



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

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NO DOMICÍLIO DE IDOSOS
EM CONTEXTO DE SOLIDÃO E ISOLAMENTO

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

Autora: Carolina da Conceição Martins de Oliveira

Orientadora: Professora Doutora Catarina de Oliveira Tomé Lopes Pires

Número da candidata: 30002751

Abril de 2024

Lisboa

AGRADECIMENTOS

Após conseguir finalizar o presente relatório de estágio quero deixar alguns agradecimentos às pessoas que fizeram parte deste percurso.

Primeiramente agradecer à minha avó materna, que sem dúvida foi a minha inspiração, motivação e exemplo como pessoa e mulher para realizar o meu estágio académico com a população idosa. Sem a minha avó nunca teria aprendido e descoberto este gosto e carinho que tenho pelas pessoas idosas. Graças à minha avó entendi que a vida não acaba quando envelhecemos e é incrível o quanto há para aprender com esta faixa etária. Sem ti avó, certamente não seria quem sou, nem estaria onde estou hoje. Obrigada por tudo, este relatório é a realização do nosso sonho.

Aos meus pais, quero agradecer por me terem incentivado, motivado a dar início a este percurso e acima de tudo por me terem dado a liberdade necessária para me conhecer e saber qual o meu caminho a nível profissional. Obrigada pela dedicação, amor, esforço e apoio desde o início até ao fim. Sem vocês não teria chegado até aqui.

Ao meu namorado quero agradecer toda a paciência, apoio e acima de tudo a compreensão. Obrigada por seres a pessoa que és e acima de tudo por estares a meu lado nos momentos mais difíceis e mais felizes deste processo.

Às minhas colegas, quero agradecer todos os momentos de desabafos, apoio incondicional, momentos de estudo que partilhámos ao longo deste percurso, que apesar de trabalhoso foi gratificante. Sem estes momentos de partilha e interajuda nada seria igual. Obrigada.

Quero fazer um agradecimento especial à minha amiga Bia, que foi sem dúvida o meu pilar ao longo de todo o percurso, começámos juntas e terminámos juntas. Sem dúvida existiram muitos momentos complicados ao longo da jornada, no entanto estivemos sempre lado a lado até ao fim.

Quero agradecer à minha amiga Kelly, que para além de amiga foi minha madrinha de curso. Obrigada por toda a ajuda e por me teres apoiado ao longo deste percurso. És um exemplo para mim como profissional e como pessoa.

À minha orientadora de relatório, Professora Catarina Pires, quero agradecer pela ajuda, orientação, sugestões e energia positiva ao longo da realização do presente relatório de estágio. Quero agradecer acima de tudo as críticas positivas e compreensão ao longo do processo.

À minha orientadora de estágio, quero agradecer de coração toda a paciência, dedicação, motivação, apoio e respeito que teve para comigo ao longo de um ano de estágio acadêmico. Quero acima de tudo agradecer pela confiança que depositou na minha pessoa desde o início ao fim, permitindo a falha sem julgamento. Sem dúvida que foi uma pessoa muito importante nesta fase.

À equipa do meu local de estágio, quero agradecer de coração a todas, por me terem aceite de uma forma tão leve, bonita e simples. Desde o início ao fim do estágio não me senti apenas a estagiária de Psicologia e sim parte da equipa. Obrigada por me terem ensinado tanto e por me terem incluído sempre nas decisões e momentos importantes. Serei eternamente grata por tudo o que aprendi e vivi com vocês ao longo de um ano.

A todas as minhas utentes de acompanhamento psicológico e a todos os utentes com os quais tive o privilégio de cruzar caminho, só quero agradecer pela oportunidade que me deram de frequentar as vossas casas, por confiarem na minha pessoa de olhos fechados e por me terem permitido conhecer um bocadinho cada um de vocês. Sem vocês nada disto teria sido possível.

Por fim, quero agradecer a mim mesma, por nunca ter desistido e ter acreditado que seria possível chegar a esta meta. Agradecer a mim mesma por ter tornado isto possível.

RESUMO

O presente relatório de estágio representa o trabalho realizado ao longo de um ano letivo e tem como objetivo a finalização do mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento para a obtenção do grau de mestre pela Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio foi concretizado numa Associação cujo objetivo é ajudar pessoas idosas com mais de 65 anos que se encontram em situação de solidão e isolamento, prestando serviços de proximidade com as mesmas. Este ocorreu entre os meses de outubro de 2022 e junho de 2023, teve como objetivo prestar apoio psicológico à população alvo da Associação e permitiu uma experiência real com a profissão da psicologia colocando em prática as aprendizagens adquiridas. Na primeira parte do relatório é abordado o envelhecimento, a solidão e isolamento social na pessoa idosa; gerontologia e psicogerontologia; a psicologia clínica no contexto de envelhecimento, a Abordagem Centrada na Pessoa como Intervenção e Compreensão dos casos, assim como os seus pilares fundamentais e a Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo de João Hipólito. Na parte prática são abordadas as atividades realizadas no local de estágio, nomeadamente os dois casos clínicos. Por fim, é elaborada uma conclusão e reflexão pessoal sobre todo o estágio, bem como as dificuldades sentidas e os aspetos positivos retirados do mesmo.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Psicologia Clínica; Solidão; Isolamento Social; Depressão.

ABSTRACT

This internship report represents the work carried out over the course of one academic year and aims to complete the master's degree in Clinical and Counseling Psychology to obtain a master's degree from the Autonomous University of Lisbon. The internship took place in an association whose aim is to help elderly people over 65 who are lonely and isolated, by providing them with proximity services. It took place between October 2022 and June 2023, with the aim of providing psychological support to the Association's target population and allowed for a real experience with the psychology profession, putting the lessons learned into practice. The first part of the report covers ageing, loneliness and social isolation in the elderly; gerontology and psychogerontology; clinical psychology in the context of ageing, the Person-Centered Approach as an intervention and understanding of cases, as well as its fundamental pillars and João Hipólito's Theory of Psychoaffective Development. The practical part covers the activities carried out at the internship site, namely the two clinical cases. Finally, a conclusion and personal reflection on the whole internship is drawn up, as well as the difficulties experienced and the positive aspects drawn from it.

Keywords: Aging; Clinical Psychology; Loneliness; Social Isolation; Depression.

ÍNDICE

Introdução.....	9
PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1.Envelhecimento	12
O Processo de Envelhecimento	12
Alterações biopsicossociais	13
Funcionamento Psicossocial.....	14
Envelhecimento Ativo	15
Envelhecimento Patológico	17
2.Solidão e Isolamento Social na Pessoa Idosa.....	18
Solidão e Isolamento Social	18
Fontes de Solidão.....	19
Fatores de Risco e de Proteção	20
3.Gerontologia e Psicogerontologia	21
4.Psicologia Clínica no Contexto do Envelhecimento	23
Psicologia Clínica na Pessoa Idosa.....	23
Problemáticas de Saúde Mental Comuns na Pessoa Idosa	24
A Perturbação de Ansiedade	24
Perturbação de Ansiedade Generalizada.....	25
Perturbação Depressiva.....	26
Avaliação Psicológica na Pessoa Idosa	27
Acompanhamento Psicológico no Domicílio da Pessoa Idosa.....	28
5.Abordagem Centrada na Pessoa como Intervenção e Compreensão dos casos	30
Pilares Fundamentais da Abordagem Centrada na Pessoa	31
Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo	32
PARTE 2 - ATIVIDADES DO ESTÁGIO.....	34

1.Atividades do Estágio	35
Objetivos Gerais	35
Objetivos Específicos	35
Avaliações Psicológicas	35
Acompanhamentos Psicológicos	36
Acompanhamentos de Saúde	36
Sessões de Voluntariado	37
Reuniões de Equipa	37
Supervisão de Estágio.....	37
2.Apresentação e Análise dos Casos Clínicos.....	38
Caso I – Acompanhamento Psicológico da senhora A.....	38
Caso II – Avaliação Psicológica da senhora J	63
PARTE 3 - CONCLUSÃO E REFLEXÃO PESSOAL	73
1.Conclusão e Reflexão Pessoal	74
Referências Bibliográficas.....	78

Índice de Abreviaturas

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

AP – Avaliação Psicológica

CID-11- Classificação Internacional das Doenças, 11^a Edição

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5^a Edição

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Perturbação de Ansiedade

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

PD – Perturbação Depressiva

UAL – Universidade Autónoma de Lisboa

WMS-III – Escala de Memória de Wechsler

Introdução

O envelhecimento populacional em Portugal é uma realidade à qual tem sido bastante complicado dar resposta ao longo do tempo. O aumento da população idosa tem por base o aumento da esperança média de vida, o que permite que as pessoas vivam mais tempo do que era comum há alguns anos, no entanto, viver mais tempo não significa viver com qualidade e capacidade (Moreira, 2020).

Ao longo da vida e com o aumento da idade, o ser humano começa a deparar-se com a diminuição das suas capacidades físicas e psicológicas inerentes ao processo de envelhecimento (Carvalho & Duque, 2021). Ao longo deste processo a autonomia e independência da pessoa idosa podem ficar afetadas e, por consequência, levar a que sejam mais dependentes da família ou amigos, que passam a desempenhar um papel de cuidadores informais na vida da pessoa idosa (Inagaki et al., 2008). Não são apenas as capacidades físicas e psicológicas que sofrem alterações devido ao processo de envelhecimento, o funcionamento psicossocial também é igualmente afetado. A redução de interações sociais, o estigma social associado à velhice, a diminuição da rede de apoio social, o aumento do risco do aparecimento de doenças/patologias podem levar a situações de solidão e até isolamento social (Calado, 2021).

A solidão impacta negativamente a saúde da pessoa idosa, o que leva a uma qualidade de vida reduzida (Almeida, 2022), podendo levar à diminuição da saúde física e psicológica e, por consequência, à redução do bem-estar da pessoa idosa. São várias as implicações que o sentimento de solidão tem para saúde mental (Pocinho & Macedo, 2017). De modo a combater o isolamento e a prevenir a solidão é necessário ter em conta os fatores que motivam as mesmas de modo a poder resolver e preveni-las da melhor forma possível (Calado, 2021). Esta prevenção pode ser possível através da promoção de um envelhecimento ativo em que a pessoa se mantenha ativa, através da estimulação de competências a nível cognitivo, promoção da interação social ao participar em atividades e através da comunicação ativa com terceiros (Cochar-Soares et al., 2021).

Este presente trabalho pretende debruçar-se assim sobre as problemáticas anteriormente referidas. Ditas problemáticas verificam-se comuns na população idosa tendo sido, também, fruto da minha observação dos casos clínicos seguidos no estágio curricular onde tive a oportunidade de explorar estes temas. A Associação na qual o estágio foi realizado conta com profissionais que trabalham na promoção de uma melhor qualidade de vida das pessoas idosas que se encontram isoladas ou em situação de solidão. Neste local do estágio procurei uma

experiência prática na promoção de uma saúde mental saudável, que teve uma duração de 461 horas.

A Associação realiza as suas tarefas no domicílio das pessoas idosas devido ao facto de a população com que trabalham ter várias dificuldades em dirigir-se a locais, tornando assim necessário um trabalho de proximidade. O acompanhamento psicológico no domicílio da pessoa idosa assume uma conotação de assistência para com a mesma, pois o psicólogo tem de se deslocar ao domicílio, caso esta viva em situações que a impossibilitem de ir ao local físico, como por exemplo doenças persistentes e dificuldade ou incapacidade a nível da mobilidade (Alexandre & Romagnoli, 2017). Visto que o meu trabalho de estágio foi focado no domicílio, foi necessário realizar as intervenções psicológicas no mesmo formato. De facto, o acompanhamento psicológico realizado no domicílio é mais acessível, prático e, ainda, confortável para a pessoa idosa (Moreira & Crepaldi, 2016).

A intervenção psicológica na casa da pessoa idosa tem de ser ajustada pelo psicólogo, pois este necessita de adaptar-se de modo a poder realizar um acompanhamento psicológico eficaz tal como se de um *setting* clássico se tratasse. O facto de ser um *setting* totalmente fora da norma faz com que os cuidados tenham de ser acrescidos face ao posicionamento ético do psicólogo, este tem de manter o seu posicionamento de forma a conseguir contribuir para a melhoria do bem-estar da pessoa idosa (Moreira & Crepaldi, 2016).

