, por fim, promoção do bem-estar e qualidade de vida dos residentes. (Apóstolo, Bobrowicz-Campos, Santos Costa, Assunção Gil, 2018), (Souza, Mendes, Bennemann Milani, 2019)

O residente é avaliado através da avaliação qualitativa da equipa (Psicóloga, Psicomotricista, Terapia Ocupacional, Animadora Sociocultural e Médica Neurologista), a fim de se verificar se atende aos critérios para integrar o programa de neuroestimulação.

Os critérios para inclusão no programa de neuroestimulação são: residente possuir diagnóstico de Demência, Atividades de vida diária, Doença de Parkinson com ou sem Demência, diagnóstico de Demência severa e outras patologias neurológicas ou psiquiátricas com impacto na função cognitiva, idade inferior, igual ou superior a 65 anos, capacidade de realizar atividades de papel e lápis, capacidade de comunicação expressiva e compreensiva, não apresentar deficiência auditiva e visual. Uma vez que o residente cumpra os critérios será realizado o contato com a família para propor a terapia de neuroestimulação cognitiva, realização de avaliação das capacidades Cognitivas – Teste de Rastreio (MOCA – *Montreal Cognitive Assessment*, *Mini Mental State Examination* e ACE-R - *Addenbrooke's Cognitive Examination*) e avaliação neuropsicológica global, sendo esta realizada em 2 a 4 sessões de avaliação, além de cotações dos testes (avaliação conta como sessão de neuroestimulação).

A avaliação neuropsicológica global é composta por um protocolo de testes que abrange diversas áreas cognitivas, emocionais e funcionais. O protocolo inclui os seguintes testes: avaliação de capacidade intelectual verbal (aptidões pré-mórbidas), rastreio cognitivo, avaliação de domínios cognitivos (memória, atenção, função executiva, fluência verbal fonética e semântica, linguagem, capacidade visuoespacial), funcionamento emocional, funcionalidade, qualidade de vida e avaliação psicomotricidade.

Essa avaliação neuropsicológica global fornece uma visão abrangente das competências cognitivas e funcionais do residente, permitindo a identificação de necessidades específicas e o planeamento de intervenções personalizadas para promover o seu bem-estar e autonomia. Os procedimentos de estimulação cognitiva compreendem e têm como objetivo a melhoria e/ou manutenção das funções cognitivas de cada residente.

Em termos de prática clínica, a avaliação neuropsicológica tem provado ser útil no apoio ao diagnóstico, na decisão da terapêutica adequada e na monitorização do processo de tratamento e reabilitação. Neste sentido, uma avaliação neuropsicológica formal e estandardizada constitui-se como uma ferramenta essencial para a definição da prevalência, incidência e padrão de défices cognitivos globais ou específicos (Mendes, 2014).

Parte II. REVISÃO DE LITERATURA

Pessoa mais velha e patologias mais comuns

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) define como idoso, um indivíduo com mais de 60/65 anos de idade. Em Portugal as doenças mais frequentes na mulher com idade superior a 70 anos, são respetivamente: patologias dos sistemas dos sentidos, lombalgias e cervicalgias, Doença de Alzheimer e restantes demências, depressões, no homem encontramos, patologias dos sistemas dos sentidos, lombalgia e cervicalgia, diabetes, patologia cerebrovascular e Alzheimer e restantes demências. (Ministério da Saúde, 2018), sendo que a Depressão na pessoa mais velha será o foco primordial do meu relatório e na sua compreensão.

A nível mundial, as principais patologias afetam o sistema auditivo, respiratório, visual, motricidade, demência, cancro, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e doenças cardiovasculares (OMS, 2015).

Devido ao aumento da esperança média de vida, verifica-se também o aumento de fatores de vulnerabilidades na idade mais velha, tais como: doenças e incapacidades, fatores ambientais e culturais, estilo de vida, sono, atividade física, atitude perante a vida, entre outros. Estes fatores de maior vulnerabilidade aumentam as probabilidades de surgimento de doenças diversas. (Firmino, 2016)

Problemáticas mais comuns na residência

A população da residência onde realizei o meu estágio académico apresenta várias problemáticas, tanto do ponto de vista físico, intelectual e cognitivo, como problemáticas essas que são as mais frequentes segundo estudos estatísticos do Ministério da Saúde (2018).

No que diz respeito a estudos da OMS, as principais patologias que afetam a pessoa mais velha, são patologias no sistema auditivo, respiratório, visual, a motricidade, estados demenciais, cancro, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e doenças cardiovasculares (OMS, 2015).

Perturbação Depressiva - Aspetos Gerais e Epidemiologia

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) estima que mais de 300 milhões de pessoas sejam afetadas pela depressão, em todo o mundo, tornando-a assim a principal causa de incapacidade a nível mundial.

Com o envelhecimento, verifica-se o surgimento de sintomas depressivos, podendo a mesma estar associada a diversas origens patológicas.

De acordo com Firmino (2016) podem existir alguns fatores associados à depressão na idade mais avançada, sendo estes fatores biológicos (genéticos, endócrinos, género, entre outras, os psicológicos (personalidade, estilo cognitivo, défices cognitivos) e do foro social (eventos de vida traumáticos, baixo estrato socioeconómico, solidão e reduzida perceção de suporte social).

A depressão em pessoas mais velhas pode apresentar, como lhe chamou Gallo (1999, citado por Gonçalves, 2009) "a depressão sem tristeza", que segundo o autor é caracterizada por queixas somáticas sem causa médica comprovada, perda de esperança, sentimentos de desamparo/abandono, perda da alegria, ansiedade, perda de memória, movimentos psicomotores mais lentos, maior irritabilidade e perda de interesse nos cuidados da higiene pessoal

Com o objetivo de um melhor enquadramento teórico apresento os critérios de diagnóstico de perturbação depressiva, embora se verifiquem ainda algumas diferenças entre o CID-11 (Classificação Internacional das Doenças, 11.ª edição) da WHO (2022) e o DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição), da *American Psychiatric Association* (APA), estes dizem sobretudo no que diz respeito a alguns critérios de diagnóstico, mas essencialmente os sintomas presentes em ambos os sistemas de classificação de perturbação mental e a respetiva tal como a duração. Deste modo tal como referido acima focar-me-ei nos critérios que dizem respeito à perturbação depressiva de acordo com o DSM-V.

As perturbações depressivas podem incluir:

- Perturbação de desregulação do humor disruptivo;
- Perturbação depressiva major;
- Perturbação depressiva persistente (distímia);

- Perturbação disfórica pré-menstrual;
- Perturbação depressiva induzida por substância/medicamento;
- Perturbação depressiva devida a outra condição médica;
- Perturbação depressiva com outra especificação;
- Perturbação depressiva não especificada.

Focando-me na perturbação depressiva major segundo o DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013) para o respetivo diagnóstico a mesma depende de cinco dos seguintes critérios:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias,
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias.
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias.
4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecreminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Tipo B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Segundo o DSM-V, a perturbação depressiva pode variar, dependendo do número de sintomas, da sua intensidade e o impacto que esses podem ter ao nível do funcionamento da pessoa, estando divididos em três graus de gravidade, eles são:

- Ligeiro – há presença de poucos sintomas, ou nenhum, para além do mínimo requerido para a realização do diagnóstico, ou seja, a pessoa com perturbação depressiva de grau ligeiro consegue gerir minimamente o seu mal-estar, sendo os défices no seu funcionamento social ou ocupacional considerados como menores.

- Moderado – o número de sintomas presentes, a sua intensidade com que surgem e o défice provocado no funcionamento social ou ocupacional estão entre os especificados para o grau de ligeiro e o grau de grave.

- Grave – a quantidade de sintomas excede substancialmente o número mínimo requerido para se efetuar o diagnóstico, deste modo, a pessoa não consegue gerir o mal-estar elevado que sente e os sintomas que vivência interferem com o seu funcionamento social e ocupacional.

A característica comum aos diferentes tipos de graus é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.

A depressão é uma desordem mental comum, sendo comum a estes transtornos a tristeza persistente, também a perda de desejo e satisfação em atividades que antes proporcionavam prazer e pode causar insónia, cansaço, perda de apetite e de concentração. (Cardoso et al.,2022).

Depressão na pessoa mais velha

A pessoa mais velha atravessa um processo dinâmico do seu envelhecimento, mediante fatores e experiências de vida. Com a idade as experiências de perda são frequentes, desde a perda de amigos, familiares ou marido/esposa, a diminuição da autonomia que implica uma maior dependência de outros, o surgimento mais frequente de doenças e perda de papel social, perda da imagem corporal e competências psicomotoras. A forma como cada fenómeno emocional é sentido

depende individualmente de cada pessoa, condicionado pelas cognições e recursos emocionais na gestão destas alterações.

Segundo Firmino (2014) existem vários fatores associados ao surgimento da depressão, dos quais podemos dividir em três fatores fundamentais para uma melhor compreensão, os fatores biológicos: genéticos, género, endócrinos, vasculares e patologias; os fatores psicológicos dos quais podemos incluir a personalidade, funcionamento cognitivo e défices cognitivos e em terceiro, os fatores sociais: o estilo de vida, estrato socioeconómico baixo e baixo suporte social.

Devido à multiplicidade de fatores a depressão no envelhecimento requer especial atenção e cuidado no seu diagnóstico, já que pode surgir com comorbilidades mas também disfarçados por outras alterações físicas e cognitivas.

Fiske (2009) refere que o tipo de personalidade, papel social e vivências podem ser indicadores de como a pessoa mais velha encara e vive as novas situações de vida: pessoas que valorizaram sucesso e controlo, têm mais dificuldade em aceitar as perdas cognitivas e funcionais, tal como pessoas que foram mais dependentes de outros revelam mais dificuldades na perda do cônjuge e ter de assumir outro tipo de responsabilidades e planeamento da sua vida, visto que era gerido por outros. Estes aspetos podem levar a uma redução de atividades e a um aumento da autoavaliação negativa negativas.

Diferenças da depressão mais velhos com mais novos

Comparativamente, no caso da pessoa mais velha, as principais diferenças ao nível da sintomatologia comparando com pessoas mais novas, são segundo Hegeman (2012): menor verbalização das emoções e sentimentos de culpa, declínio cognitivo, perda de autonomia, capacidade funcional e lentificação psicomotora, maior ansiedade, agitação, perturbação do sono, entre outros.