O presente relatório está dividido em duas partes distintas, mas que se complementam entre si, ou seja, a primeira parte (Parte I) diz respeito ao enquadramento teórico onde se abordam as várias temáticas em foco. No que diz respeito à parte prática (Parte II), são abordadas as atividades realizadas ao longo do estágio curricular, como os casos clínicos, os acompanhamentos de saúde, sessões de voluntariado, reuniões de equipa e supervisão do estágio. Por fim é realizada uma reflexão acerca do estágio (Parte III).

PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento

O Processo de Envelhecimento

É de extrema importância fazer a distinção entre velhice e envelhecimento, pois por vezes os dois conceitos são confundidos. Velhice é a etapa da vida permanente em que o indivíduo se encontra, enquanto envelhecimento é um processo irreversível e caracterizado por mudanças biopsicossociais (de almeida & Grubits, 2023; Mendes, 2020). É por isso um processo que tem em conta alterações ao longo do tempo, desde que se nasce até que se morre sendo experienciado por cada pessoa de forma diferente (de almeida & Grubits, 2023; Mendes, 2020).

O envelhecimento da população em Portugal é uma realidade e são vários os fatores que o propiciam nas últimas décadas, tais como a modernização a nível económico e social, a melhoria das condições de vida, um maior acesso aos cuidados de saúde (hospitais e centros de saúde), aspetos culturais e sociais, os baixos níveis de fecundidade e natalidade e o aumento da esperança média de vida (Moreira, 2020).

Para se considerar uma pessoa idosa, é necessário saber o nível socioeconómico de cada país. No que diz respeito a países desenvolvidos, considera-se pessoa idosa aqueles que têm 60 ou mais anos de idade, enquanto nos países em desenvolvimento considera-se pessoa idosa aqueles que têm 65 anos de idade (Inagaki et al., 2008). O aumento da população idosa em Portugal é um dos maiores desafios da atualidade e um tema bastante real. Em Portugal, o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar consecutivamente ao longo dos anos, em 1961 o índice de envelhecimento registou 27,5% de pessoas idosas e no ano de 2022 registou 183,5% de pessoas idosas (dos Santos, 2023). Mais especificamente, no que diz respeito ao sexo feminino, no ano de 1961 o índice de envelhecimento registou 33,1% de idosas e no ano de 2022 o índice registou 214,2% de idosas (dos Santos, 2023). Em relação ao sexo masculino, no ano de 1961 o índice de envelhecimento registou 21,3% de idosos e no ano de 2022 o índice registou 154,1% de idosos (dos Santos, 2023). Como já foi mencionado anteriormente, esta população tem vindo a aumentar significativamente ao longo dos tempos, a nível mundial estima-se que possa atingir cerca de 22% da população mundial em 2050 (Chastin et al., 2015).

O aumento da esperança média de vida é um aspeto importante a considerar já que contribui de alguma forma para o envelhecimento populacional. No entanto, o facto da população viver mais tempo não quer dizer, que viva com qualidade. Viver com qualidade está relacionado com a esperança de vida saudável, que é conhecida como o número de anos que a

pessoa vive ou pode viver sem limitações, ou seja, sem incapacidades ou doenças graves (Moreira, 2020). Com o aumento da esperança média de vida, atualmente, não se fala no número de anos que se pode viver e sim na qualidade de vida que a pessoa apresenta ao longo dos anos que vive. Por norma as mulheres ficam viúvas mais cedo, pois têm uma esperança média de vida maior em relação aos homens. No entanto, mesmo acabando por viver mais tempo, apresentam mais problemas de saúde ao longo dos anos, o que dá origem a uma esperança de vida saudável menor (Moreira, 2020).

Alterações biopsicossociais

O envelhecimento pode ser para alguns um processo longo e doloroso (da Rocha, 2018). As alterações biopsicossociais inerentes ao processo de envelhecimento são várias (Barreto, 2017). Podemos identificar diferentes formas de conceptualizar o envelhecimento, pois este pode ser primário/fisiológico ou secundário/patológico. O envelhecimento primário ou fisiológico é considerado como um processo normal, gradual e previsível apresentando por base fatores genéticos (Barreto, 2017). O envelhecimento secundário ou patológico é um processo que afeta de forma significativa a qualidade de vida da pessoa idosa, podendo ser identificados esquecimentos, dificuldade na compreensão de palavras, desorientação e alterações comportamentais. No entanto estes podem variar de pessoa para pessoa (Barreto, 2017).

No que diz respeito ao envelhecimento, todas as pessoas vão envelhecer e com todas as mudanças que este processo traz, existe a probabilidade de poderem sofrer de discriminação devido à idade. A este tipo de discriminação dá-se o nome de Idadismo, que se define pela discriminação que é praticada com base na idade dos indivíduos, seja de que idade for, no entanto este termo tem sido mais direcionado à pessoa idosa. Este tipo de discriminação está muito associado ao pensamento que algumas pessoas têm de que a pessoa idosa já não é capaz e que estão sempre doentes, o que por vezes pode acabar por poder levar a uma proteção desmedida e assim dar origem a uma maior dependência de terceiros por parte da pessoa idosa e ainda reduzir mais a sua autonomia. Por outro lado, pode dar origem a maus-tratos, que podem ser variados, como a nível psicológico e físico (Moreira, 2020; Silva, 2022).

O processo de envelhecimento é composto por algumas modificações fisiológicas que são consideradas irreversíveis (da Rocha, 2018). A nível biológico é possível entender que o envelhecimento apresenta uma tendência de declínio, que é composto por uma maior lentidão. Esta lentidão está associada à diminuição da capacidade das células de se regenerarem, o que leva ao envelhecimento do organismo. A nível social a pessoa idosa pode sentir mudanças, pois

a sociabilidade e o contacto com terceiros podem ser afetados devido às modificações fisiológicas, biológicas, psicológicas e sociais (da Rocha, 2018).

Algumas das alterações a nível psicológico são nomeadamente a falta de motivação devido à fase da vida, dificuldade na adaptação a um novo papel na sua vida e na vida de terceiros, incerteza em relação ao futuro, as perdas de pessoas próximas, a perda das capacidades, as alterações psíquicas, depressão e baixa autoestima (da Rocha, 2018).

Funcionamento Psicossocial

A OMS vê o conceito de qualidade de vida como algo que está intrinsecamente associado à saúde física e psicológica, tem em conta o nível de independência, as crenças, as relações interpessoais e a forma como as pessoas estão no ambiente em que vivem. É então entendido que o conceito de qualidade de vida está inteiramente ligado à forma como os indivíduos veem a vida, as suas relações com os que o rodeiam, objetivos de vida, expectativas e preocupações (WHO, 1997 citado por Mendes, 2020). É de mencionar que os rendimentos e a escolaridade são fatores importantes no que diz respeito à caracterização dos grupos sociais, nomeadamente fatores decisivos para a qualidade de vida. Relativamente à faixa etária das pessoas idosas, é possível entender, que normalmente este grupo corresponde a pobreza e rendimentos baixos, por consequência estes fatores costumam estar associados a um olhar sobre a velhice por parte dos idosos como negativa, aumentando assim o isolamento social, doenças e solidão nesta faixa etária. Estes fatores levam à dependência da pessoa idosa face a terceiros, ou seja, as redes informais de suporte que devem fazer parte da vida da pessoa idosa, como os familiares, amigos e vizinhos. Estes têm um papel crucial nesta fase de vida, pois promovem a saúde mental, autonomia e o prazer de viver nesta faixa etária (Moreira, 2020).

A população idosa, quando isolada é comum passar longos tempos em casa. Este tempo costuma rondar as 8,5 horas por dia, nas quais estão sentados. Este longo tempo, considerado tempo sedentário, está associado a consequências pouco positivas para o bem-estar e saúde da pessoa idosa, como o aumento de doenças a nível cardiovascular e problemas psicológicos, o que dá origem a um envelhecimento menos bem-sucedido, podendo assim levar à mortalidade (Chastin et al., 2015).

Com o decorrer da vida e com o aumento da idade, o ser humano começa a deparar-se com a diminuição das suas capacidades físicas e psicológicas devido ao envelhecimento, nomeadamente limitações musculares e ósseas, problemas digestivos, problemas auditivos, problemas no sistema nervoso central e entre muitos outros. Apesar de ser um processo comum

a todos os seres humanos, as mudanças podem ser diferentes de indivíduo para indivíduo e pode ser experienciado de forma diferente por cada um (Carvalho & Duque, 2021).

O envelhecimento biológico é um processo natural do corpo, durante o qual poderá existir a possibilidade de algumas pessoas idosas sofrerem de patologias graves e incapacidades, que as possam limitar diariamente (Carvalho & Duque, 2021).

O envelhecimento psicológico está associado às particularidades de cada pessoa, nomeadamente à forma como a pessoa reage às mudanças, à forma como se adapta a novas vivências, desafios e transformações, o declínio das capacidades cognitivas como confusão mental, perda de memória, esquecimentos, maior dificuldade e tempo na resolução de problemas. É também uma fase marcada por perdas e ganhos, no entanto é fortemente marcada pelas perdas a vários níveis. Esta fase da vida é considerada muito frágil, exatamente por ser repleta de alterações e novas adaptações, o que pode levar a uma maior vulnerabilidade da pessoa idosa e do seu psicológico. Devido aos aspetos anteriormente abordados, a todas as preocupações que esta fase acarreta e de modo a garantir a qualidade de vida e um envelhecimento saudável da pessoa idosa foram elaboradas respostas, estratégias e locais como centros de dia, lares, universidades seniores que têm como objetivo facilitar a adaptação às novas mudanças, apresentam também um apoio nas perdas, na estimulação cognitiva e social da pessoa idosa (Carvalho & Duque, 2021).

Não é novidade que esta fase da vida deve ser experienciada de uma forma saudável de modo que a pessoa idosa possa viver a sua vida com qualidade, ou seja, um envelhecimento saudável. Desde a década de 90, que a *Organização Mundial da Saúde* (OMS, 2015) apresenta uma preocupação em promover um envelhecimento saudável e tem vindo a lançar vários desafios de modo a melhorar a saúde da pessoa idosa. Para além dos diversificados aspetos que se costuma ouvir falar, é necessário entender que o envelhecimento saudável ultrapassa a existência de problemas de saúde e as comuns limitações presentes na pessoa idosa (Cardoso et al., 2021).

Envelhecimento Ativo

O envelhecimento populacional, é caracterizado pelo crescimento do número de pessoas idosas na população total de um país. Este é um fenómeno do século XXI para com o qual existe uma grande preocupação e que tem tendência a agravar-se ao longo dos anos (Azevedo et al., 2022).

O conceito de envelhecimento saudável pode ser compreendido como um processo de desenvolvimento das competências funcionais, de modo a poder contribuir para o bem-estar da pessoa idosa (Azevedo et al., 2022). Este é assim um espelhar da vida que a pessoa viveu até chegar a esta etapa, ou seja, o suporte social que teve ao longo da vida, as oportunidades oferecidas pela sociedade, a forma como a pessoa idosa foi valorizada, como a própria valorizou a sua vida e os hábitos praticados ao longo da mesma (Azevedo et al., 2022). Nesta fase da vida é essencial que a pessoa idosa envelheça de forma ativa (Azevedo et al., 2022). Segundo a *Organização Mundial da Saúde* (WHO, 2002), o conceito ativo significa integração e participação nas várias esferas da vida, como a vida social, cultural, económica, cívica e espiritual (Magalhães, 2012).

O envelhecimento saudável está associado a comportamentos e estilos de vida benéficos para a pessoa idosa, de modo a impactem a vida da mesma de forma positiva, tal como através da prática de exercício físico e uma alimentação saudável como principais aspetos que contribuem para um envelhecimento saudável e por consequência promover um envelhecimento ativo (Cochar-Soares et al., 2021).

Para além das repercussões demográficas do envelhecimento populacional, o aumento da população traz outras complicações em várias áreas, nomeadamente a nível da saúde, a nível económico e a nível social. Na saúde é possível entender que passa a existir um crescimento das despesas públicas referentes a consultas, cuidados, internamentos e medicação necessária adequadas às necessidades específicas de cada pessoa idosa. Uma maior necessidade de atendimentos personalizados e formações mais específicas para os profissionais de saúde, de modo que estes possam atuar em várias problemáticas, como o caso de promover o acompanhamento médico no domicílio ou à distância para as pessoas que não se conseguem deslocar aos hospitais ou clínicas presencialmente. No que diz respeito à economia vai haver maior necessidade de promover ajudas financeiras como apoios sociais, rendimentos sociais e reformas. A nível social é vai haver maior necessidade de elaborar, adotar e reforçar estratégias que providenciem planos de ordenamento, acesso à habitação, facilidade para a utilização dos transportes públicos e apoio social como lares. Se o objetivo é promover um envelhecimento ativo é necessário colmatar os aspetos anteriormente mencionados, pois se forem resolvidos vão ajudar na promoção de um desenvolvimento ativo (Nunes, 2017).

O envelhecimento ativo é importante exatamente para prevenir e ajudar a manter as capacidades, físicas, cognitivas e sociais durante o processo de envelhecimento, daí ser importante uma rotina ativa como a prática de exercício, que seja adaptado à idade e capacidade de cada pessoa idosa, pois este promove a autoconfiança, aumento de energia e por

consequência a boa disposição e assim ajuda na melhoria da saúde (Carvalho & Duque, 2021). Existem várias estratégias que podem ser usadas para fomentar um envelhecimento ativo, tais como a prática de exercício físico, que é uma atividade completa no sentido de que não somente promove a saúde física, como também a psicológica visando uma melhoria nas funções cognitivas, o que vai contribuir para a memória, prevenir o aumento de esquecimentos, distrações e demência; o cérebro fica mais ativo, o que proporciona uma maior agilidade na realização das tarefas e ajuda no combate à depressão. Para além da prática de exercício físico em si é importante mencionar que nestes contextos será promovida a interajuda, compreensão, momentos de socialização e de criação de novas (Carvalho & Duque, 2021). Quando a pessoa idosa está ativa, pratica atividades a nível cognitivo, desenvolve interação social e participa em atividades, pratica uma comunicação ativa com terceiros (que estimulem a mesma) está a promover e a melhorar as suas funções cognitivas (Cochar-Soares et al., 2021).

Envelhecimento Patológico

Por outro lado, o envelhecimento patológico caracteriza-se como o processo de envelhecimento que é acompanhado por doenças graves que geram consequências na qualidade de vida da pessoa idosa e que necessitam, consequentemente, tratamento adequado (Martins et al., 2021).

No envelhecimento as mudanças a nível neurológico estão associadas a um envelhecimento patológico nos lobos temporais e na diminuição do volume do hipocampo. A partir dos vinte anos de idade e ao longo do processo de envelhecimento este volume começa a ser mais reduzido e esta redução é considerada normativa nesta fase, no entanto reflete-se na degradação das capacidades cognitivas, como a velocidade de processamento, memória, atenção e entre outros (Cochar-Soares et al., 2021).

No que diz respeito à velocidade de processamento é possível entender que esta compreende a rapidez com que a nível cognitivo as atividades são processadas e em seguida como as respostas a nível motor são elaboradas e realizadas (Pereira, 2019). No que diz respeito à memória, esta também pode ser afetada, pois ao longo do processo de envelhecimento esta vai perdendo competências como a retenção de informação, capacidade de codificar informações diversas e relembrar acontecimentos relativamente recentes. No entanto as memórias mais antigas e já solidamente armazenadas são facilmente relembradas pelas pessoas idosas que se encontrem num processo de envelhecimento saudável, ou seja, sem problemas demenciais (Pereira, 2019). A atenção também sofre algumas perdas e alterações significativas

com o decorrer do processo de envelhecimento, essencialmente em tarefas que exigem da pessoa idosa um nível de atenção mais complexo e elaborado, como a capacidade de realizar várias tarefas de responsabilidade nas quais necessita de manter o máximo da sua atenção, a capacidade de ter atenção a aspetos mais importantes e descartar os que são mais irrelevantes e por fim a atenção por longos períodos (Pereira, 2019).

É importante mencionar que nem todas as pessoas idosas vão desenvolver algum tipo de demência ou de perturbação, no entanto é sempre necessário e extremamente importante estar atento a possíveis sinais de forma a poderem ser controladas da melhor forma (Cochar-Soares et al., 2021). O envelhecimento patológico também depende da perceção que a pessoa idosa tem da sua vida, a perceção que tem em relação ao envelhecimento, o contexto em que se encontra, as expectativas face ao envelhecimento e as experiências de vida (Martins et al., 2021).

2. Solidão e Isolamento Social na Pessoa Idosa

Solidão e Isolamento Social

A solidão entre os idosos é um tema multifacetado com implicações significativas para o seu bem-estar global. Compreender este fenómeno requer uma análise dos vários fatores que contribuem para a solidão e os que a atenuam nessa faixa etária (Lopes et al., 2009).

É importante começar por distinguir solidão de isolamento social. A solidão pode ser definida como a condição de alguém que está ou se sente só e está associada à degradação das relações interpessoais estabelecidas. O isolamento social está associado à ausência de relações sociais com terceiros e com a ausência de redes sociais. O isolamento e a solidão apesar de serem diferentes, estes podem estar relacionados entre si, pois o isolamento quando é motivado por fatores externos à pessoa idosa, ou seja, quando não é uma escolha consciente do próprio pode não ser sentida como uma opção e sim como uma obrigação, levando assim ao sentimento de solidão (Lopes et al., 2009).

Estar sozinho não significa algo necessariamente mau, isto é, quando é uma escolha do próprio, no entanto quando é visto como uma obrigação pode ser bastante negativo (Lopes & Matos, 2018). A solidão pode ser experienciada por todas as pessoas de todas as faixas etárias, no entanto é mais frequente na população idosa e pode afetar negativamente a qualidade de vida da mesma (Lopes et al., 2009). No que diz respeito ao género, a solidão é mais propícia a ser

vivida pelo sexo feminino em comparação ao sexo masculino, isto deve-se ao facto de a esperança média de vida nas mulheres ser superior à dos homens, o que leva a que fiquem viúvas e por consequência vivam sozinhas quando não possuem um núcleo familiar ou social (Tereso & Moreira, 2021).

Fontes de Solidão

Existem fatores que podem estar associados com o surgimento da solidão, como o luto, isolamento social, abandono, depressão e incapacidades físicas. É comum se pensar que quem vive sozinho pode viver em contexto de solidão, no entanto isso pode não corresponder à realidade. Existem pessoas que vivem sozinhas, por escolha própria e não se sentem sós, pois a solidão é subjetiva e está relacionada com as interpretações sociais que cada pessoa faz. Esta não está associada à quantidade de relacionamentos ou amizades que a pessoa tem e sim com a qualidade das mesmas (Lopes et al., 2009).

O envelhecimento como já foi referido anteriormente é vivido e sentido de formas diferentes de pessoa para pessoa. Este processo é diferente, pois as experiências de vida também são distintas e desta forma os riscos associados à saúde física e psicológica podem assim apresentar diferenças entre as pessoas. A solidão impacta negativamente a saúde da pessoa idosa, o que leva a uma qualidade de vida reduzida. Esta é um dos principais fatores que podem originar depressão e por consequência suicídio (Almeida, 2022).

O sentimento de solidão está associado a situações que lesam diretamente a autoestima, como a perda de papéis associados à profissão que a pessoa idosa costumava exercer e problemas a nível de saúde. O facto de as famílias das pessoas idosas, na atualidade, poderem ser mais pequenas e até menos disponíveis para a mesma devido ao ritmo acelerado da sociedade, trabalho e entre outros aspetos levam a que este sentimento de solidão possa ser ainda mais acentuado (Fioreze et al., 2023).

O isolamento e a solidão nas pessoas idosas têm sido cada vez mais um problema que impacta a realidade destas. Cerca de 50% das pessoas que têm mais de 60 anos encontram-se em risco de viver em situação de isolamento e um terço destas poderá sofrer o sentimento de solidão no dia a dia. Em Portugal, a predominância da solidão nas pessoas idosas tem-se vindo a intensificar, devido ao envelhecimento da população, às mudanças da sociedade, às

prioridades das famílias, relações pouco positivas entre familiares e perda dos mesmos (Calado, 2021).

Fatores de Risco e de Proteção

Devido ao crescimento da população aumentaram também assim as situações de dependência relacionadas com a vulnerabilidade e fragilidade. Na sociedade atual, é possível entender que a pessoa idosa pode ser vista como pouco útil, um fardo ou um obstáculo para as famílias lidarem até ao fim da vida da mesma, pois existem várias responsabilidades associadas (Calado, 2021).

Com o envelhecimento podem existir possíveis ruturas nas relações interpessoais da pessoa idosa, deixam de trabalhar e podem deixar de ter contacto com os colegas de trabalho, morrem familiares e amigos, podem viver doenças ou algum tipo de incapacidade e não possuir qualquer tipo de apoio afetivo nesta fase de adaptação. É assim possível de compreender que esta fase da vida leva a muitas mudanças e a algumas vezes a uma alteração nos grupos sociais da pessoa idosa, que pode acabar por sentir solidão (Lopes & Matos, 2018).

A solidão pode levar à deterioração da saúde física e psicológica e por consequência levar à redução do bem-estar da pessoa idosa. São várias as implicações que o sentimento de solidão tem na saúde mental. São alguns os fatores de proteção de solidão nas pessoas idosas, tais como grupos de conversa, ajudar no estabelecer de novas amizades, centros de dia, passeios e entre outros. É importante que a pessoa idosa possa desenvolver relações interpessoais, realizar atividades que sejam positivas e adequadas aos gostos da mesma. Estas atividades podem ser simples, no entanto acabam por ter um grande impacto na promoção da saúde mental da pessoa idosa e podem reduzir a solidão na pessoa idosa (Ferreira & Casemiro, 2021). São vários os estudos que demonstram uma relação forte entre a solidão e a depressão na velhice, que indicam que a depressão tem maior incidência em pessoas idosas que vivem sozinhas (Faísca et al., 2019). A solidão propicia repercussões negativas para o sistema imunitário da pessoa idosa, podendo originar diminuição da autoestima, stress, doenças crónicas e sintomatologia depressiva (Pocinho & Macedo, 2017).

De modo a combater a isolamento e prevenir a solidão é necessário ter em conta os fatores que motivam as mesmas de modo que possam ser resolvidas e prevenidas da melhor forma possível (Calado, 2021).

3. Gerontologia e Psicogerontologia

A gerontologia é uma ciência de conhecimento a nível científico do estudo do envelhecimento humano e das suas dimensões biopsicossociais (Batistoni, 2009).

A Gerontologia está associada ao aumento da população idosa e às exigências que este traz para a sociedade e para o bem-estar da pessoa idosa. Cada vez mais existem menos respostas por parte dos cuidados de saúde para as problemáticas das pessoas idosas e por outro lado são cada vez maiores as exigências especializadas a nível da saúde que não são fornecidas às mesmas (Pereira, 2012). Com o crescer das necessidades das pessoas idosas e com a dificuldade na promoção dos cuidados de saúde especializados, foi necessário desenvolver estruturas de apoio e proteção para a pessoa idosa, e foi assim que a Gerontologia ganhou relevância perante esta faixa etária, pois torna estes cuidados possíveis. O gerontólogo passou a desempenhar este papel de auxiliar na resolução de problemáticas, estipular formas de resolver os problemas em conjunto com a pessoa idosa, para que esta possa continuar a possuir um papel ativo na sua vida. Este está inserido nos cuidados primários de saúde para conseguir melhor compreender e dar resposta aos mesmos (Pereira, 2012).