Outros estudos revelam que as perturbações do sono mais frequentes, maior fadiga, atraso psicomotor, perda de interesse pela vida e falta de esperança sobre o futuro podem ser mais prevalentes na depressão tardia do que na depressão em adultos jovens ou de meia-idade (Christensen et al., 1999).

Tipologias de Depressão no idoso

O diagnóstico da depressão no contexto da demência é complexo de diagnosticar devido a défices na expressão verbal e a confusão com sintomas cognitivos, o que levou ao desenvolvimento de critérios de diagnóstico para diferenciar a Doença de Alzheimer (DA) e depressão comórbida. (Olin et al., 2002)

A depressão da Doença de Alzheimer é diagnosticada na presença de três ou mais sintomas de depressão major, não incluindo dificuldade de concentração, mas incluindo sintomas adicionais não-somáticos, por outro lado, a depressão comórbida com demência vascular, em comparação com a depressão comórbida com Doença de Alzheimer, é caracterizada por sintomas mais vegetativos como fadiga, fraqueza muscular e perda de peso. (Park et al., 2007)

Na Demência reversível associada a Depressão, verifica-se sintomatologia demencial em episódios de depressão que desaparecem após a remissão da depressão, os casos observados dizem respeito a doentes que desenvolveram depressão major de início tardio, segundos estudos, observou-se que para uma grande parte dos doentes com demência reversível apresentava alguma forma de défice cognitivo após a remissão da depressão e cerca de 40% desenvolvem demência irreversível num período de 3 anos de acompanhamento. (Alexopoulos et al., 1993)

No caso da doença cerebrovascular a mesma poderá ser preditora, antecipar ou prolongar algumas síndromes depressivos tardios. (Alexopoulos et al., 1997). Esta constatação poderá estar baseada no facto das diversas comorbilidades dos síndromes depressivas que surgem com lesões cerebrovasculares, mas também, devido a fatores de risco cerebrovasculares e no facto de a depressão frequentemente se desenvolver após um AVC. (Robinson, 2003)

Como sintomas, as pessoas mais velhas com depressão vascular apresentam maior incapacidade cognitiva do que os que estão deprimidos mas não têm origens vasculares, a fluência verbal e a nomeação de objectos são as funções cognitivas mais afectadas, maior apatia, lentificação de movimentos e falta de discernimento. (Alexopoulos et al., 1997)

Devido à multiplicidade e complexidade no diagnóstico diferencial da depressão na pessoa mais velha é essencial compreender e ter o conhecimento da pessoa mais velha, deste modo, permitindo desenvolver uma intervenção mais global da pessoa.

Importância da terapia

Uma abordagem conjugada com pessoas mais velhas é muito importante, olhando de um ponto vista global das problemáticas características da idade. Com o objetivo preventivo do surgimento de sintomas depressivos, na manutenção e melhoria das funções cognitivas, a psicofarmacologia, psicoterapia, neuroestimulação, entre outras, podem funcionar em conjunto melhorando a qualidade de vida da pessoa mais velha, olhar para esta fase da vida como uma fase positiva, pode ajudar a encara-la de uma forma mais tranquila e com qualidade de vida.

Apresentando diferentes alternativas terapêuticas, incluindo abordagens somáticas e psicoterapêuticas, cada uma com eficácia demonstrável no tratamento para o tratamento da depressão no final da vida, revelam que a mesma pode ser encarada com maior naturalidade e com esperança com melhoria de qualidade de vida.

Resultados dos estudos de prevenção secundária indicam que antidepressivos e a psicoterapia, isoladamente ou em ou em combinação reduzem o risco de recaída e recorrência da depressão tardia em doentes idosos que já tinham remissão. (Bartels et al., 2003)

As abordagens psicoterapêuticas mais frequentes com pessoas mais velhas são de componente comportamental, sendo o foco mais diretivo nas limitações do que nos episódios depressivos, ou seja, foca-se mais nas cognições que podem estar na origem do estado depressivo. Deste modo, os fatores que contribuem para a depressão, aparecem associados à culpa, a fatores biológicos e psicossociais são tidos em conta e explorados. (Fiske et al., 2009)

Os diferentes tipos de intervenções podem incluir a terapia comportamental, terapia cognitivo-comportamental, terapia cognitiva, terapia de resolução de problemas, terapia psicodinâmica breve e terapia de revisão de vida. (Scogin et al., 2005)

Sendo a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental de duração limitada, o objetivo é de identificar pensamentos de crenças disfuncionais, procurando ajudar no desenvolvimento de estratégias adaptativas para lidar com a nova realidade e as situações causadores de stress. (Firmino, 2016)

No que diz respeito à farmacologia os cuidados prendem-se essencialmente pela multiplicidade de medicações, podendo causar diferentes efeitos secundários quando combinados

entre si. Segundo Firmino (2016), numa combinação de medicamentos (sertalina 50mg, escitalopram 10mg, citalopram 20mg).

Verifica-se que idosos com doenças médicas crónicas em risco de depressão que recebem uma intervenção na melhoria da sua relação com o corpo e mente, que desenvolvem competências de relaxamento em situações de maior stress e angústia, reestruturação cognitiva, melhoria na resolução de problemas, comunicação cognitiva, comunicação e melhoria da qualidade do sono, alimentação saudável e exercício físico, têm uma maior autoeficácia e diminuição dos sintomas de depressão, ansiedade, dor e insónia. (Rybarczyk et al., 1999)

Ao longo do envelhecimento várias razões podem influenciar a redução de atividade, sobretudo eventos que são causadores de stress em final de vida, mas cada pessoa é influenciada e reage de forma diferente.

Resultados dos estudos de prevenção secundária indicam que antidepressivos e a psicoterapia, isoladamente ou em combinação reduzem o risco de recaída e da recorrência da depressão tardia em doentes idosos que já tinham remissão. (Bartels et al., 2003)

PARTE III – ATIVIDADES DO ESTÁGIO

Atividades do Estágio

Objetivos Gerais

O objetivo geral do estágio acadêmico em contexto de instituição de residência sênior foi de colocar em prática as aquisições e conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da Licenciatura e Mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento, teve também como objetivo o contato com a atividade e atuação psicológica e neuropsicológica, desenvolvendo assim competências ao nível das relações intrapessoais e interpessoais, necessárias para a prática da profissão.

Objetivos específicos

No que diz respeito aos objetivos específicos do meu estágio acadêmico, eles são os seguintes: acompanhamento psicológico, aplicando os conhecimentos teóricos na prática do psicólogo, observar e aplicar avaliações psicológicas e neuropsicológicas adaptadas a população da residência, aprender e aprofundar os conhecimentos necessários para a avaliação (aplicação, cotação, interpretação de resultados e relatórios) e tomar conhecimento da dinâmica da estimulação, treino e reabilitação cognitiva.

Atividades desenvolvidas da Instituição

Treino de Estimulação Cognitiva e Motora – Jogo Petanca

No âmbito do projeto da Instituição de Estimulação Cognitiva e da Fisioterapia foram desenvolvidas 13 sessões, com um número máximo de 6 residentes. Através do jogo da petanca, procurou-se estimular: habilidades cognitivas, como resolução de problemas, tomada de decisão, reconhecimento de padrões, processamento de informações, criatividade, pensamento crítico e flexibilidade mental, quanto as habilidades motoras, como equilíbrio, flexibilidade muscular, força e agilidade. Esta atividade além do objetivo acima referido, procurou estimular as relações interpessoais, motivação e mudança de padrões de rotinas nos residentes com défice psicomotor e cognitivo leve ou moderado.

Verificou-se melhorias ao nível do planeamento do jogo, nas relações interpessoais e na destreza motora.

Treino de Estimulação Sensorial

No que diz respeito aos residentes com défice cognitivo e motor severo, não inseridos no Programa de Neuroestimulação, desenvolveu-se uma intervenção de estimulação cognitiva, tendo sido adaptado às limitações e características dos residentes selecionados. Como facilitadora da estimulação sensorial foi escolhida a música, procurando estimular cada residente e procurando mediante as reações não-verbais, impulsos e mudanças de humor, quais desenvolviam melhores emoções e reações no residente.

As sessões ocorreram no quarto e de modo individualizado e tiveram a duração de 10 minutos. As músicas foram selecionadas com base nas preferências pessoais de cada residente, indicadas por familiares e membros da equipa multidisciplinar. A intervenção teve como objetivo diminuir o isolamento social, promover a diminuição do declínio físico e cognitivo, permitir expressão emocional e reduzir a ansiedade.

Sessões de Estimulação Cognitiva com Técnicas de Papel e Lápis

Nas sessões de estimulação cognitiva, foram utilizados os seguintes instrumentos e técnicas: atividades com papel e lápis (fichas CogWeb, Humanamente, Alzheimer Portugal, Terapia de Reminiscência (TR), Terapia de Orientação para a Realidade (TOR) e Estimulação Sensorial por meio de música.

Foram realizadas sessões de estimulação semanalmente com 6 residentes. As sessões de estimulação cognitiva com o uso de técnicas de papel e lápis permitem estimular áreas como escrita, linguagem, atenção, memória e cálculo, sendo as mesmas adaptadas ao nível de desempenho do residente. A TR é utilizada nas sessões tinha como objetivo ajudar na recordação acontecimentos de vida significativos e estimular a memória emocional.

Nas sessões de TOR, com o intuito de apresentar informações da realidade de forma organizada e contínua, criando estímulos ambientais que facilitem a orientação, ou seja, era solicitado a evocação do dia da semana, o dia do mês, o ano e a localidade, por outro lado, a terapia de estimulação sensorial foi utilizada para estimular os sentidos primários por meio de experiências sensoriais agradáveis, em um ambiente de confiança e relaxamento, sem exigir atividade intelectual.

As sessões de estimulação cognitiva eram direcionadas aos residentes e utentes que sejam participantes no Programa de Neuroestimulação.

Formação sobre o tema “Depressão na pessoa mais velha”

Inserido no projeto de formação aos profissionais da residência foi solicitado que numa breve apresentação, focada nos fatores influenciadores da depressão, os sintomas mais comuns na depressão, comorbilidades e que tipo de atitudes centradas na pessoa idosa são as mais assertivas e adequadas, tendo em vista, a qualidade de vida da pessoa mais velha, residente na instituição. (ver anexo 1)

Apresentação e Análise de Casos Clínicos

Caso I- Acompanhamento Psicológico de “João”

História Clínica

A primeira sessão de acompanhamento com o João (nome fictício) teve início em Novembro de 2022, embora tenham havido contatos iniciais com João para criação de uma relação empática, tendo em conta, que o João apresentava uma sintomatologia depressiva grave, recusando qualquer tipo ajuda. Foi acordado com o João uma periodicidade semanal, às terças-feiras, sendo que as mesmas se iriam realizar no seu quarto. Foram realizadas 20 sessões.