A intervenção com a pessoa idosa deve ser baseada na estimulação das suas capacidades de modo a promover e manter as mesmas, a promoção das relações sociais, olhar as situações menos positivas e ajudar na explicação de aspetos positivos, estimular a capacidade de relaxar como algo positivo e não apenas como um sentimento de insignificância (Batistoni, 2009). A Gerontologia apresenta como objetivo a ajuda à pessoa idosa no sentido de compreender esta faixa etária e o processo de envelhecimento ao longo da vida, contribuindo com a explicação de aspetos de envelhecimentos normais e patológicos, ajuda no controlo do envelhecimento e na promoção de um envelhecimento saudável e ativo por meio de intervenções que possa proporcionar à pessoa idosa, qualidade de vida e auxiliar na prevenção de possíveis patologias que possam surgir ao longo do processo de envelhecimento (Carvalho & Duque, 2021).

No que diz respeito à Psicogerontologia, esta é uma ciência conhecida por manter o seu foco no estudo do comportamento e dos processos mentais das pessoas idosas. Para além disso esta ciência foca-se também na qualidade de vida da pessoa idosa, assim como o seu bem-estar a nível emocional e satisfação com a vida (Mora, 2023). Desta forma a Psicogerontologia baseia-se em dois aspetos essenciais, como a plasticidade e a variabilidade individual de cada pessoa. A plasticidade entende-se pela capacidade de transformação, modificação e compensação das funções que vão entrando em declínio ao longo do processo de envelhecimento. A variabilidade individual de cada pessoa baseia-se na diversidade de cada um

e das suas capacidades individuais, ou seja, cada pessoa é uma pessoa e o processo de envelhecimento certamente não será o mesmo para todos, havendo assim uma necessidade de explorar e entender as individualidades de cada um. A Psicogerontologia procura assim conseguir promover um envelhecimento saudável e ativo de forma a poder evitar o envelhecimento patológico, que tende a causar problemáticas na saúde física, psicologia e social da pessoa idosa (Mora, 2023).

O psicogerontólogo vive o desafio de lidar com toda a história de vida da pessoa idosa. Para além disso tem como principal objetivo promover e ajudar na adaptação da pessoa idosa à fase da vida em que se encontra de modo que esta sinta as mudanças e desafios característicos desta fase de uma forma mais leve (Mora, 2023). Por outro lado é essencial que sejam realizadas algumas intervenções que não só ajudam à adaptação da pessoa idosa a esta nova fase da vida como, também aos familiares da mesma. Estas intervenções passam por: avaliações cognitivas; promoção de um envelhecimento ativo através de exercícios; acompanhamento psicológico à pessoa idosa; acompanhamento psicológico à família da pessoa idosa e ajudar na promoção da integração social da mesma (Mora, 2023). Para além disso ajuda a pessoa idosa a construir novas crenças face a esta nova etapa da vida em que se encontra e na divulgação e informação de informação sobre esta fase da vida para gerações restantes (Lessa, 2021).

É assim possível entender que o psicogerontólogo proporciona a prevenção de danos psicossociais, que muito contribuem para um envelhecimento ativo e saudável da pessoa idosa, motivando assim a uma adaptação positiva e equilibrada a esta nova fase da vida, que para alguns pode ser uma viagem controversa (Morais, 2009).

■

4. Psicologia Clínica no Contexto do Envelhecimento

Psicologia Clínica na Pessoa Idosa

O termo Psicologia Clínica foi criado por Lightner Witmer no ano de 1892 na Universidade de Leipzig. No ano de 1935 a *American Psychology Association* (APA), mencionava que Psicologia Clínica tinha como objetivo caracterizar os aspetos do comportamento e as capacidades do indivíduo, através de análises, observações, exames e história social de cada pessoa (Ribeiro & Leal, 1996).

No contexto do idoso, a Psicologia Clínica preocupa-se com o bem-estar psicológico da pessoa idosa, e para poder promover o mesmo esta foca-se em vários aspetos sendo alguns: na manutenção do funcionamento cognitivo e da autonomia da pessoa idosa; na prevenção de suicídio, depressão e isolamento social (Ribeiro, 2015). Esta debruça-se assim em vários aspetos da pessoa como aspetos emocionais, biológicos, psicológicos, intelectuais e comportamentais. A psicologia trabalha com outras áreas multidisciplinares de modo a poder ser rigorosa e a cumprir o seu objetivo: o bem-estar psicológico que por consequência terá impacto em todas as esferas da vida da pessoa idosa (Lobato de Faria et al., 2020). O envelhecimento é visto pela psicologia com um olhar diferente dos restantes. É necessário que assim seja, pois vai para além da simples compreensão dos fenómenos comuns e tem como objetivo contribuir para a promoção, prevenção e estimulação da saúde psicológica da pessoa idosa. A psicologia traz diversas contribuições no que diz respeito aos processos psicossociais e à compreensão dos mesmos, é muito importante não só para a pessoa idosa como também para os familiares da mesma que podem ser afetados pelas consequências que o envelhecimento pode trazer, ajudar na compreensão das problemáticas, apoio nas situações mais adversas e informação (da Rocha, 2018).

É assim possível entender que o psicólogo clínico exerce a sua função através de métodos de intervenção e avaliação psicológica, ou seja, o método clínico. O método clínico é caracterizado por uma ferramenta extremamente importante para a prática do psicólogo na prática da Psicologia Clínica. Este método apresenta várias etapas sendo elas: a primeira consulta, que se segue com a entrevista clínica e observação clínica; avaliação; elaboração de um relatório e divulgação dos respetivos resultados e diagnóstico (Lobato de Faria et al., 2020). De modo que a intervenção psicológica seja eficaz é necessário que o psicólogo seja qualificado e que esteja ciente das necessidades desta faixa etária, ou seja, dos paradigmas gerontológicos

de modo a poder realizar a prática psicológica adaptada às necessidades desta população (Ribeiro, 2015).

A Psicologia Clínica pode ser colocada em ação tanto individualmente como em grupo, dependendo do objetivo. No que diz respeito à sua aplicação de forma individual, esta pode ser com crianças, adolescentes e adultos. A sua aplicação em grupo pode ser realizada com casais, famílias e entre outros. Mais especificamente em relação à psicologia clínica com adultos, esta tem como objetivo o desenvolvimento de uma relação terapêutica com base na confiança e aceitação entre psicólogo e cliente de modo a que este se sinta confortável e preparado para abordar tudo o que for significativo para si (Brito, 2008). É importante mencionar que a psicologia pode ser exercida em vários settings, tendo em conta a população alvo, os locais onde o trabalho é exercido e as incapacidades que levam à mudança de setting (Brito, 2008). É possível entender que para além do setting clássico, a prática clínica pode ser realizada num setting online, no domicílio e em crise (Lobato de Faria et al., 2020).

Problemáticas de Saúde Mental Comuns na Pessoa Idosa

A Perturbação de Ansiedade

A saúde mental está relacionada com o bem-estar da pessoa, que se reflete na saúde psicológica e física da mesma. Para além da ausência de doença, segundo a *Organização Mundial da Saúde* (OMS, 2018) a saúde pode ser definida como uma condição integral do bem-estar da pessoa, a nível mental, social e físico (Delgado et al., 2021).

É importante distinguir-se medo de ansiedade. O medo é a resposta emocional do organismo a uma ameaça concreta real, enquanto a ansiedade é considerada uma antecipação de uma ameaça futura, que ainda não existe ou pode não existir, ou seja, uma situação hipotética (APA, 2014).

A ansiedade pode ser vista como um processo de adaptação e defensivo do organismo, que torna possível a sobrevivência da pessoa ao longo da vida em várias situações (Rovella & Rodríguez, 2008). É assim uma reação comum e considerada normal do Ser Humano, no entanto esta pode tornar-se ao longo do tempo numa perturbação psiquiátrica quando começa a assumir proporções prejudiciais à vida da pessoa, ou seja, prejudicar o dia-a-dia, limitando a mesma a vários níveis. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) o número de pessoas que vivem com a perturbação de ansiedade tem vindo a aumentar, sendo cerca de duzentas e sessenta e quatro milhões de pessoas mundialmente afetadas pela mesma (Lopes et al., 2021).

A Ansiedade é considerada uma patologia do foro mental bastante comum e estão associadas ao mau estar geral da pessoa, podendo assim contribuir para o aumento do sofrimento e limitações da mesma (Delgado et al., 2021). No que diz respeito aos diagnósticos de de ansiedade, são alguns os que existem, sendo eles a perturbação de ansiedade de separação, fobia específica, ansiedade social ou fobia social, mutismo seletivo, perturbação de pânico, agorafobia e a perturbação de ansiedade generalizada (Marrero & del Rivero, 2019).

Perturbação de Ansiedade Generalizada

A perturbação de ansiedade generalizada (PAG) apresenta alguma sintomatologia associada à mesma: a nível pulmonar em que a pessoa pode hiperventilar e ter ataques de tosse; a nível gastrointestinal em que o indivíduo apresenta problemas a nível da digestão, dores abdominais, diarreia; a nível cardíaco em que pode sentir palpitações e taquicardia; a nível dermatológico em que podem aparecer problemas de pele e por fim a nível do sistema urinário através do aumento da frequência da necessidade de urinar ao longo do dia (Aires-Conçalves & Coelho, 2005). Para a pessoa é extremamente complicado lidar com a preocupação que tem diariamente e com os sintomas físicos que a mesma pode desencadear (APA, 2014).

A PAG segundo o DSM-V pode ser identificada através de alguns aspetos específicos, como a preocupação exacerbada, que ocorre praticamente todos os dias por um período mínimo de seis meses e em circunstâncias variadas, o nível da intensidade quanto ao impacto da possível situação; a duração e frequência da ansiedade face ao impacto que a possível situação poderá vir a ter e por fim quando estes sintomas começam a prejudicar gravemente a vida diária. É também mencionado que é importante garantir que a ansiedade generalizada não é proveniente de outro tipo de problemáticas ou de medicação (APA, 2014).

No que diz respeito ao tratamento, a psicoterapia é essencial de modo a poder prestar o apoio necessário à pessoa que sofre desta problemática, sendo que para além da psicoterapia é também essencial o tratamento farmacológico, baseando-se o mesmo em inibidores seletivos da captação de serotonina como a paroxetina, sertralina e citalopram e os inibidores de recaptação da serotonina e da noradrenalina como a venlafaxina e a duloxetina (Marrero & del Rivero, 2019). Quando aplicadas em conjunto podem apresentar resultados mais positivos e eficazes para a pessoa (Lopes et al., 2021).

Perturbação Depressiva

A perturbação depressiva (PD) é uma das patologias mentais mais comuns na faixa etária dos idosos (Faísca et al., 2019).

A PD pode desenvolver-se em todas as faixas etárias, no entanto a faixa etária das pessoas idosas é mais suscetível de sofrer de perturbação depressiva devido a todas as mudanças que esta fase da vida traz, tal como ausência de interação social, más relações interpessoais, abandono, problemas de saúde, luto, o ambiente em que vivem e entre outros aspetos. Devido a todos os fatores anteriores é importante que esta faixa etária seja alvo de atenção e preocupação (da Rocha, 2018).

A PD constitui uma das principais causas de incapacidade psicológica que tem consequências graves nas capacidades físicas, sociais e cognitivas da pessoa (Sousa et al., 2010). A PD é das mais comuns nas pessoas idosas e apresenta uma maior prevalência no sexo feminino do que no sexo masculino (Sousa et al., 2010). É caracterizada pela ausência de prazer em realizar tarefas, atividades que outrora eram prazerosos de ser realizados, incapacidade de sentir alegria, e é também caracterizada pela existência e predominância de um humor depressivo, ou seja, irritável e triste e por outros sintomas cognitivos, comportamentais e neurovegetativos que comprometem o funcionamento da pessoa (APA, 2014).

A população idosa é mais frágil, o que poderá fazer com que a mesma esteja mais propensa a sofrer da PD (Ferraz et al., 2023). No que diz respeito aos fatores de risco para o desenvolvimento da PD, são alguns os quais contribuem: declínio cognitivo; isolamento; má visão da saúde ou má visão do envelhecimento; viuvez; falta de suporte social; luto; vivências pouco positivas; idade; ansiedade; escolaridade; patologias; solidão; ausência de vínculos emocionais, diminuição das capacidades físicas e a viuvez (Faísca et al., 2019; Paradela, 2011). As pessoas idosas que sofrem da PD e da PA por norma queixam-se de alguns sintomas como problemas de memória, dor física que não tem razão aparente, dificuldades em dormir e entre outros (Ferraz et al., 2023).

Nesta faixa etária acontece que nem sempre é realizado um diagnóstico de PD, o que pode fazer com que as pessoas idosas sofram o resto da sua vida com esta perturbação (da Silva et al., 2021). Esta é complexa e um diagnóstico tardio pode dificultar não só a qualidade de vida da pessoa como também dificultar o processo de tratamento e os resultados do mesmo. Na população idosa é necessário que haja um suporte social adequado de modo que possa ser um intermediário entre a pessoa idosa e o médico e assim poder ser feito um diagnóstico precoce (da Rocha, 2018).

O diagnóstico da perturbação depressiva em idosos é especialmente complicado, no sentido em que os sintomas da perturbação podem ser confundidos com os sintomas comuns do processo de envelhecimento, o que por vezes faz com que não seja diagnosticada. No entanto é essencial que a perturbação depressiva seja diagnosticada de modo a poder ser tratada da melhor forma possível e que não prejudique a saúde mental e o bem-estar da pessoa (Faísca et al., 2019).

Este diagnóstico é assim realizado também com base na sintomatologia, intensidade dos sintomas e duração (da Silva et al., 2021). De modo a poder ser realizado um diagnóstico da PD na população idosa, é necessário que sejam realizadas uma história clínica e uma anamnese elaborada de modo que seja possível compreender a vida da pessoa idosa e se já existiram mais episódios depressivos, em que circunstâncias e as razões. Para além da anamnese é importante a realização de testes de modo a retirar outras patologias e em seguida utilizar alguns testes que possam revelar se a pessoa idosa sofre de PD. São algumas as escalas utilizadas para diagnosticar a PD na população idosa, tais como: o Inventário de Depressão de Beck; Escala de Depressão Geriátrica; Escala de Depressão de Zung; Inventário de Depressão de Hamilton e Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (Paradela, 2011).

Avaliação Psicológica na Pessoa Idosa

A avaliação psicológica (AP) permite a recolha de informação através de vários testes. Durante a mesma é ainda considerada informação externa como avaliações complementares e dados de observação inerentes à pessoa (Pais-Ribeiro, 2013). A AP é um processo técnico e científico, cujo objetivo é a interpretação dos resultados das informações dos fenómenos psicológicos (Lins & Borsa, 2017), que apresenta uma finalidade muito alargada e através dela é possível compreender a sintomatologia da pessoa, identificar e diagnosticar perturbações psicológicas, entender os traços de personalidade, realizar a conceptualização de casos, planejar a intervenção a realizar e por fim entender o quão eficaz a intervenção pode ou não ter sido (Fonseca & Medeiros, 2019). Desta forma, esta é imprescindível para se poder elaborar um diagnóstico que irá servir de suporte para uma intervenção estruturada e especializada de acordo com a problemática em questão (Apóstolo, 2012).

Os instrumentos de AP apresentam um papel imprescindível e insubstituível na prática clínica, pois contribui com informações que apenas através da mesma é possível aceder e entender (Simões, 2012). No que diz respeito às tarefas realizadas durante uma avaliação psicológica estas são: a entrevista, onde se recolhe a informação relativamente à vida da pessoa,

ou seja, a história clínica e a anamnese biográfica de modo a melhor compreender as vivências da pessoa; em seguida são aplicados testes, questionários, inventários, provas ou escalas, tendo em conta a problemática existente de modo a se poder compreender a mesma (Diniz et al., 2007).

Durante a avaliação psicológica é possível que ocorram enviesamentos e erros, no entanto estes devem ser evitados. É necessário tentar garantir que as condições, instrumentos e a experiência do psicólogo são adequadas para a realização da mesma (Diniz et al., 2007). A AP possibilita apresentar um resultado face a uma problemática, daí ser tão importante profissionais aptos para tal. Para que a avaliação seja realizada de forma eficaz é necessário que o psicólogo conheça bem o instrumento, o que este avalia, como é aplicado, como é cotado e o que os resultados significam. Só assim consegue explicar à pessoa de forma clara e precisa o significado dos mesmos e qual o melhor caminho a seguir após a avaliação (Pais-Ribeiro, 2013).

A população idosa continua a aumentar e o trabalho dos psicólogos no que diz respeito à avaliação psicológica com esta faixa etária ainda é muito reduzido, ainda não existe uma preocupação relevante associada à mesma como deveria de haver (Diniz et al., 2007). Apesar de já existirem alguns instrumentos de AP ainda não são suficientes nem estão totalmente desenvolvidos (Chnaider & Cássia Nakano, 2021).

Nesta faixa etária a função do psicólogo é importante, pois ajuda numa fase da vida que apresenta um carácter adaptativo, isto é, de mudança constante (Chnaider & Cássia Nakano, 2021). Uma das várias funções do psicólogo é realizar a avaliação psicológica e esta é colocada em prática, na maior parte das vezes, de modo tradicional, ou seja, num consultório. No entanto é necessário ter em conta a população com que se vai trabalhar, no caso da pessoa idosa, é importante haver alguns ajustes e adaptações quanto ao local onde se vai realizar, de modo a se poder chegar a esta população, ou seja, é necessário ter em conta aspetos como limitações de autonomia, dificuldades na locomoção, circunstâncias de vida como a nível cultural e a nível linguístico. Na avaliação psicológica é necessário aplicar testes que sejam adaptados à população em questão de modo que os resultados sejam credíveis. Todos os aspetos contam, pois apenas assim é possível fazer um trabalho acertado (Fonseca & Medeiros, 2019).

Acompanhamento Psicológico no Domicílio da Pessoa Idosa

O processo de envelhecimento como já foi referido pode trazer consequências que impactam de forma negativa as capacidades da pessoa idosa a vários níveis (Moreira & Crepaldi, 2016). A intervenção psicológica no domicílio da pessoa idosa, que é denominada

também por home-based therapy, retrata a disponibilidade e versatilidade dos psicólogos, que apresentam como prioridade o bem-estar das pessoas e por consequência tentam adequar as intervenções às necessidades e limitações das mesmas (Lobato de Faria et al., 2020).

Quando se trata de situações frágeis é necessário haver sensibilidade ao próximo e existir a vontade de ajudar, através da comunicação, do falar e ouvir (Aron & dos Santos, 2015). O acompanhamento psicológico no domicílio assume uma conotação de assistência, ou seja, baseia-se no deslocar do psicólogo ao domicílio da pessoa idosa que necessite de acompanhamento psicológico e que esteja a viver em situações a que impossibilitem de ir ao local, como acidentes graves, problemas oncológicos, tratamentos de longa duração, doenças persistentes, dificuldade ou incapacidade a nível da mobilidade (Alexandre & Romagnoli, 2017). Nestes casos o ideal é que o acompanhamento psicológico seja realizado no domicílio de forma a ser mais prático e confortável para a pessoa idosa que necessita deste apoio (Moreira & Crepaldi, 2016).

Este tipo de setting pode possibilitar um maior vínculo e uma relação mais profunda entre a pessoa idosa e o psicólogo, a confiança entre a pessoa idosa e o psicólogo poderá ser maior, permite que a pessoa idosa se sinta na sua zona de conforto, pois é uma fase da vida na qual existem muitas mudanças, promove a comunicação, permite estar em contacto com a realidade da pessoa idosa e compreender melhor as suas vivências, ou seja, permite ao psicólogo conhecer a pessoa idosa de uma forma diferente da que é tradicionalmente conhecida (Alexandre & Romagnoli, 2017). Nem todos os casos de acompanhamento vão ser possíveis de realizar no domicílio, como o caso de acumuladores compulsivos no qual o domicílio pode estar totalmente ocupado ou com vítimas de violência doméstica em que é complicado abordar assuntos sensíveis quando o agressor ou a agressora podem estar no mesmo local (Alexandre & Romagnoli, 2017).

Apesar de ter os seus aspetos positivos, o acompanhamento psicológico no domicílio pode ser mais complicado de gerir para o psicólogo, que não deixa de estar presente na zona de conforto da pessoa idosa tendo de vivenciar a sua realidade a todos os níveis. É necessário que o psicólogo esteja congruente neste setting de modo a não enviesar o processo terapêutico e para isto é necessário que o psicólogo seja consciente dos limites da intimidade que estabelece com a pessoa idosa (Alexandre & Romagnoli, 2017). São várias as adaptações que o psicólogo tem de fazer para que este acompanhamento decorra de forma eficaz como se fosse num setting clássico, ou seja, é necessário que o psicólogo mantenha o seu posicionamento ético, que defina um local do domicílio fixo para o acompanhamento de modo que o sito seja confortável para a

pessoa idosa e que seja claro quanto às “regras” para a realização do acompanhamento (Moreira & Crepaldi, 2016).

No acompanhamento no domicílio é refletido o dia-a-dia da pessoa idosa, e visto que não é um ambiente neutro vão existir interferências que vão prejudicar a fluidez, concentração e a capacidade de comunicar ao longo do mesmo. Para o psicólogo será um desafio constante, pois estará sempre num contexto de imprevisibilidade do que pode acontecer no momento, terá de ser mais flexível e compreensivo perante algumas situações que possam surgir ou até mesmo quanto ao que possa encontrar no domicílio de cada pessoa e poderá ter de lidar com as incapacidades ou necessidades da pessoa idosa no momento (Moreira & Crepaldi, 2016). O acompanhamento no domicílio pode assim apresentar complicações e interferências no decorrer da sessão, como campainhas a tocar, pessoas que possam interromper, sons diversos, chamadas telefónicas e entre outros aspetos (Alexandre & Romagnoli, 2017).

Para além das interferências, o facto de o psicólogo estar no domicílio da pessoa idosa, está automaticamente na sua zona de conforto e é importante que exista uma distância profissional na relação terapêutica. É essencial que esta distância não interfira na confiança que a pessoa idosa crie com o psicólogo, e que ao mesmo tempo permita à pessoa idosa entender que é uma relação profissional. Desta forma é importante que este aspeto fique definido e seja clarificado desde o início do acompanhamento psicológico de modo que a pessoa idosa e a família não vejam o psicólogo como um amigo e sim um profissional, pois este aspeto a longo prazo pode prejudicar o processo terapêutico, tornando-o enviesado (Aron & dos Santos, 2015). É possível entender que o acompanhamento no domicílio pode trazer menos conforto ao psicólogo no sentido que está menos protegido e fora do seu local de atuação, podendo existir situações que não consegue controlar (Lobato de Faria et al., 2020).

5. Abordagem Centrada na Pessoa como Intervenção e Compreensão dos casos

Os acompanhamentos psicológicos realizados ao longo do estágio curricular tiveram por base a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Desta forma, iremos debruçar-nos com maior detalhe sobre este tipo de abordagem como intervenção e compreensão de casos clínicos.

Esta abordagem surge nos Estados Unidos da América por volta dos anos 40 com Carl Rogers (Borja-Santos, 2004). Carl Rogers vê a pessoa como capaz de ultrapassar as adversidades da vida de uma forma autónoma através das capacidades intrínsecas no organismo, propiciam ao ser humano o seu desenvolvimento e capacidade de se atualizar ao longo da sua vida (Rogers, 1957). A Abordagem Centrada na pessoa apresenta por base três

pilares fundamentais para que ocorra uma mudança terapêutica, sendo elas a não-diretividade, tendência atualizante e seis condições necessárias, que são as seguintes: a primeira condição é existência de contacto psicológico; a segunda condição é que o cliente se encontre incongruente; a terceira condição é a congruência por parte do terapeuta; a quarta condição é o olhar positivo incondicional; a quinta condição é a compreensão empática e a sexta condição é forma como o cliente interpreta as atitudes do terapeuta. Se existirem todas as condições, nada mais é necessário, ou seja, se estes pilares forem respeitados, existirem e se mantiverem ao longo do tempo será o suficiente para que a pessoa inicie um processo terapêutico de mudança (Rogers, 1957).