Identificação:

O João tem nacionalidade portuguesa, género masculino, tem 89 anos. Divorciado e vive sozinho na região do Alentejo, tem um filho de 54 anos. Reside atualmente na instituição aproximadamente há ano e meio.

Dados de Observação:

O senhor João tem uma aparência descuidada, barba por desfazer, cabelo oleoso, o seu rosto aparenta tristeza, cativante e sedutor, apresenta excesso de peso, flacidez do corpo, com dificuldades de mobilidade. O discurso é lento e apresenta ligeira disartria, mantém coerência no mesmo, discurso repetitivo, devido ao uso de aparelho dentário que não se encontrava adaptado à

dentição, sente dificuldades em se fazer entender, demonstrou também dificuldade ao longo dos atendimentos em manter a sua atenção ativa. Tem dificuldades auditivas, o que dificulta a comunicação. No que diz respeito as funções cognitivas apresenta dificuldade na orientação espacial e da memória de curto prazo.

Motivo do Pedido:

O pedido veio por sugestão da psicóloga da instituição e da respetiva direção, visto que o Sr. João tem como diagnóstico uma Perturbação Depressiva Major e encontra-se a fazer medicação. Embora esteja ser seguido em Psiquiatria, não tem apresentado melhorias significativas no humor, no auto-cuidado, etc, verificando-se um isolamento social cada vez maior. Deste modo, foi sugerido ao João se teria interesse em ter alguém com quem falar semanalmente, para o ajudar a melhorar a sua qualidade de vida, diminuição dos sintomas depressivos.

Anamnese Biográfica:

O João tem 88 anos, nasceu na região do Alentejo e fez toda a sua vida nessa zona do país. Estudou até ao Curso Comercial e trabalhou na área da Restauração em negócio de família. Irmão mais velho de três tendo crescidos juntos e muito unidos durante toda a vida, os pais mantiveram-se casados toda a vida, refere que era uma família muito unida. Os irmãos já faleceram com doenças cardiovasculares.

Os pais geriam um pequeno negócio de restauração, no qual os irmãos ajudavam quando não estavam na escola, refere que foi uma infância dura, mas era boa porque estavam sempre juntos, com conflitos naturais dos irmãos como refere, de andarem às lutas, por exemplo.

O estabelecimento dos pais era frequentado por prostitutas e os seus clientes, sobretudo durante a noite, assistia com frequência a situações de agressões, bêbados, tendo sido vítima com algumas vezes de agressões por parte de clientes “levava umas lambadas”.

As memórias acerca da escola são muito distantes, recorda-se que não gostava muito, mas que os pais o obrigavam a ir, tal como teve de ir fazer o curso comercial para depois dar continuidade ao negócio de família, os irmãos seguiram os mesmos estudos.

A adolescência foi passada entre ajudar os pais e estudos, aos 16 anos, tem a sua primeira experiencia sexual com uma prostituta, que conhecia situação que se repete durante alguns anos, com diferentes mulheres.

Com o falecimento dos pais, do qual recorda ter sido momento de enorme tristeza e de perda, os três irmãos dão continuidade ao negócio, beneficiando de melhorias na cidade e mudança de zona de prostituição, permitiu ao negócio prosperar e mudar a forma de funcionamento, primeiro dedicado a um negócio de restauração local e de qualidade e com os anos transformar-se num estabelecimento de referencia na zona e a nível nacional, devido à sua qualidade e dinamismo. Cada um tinha a sua função e responsabilidade.

O João era o relações públicas, sempre foi bom comunicador e adorava estar rodeado de pessoas, responsável por receber os clientes, como comunicador e sedutor natural conquistava também clientes pela sua simpatia e educação, esta característica, obrigava a que estivesse no negócio até o ultimo cliente sair.

Dedica todo o seu tempo ao negócio, transformando o que era uma tasca mal frequentada, num negócio de restauração na zona do Alentejo de renome. A sua vida foi só trabalho, mas do qual sempre o orgulho enorme do que conseguiu construir, mas que teve como consequência não ter vivido outras coisas.

Refere que prejudicou a sua vida emocional e não lhe permitiu fazer outras coisas como ter férias, viajar ou ter tempo para a família. Deste modo, aos 37 anos conhece a sua futura esposa, numa festa da terra, lembra que dançou com ela, pouco se conheciam, e passado 6 meses casam, refere que era uma bela mulher, muito vistosa, mas nada tinha a ver com ele, era empregada doméstica, com poucos estudos e as conversas com ela eram muito limitadas, sente de alguma forma que foi talvez a pressão familiar de constituir família e ter filhos que o levou a casar. O casamento, tal como refere, foi um pesadelo, um suplício, na qual a única coisa que teve de positiva foi ter tido um filho que é ele hoje que gere o negócio.

A esposa acompanhava-o algumas vezes aos eventos do negócio, mas não sabia manter uma conversa com os colegas ou amigos, não tinha conhecimentos, o que lhe causava incómodo e frustração, por outro lado como era uma mulher bonita, tinha gosto em a levar a festas.

Por outro lado, refere que a intimidade entre ambos nunca foi muito gratificante, era mais por necessidade do que por vontade, não gostava de dormir acompanhado, sentia-se preso, limitado, era desagradável ter ali alguém a respirar para cima de mim, dormiam em quartos separados, devido aos horários do negócio chegava sempre muito tarde a casa e dormia até as 12h, refere que a esposa era muito controladora e ciumenta, “fomos ao médico e disseram que sofria de ciúme doenteio”(sic)

Quando nasceu o filho, a sua relação com a esposa ainda agravou mais e passa a ser uma relação ainda mais distante, era ótima mãe e dona de casa, mas como mulher, nunca me senti feliz, “era muito chata na convivência” (sic).

Aos 40 anos tira a carta de condução, mais por necessidade do que por vontade, não se considera aventureiro, não gostava de viajar, embora partilhe que gostava de ter feito outras coisas, mas fez toda a vida focada no negócio, quando se deslocava a outros locais era sempre com esse objetivo, a vontade, o prazer e o orgulho no que construiu foram os motores de toda a sua vida, tendo optado por não fazer outras coisas.

Pouco fala sobre a relação com o filho na idade mais jovem, foi a esposa que teve esse papel e responsabilidade, o seu dever era dar boas condições à família, uma boa casa, boa vida.

Ao falar do seu negócio mostra-se orgulhoso e vaidoso do que conseguiu construir com os seus irmãos, tendo conhecido pessoas muito famosas e importantes, tanto a nível nacional como internacional, com as quais convivia bastante.

Aos 68 anos divorcia-se, o filho já era adulto, não havia mais nenhuma razão para estarem juntos, foi um momento muito difícil da sua vida, “foi uma tragédia” (sic), as partilhas dos bens, da casa, foi tudo muito difícil, ter ficado sozinho sem mulher e não ter voltado a ter alguém até à data, teve alguns relacionamentos, mas tudo de circunstância, sem ligação emocional, frequenta alguns locais de prostituição de luxo com pessoas famosas. O restante tempo é dedicado ao negócio e pouco mais, os horários dedicados ao trabalho são prolongados, refere que por vezes dormia toda a manhã e quando estava de folga não saía da cama.

Falecimento dos irmãos, com 79 anos e 80 anos, fica responsável do negócio juntamente com o filho e sobrinha, cada vez com menos participação nas decisões.

Com a perda dos irmãos com quais tinha grande proximidade e com quem geria o negócio da restauração, sente como uma perda enorme. A partir desta altura a sobrinha começa a ter uma intervenção maior no negócio tal como o seu filho. Começa a participar menos das decisões, fica mais tempo em casa, “passava muito tempo na cama” (sic), ia só lá ver como estavam as coisas, conversava com as pessoas.

Aos 85 anos que teve um AVC que implicou uma cirurgia de urgência e colocar um pacemaker, apresenta também outros problemas de saúde; diabetes, obesidade, hipertensão arterial, devido a viver sozinho e precisar de reabilitação internado na instituição em Lisboa pela primeira vez, durante aproximadamente 6 meses, altura foi sentida com tristeza e primeiros sentimentos de se sentir abandonado, longe de casa. Na mesma altura que se encontra em recuperação, o irmão falece, a tristeza e dor de não se ter despedido do irmão, nem ter podido ir ao funeral, são profundas.

Relembra a estadia na instituição como algo necessário para a sua melhoria, mas já demonstrava resistência em conviver com outras pessoas da instituição, isolando-se no quarto. Apresenta melhorias e regressa a casa. O regresso durou apenas 6 meses e volta para instituição por sugestão do filho. As dificuldades em andar, o excesso de peso, o agravamento do estado de saúde são as principais razões para esse regresso, com o objetivo de frequentar a fisioterapia, melhoria da dieta alimentar e do controlo da medicação, deste o seu regresso houve uma degradação do seu estado psicológico e emocional.

Mesmo com as visitas semanais do filho às segundas-feiras, os sentimentos de tristeza constante e de solidão são os mais frequentes.

Síntese das sessões:

As três primeiras sessões tiveram como objetivo criar momentos de empatia e aceitação por parte do João, a resistência para se disponibilizar a ser ajudado foi a principal dificuldade, os pequenos momentos com o João foram para criar reconhecimento como profissional da instituição e demonstrar interesse em o ajudar.

As seguintes sessões o João mostrou-se disponível para conversar. Os seus relatos foram sobretudo sobre o seu estado emocional, sente-se triste e sem energia, não tem vontade de sair da cama, nem de tomar banho. A principal razão para vir para a instituição foi para fazer fisioterapia e não tem tido melhorias.

Gosta muito de ler jornais e revistas, é como se mantém atualizado do mundo que o rodeia, também gosta de ver as notícias na televisão, embora sinta dificuldades em ouvir (usa aparelho auditivo).

Nos últimos meses, tem perdido a vontade de sair do quarto, antes ia almoçar ou jantar fora ou no refeitório, levava a roupa a lavar na lavandaria, deita-se muito tarde e só se levanta para tomar o pequeno-almoço e dorme até tarde.

Fala da sua vida, na sua profissão na restauração, era uma pessoa muito sociável, convivia muito. Mostra tristeza porque agora quem trata dos negócios é o filho e a sobrinha.