Pilares Fundamentais da Abordagem Centrada na Pessoa

A não diretividade é um dos pilares da Abordagem Centrada na Pessoa. Esta prioriza a pessoa e não o problema, tem em conta a vida no momento atual, ou seja, o que sente, vive e experiência em vez do que já viveu. No desenrolar da terapia é possível entender que esta é um momento no qual a pessoa pode experienciar o seu crescimento (Moreira, 2010). O pilar da não-diretividade está inerente ao próprio terapeuta, ou seja, é uma atitude que este tem para com o cliente no momento, isto é, prioriza a pessoa e não direciona de forma alguma a mesma para nenhum assunto ou aspeto específico, permitindo a liberdade e que sozinha encontre o caminho para o seu crescimento. Esta atitude baseia-se assim na ideia de que o ser humano deve escolher o seu próprio rumo seja na sua vida como no momento da terapia (Cury, 2012).

A tendência atualizante é outro pilar considerado fundamental da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers. Esta vê o indivíduo como um todo e não vê o mesmo apenas como partes, incentivando que o ser humano apresenta uma predisposição para desenvolver as suas potencialidades intrínsecas de modo a poder superar e manter o seu bem-estar ao longo da sua vida (Telles et al., 2014).

Para além dos dois pilares acima explicados, existem ainda as seis condições necessárias, sendo que a primeira condição é a existência de contacto psicológico, ou seja, é necessário que entre o terapeuta e o cliente exista uma boa relação psicológica para que a terapia tenha sucesso (Rogers, 1957). A segunda condição é que o cliente se encontre incongruente, isto é, quando solicita a terapia este está num estado de vulnerabilidade (Rogers, 1957). A terceira condição remete para a congruência por parte do terapeuta, isto baseia-se na capacidade de o terapeuta estar com o cliente no momento sem qualquer tipo de julgamento e de forma fiel a si mesmo (Rogers, 1957). A quarta condição refere-se ao olhar positivo incondicional, que permite ao terapeuta ver o cliente como ele é sem julgamentos associados, aceitando assim a

pessoa como um todo (Rogers, 1957). A quinta condição é conhecida como a compreensão empática, que é essencial num terapeuta, pois permite que este compreenda o mundo do cliente, com base na atenção e escuta face ao que o cliente verbaliza, sem que se envolva emocionalmente (Rogers, 1957). A sexta e última condição refere-se à forma como o cliente interpreta as atitudes provenientes do terapeuta, ou seja, é necessário que o cliente consiga sentir por parte do terapeuta o respeito, dedicação e empatia (Rogers, 1957).

Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo

A Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo é abordada no livro “Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano”, no ano de 2011. Neste livro Hipólito aborda e explica o desenvolvimento do ser humano à luz da Abordagem Centrada na Pessoa. Com base nesta abordagem, Hipólito procura explicar as perturbações que o ser humano pode vivenciar ao longo da vida desde a sua origem embrionária. Segundo Rogers (1983) o ser humano apresenta uma tendência formativa que com o passar do tempo levava à tendência atualizante através do desenvolvimento de algumas capacidades que possibilitavam esta transição. Esta tendência atualizante é uma propensão que o ser vivo tem para se atualizar através de capacidades inatas presentes no mesmo, que possibilitam o bem-estar e a evolução ao longo da vida (Hipólito, 2011).

De forma a conseguir explicar esta tendência do organismo, Hipólito (2011) menciona que o processo de atualização do ser vivo começa na fase de gestação, no embrião, quando existem possibilidades e condições para tal, ou seja, quando existem condições que propiciem o desenvolvimento das potencialidades intrínsecas. Nesta fase o embrião está sujeito a traumas, ou seja, quando as condições de desenvolvimento não são as mais apropriadas e seguras, quer de ordem biológica quer de ordem psicológica, estas podem ter impacto nas potencialidades, que por sua vez podem originar dificuldades face ao self percecionado, isto é, como a pessoa pensa que é, e self desejado, que se caracteriza pelo que a pessoa desejava ser. Estes traumas ao afetar as potencialidades fazem com que estas possam não ser totalmente desenvolvidas e por consequência podem afetar a pessoa ao longo da vida (Hipólito, 2011).

Segundo Hipólito, o ser humano apresenta em si as potencialidades necessárias para se desenvolver. Os traumas podem começar na fase da gestação, como já foi mencionado anteriormente e podem ser de origem biológica, social e psicológica, afetando assim estas esferas da vida, que por sua vez, podem afetar-se mutuamente entre si. Hipólito menciona que o ser humano deve evoluir segundo um caminho definido pela natureza e que através da

descoberta das suas potencialidades ao longo do tempo, isto denomina-se de auto-realização, o que permite que o ser humano se descubra e desenvolva de forma saudável (Hipólito, 2011).

Apesar dos possíveis traumas que o embrião está sujeito, este apresenta em si um *locus* de controlo interno, que permite ao mesmo organizar-se e desenvolver-se até ao momento do nascimento sem que necessite de ajuda ou intervenção externa para que o seu desenvolvimento aconteça. Quando o nascimento acontece é possível compreender que, segundo Hipólito, o processo de desenvolvimento das potencialidades continua ao longo do tempo e até ao resto da vida. Nesta fase o bebé começa a ter a capacidade de conseguir distinguir o seu self organismito do mundo que o rodeia, entendendo assim que existem pessoas para além de si mesmo, como acontece com a mãe, que normalmente é a figura vinculativa do bebé. Ainda nesta fase o bebé começa a entender que necessita do amor da mãe e que precisa do mesmo para conseguir sobreviver ao longo do tempo (Hipólito, 2011).

Ao longo do crescimento vão surgir as condições de valor. O bebé entende que necessita da figura vinculativa para sobreviver e desta forma para ser aceite pela mãe, este começa a tentar moldar-se nas condições de valor da mãe necessita, de modo a poder ser aceite incondicionalmente. Este fenómeno que leva o bebé a corresponder às condições de valor da mãe leva a uma dissociação entre o que o bebé sente e o que o bebé percebe no seu campo de percepção. Neste fenómeno é possível entender que existe uma dissociação entre o self percebido do bebé e o self desejado do mesmo, ou seja, o que o bebé percebe de si mesmo e aquilo que acha que devia ser para terceiros, neste caso a mãe. De acordo com Hipólito as dissociações podem levar a momentos de rigidez, que por sua vez podem levar a sintomas quando não são bem geridos (Hipólito, 2011).

O desenvolvimento da criança continua e por volta do primeiro ano e meio de idade, esta começa a conseguir distinguir o “me” do “eu”. Entre os quatro e os oito anos de idade a criança começa a conseguir fazer a distinção entre o que é real e imaginário (Hipólito, 2011).

Para continuar o seu desenvolvimento ao longo da vida de forma saudável, a criança necessita de condições de atualização de modo a poder fazer face aos traumas que vai encontrar ao longo da mesma. Os traumas podem estar presentes ao longo de toda a vida, podendo originar sintomas e criar dificuldades, no entanto é necessário que existam fontes de atualização que possam proporcionar ao ser humano um caminho melhor (Hipólito, 2011).

PARTE 2 - ATIVIDADES DO ESTÁGIO

1. Atividades do Estágio

Objetivos Gerais

A realização do estágio acadêmico teve como objetivos gerais, pôr em prática os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, bem como a aquisição de competências práticas através do contacto direto com a profissão. Teve, também, como objetivos gerais o desenvolvimento e aprofundamento de competências relacionais e de comunicação num contexto real.

Objetivos Específicos

No que diz respeito aos objetivos específicos, estes passam por permitir colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos e assim aplicar os mesmos através da componente prática da psicologia, ou seja, realizar um acompanhamento psicológico à luz da abordagem centrada na pessoa, realizar uma avaliação psicológica e aprofundar os conhecimentos relativos a esta tarefa, tais como estabelecer uma relação terapêutica para uma adequada aplicação, cotação, interpretação de resultados e formulação de hipóteses de diagnóstico.

Avaliações Psicológicas

No decorrer do estágio acadêmico foi possível realizar a avaliação psicológica, esta foi realizada no local de estágio no sentido de compreender melhor as queixas de uma das clientes analisadas neste trabalho (ver caso clínico de J). Foram aplicadas duas escalas: uma para aferir os níveis de depressão (*Escala de Depressão Geriátrica (GDS)*) e a (*Escala de Memória de Wechsler (WMS-III)*) para aferir a possibilidade de disfunções cognitivas.

Acompanhamentos Psicológicos

Durante o presente estágio acadêmico foram realizados quatro acompanhamentos psicológicos a beneficiárias do local de estágio, sendo estas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 75 e os 94 anos. Apesar do estágio curricular ter começado em Outubro de 2022, os acompanhamentos psicológicos apenas tiveram início no mês de Dezembro de 2022, pois nos meses de Outubro e Novembro estive a acompanhar a equipa para me integrar na mesma e melhor compreender o trabalho que realizavam. Os acompanhamentos terminaram no mês de Junho de 2023. Todos os acompanhamentos psicológicos foram realizados uma vez por semana com uma duração de cinquenta minutos. Nas sessões realizadas ao longo do estágio acadêmico foram abordados variados temas por parte das beneficiárias durante as sessões, sendo alguns deles: solidão e isolamento como principais problemáticas; ansiedade; medos; relações interpessoais pouco positivas; questões relacionadas com a saúde (declínio) e também sobrecarga. O acompanhamento psicológico teve por base a Abordagem Centrada na Pessoa.

Acompanhamentos de Saúde

Para além dos acompanhamentos e das avaliações psicológicas, ao longo do estágio acadêmico foram também realizados acompanhamentos de saúde que eram pedidos pelas gestoras de caso do local de estágio. Estes acompanhamentos tinham como principais objetivos: facilitar as idas ao médico dos beneficiários, ou seja, ajudar nas deslocações desde o domicílio até ao local de destino, no regresso a casa e ter um papel ativo no que diz respeito à compreensão da informação que é passada pelo médico, no sentido de não haver percas de informação, quer no que diz respeito a medicação como a futuras marcações de consultas ou exames. Estes acompanhamentos de saúde foram realizados com uma maior frequência no início do estágio acadêmico, pois era a fase de observação na qual acompanhava as gestoras de caso nas diversas tarefas diárias de modo a aprender e conhecer mais sobre o trabalho das mesmas. Assim que se iniciaram as tarefas da prática da psicologia, estes tornaram-se pontuais ao longo do estágio acadêmico, ou seja, apenas quando as gestoras de caso do local de estágio necessitavam de mais suporte.

Sessões de Voluntariado

Assistiu-se a algumas sessões de voluntariado em algumas escolas da área de grande Lisboa, no sentido de se sensibilizar os jovens para o Idadismo, ou seja, o que é, quais as consequências, como se pode ajudar e a importância de ser voluntário nesta missão. Para além destes aspetos as sessões de voluntariado foram importantes no sentido de se tentar promover a motivação para que os jovens se tornem voluntários junto desta faixa etária. Estas sessões foram realizadas pontualmente.

Reuniões de Equipa

Todas as semanas, desde o início do estágio académico foram realizadas reuniões de equipa, uma vez por semana e com duração de cerca de uma a duas horas, dependendo dos temas que eram abordados nas mesmas. Estas reuniões tinham como objetivos: a partilha de ideias para a resolução de diferentes tarefas por parte de cada membro da equipa; ser um momento de reflexão conjunta face a determinadas problemáticas que tivessem de ser resolvidas com a maior brevidade e estar por dentro dos casos de cada gestora de caso de modo a conhecer as realidades dos diversos beneficiários enquanto equipa.

Supervisão de Estágio

Durante o estágio académico foram realizadas sessões de supervisão com a orientadora de estágio. Estas supervisões foram realizadas uma vez por semana com duração de uma hora por sessão, salvo em momentos em que fosse necessário a prolongação do horário devido às problemáticas discutidas ou quando se tivesse de adiar por motivos de força maior. Nestas sessões de supervisão foi possível: conhecer um pouco de cada caso de acompanhamento psicológico; discutir ideias face a cada caso de acompanhamento; esclarecer dúvidas face às problemáticas ou temas que as beneficiárias traziam para as sessões e como gerir com toda a informação que recebia nas sessões de acompanhamentos psicológicos. As sessões de supervisão foram um suporte coeso ao longo de todo o estágio académico, pois permitiram a partilha de aprendizagens.