Na quarta-sessão, estava mais animado e bem-disposto, tinha recebido a visitas de velhos amigos, revela orgulho de ter amigos famosos e feliz por se lembrarem dele, embora também se sinta triste por estar na residência e sente-se sozinho. Tinha tido também a visita do filho, vem todas as semanas, para falar e assinar documentos do negócio. Recorda que quando era mais novo, andava sempre arranjado e cuidado, a imagem de si era muito importante. Trabalhou desde novo no negócio de família, desde muito novo e tinha a responsabilidade de atender os clientes.

Falou novamente sobre o facto de não cuidar de si, não tomar banho, não se sente bem com isso, mas não tem motivação, está sempre apático, cabisbaixo. Que só sente bem na cama, tapado, sem fazer nada.

Teve durante a semana um episódio de ataque de pânico, antes de se ir deitar, “tive medo de morrer aqui, de morrer sozinho” (cit)

Interrogou-se se os médicos e a medicação está a ser a correta, já que tinha a expectativa que vinha apenas por uns dias e já está na instituição há mais de ano e meio, nem a fisioterapia faz efeito, evidencia grande frustração, não se sente ajudado nas suas dificuldades. No final da sessão combinamos por iniciativa do João, na próxima sessão estar levantado.

Na quinta-sessão, está deitado, desculpa-se por não estar levantado, está muito abatido e choroso.

Volta a referir que esta sempre com sono e desmotivado, só quer estar deitado na cama e que se deita muito tarde (insónias).

Demonstra confusão com o dia da semana e com a perda de memória em algumas coisas que aconteceram durante a semana ou que esteve a ler no jornal. Recebeu a visita do filho. Interroga-se porque é que ainda está na instituição, porque não tem vontade de nada, que não consegue fazer sozinho e precisa de ajuda. Fala sobre a sua vontade de voltar para casa, que psicologicamente ainda está bem, que podia ter alguém para o ajudar em casa, interroga-se da razão está ali e não mais perto de casa.

Sente também que ao ir para casa, pode ser um empecilho para a família mais próxima, especialmente para o filho.

Dúvidas constantes acerca das suas capacidades, da incerteza acerca do que o futuro lhe espera, do medo de estar sozinho, demonstra sintomas de grande ansiedade.

Sexta sessão

O João está sentado no cadeirão no quarto, não tem ido jantar ao refeitório, está mais abatido e triste que nas sessões anteriores, embora mais comunicativo.

A época do natal deixa-o sempre mais triste, receber telefonemas, conversar com pessoas e conviver são bons momentos, mas sente-os como muito passageiros, sente-se cada dia mais sozinho, Tinha planeado a possibilidade de ir passar o Natal a casa, o que não aconteceu, o filho teve outros planos e a eventualidade de ficar sozinho em casa, fez-lhe constatar que sozinho era mais seguro ficar na instituição, “ao menos ainda vi pessoas no jantar de natal” (cit). A solidão e sentir-se triste volta a ser tema, recorda o seu casamento, que considera ter sido um fracasso, nunca se ter sentido feliz, ter sido pai foi a única coisa positiva que consegue retirar desse casamento. Recordar a infância embora tenha sido muito boa, deixa-o triste, os pais já morreram e os irmãos também, eram muito unidos e juntos fizeram crescer o negócio de família que agora é gerido pelo filho e pela sobrinha. A vida foi dedicada ao trabalho, sem tempo para mais nada, sentia-se uma

pessoa com valor e sente orgulho no que construiu, por outro lado, demonstra tristeza por não ter feito mais nada na vida.

Sétima Sessão:

Esteve pouco comunicativo, demonstra maior desmotivação e perda de apetite, a falta de um aparelho auditivo em condições deixam-no cada vez mais isolado dos outros, tinha planos para ir almoçar com colegas das instituição mas não teve vontade. Sente-se mal por estar cada vez mais desmotivado, não entende as razões, sabe que tem um problema psicológico, mas nem se lembra qual. “sinto-me cada vez mais vazio, sinto-me mal, não como, não janto, que se sente doido com isto” (cit). Sente maior necessidade de ser ajudado, da perda de autonomia, assumindo que não se disponibiliza para tal.

Oitava sessão:

Apresenta-se mais animado, de barba desfeita e sentado na cadeira do quarto. Tinha recebido a visita dos técnicos para manutenção do aparelho auditivo o que o deixou agradado. Recebeu também a visita do filho na qual discutiram sobre a possibilidade de voltar para casa como é o seu desejo, de estar num lugar que se sente feliz, no conforto da sua casa, nem que isso implicasse ter pessoas a tomar conta dele, é a sua vontade. Por outro lado, o filho acha que tem de ficar na instituição porque tem mais companhia e pessoas a cuidar sempre dele. A conversa deixa-o incomodado e confuso, sobre o que é melhor para si, na instituição sente-se sozinho e longe do que é o seu lar e poderia visitar e ser visitado com mais frequência por pessoas que conhece, estaria entretido e ocupado com alguma coisa, em vez de estar fechado aqui. O conflito entre o que entende ser a sua vontade mas também o receio de estar em casa e lhe poder acontecer alguma coisa sem ninguém saber são constantes, tal como a pressão que sente pelo filho de dizer que é melhor ficar na instituição.

Fala sobre a ida ao psiquiatra que lhe ajustou a medicação, mas ainda não sente melhorias, embora sinta que já sente mais iniciativa, que foi pedir um aquecedor para o quarto, ter feito a barba e que isso o deixou mais bem-disposto.

Recorda os tempos em que era mais jovem, mas que sempre foi uma pessoa com pouco animo para outras coisas senão se dedicar ao trabalho, não tinha habito de viajar, de conhecer o país ou passear, sente que a sua vida foi só dedicada ao trabalho e que de alguma forma gostava

de ter sido diferente. Refere que o seu divórcio foi um momento muito negativo da sua vida, não pelo divórcio em si, mas pelo processo da separação dos bens e da solidão, não teve mais nenhuma relação emocional. O casamento não foi feliz.

Sessão nove:

Está mais comunicativo e animado. Embora com dores físicas tem retomado as idas à fisioterapia e tem tido mais cuidado com a aparência. Apesar da falta de iniciativa e ânimo tem procurado ajuda para tomar banho. Refere que as conversas o têm ajudado, sente-se ouvido. Reflete sobre as suas atitudes e possibilidades, sobre o que é melhor para ele, tal como ir com mais frequência à fisioterapia para não ter tantas dores físicas e também o ajudar a não se sentir tão sozinho, mas que isso depende sobretudo dele e não de os outros dizerem. O tema da solidão e as saudades de casa são novamente tema, ter trabalhado uma vida inteira para ter a sua casa, os seus bens, o seu conforto e agora sente-se abandonado pela família e sozinho sem poder aproveitar o que conquistou toda a vida, o medo da morte e de morrer sozinho tem aumentado, tendo ido alguns momentos de ansiedade e receio de adormecer.

Sessão dez:

O João ainda está deitado na cama, mas levanta-se a um ritmo lento e vai se pentear. Fala como se sente aborrecido e sozinho na vida na instituição sobretudo depois de jantar, “é o único momento em que estou em convívio com os meus colegas, mas depois vão todos para o quarto e não há nada para fazer” (cit), reflete que provavelmente os colegas da instituição durante o dia estão mais ativos em algumas atividades e é ele que está todo o dia deitado ou a dormir. Sente que tem perdido a motivação para ler jornais e revistas, não tem mais a mesma vontade, nem lhe faz mais sentido estar atualizado se não vai sair da instituição. O aumento da perda da autonomia causa-lhe frustração, sente como uma degradação de si. Responsabiliza-se de não fazer fisioterapia e até de ter deixado de frequentar a terapia da fala, quando teve o primeiro AVC.

Recorda a sua casa, descreve-a com enorme pormenor e orgulho, mas também grande tristeza por não a poder usufruir.

Sessão onze:

O João estava irritado e revoltado, com o facto de estar na instituição e não ver melhorias nenhuma e significativas, de sentir que não é cuidado como gostaria por alguns funcionários, que em casa isso não iria acontecer. Reclama com o não sentir o apoio dos médicos, que não o visitam, sente-se desvalorizado, sente uma revolta com grande parte das coisas que se passam na instituição. A solidão e vazio de estar num lugar desconhecido são grandes, as saudades de casa, das pessoas e do negócio são grandes e têm o deixado muito triste e desanimado. “sinto-me preso” (cit)

Por outro lado, denota melhorias a nível cognitivo, o pensamento mais organizado e embora sinta dores, tem ido à fisioterapia.

Pensa sobre a possibilidade de ir a casa uns dias, para ver se se conseguia adaptar, na necessidade de contratar duas pessoas para estar sempre com ele, para o ajudarem, já que sabe que não consegue estar sozinho e tem medo de estar sozinho também.

Sessão doze:

O João está sentado no cadeirão a dormir, tem ido com alguma frequência à fisioterapia, embora com bastantes dores físicas.

Volta a falar que por vezes fica revoltado com algumas coisas na instituição, mas nesta semana está orgulhoso de si mesmo, porque pediu ajuda a uma funcionária para lhe dar banho e cuidar de si, “senti-me feliz e até fiquei mais bem-disposto”.

As dificuldades em dormir mantêm-se e fala sobre a sua vida no negócio, onde se deitava muito tarde e acordava perto da hora de almoço, descreve a história do negócio de família e quais as suas conquistas, como se sente orgulhoso do que fez, mas também admiração como conseguiram transforma-lo num negócio de sucesso. Fala de algumas situações de vida, em especial de como foi dura a infância, onde vivenciou momentos de agressividade e violência, “levava umas bofetadas todos os dias dos clientes”(cit), era um ambiente de prostituição, bêbados.

Sessão treze:

O aumento das dificuldades motoras são notórias, maior lentificação de movimentos e perda de autonomia, já não consegue sair da cama sozinho.

Refere que se tem sentido melhor e mais motivado para ir à fisioterapia e aumento da iniciativa para cuidar de si mesmo, nomeadamente até marcou uma consulta para ir ao dentista, as

dificuldades físicas têm aumentado, refere que o aumento das dores e perda de autonomia o têm preocupado muito e que se tem obrigado a ir à fisioterapia.

A semana foi difícil com a notícia da morte de um amigo muito próximo, o que lhe fez recordar a morte dos irmãos mais novos e como foi doloroso. Eram muito unidos e estavam sempre juntos.

Sessão catorze:

Após três semanas de ausência por internamento de urgência, retomamos as sessões. O João apresenta-se abatido, com maiores dificuldades motoras e psicomotoras, nomeadamente com o discurso lento e confuso, há uma perda significativa de competências na orientação espaço-temporal (não sabe as horas, nem o dia de semana).

Não sabe explicar porque foi internado, não se recorda, fica confuso.

Sente dificuldade em se manter atento e acordado na sessão, fica envergonhado por não conseguir manter uma conversa, diz que os momentos em que está a conversar nas sessões são muito positivas e lhe dão ânimo, fala sobre a perda de autonomia e que depende dos funcionários para tudo, sente-se desanimado e nota-se uma perda de esperança de que vá ter alguma melhoria, perda do interesse em ler os jornais, ver televisão.

Sessão quinze:

O João está mais abatido que na semana anterior. Apresenta dificuldade em manter um discurso coerente, está mais sonolento e não consegue manter o foco, fechando os olhos com grande frequência.

Fala sobre a tristeza de não ter família, dos irmãos terem falecido primeiro que ele e os pais terem morrido muito novos.

Sessão dezasseis:

Devido à imposição do filho de o João não ter mais sessões hoje foi informado que seria a nossa última sessão, mas que semanalmente ia ter a vizinha para um acompanhamento mais informal.

O João ficou triste com essa situação mas compreendeu que também ele estava a ter muita dificuldade principalmente depois do seu internamento em manter a atenção, concentração, verbalizar e manter um discurso coerente. Apesar das suas dificuldades, sente que as sessões o ajudaram sobretudo para conseguir falar sobre as suas angustias e tristezas de estar na instituição mas também sobre a sua vida de qual muito se orgulha, também o ajudou a criar algumas rotinas e melhorias no cuidado consigo mesmo e ter como refere (ter coragem) para pedir ajuda.

Outros momentos de encontro com o João tiveram lugar, mas o agravamento da sua situação psicomotora e psicológica, permitiram que fossem momentos para que o João se sentisse acolhido e menos sozinho. Em anexo encontram-se as transcrições das sessões com o João.

Discussão do caso segundo a Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo

A história de vida do João está repleta de experiências, com base nessas vivências pelo João partilhada podemos levantar hipóteses para o estado de sofrimento emocional que está a ser sentido pelo mesmo no momento. Partindo da Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo (Hipólito, 2011), podemos dizer que o João teve de lidar com traumas de origem biológica, social e psicológica, que de certa forma foram modeladores da sua personalidade, mas também o constante processo de atualização permitiu-lhe o equilíbrio para ultrapassar as dificuldades inerentes à vida.

O João é o filho mais velho de três rapazes, de uma família de 5 pessoas, os pais foram pessoas trabalhadoras no negócio de restauração da família. Os pais, tal como os irmãos foram pessoas presentes na sua vida, sendo estas relações familiares as condições de atualização (Hipólito, 2011), sendo eles um suporte emocional constante ao longo da vida emocional e profissional, nomeadamente no desenvolvimento do negócio de família.

O João recorda que os pais foram muito exigentes durante a sua infância, a responsabilidade e obrigações com os estudos e com o ajudar no negócio, pode ter funcionado como condição de valor (Hipólito, 2011), para o João, ou seja, que trabalhar e ter sucesso no negócio são valores muito importantes. O João recorda que a sua infância foi toda passada entre a escola e negócio, que não teve tempo para mais nada, embora, recorde que por vezes fugia para ir

brincar, queria ser criança como os outros, ou seja, há aqui uma dissociação entre o Self percebido e o Self desejado, quando isso acontecia lembra-se que era castigado pelo pai (trauma psicológico).

As suas lembranças da infância são de brincadeiras com os irmãos, mas também, as que eram passadas no negócio, onde assistia a situações de agressividade entre os clientes, de exploração sexual feminina e degradação social (bêbados e toxicodependentes), refere também “não foi nada fácil, levava muitas lambadas dos clientes, era um ambiente muito violento”(cit), estas vivências acompanharam toda a sua infância e adolescência (trauma social). A sua experiência foi com uma prostituta frequentadora do negócio, tinha 16 anos, tirou dinheiro da caixa do café para pagar, esta situação de recorrer à prostituição para ter relações sexuais repetiu-se por alguns anos. O João concluiu os estudos na Área Comercial e dedicou-se à melhoria do negócio dos pais.

O pai faleceu primeiro que a mãe, tinha o João 30 anos, ambas as perdas quase seguidas uma à outra foram sentidas com grande tristeza (trauma psicológico), os irmãos uniram-se em prol da continuidade do negócio e mantiveram-se sempre unidos a cada processo, esta união e proximidade as condições de atualização do João. (Hipólito, 2011), para melhor lidar com o luto da perda dos pais.

Esta perda sentida pelo João como muito precoce, fez com que o João sentisse a necessidade e responsabilidade de se dedicar por completo ao negócio, condições de valor transmitidas desde novo pelos pais, esta dedicação e acompanhada pelos irmãos ao longo da vida.

O projeto de melhorias do negócio da família fez com que o João descuidasse o seu projeto de vida familiar, para ele a prioridade era o negócio e o seu sucesso. Casa aos 37 anos, casamento no qual sente nunca terá sido feliz (trauma psicológico), “foi um pesadelo, um suplício” (cit), mas também diz pouco tempo para se dedicou. A melhor lembrança e que ele considera de positiva e lhe trouxe felicidade, foi ter sido pai, a parentalidade funcionou como condição de atualização (Hipólito, 2011), no seu projeto de vida e desejo de proporcionar uma boa qualidade de vida à sua família. A pressão sentida por João dos irmãos para constituir uma família e não estar sozinho, pode ter levado ao João a casar de forma precipitada, refere que não teve tempo para conhecer bem a sua mulher, ao fim de 6 meses já tinham casado, com o tempo, percebeu que pouco tinham em

comum, nos interesses e na forma de estar na vida, o João sentia dificuldade em ter intimidade com a mulher e dormiram durante muitos anos em camas separadas.

João fala sobretudo da sua vida, dedicada ao negócio, do qual sente um profundo orgulho, de juntamente com os seus irmãos terem transformado um pequeno negócio, num negócio na área de restauração de enorme sucesso em Portugal e renome internacional. Essa dedicação, segundo o João, teve os seus custos, “nunca fiz mais nada além de trabalhar, não viajei, não passeava, a minha vida foi só trabalho” (cit).

Com o crescimento e maior idade do filho, o casamento degrada-se mais e aos 68 anos separa-se (trauma psicológico), sente esse momento da sua vida como “uma tragédia, as partilhas dos bens, da casa, foi tudo difícil, fiquei sozinho” (cit). Recorda que após este evento da sua vida, dedicou-se ainda mais ao negócio, trabalhava da 13 às 2h, quando estava de folga, dormia todo o dia, sentia-se mais sozinho e desanimado. A morte do irmão mais novo com problemas cardíacos, foi um choque enorme para o João (trauma psicológico), mais uma perda na sua vida, a relação com o outro irmão mantém-se forte e continuam a melhoria do negócio, agora também com uma vertente de hotelaria, estes novos projetos são as suas condições de atualização.

O filho e a sobrinha começam a ter uma participação maior no negócio, deixando o João de ter necessidade de estar tão presente, essa situação faz com que fique mais tempo em casa, sozinho e começa a apresentar os primeiros sinais depressivos. Sentimentos de não se sentir útil, de solidão e desleixo pessoal, agravam-se com a menor presença no negócio.

Aos 84 anos tem um Enfarte Agudo do Miocárdio, tendo sido necessária a colocação de um pacemaker (trauma biológico) e tem de colocar um pacemaker, mas também um Acidente Vascular Cerebral com perda de algumas competências motoras por este motivo é internado uma primeira vez na instituição (trauma psicológico) para reabilitação psicomotora e de saúde. Esta fase, agravou o seu estado psicológico, estar longe de casa e do negócio. Durante a sua estadia na instituição, João sofre uma nova perda, o falecimento do seu irmão com um enfarte (trauma psicológico) e guarda uma grande mágoa por não poder estar presente no seu funeral “nem me consegui despedir dele, estava aqui fechado, sem poder sair”, a pandemia de Covid-19, não permitia deslocações e por motivos de segurança não foi autorizada a sua saída (trauma social).

Com as melhorias e recuperação concluída regressa a casa, esse regresso não corre como esperado, a perda de responsabilidades no negócio, faz com que João passe todo o dia em casa, deitado, sem cuidados com a sua higiene, a alimentação não é a adequada para a sua saúde, nomeadamente diabetes e os problemas cardíacos (trauma biológico).

A perda de competências motoras e autonomia aumenta e o João regressa à instituição, por iniciativa do filho, com a expectativa que será por pouco tempo. Deste quer regressou à instituição que o seu estado de saúde psicológica tem-se agravado, foi confirmado o diagnóstico de Síndrome Depressivo Major, o João mantém o seu comportamento da ausência de cuidados com a sua higiene pessoal, o isolamento social mantém-se não querendo participar de atividades da instituição, os ritmos de sono continuam desajustados, a perda de ânimo generalizado.

Deste modo, posso levantar a hipótese que o João mediante alguns dos seus relatos já demonstrava alguns episódios depressivos, talvez pelas vivências na infância, mais traumáticas, sentimentos de não ter tido escolha no seu futuro profissional, mas também num casamento no qual se sentiu infeliz, estes eventos podem ter sido os traumas do João, por outro lado, a proximidade e cumplicidade familiar, o orgulho e sucesso do negócio de família foram elementos essenciais para as condições de atualização ao longo da vida do João, mas ao ver-se privado dessas mesmas condições agravou-se o estado psicológico e emocional, com sentimentos de solidão e abandono.

“João” e o seu processo terapêutico

As primeiras sessões foram essencialmente para criar uma relação empática com o João, ele mostrava grande resistência a conversar ou ter companhia de alguém, deste modo, mantendo a disponibilidade e frequência o João foi se sentindo mais confiante e permitiu-se aceitar ajuda.

As suas queixas e preocupações foram se repetindo ao longo de grande parte das sessões, na sua doença, nas suas dificuldades auditivas e verbais, nas dores constantes de corpo e nas dúvidas sobre se na instituição estavam a fazer o que deviam para ele melhorar, principalmente nas primeiras sessões João refere sobretudo que a responsabilidade do seu estado emocional e físico, deviam-se ao mau trabalho dos funcionários e da instituição.