2. Apresentação e Análise dos Casos Clínicos

Caso I – Acompanhamento Psicológico da senhora A

História Clínica

O acompanhamento psicológico com a senhora A teve início em Dezembro de 2022. Na primeira sessão foi abordado o plano terapêutico, que teve por base sessões presenciais no domicílio de frequência semanal e com uma duração de 50 minutos. Foram assim realizadas 17 sessões de acompanhamento psicológico.

Identificação

Relativamente identificação aos dados pessoais da senhora A tem 82 anos e nasceu em Portugal. É viúva e atualmente vive sozinha na área da Grande Lisboa. Tem duas filhas. Tem um irmão e uma irmã. No que diz respeito à escolaridade esta concluiu a 4ª classe.

Dados de Observação

A apresentou nas sessões um aspeto saudável. No que diz respeito à aparência física da senhora A apresentou-se sempre cuidada, no entanto não apresenta a dentição inferior. A apresenta uma postura bastante ativa e interessada durante as sessões de acompanhamento psicológico. No que diz respeito à orientação espaço-temporal, esta apresenta-se consciente de ambos. O seu humor é eutímico. No que diz respeito à percepção visual e auditiva não existem qualquer tipo de alucinações ou ilusões dos sentidos. A sua linguagem é fluida, no entanto apresenta um discurso muito acelerada. No que diz respeito à mimica A gesticula bastante com as mãos. Apresenta insight e não se apura ideação suicida.

Motivo do Acompanhamento

A senhora A nunca tinha sido acompanhada psicologicamente sendo este foi o seu primeiro acompanhamento psicológico. O acompanhamento não foi procurado pela cliente e sim, sugerido pelo local de estágio. O motivo do acompanhamento de A teve por base o facto de se sentir muito sozinha, o que fazia com que se sentisse frequentemente ansiosa manifestando medo de tudo o que pudesse acontecer no futuro, o que fazia com que pensasse ainda mais nos seus problemas ou nos problemas à sua volta.

Anamnese Biográfica e História Familiar

A tem a percepção que viveu uma infância feliz e boa “dentro dos possíveis”. Ao falar da sua infância, A demonstrou consciência que em parte foi muito mais feliz porque não se apercebia de algumas coisas nessa fase. Por exemplo, referiu o facto de os seus pais se terem separado uns meses após esta ter nascido e que este acontecimento teve um grande impacto na sua vida. Várias mudanças ocorreram fruto dessa situação que tiveram um importante impacto no desenvolvimento psicossocial de A. Após a separação dos pais, a sua mãe decidiu morar em Lisboa juntamente com os filhos com o objetivo de conseguir melhores condições de vida para estes. Durante a sua infância, viu o seu pai poucas vezes, mencionando que era uma ligação distante. Mencionou que sentiu esta ausência como um abandono e que teve repercussões negativas na vida de A já que esta considera que o seu pai teria sido essencial para a sua vida. Tamanha ausência criou um grande vazio.

Analisando o percurso da vida de A, podemos verificar que quando A foi morar para Lisboa com a sua mãe e irmão ela ainda era muito pequena e dependia muito da sua mãe. Nessa altura, o seu irmão ingressou numa escola em Lisboa. A sua irmã como era mais velha e ficou com os avós na terra onde nasceram para ajudar no que fosse preciso. Dos três irmãos A era a filha mais nova e descreveu-se como a mais frágil dos irmãos, pois foi isso que sempre ouviu por partes dos outros ao falarem dela. No entanto apesar de sentir-se protegida pelos seus irmãos de certa forma sentia que não conseguia experienciar as coisas sozinha e que por vezes isso a limitava. Retomou ao assunto dos seus irmãos e referiu que todos se davam bem, eram muito amigos e cúmplices, mesmo apesar das diferenças de idades. Nas relações que estabeleciam entre si havia essencialmente amor e respeito. A senhora A referiu que nunca passou fome e que sempre houve comida na mesa, que na sua vida era tudo muito simples, mas honesto. Abordou ainda que mais tarde os seus tios foram morar para o seu prédio no andar de cima,

assim como os seus avós, que também foram morar para uma casa em frente ao seu prédio pela mesma altura em que os tios se mudaram. A contou que a sua família passava bons momentos juntos e que os recorda com saudade, pois consideram que foram os melhores tempos da sua vida.

A senhor A recordou que em pequena sempre teve muito problemas com o sol dado que ficava com machas e feridas na pele constantemente. Ao identificar momentos da sua infância, A recordou que sempre tinha grandes quebras de tensão que a deixavam muito mal. Por isso, sempre preferiu sempre ficou mais resguardada, o que não lhe permitia brincar com as outras crianças na rua normalmente. Contou que a sua mãe estava constantemente preocupada consigo e com medo de que algo pudesse acontecer.

A falou sobre a profissão da sua mãe e afirmou que esta era costureira e que fazia um grande esforço para trabalhar e cuidar de si ao mesmo tempo, pois não era fácil no sentido de ter de fazer tudo sozinha e cumprir horários. Contou que a sua relação com a sua mãe era muito positiva, pois era muito querida e preocupada consigo. Reconhece que a sua mãe era o seu pilar. Relatou que a vida era muito dura, apesar de nunca ter sofrido nem sentido muito o impacto da realidade da altura. A afirmou que esteve na escola e foi até à 4ª classe. Tinha notas normais, pois gostava mais de brincar do que de estudar. Contou que sempre teve amigos e amigas e que se dava bem com todos e não se lembra de se dar mal com nenhum deles. Estabelecia relações de amizade facilmente, pois sempre foi muito comunicativa e segura de si mesma. Quando era pequena, afirmou ter sido operada aos gânglios da zona do pescoço, lembra-se que após a operação ficou bem e de ter recuperado facilmente, no entanto esta operação fez com que tivesse um atraso na escola, o que a fez terminar a mesma mais tarde do que era esperado. A mencionou que passava férias na sua terra com a sua família e que eram tempos bem passados, acrescentou ainda que tem muito boas memórias desta época.

No que diz respeito à idade adulta A afirmou ter casado com o seu marido ainda bastante nova por volta dos seus vinte e poucos anos e que na altura lhe custou imenso o facto de ter de viver longe da sua mãe, pois sentia que ainda não estava bem preparada para encarar a vida e a responsabilidade que um casamento acarreta. Uns anos após ter casado, engravidou da sua filha mais velha e passados uns anos engravidou da sua filha mais nova. Afirmou que a sua filha mais velha teve de ser retirada a fórceps, porém a sua filha mais nova nasceu de parto natural. Afirmou que teve de levar transfusão de sangue em ambos os partos, pois foram ambos bastante complicados e perdeu imenso sangue. Afirmou que foi o seu marido que lhe deu sangue nesta altura tão complicada.

Após uns anos de ter tido as suas filhas A contou que teve sete miomas no útero e teve de ser sujeita a uma histerectomia para que não corresse perigo de vida. Disse que esta fase foi bastante assustadora, pois não sabia o que esperar da operação e apenas queria ficar bem. Sabia que era algo muito grave e que tinha de ser feito para o seu próprio bem e da sua família.

Quando as suas filhas já eram mais crescidas tiveram os quatro um grande acidente de carro, no qual saiu disparada pelo vidro da frente do mesmo. Nesta fase afirmou ter ficado bastante abalada, com problemas nas costas e com dificuldades para conseguir andar como deve ser. Para além das complicações físicas ficou com receio de andar de carro até hoje. Contou que o seu marido é que a apoiava imenso e a motivava a tentar andar de carro para que pudesse aos poucos perder o medo que tinha ganho. Após o acidente, cerca de três anos mais tarde ficou com alguns problemas na coluna, pois não conseguia subir nem descer escadas normalmente. Andou estes três anos a evitar uma cirurgia à coluna, tinha medo do que poderia acontecer durante a mesma, pois sempre ouviu dizer que operações à coluna são bastante perigosas. Entretanto devido às dores e desconforto constantes decidiu realizar a cirurgia para que pudesse ficar sem dores e para poder andar normalmente, pois segundo o médico os sintomas que A sentia poderiam ter tendência para agravar com o passar do tempo.

Contou outro evento que viveu há uns anos em que houve um incêndio numa das janelas da sua casa durante a noite, ficou com muito medo e disse que foi um horror, pois acordou com o barulho e a claridade das chamas. A afirmou que desde essa altura até hoje mal ouve qualquer tipo de barulho na rua à noite, sente a necessidade de ir ver o que se passa com medo da possibilidade de poder haver outro incêndio. Afirmou que desde o incêndio que não dorme bem à noite, ou seja, uma noite inteira, pois está sempre numa ansiedade constante e a pensar na possibilidade do evento poder acontecer novamente. A senhora A desde o incendio tomou consciência que está completamente sozinha em casa caso exista alguma situação perigosa e sente que não está capaz para se defender sozinha.

Contou que o seu marido faleceu há doze anos e que desde então ficou muito sozinha, pois estava habituada a ter consigo alguém que a protegesse. Afirmou que foi muito difícil nessa fase, pois nunca tinha imaginado a sua vida sem o seu marido. Disse que tinham uma relação muito boa, eram muito amigos um do outro e sempre se respeitaram. Afirmou que eram muito cúmplices e que para si foi a pior fase da sua vida quando este faleceu. Mencionou sentir imensas saudades quando recorda o que viveram juntos e que para além desta perda passados uns anos disse que voltou a sofrer duas perdas, ou seja, as suas filhas que saíram de casa. Com o falecimento do seu marido e com a saída das suas filhas A diz sentir-se muito sozinha e desprotegida, o que tem vindo a aumentar a sua insegurança. Afirmou que desde que o seu

marido faleceu que os seus medos começaram a ganhar grandes dimensões e que lhe faz falta a sua figura de "segurança". Nesta fase passava algum tempo com as suas filhas, que a iam visitar de vez em quando e também recebia visitas da sua gestora de caso semanalmente, que a fazia estar mais distraída.

Em 2020 sofreu um enfarte e foi internada até estar estabilizada. Contou que a época do covid foi bastante complicada para si devido ao facto de ter estado isolada, longe da sua família, o que lhe custou imenso. Sentiu muito medo e afirmou que esta fase a tornou ainda mais insegura em relação a tudo. Sentiu que os seus medos se tornaram ainda maiores, pois tudo era incerto e sem qualquer tipo de certezas de nada, o que para si era algo difícil, pois não tinha controlo de praticamente nada. A senhora A, afirmou sentir que a sua ansiedade nesta altura disparou e que passou momentos muito difíceis com os seus pensamentos. Atualmente a situação da guerra da Ucrânia deixa-a ainda mais preocupada pois afirma que tudo pode acabar a qualquer momento e ninguém está preparado para isso.

Em 2021 A viveu um episódio complicado, pois começou a estar bastante confusa e a verbalizar palavras sem sentido. Apresentava um discurso muito desorganizado e não reconhecia as pessoas à sua volta. Nessa altura ficou algum tempo em casa da sua filha mais nova e durante a estadia em casa desta, A tentou fugir e andou imenso tempo sozinha na rua sem saber onde estava. Mais tarde a sua filha foi encontrá-la sozinha numa paragem de autocarro sentada. Nesta altura, devido a este acontecimento começou a ser acompanhada na psiquiatria e de modo a tentar-se saber o que se poderia estar a passar. Nesta fase em consulta conseguiram entender que A estava com sintomas de depressão e que sofria de ansiedade, com isto passou a tomar medicação para ajudar a controlar estes sintomas. Para além destas duas problemáticas, ao mesmo tempo que estava a ser acompanhada na psiquiatria estava também a ser acompanhada na medicina interna onde mais tarde descobriram que A estava com uma anemia muito grave devido ao facto de não se alimentar bem, o que acabou por a afetar de uma forma bastante impactante, levando a este comportamento desajustado.

A afirmou que por volta do mês de Fevereiro de 2023 teve um AVC e que ficou sete dias internada, disse que quem a acompanhou ao hospital foi a sua filha mais nova, que entendeu que algo não estava bem com A, pois estava a gaguejar imenso quando falava consigo ao telefone. Relatou que os médicos disseram que este AVC se deveu à sua tensão bastante alta e desregulada há algum tempo.