Com o avançar das sessões, o João foi partilhando algumas memórias da sua vida, numa primeira fase apenas dos aspetos positivos e do qual sentia enorme orgulho, do seu negócio e conquistas financeiras. No que diz respeito às experiências de vida mais angustiantes, João sentiu mais dificuldades em as partilhar, nomeadamente a sua infância passada num meio agressivo, no seu casamento e divórcio e nas perdas dos seus pais e irmãos.

O balanço emocional entre as suas conquistas e vida dedicada a uma vida de trabalho com os sentimentos de solidão e abandono por parte das pessoas mais próximas foram uma constante ao longo das sessões, tal como o medo da morte, mas sobretudo da eventualidade de morrer longe do seu lar.

Juntamente com o ajuste da medicação para o Síndrome Depressivo, o João apresentou melhorias ao nível da motivação para a fisioterapia, nos seus cuidados de higiene, o discurso tornou-se mais fluente e o animo do João aumentou, chega a referir que as conversas o tinham ajudado bastante, na companhia mas também em ganhar coragem para melhorar e pedir ajuda.

Por motivos do agravamento de Doença Vascular Cerebral do João e recusa do filho à continuidade das sessões, estas tiveram de terminar.

Reflexão sobre as sessões com o “João”

As sessões com o João foram um constante desafio à manutenção das atitudes relacionais essenciais para a criação de uma aliança terapêutica, a compreensão empática, consideração incondicional positiva e a congruência (Rogers, 1957), sem eles não poderia haver relação e como tal não poderia ajudar o João na diminuição da sua angústia. O facto de não ter sido o João a procurar ajuda, mas uma sugestão por parte da instituição por preocupação do estado emocional e físico, dificultou a fase inicial das sessões, o João apresentava desinteresse nas mesmas e uma apatia generalizada com a vida em geral, ao mostrar disponibilidade para ouvir e respeitar o seu tempo, o João, foi começando a falar de si.

A sua aparência era descuidada, o rosto cativante e carinhoso, de fácil empatia, embora de expressão triste, nas primeiras consultas o seu choro era fácil quando falava sobre si e das suas dificuldades, da ausência de iniciativa, da perda de ânimo e energia para cuidar de si, de se sentir

cada vez menos autónomo e da vergonha do seu aspeto físico, o seu quarto estava desarrumado e com um cheiro muito desagradável, aceitar que estas condições foi difícil mas muito importante para o que o João não se sentisse julgado, mas sim acolhido as suas angustias.

O início das suas sessões remetiam quase sempre para os mesmos temas, mas foram diminuindo ao longo do tempo, começando a falar da sua vida profissional do qual sentia enorme orgulho e valorização pessoal pelo que conquistou juntamente com os seus irmãos, sucesso esse que se sentia por vezes admirado pelo que conseguiram fazer, estes relatos era verbalizados com alegria e saudade.

As relações familiares aparentemente foram positivas e de boas memórias pese embora as dificuldades de viver num meio pequeno e rural, no qual os pais dedicaram a sua vida ao negócio da restauração. No que diz respeito a relações emocionais com parceiras o João sente que o seu casamento tenha sido um fracasso e uma desilusão, no qual nunca se sentiu feliz, embora tenha estado casado quase 40 anos, nos seus relatos, aparenta ter sentido com o seu maior fracasso, por outro lado, ter sido pai foi sentido como a melhor coisa desse mesmo casamento.

Embora uma vida dedicada ao trabalho como refere o João tenha sido gratificante, ao longo das sessões vai chegando a conclusão que a sua vida se tenha resumido ao trabalho, tal como os seus pais, não se tendo permitido fazer outras coisas como viajar, conhecer outras realidades e ter sido feliz num relacionamento, estas conclusões foram dolorosas de gerir.

Durante as sessões o João foi demonstrando o seu desagrado e tristeza por estar longe de casa e dos amigos, interrogou-se várias vezes o porquê razão estaria tao longe de casa e porque não tinha ido para uma instituição mais perto. Levantou várias hipóteses para esse mesmo regresso, mas as suas crescentes dificuldades da sua locomoção e de saúde acabaram por limitar essas opções, o João mostrou sentimentos de abandono por parte do filho, embora este lhe fizesse uma visita todas as semanas, sempre se opôs a essas hipóteses. Sentia-se incapaz e sem capacidade de decisão sobre o que considerava melhor para si, “fui deixado aqui ao abandono, parece que estou numa prisão e não posso fazer o que quero”(sic), estas partilhas do João foram difíceis de ouvir, a angustia do João era grande e manter as respostas de forma empática e o mais congruente possível foram de grande importância, para não correr o risco de dar opinião ou algum juízo de valor sobre as atitudes do filho, permitiram que o João pudesse elaborar os seus sentimentos e se sentisse acolhido e escutado na sua angustia.

O João, devido à sua condição de saúde, nomeadamente depressiva, apresentou quase durante todas as sessões dificuldade em manter um discurso fluente, por vezes, fechava os olhos e adormecia por minutos, sentia-se mal quando isso acontecia, desculpando-se, embora fosse uma situação que me tenha provocado alguma irritação e frustração momentânea, se estaria a desempenhar bem a minha função. Entendi com as sessões em algumas situações o João usava essa estratégia para fugir a assuntos que lhe eram mais difíceis falar, mas noutras situações, deviam-se à sua condição de saúde e os deveria aceitar incondicionalmente.

É importante referir que as sessões iniciais decorreram com o João deitado na sua cama, com a periodicidade o João começou a querer estar pronto, quando eu chegasse no sofá do quarto, embora o setting não fosse o ideal, para o João e mediante a sua condição psicológica e de mobilidade foi o melhor para ele e como consequência para o processo terapêutico, como refere Etchegoyen (citado em Faria, Brites, Paulino, Silva (2020)), o mais importante é que independentemente do local, importa a estabilidade do processo, os papéis sejam mantidos, tal como as respetivas regras e de ética profissional.

Idealmente teria sido importante o João manter o acompanhamento psicológico, mas por motivos de saúde, estes deixaram de ser possíveis, foi feita uma avaliação neuropsicológica ao João tendo sido encaminhado para estimulação cognitiva.

Com o objetivo de avaliar o desempenho cognitivo do João foram aplicados as seguintes baterias de testes neuropsicológicos: **Mini-Mental State Examination (MMSE)** é um instrumento de rastreio cognitivo breve, tendo validade em Portugal, é constituído por 30 itens dicotómicos que avaliam seis domínios cognitivos (orientação temporal e espacial, retenção e evocação imediata, atenção e calculo, evocação diferida, linguagem e capacidade construtiva) (Freitas, et al., 2015). e também o **Addenbrook's Cognitive Examination Revised (ACE-R)** sendo este um teste de rastreio mais completo, que inclui o MMSE, avalia cinco domínios do funcionamento neuro-cognitivo: Atenção e Orientação, Memória, Fluência Verbal, Linguagem e Viso-espacial. (Mioshi, et al., 2006), as pontuações mais elevadas indicam bom funcionamento cognitivo e enquanto resultados mais baixos são indicadores de défices cognitivos, o valor máximo é de 100 pontos. A aplicação do **Addenbrook's Cognitive Examination Revised (ACE-R)** tem a duração prevista de 15 minutos. (Firmino et al., 2010)

Montreal Cognitive Assessment Battery (MoCA), sendo um instrumento avaliação de declínio cognitivo no espectro do déficit cognitivo ligeiro, mas também da doença de Alzheimer, avalia seis domínios cognitivos (função executiva, capacidade visuoespacial, memória de curto prazo, linguagem, atenção, concentração e memória de trabalho e orientação espacial) (Simões et al., 2008), com uma pontuação máxima de 30 pontos e um tempo de administração médio de 15 minutos (Freitas et al., 2013).

O teste do **Desenho do Relógio (TDR)** foi aplicado já que é usado como breve teste que avalia a demência, avaliando capacidades cognitivas e perceptivas, versão da pontuação de Babins. (Babins et al., 2008). O Teste do Desenho do Relógio (TRT) é amplamente estudado e validado como um instrumento de triagem para a Doença de Alzheimer. O teste em conjunto com outras medidas de avaliação cognitiva e clínica pode fornecer uma imagem mais abrangente e precisa do status cognitivo de um indivíduo e auxiliar no diagnóstico das condições clínicas relacionadas às Demências (Freitas et al., 2013).

Com o objetivo de avaliar as funções executivas, o **Trail Making Test (TMT)** é um teste dividido em duas partes, a parte A avalia a atenção, na parte B, será avaliada a sequenciação, alternância entre sequências e flexibilidade cognitiva e função executiva, ambas as partes, avaliam a exploração visual, coordenação visuo-motora (mão) e velocidade de processamento (Firmino, 2016).

Tendo em vista uma avaliação mais completa das funções cognitivas superiores, a aplicação da **Bateria de Avaliação Frontal (FAB)**, em específico do lobo frontal tais como: o pensamento e conceptualização abstrata, flexibilidade mental e planeamento, sensibilidade à inferência, controlo inibitório e supressão ao comportamento de pressão (Firmino, 2016).

No que diz respeito da memória verbal a aprendizagem o **Auditory Verbal Learning Test (AVLT)**, avalia a taxa de aquisição e aprendizagem, através da evocação imediata de uma lista de palavras e de evocação diferida, deste modo, avalia a os défices mnésicos (Firmino, 2016).

Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é dirigida para um rastreio de sintomatologia depressiva na idade adulta avançada, composta por 30 itens, avaliando domínios afetivos e cognitivos.

Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) avalia sintomatologia da ansiedade na idade adulta avançada.

Relatório de Avaliação Neuropsicológica do Sr “João”

Nome: João

Data de Nascimento: 23/03/1934

Idade: 89 Anos

Escolaridade: 7º Ano do Curso Comercial

Mão Dominante: Direita

Data da avaliação: 19/04/2023

Motivo da avaliação: Avaliação do desempenho cognitivo

Observação e Informação:

O Sr. João tem o 7º ano no Curso Comercial, encontra-se a residir na instituição. Tem diagnosticado Síndrome Demencial Vascular Isquémico, Síndrome Depressivo, Hipertensão, Diabetes tipo B, Hipersónia, Surdez grave. Tem apresentado queixas ao nível da memória, orientação espaço-temporal e dificuldades psicomotoras. Com o objetivo de compreender a sua funcionalidade cognitiva, realizou-se uma avaliação neuropsicológica. Durante a avaliação, esteve participativo, porém demonstrou alguma ansiedade e frustração nas tarefas em que sentiu maior dificuldade, observou-se dificuldade em manter a concentração, ouvir e compreender as instruções das consignas.

Os procedimentos e testes aplicados para Avaliação Neuropsicológica foram os seguintes:

- Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R, Hodge & Mioshi, 2005; Firmino, H., et al., 2015);
- Mini Mental State Examination (MMSE, Freitas, S., et al., 2014);

Resultados e apreciação global:

1. **Linguagem:** Sem alterações de tipo afásico. Apresenta dificuldades na fala, por falta da denteição e dificuldades auditivas, que condicionaram o processo de avaliação. Apresentou elevada lentificação psicomotora e confusão no discurso verbal, com ligeira disfonia.

2. Função Global do estado cognitivo (ACE-R e MMSE): a pontuação global a pontuação global de referência para idade e escolaridade no (**ACE-R: 31/100 pontos**) e (**MMSE:10/30**), indica presença de **défice cognitivo grave**.

Analisando cada subteste nos diferentes domínios constata-se que ao nível da **Atenção e Orientação (5/18 pontos) – Défice grave**, nos quais a Orientação (5/18 pontos) e Atenção/Concentração (0/5 pontos) apresentam défice grave, ao nível da **Memória (6/26 pontos) – Défice grave**, sendo que na Evocação Diferida de intervalo longo (0/7 pontos) e na memória retrógrada (0/4 pontos) e anterógrada (3/7 pontos), no que diz respeito às **Funções Executivas (Fluência Verbal) (2/14 pontos) – Défice grave** na Fluência Verbal Fonética e Semântica, tal como na **Linguagem (16/26 pontos) – Défice grave**, na Compreensão (**4/8 pontos**), Repetição (**0/4 pontos**), Nomeação (**0/12 pontos**) e Leitura (**0/1 pontos**). Em relação às competências **Visuo-espacial (6/16 pontos) – Défice Grave** e na **Capacidade visuo-espacial** na execução do teste de Pentágonos, Cubo e Relógio.

Conclusões:

Atendendo a idade e escolaridade do Sr. J, a avaliação neuropsicológica realizada revelou alterações cognitivas graves na orientação temporal e espacial, na atenção e concentração, na memória anterógrada e retrógrada, na evocação diferida de curto e longo prazo, nas funções executivas (fluência verbal fonética e semântica), linguagem (Compreensão, repetição, leitura) e na função visuoespacial e construtiva (representação simbólica e grafo-motora). Devido aos resultados apresentados, no Mini Mental State Examination e na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke, outros testes não foram realizados.

Recomendações:

Mediante os resultados obtidos na avaliação neuropsicológica, recomenda-se que o senhor J. participe no programa de terapia de neuroestimulação cognitiva. O objetivo da sua frequência no programa é de manter e/ou melhorar o funcionamento cognitivo, manter e/ou melhorar as suas competências de comunicação e interação social, reduzir os sintomas comportamentais e

psicológicos (apatia, agitação, entre outros), promover a melhoria e potencializar competências socioambientais, promover o seu bem-estar e melhorar sua qualidade de vida.

Recomenda-se uma nova reavaliação após um período mínimo de 6 meses.

Relatório da Avaliação Neuropsicológica “Isabel”

No âmbito do programa de neuroestimulação cognitiva do qual Isabel faz parte, realizou-se uma avaliação neuropsicológica. As reavaliações aos residentes que participam neste programa é feita de 6 em 6 meses, podendo assim adaptar as estimulações mediante a evolução e condição cognitiva. Por motivos de política de privacidade da instituição não tive acesso a qualquer informação da história pessoal ou clínica da Isabel, para uma possível anamnese mais completa, mas também devido aos défices cognitivos graves já apresentados pela Isabel foram um impeditivo para maior recolha de informação.

A Isabel apresenta défices cognitivos grandes: Doença de Alzheimer e Síndrome Demencial Vascular Isquémico, já está na instituição à aproximadamente 5 anos, devido à sua condição cognitiva não foi possível efetuar uma entrevista clínica.

Avaliação Neuropsicológica

Nome: Isabel

Data de Nascimento: 1934/03/30

Idade: 90 Anos

Escolaridade: Licenciatura em Educação de Infância/16 anos de escolaridade

Mão Dominante: Direita

Data da reavaliação: 18/04/2023 e a 05/05/2023

Motivo da avaliação: Avaliação do desempenho cognitivo

Observação e Informação:

A Isabel está inserida no programa de terapia de neuroestimulação cognitiva da instituição, como objetivo de melhorar o funcionamento dos seus domínios cognitivos e qualidade de vida. Com o objetivo de avaliar a evolução da sua funcionalidade realizou-se uma reavaliação neuropsicológica.

Durante a reavaliação, esteve participativa, motivada mas pouco comunicativa. Manteve-se tranquila e calma mesmo em situações de maior dificuldade, observou-se dificuldades em manter a concentração e ouvir as instruções das consignas. Não se verificou sinais de cansaço ou esforço diminuído ao longo da avaliação.

Os procedimentos e testes aplicados para Avaliação Neuropsicológica foram os seguintes:

- Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (**ACE-R**, Hodge & Mioshi, 2005; Firmino, H., et al., 2015)
- *Mini Mental State Examination* (**MMSE**, Freitas et al., 2014);
- Teste do Desenho do Relógio (**TDR**, Santana et al., 2013);
- *Frontal Assessment Battery* (**FAB**, Lima, C.F., et al., 2008);
- Memória de dígitos (**Escala de Inteligência de Weschler para Adultos**, Weschler, 1997/2008);
- *Auditory Verbal Learning Test* (**AVLT**, Cavaco et al., 2015);
- *Trail Making Test* (**TMT A&B**, Cavaco et al., 2013)
- Escala de Depressão Geriátrica (**GDS-15**, Espírito Santo et al., 2021);
- Inventário de Ansiedade Geriátrica (**GAI**, Espírito Santo et al., 2015);

Resultados e apreciação global:

1. **Linguagem:** sem alterações de tipo afásico, apresenta dificuldade na compreensão e lentificação psicomotora.
2. **Função Global do estado cognitivo (ACE-R e MMSE):** a pontuação global de referência para idade e escolaridade no (**ACE-R: 41/100 pontos**) e (**MMSE:11/30**), indica presença de **déficé cognitivo grave**.

Analisando cada subteste nos diferentes domínios constata-se o seguinte:

Atenção e Orientação (4/18 pontos) – Défice grave, dos quais a Orientação 1/10 pontos e Atenção e Concentração 0/5 pontos, indicadores de défice grave, no que diz respeito à **Memória (6/26 pontos) – Défice grave**, apresentando défices graves na Evocação Diferida, Memória Retrógrada e Anterógrada, tal como na Evocação Diferida de intervalo longo, na Evocação Diferida de intervalo curto não apresenta défice. Nas **Funções Executivas (Fluência Verbal) 2/14 pontos – Défice grave**, no que diz respeito à Fluência Verbal Fonética e Semântica, em relação à **Linguagem (18/26) pontos – Défice grave**, na Compreensão, Nomeação e Leitura, em relação às competências **Visuo-espaciais (11/16 pontos) – Défice Grave**, na Capacidade visuo-espacial.

3. **Atenção:** apresenta **defeito grave** para capacidade de atenção sustentada (TMT-A). Na atenção dividida (TMT-B) não foi possível avaliar devido à dificuldade de compreensão da tarefa proposta.
4. **Memória Evocação Imediata (AVLT):** apresenta **défice cognitivo grave**.
5. **Memória de Evocação Diferida (AVLT):** apresenta **défice grave** em relação a recuperação da memória após interferência de 30 minutos. No que diz respeito à recuperação de memória por pistas apresenta igualmente **défice cognitivo grave**.
6. **Memória de Trabalho (Memória de Dígitos):** sem défice cognitivo
7. **Funções Executivas (TMT-B):** apresenta **dificuldade na compreensão da tarefa proposta, o que não permitiu a realização da mesma**.
8. **Capacidade Visuo - Construtiva (Teste do Relógio):** 1/15, apresenta **défice cognitivo grave**.
9. **Avaliação Frontal Breve (FAB):** nas provas de Semelhanças (conceptualização), Série Motoras (programação), Go-No-Go (controlo inibitório) na prova de Fluência Lexical (flexibilidade mental), Instruções Conflituosas (sensibilidade à interferência) apresenta **défice grave**. Na prova de Comportamento de Preensão não apresenta défice cognitivo.
10. **Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)** – apresenta sintomatologia depressiva
11. **Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)** – apresenta sintomatologia ansiosa

Conclusões:

Atendendo a idade e escolaridade da Isabel a avaliação neuropsicológica realizada revelou alterações na orientação temporal e espacial, na memória de retenção, na atenção sustentada e

dividida, na memória retrógrada e anterógrada, na evocação imediata, na evocação diferida de curto e longo prazo, nas funções executivas (conceptualização, programação, controlo inibitório, flexibilidade mental, na fluência verbal e sensibilidade à inferência), na linguagem (compreensão, nomeação e leitura) e na função visuoespacial e construtiva (representação simbólica e grafo-motora).

No que diz respeito a sintomas emocionais, apresenta sintomatologia depressiva e ansiosa.

Recomendações:

Mediante os resultados obtidos na avaliação neuropsicológica, recomenda-se a Isabel continue a participar no programa de terapia de neuroestimulação cognitiva. O objetivo da sua frequência no programa é de manter e/ou melhorar o funcionamento cognitivo, manter e/ou melhorar as suas competências de comunicação e interação social, reduzir os sintomas comportamentais e psicológicos (apatia, agitação, entre outros), promover a melhoria e potenciar competências socioambientais, promover o bem-estar e melhorar sua qualidade de vida.

Recomenda-se uma nova reavaliação após um período mínimo de 6 meses.

PARTE III - CONCLUSÃO E REFLEXÃO PESSOAL

Conclusão e Reflexão Pessoal

Terminado o estágio curricular é importante fazer um balanço de todos os momentos experienciados. O estágio foi rico em aprendizagens e desafios, com aspetos positivos mas também outros mais limitativos da intervenção.

Procurando ter uma visão global sobre o estágio, diria que a minha maior dificuldade inicial foi conseguir enquadrar-me na dinâmica da instituição, nomeadamente no que diz respeito às exigências e solicitações ao Departamento de Psicologia e Neuropsicologia da residência, que retirou algum tempo de acolhimento na fase inicial do estágio. Por outro lado, essa circunstância permitiu que tivesse de tomar iniciativa para contactar os residentes, para conversas informais e sentir a dinâmica do funcionamento da instituição nas suas múltiplas valências e espaços físicos da mesma.

No que diz respeito à experiência da função do psicólogo ela foi muito enriquecedora, tendo tido a possibilidade de acompanhar alguns residentes em fases mais depressivas ou de angústia emocional, podendo colocar em prática os conhecimentos adquiridos na Abordagem Centrada na Pessoa.

Sendo os pilares da proposta de Carl Rogers, a compreensão empática, o cuidado incondicional positivo e a congruência do terapeuta, para a criação de uma relação terapêutica (Faria, 2020), posso considerar que durante todo o estágio foram atitudes que procurei manter e aplicar em todas as atividades com os residentes, embora foi de grande dificuldade a manutenção de uma atitude incondicional, tendo em conta as solicitações constantes para que tivesse uma atitude mais numa vertente cognitiva-comportamental, abordagem essa mais frequente na instituição. A manutenção da congruência e escuta ativa em especial com o João foi também um grande desafio, procurando ajudar o João no seu processo de organização de pensamentos e emoções que eram causadores de enorme angústia.

A manutenção destes pilares permitiu que o João se sentisse seguro em partilhar as suas emoções, dúvidas quanto ao futuro e ao seu presente. A supervisão pela orientadora de estágio foi um aspeto muito positivo, embora a psicóloga da instituição fosse da abordagem cognitivo

comportamental, manteve sempre espaço de conversa e enriquecimento na discussão entre os dois modelos, permitindo a partilha de dificuldades nos atendimentos. Sendo a população da residência, pessoas mais velhas, algumas em estado terminal da vida ou com doenças prolongadas, fez-me ter de lidar com alguma frequência com o fim de vida e a morte, mas a maior dificuldade foi manter a atitude congruente quando aos residentes partilhavam o desejo de morrer ou de que a vida não fazia mais sentido, a urgência de acolher esse sentimento, sem julgamento ou crítica permitiu que pudessem falar das suas emoções.

Senti dificuldades sobretudo em aceder informações sobre o histórico clínico e a medicação utilizada pelos residentes, sendo que essa limitação dificultou uma melhor anamnese do estudo de caso, mas também na avaliação neuropsicológica, para que a avaliação fosse mais objetiva e clara. A gestão do tempo e disponibilidade para a observação de avaliações neuropsicológicas e cotações, das sessões de neuroestimulação são aspetos que poderiam ter sido melhor estruturados, que causaram alguma frustração e ansiedade, mas também permitiram que tivesse desenvolvido mais iniciativa.

A necessidade de me adaptação às dificuldades diárias, resiliência para com os obstáculos que foram surgindo, tal como a integração, trabalho de equipa, relacionamento interpessoal, e a disponibilidade para aprender, tal como desenvolvimento da inteligência emocional e social, foram aspetos muito positivos no estágio.

Posso dizer, sem qualquer dúvida que o estágio foi positivo e enriquecedor sobre um ponto de vista do dia-a-dia de um psicólogo numa residência sénior, com inúmeras solicitações, tanto de residentes, como dos parentes, mas também de uma estrutura organizacional que depende de algumas diretrizes para que funcione como um todo em prol dos residentes.

Do ponto de vista humano, foi muito gratificante e transformador, ao ouvir as histórias de vida dos residentes, todas elas ricas, de memórias, de perdas e conquistas tão únicas e pessoais, fez-me dar mais valor à vida, mas como psicólogo da importância da escuta sem julgamentos, da aceitação do outro, mas também da importância de acolher, compreender e cuidar, permitindo o mais possível um final de vida de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakuma T. (1997). The course of geriatric depression with “reversible dementia”: a controlled study. *American Journal Psychiatry* 1993; 150: 1693–1699.

Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Sibersweig D, Charlson M. The “vascular depression” hypothesis. *Archives of general Psychiatry* (1997); 54: 15–22 [doi:10.1001/archpsyc.1997.01830220033006](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830220033006)

Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Silbersweig D, Charlson M. (1997). Clinically defined vascular depression. *American Journal Psychiatry*; 154: 562–65.)

Babins, L., Slater, M. E., Whitehead, V., & Chertkow, H. (2008). Can an 18-point clock-drawing scoring system predict dementia in elderly individuals with mild cognitive impairment?. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(2), 173-186. <https://doi.org/10.1080/13803390701336411>

Bartels SJ, Dums AR, Oxman TE, et al. Evidence-based practices in geriatric mental health care: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Clinics*. North Am (2003); 26: 971–990

Campana, A.M. (2014). A intervenção psicológica em contexto privado: Oficina de Psicologia. [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada]. Repositório Institucional da Universidade Lusíada. http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1257/4/mpc_alexandre_campana_dissertacao.pdf

Cardoso, M. R. R., de Sousa Lopes, G., Silva, B. F., Duarte, J. M. G., & Nicolussi, A. C. (2022). Ansiedade e depressão em idosos segundo a realização de exercício físico regular. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 10(3), 515-525 <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i3.5579>

Cavaco, S., Goncalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, R, Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: regression-based norms for the Portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28, 189-198. <https://doi.org/10.1093/arclin/acs115>

Christensen H, Jorm AF, Mackinnon AJ, Korten AE, Jacomb PA, et al. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological medicine*. 29:325–339 <http://doi:10.1017/S0033291798008150>

Espírito Santo, H., Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Guadalupe S., & Silva, A. (2015). Psychometric properties of the Portuguese Version of the Geriatric Anxiety Inventory in a sample of elderly people in residential care. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, Vol. 1 (2): 31-45. <http://dx.doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22>

Espírito Santo, H., Figueiredo Duarte, C., Serio, C., Lemos, L., Mariana, M., & Daniel, F., (2021). Validity and reliability of short version of the Geriatric Depression Scale in institutionalized older Portuguese adults. *Aging and Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1695739>

Faria, C., Brites, R., Paulino, M., & Silva, F. (2020). *Intervenção em Psicologia Clínica*. Pactor

Firmino, H. (Ed.). (2016). *Saúde mental das pessoas mais velhas*. Lidel-Edições

Firmino, H., Simoes, M.R., Pinho, M.S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2010). Addenbrooke Cognitive Examination (ACE-R): Manual. *Serviço de Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*.

Freire, S. A. (2000). *Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico*. In A. L. Neri & S. A. Freire (Eds.), *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31).

Freitas, E. V. D., Py, L., Cançado, F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (2006). Tratado de geriatria e gerontologia. In *Tratado de geriatria e gerontologia* (p. 1665-1665).

Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2013). Montreal/ Cognitive Assessment (MoCA): Validation study for Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 27(1), 37-43. <http://10.1097/WAD.0b013e3182420bfe>

Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2014). Adaptação a população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE): Normative Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*. Study for the Portuguese population in a

community stratified sample. *Applied Neuropsychology: Adults*. <https://doi.org/10.1080/23279095.2014.926455>

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>

Gallo JJ, G. J. (1999). Depression and other mood disorders in: Twenty common problems in geriatrics. New York, NY: McGraw-Hill.

Gonçalves, D. C. (2009). Assessment of depression in aging contexts: General considerations when working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40,(6), 609-616 <https://doi.org/10.1037/a0017305>

Goodheart, C. (2010). Economics and psychology practice: What we need to know and why. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(3), 189-195. <https://doi.org/10.1037/a0019498>

Hegeman, J. M., Kok, R. M., Van der Mast, R. C., & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 275-281. <http://doi:10.1192/bjp.bp.111.095950>

Hipólito, J. (2011). A auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento rogeriano. Lisboa: EDIUAL. http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4108/1/auto-organizacao_FINAL.pdf

Irigaray, T. Q., Schneider, R. H., & Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 810-818 <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000400022>

Lima, C. F., Meireles, L. P., Fonseca, R., Castro, S. L., & Garrett, C. (2008). The Frontal Assessment Battery (FAB) in Parkinson's disease and correlations with formal measures of executive functioning. *Journal of Neurology*, 255, 1756-1761. <https://doi.org/10.1007/s00415-008-0024-6>

Mendes, T. (2014). Avaliação Neuropsicológica. In P. Afonso, M.L. Figueira & D. Sampaio (Coords), *Manual de psiquiatria clínica* (1a ed., pp. 19–40). Lidel.

Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde. Sistema Nacional de Saúde. https://issuu.com/boletiminfcompraspublishsaude/docs/retrato_da_saude_2018_compressed

Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J.R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21, 1078-1085.

Olin JT, Schneider LS, Katz IR, Meyers BS, Alexopoulos GS, et al. (2002). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *The American Journal Geriatric psychiatry* 10:125–28.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). Avaliação Psicológica em contexto multidisciplinar. Parecer 16/CEOPP/2015. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/p_16_avaliao_aao_psicologica_em_contexto_multidisciplinar.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. *Organização Mundial da Saúde*. <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

Santana, M. A. S. & Beluco A. C. R. (2017). A Atuação do Psicólogo na promoção da qualidade de vida a idosos asilados. *Revista UNINGÁ*, 29 (3), 132-137.

Santana, I., Duro, D., Freitas, S., Alves, L., & Simões, M.R. (2013). The Clock Drawing Test: Portuguese norms, by age and education, for three different scoring systems. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(4), 375-387. <https://doi.org/10.1093/arclin/act016>

Scogin F, Welsh D, Hanson A, Stump J, Coates A. (2005). Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology. Science. Practice*. 12(3), 222. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi033>

Simões, M. R., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). Montreal cognitive assessment (MoCA): versão final portuguesa. *Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*.

Park JH, Lee SB, Lee TJ, Lee DY, Jhoo JH, et al. (2007). Depression in vascular dementia is quantitatively and qualitatively different from depression in Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric cognitive disorders*. 23:67–73) <https://doi.org/10.1159/000097039>

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Robinson RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease prevention. *Biological Psychiatry* (2003); 54: 376–87. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00423-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00423-2)

Rybarczyk B, Marco G, DeLa Cruz M, Laridos S. Comparing mindbody wellness interventions for older adults with chronic illness: classroom versus home instruction. *Behavioral Medicine* (1999); 24: 181–90. <https://doi.org/10.1080/08964289.1999.11879274>

Wechsler, D. (1997/2008). *Escala de Memória de Wechsler 3º edição: Manual de administração e cotação, e Manual técnico*. Lisboa: Cegoc.

Yassuda, M. S., & Abreu, V. P. S. (2006). Avaliação cognitiva. In *Tratado de geriatria e gerontologia*.

Freitas, E. V. D., Py, L., Cançado, F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (2006). Tratado de geriatria e gerontologia. In *Tratado de geriatria e gerontologia* (p. 1665-1665).