Contou que a sua relação com as suas filhas é complicada, pois estão sempre em cima de si. No entanto afirmou que se dá melhor com a sua filha mais velha, sendo que passa imenso tempo em casa da mesma. A sua filha mais nova é desligada e acaba por não transmitir aquilo

que A gostaria de ouvir, no entanto reconhece que é a que a acompanha na maior parte das vezes em situações mais graves. A sente que a sua filha mais nova nunca lhe conta nada sobre a sua vida e afirma que sempre foi assim desde pequena, o que faz com que não tenha construído uma relação mais próxima com a mesma, no entanto afirmou que é esta filha que lhe trata da medicação e que está presente nas maiores responsabilidades da sua vida. Em relação à filha mais velha, A afirma que têm uma relação mais próxima e que é para casa desta que costuma ir com mais frequência, pois desde que a sua filha era pequena, que sempre estabeleceu uma relação melhor com ela, pois considera a mesma mais parecida consigo, mais atenciosa, preocupada e conta-lhe tudo o que se passa da sua vida, ou seja, sente-se incluída na vida da sua filha mais velha. A afirmou que a relação entre as duas filhas já foi muito boa quando eram mais novas, sempre foram unidas apesar de apresentarem personalidades completamente diferentes. Atualmente a relação entre ambas não é muito boa devido a um conflito que existiu, conflito este que teve como base a sua filha mais velha querer divorciar-se e a sua filha mais nova ir contra este divórcio e assim tomar partido do marido da irmã. A senhora A afirmou que a má relação entre estas lhe dificulta a vida, pois fica sempre triste, preocupada e com ansiedade constante pelo facto de não se darem bem. Afirma que na altura ficou muito confusa no sentido de não ter entendido o porquê de uma irmã se virar contra a outra e ainda para mais de se ter aliado ao marido da mesma. Afirmo que nesta altura ficou com a sensação de que a sua filha mais nova poderia nutrir algum tipo de sentimentos pelo marido da sua outra filha mais velha, mas que era apenas uma suspeita e que esperava que não fosse verdade.

Falou do seu neto e diz que não se dá muito bem com ele, pois este é muito embirrento e que tem muito a mania de que sabe e pode tudo quando não pode nada. Contou também que o seu neto não é muito certo nos estudos nem dedicado e que acha que tudo na vida é muito fácil. Quando era mais novo disse que se davam muito bem mas desde que começou a crescer que tem sido complicado manter uma relação com o seu neto, pois para além destes aspetos que mencionou também já não o vê há mais de um ano.

A senhora A falou da sua irmã e disse que esta tem alzheimer há vários anos e que não conhece ninguém. Contou que está sempre na cama, que não faz praticamente nada durante os dias e que tem de estar quase sempre acompanhada pela sua sobrinha. A senhora A tem muita pena da sua irmã pela condição em que vive, no entanto disse que quase nunca está com ela, não só devido aos seus problemas como também às suas inseguranças.

A senhora A contou que atualmente apesar de gostar imenso de falar com outras pessoas e de considerar uma pessoa bastante comunicativa, tem tido mais dificuldade em falar e estar com outras pessoas. Não só por de não confiar facilmente nos outros como também devido ao

facto de não ter a dentição inferior completa. Contou que se sente com baixa autoestima devido a esse “defeito” como referiu. Mencionou que não se sente confortável para estar a falar com outras pessoas para além das que já a conhecem bem desde sempre, pois sabe que não a julgam. Por fim afirmou que sente que ficam a olhar para a sua boa e a “julgar” a sua aparência física.

Síntese das Sessões

As sessões de acompanhamento psicológico com a senhora A tiveram o total de 17 sessões com uma duração média de 50 minutos cada.

Sessão 1

Na primeira sessão de acompanhamento psicológico foi explicado a A que as sessões seriam realizadas pela estagiária de Psicologia, com uma periodicidade semanal, ou seja, todas as segundas-feiras com uma duração de 50 minutos. Explicou-se, também, que as sessões iriam começar em Dezembro de 2022 e durar até ao fim do mês de Junho de 2023.. Nesta primeira sessão observei a orientadora de estágio a qual iniciou o acompanhamento psicológico com a senhora A. Pude observar que a senhora A falou bastante sobre as suas filhas, concretamente, sobre alguns aspetos das vivências destas relativamente a namorados e aos estudos das mesmas ao longo da vida. Mencionou que tinha medo de sair à rua sozinha.

Sessão 2

Nesta segunda sessão, a senhora A começou por falar sobre a sua juventude comentando que achava que a tinha aproveitado bem. Falando no momento atual, A demonstrou sentir-se muito só em casa. No entanto, referiu que quando os seus familiares a visitavam se sentia feliz. Nesta sessão, recordou que antigamente, quando era mais jovem, as pessoas idosas se apoiarem mais do que na atualidade. Isso não favorecia o seu estado atual de isolamento, pois não dispunha de uma grande rede de apoio social na sua zona de residência. Tal isolamento social e sentimentos de solidão foram agudizados no período da pandemia (COVID-19). Esteve muito isolada e sozinha tendo sido tempos duros e assustadores para si. No decorrer da sessão, A referiu-se brevemente à guerra na Ucrânia e sobre o mal que estava a fazer à vida de todos e de forma mais detalhada às problemáticas interpessoais entre as suas duas filhas. Refere que são muito distintas. A sua filha mais nova interferiu no casamento da sua filha mais velha o que a deixou muito desiludida e magoada por não entender o motivo. Refere que a sua filha mais nova viveu um relacionamento abusivo o que a levou a divorciar-se. Acrescentou, ainda, que

tinha um relacionamento complicado com esta sua filha mais nova, por esta ter uma personalidade diferente da sua e não conseguir entender algumas atitudes da mesma. Apesar das suas dificuldades com a sua filha mais nova, A comentou que gostava que este relacionamento melhorasse. A senhora A demonstra a necessidade de ter alguém em quem confiar para poder falar sobre tudo, sem julgamento. No fim da sessão, A falou sobre uma insegurança devido ao seu aspeto físico, mencionou que não tem a dentição inferior e que isto faz com que não goste tanto de conversar, pois não se sente cómoda quanto ao seu físico, o que a leva a se sentir-se insegura.

Sessão 3

Na terceira sessão a senhora A começou por dizer que gostava muito do Natal, pois era o nascimento do menino Jesus sendo muito importante para si. Falou sobre um dos seus netos e afirmou que nunca o viu estudar ou escrever, para além disso mencionou que apenas há poucos dias tinha descoberto que este escrevia com a mão esquerda. Após ter falado sobre o seu neto, a senhora A disse que uma das suas filhas quando era pequenina também começou a escrever com a mão esquerda e que ao se aperceber disso começou a dizer à sua filha para escrever com a mão direita até que esta comesse a escrever como A considerava que era o correto. No entanto, afirmou que se fosse hoje não teria corrigido a sua filha no que diz respeito ao facto de escrever com a mão esquerda, e que lhe teria dada mais liberdade. relativamente ao medo que a senhora A frequentemente referia sentir, constatou-se, no seu relato, que o facto de ver notícias na televisão aumentava tal medo. A visualização de notícias negativas sobre desgraças aumentava o seu medo e preocupações em relação ao futuro, considerando que nada na vida é certo e que a qualquer momento tudo pode mudar. No seguimento deste tema sobre as suas inseguranças, a senhora A mencionou um episódio sobre um incêndio que houve na sua casa há algum tempo e que durante muito tempo andou com uma fachada da casa por arranjar. Contou que nessa fase sentia muito medo de ser assaltada, pois estava mais uma vez sozinha e indefesa. No momento atual, a maior parte de as suas vizinhas já não estavam a viver na sua rua o que contribuiu para que se sentisse muito sozinha. Este estado de solidão criava-lhe nervosismo e ansiedade causando-lhe desconforto.

Sessão 4

Nesta sessão a senhora A começou por falar sobre a sua estadia de cerca de 6 meses na Bélgica quando era mais nova, mencionando que não recordava ao certo a idade que tinha nesta altura. Nesta altura estava apenas com o seu marido, que tinha ido em trabalho. No entanto contou que tinha nevado na fase em que esteve lá e que ficou muito assustada, pois estava completamente sozinha em casa, não conhecia ninguém e apenas se via neve. No seguimento deste tema a senhora A falou sobre o seu medo de andar de avião que se deve ao facto de estar com medo de que o avião caia no mar e que possa ser comida por tubarões. Ao analisar este medo, a senhora A acrescentou que quando era criança não sentia nada disso, ou seja, não se lembra de sentir estas inseguranças todas. Segundo a mesma, os seus medos e preocupações generalizam-se e agravaram-se desde o Covid-19 e a atual guerra na Ucrânia. Estas situações sociais levavam-na a sentir-se muito insegura e em constante estado de alerta.

Sessão 5

Nesta sessão a senhora A abordou alguns aspetos da sua infância, as suas vivências e memórias. Falou sobre momentos passados com a sua família e a separação dos seus pais quando era muito pequena. Recordou um momento específico e contou que quando era mais pequena esteve quase às portas da morte e que os seus pais pensavam que não ia sobreviver, devido a isto os seus pais decidiram batizá-la à pressa. Passou para um tema já passado na vida adulta referindo que sofreu um acidente muito grande junto da sua família, no qual foi projetada, num acidente rodoviário, pelo vidro da frente do carro que a deixou muito afetada física e psicologicamente (problemas de coluna e medo de andar de carro). Refere, ainda, que o seu marido insistiu que gostaria que ela tirasse a carta de condução, no entanto, a senhora A tinha medo de conduzir. No fim da sessão, A afirmou que sentia que se baralhava muito ao falar e dizer as palavras corretas o que levava a ter menos vontade de comunicar com outras pessoas falando apenas quando se sentia num ambiente mais confortável e propício a isso.

Sessão 6

Nesta sessão, a senhora A começou por falar da sua tensão arterial que, por vezes, se encontrava muito alta. Comia a comida com pouco sal com desagrado, no entanto, sabia que

era melhor para a sua saúde. Voltou a falar do seu medo de ver notícias na televisão, por conta disto passou a reduzir o tempo que passava a ver a mesma. Na sua opinião, o mundo atual era muito violento e desorganizado e isso causa-lhe insegurança e medo. Ultimamente, noticiavam-se mais desgraças tendo-se agravado o cenário desde a pandemia COVID-19. Demonstrou conforto na religião e sua fé, ao referir que a sua maior ajuda era Deus e que este a ajudava a seguir com a vida e ser otimista para si e para o mundo. No fim da sessão, a senhora A mudou de tema e mostrou-se preocupada ao referir não ter médico de família.

Sessão 7

A senhora A começou a sétima sessão por comentar que na sua casa havia uma tomada que estava queimada devido ao facto de ter havido obras no seu prédio. Tal situação causava-lhe receio de usar a tomada. Avançou a sessão recordando algumas vivências da sua infância referindo-se à sua casa na terra onde nasceu e cresceu e o quão eram boas essas vivências foram. A senhora A referiu sentir-se muito nervosa e ansiosa e com dores de cabeça. Ao ver as notícias do incêndio recente, que houve numa rua perto da sua casa tinha deixado A preocupada e com medo, o que a faz lembrar de um evento traumático para si. Antigamente não tinha medo, mas desde que houve o fogo junto à janela da sua casa ficou com muito medo. Desde esse episódio, acordava e ia à janela ver o que se passava, todas as noites ao escutar o mínimo ruído. No seguimento deste assunto, a senhora A contou que, uma vez, uns vizinhos no prédio da frente deixaram a luz da sala todo o dia acesa e que tinha receio que a casa pudesse arder devido a isso estendendo-se o fogo até sua casa.

Sessão 8

Nesta sessão, a senhora A mencionou que, nos últimos dias, tinha tido várias dores de costas demonstrando dificuldades em dormir e que isto causava-lhe desconforto com o passar dos dias, pois ficava com sono durante o dia e sem motivação para nada. Durante a sessão, falou sobre a sua estadia em casa da sua filha mais velha, onde referiu sentir-se bem dado que a casa tinha muito sol e claridade o que a fazia sentir-se segura e confortável. Em seguida, contou que cada vez mais tem ouvido notícias que a chocam, tais como as notícias sobre os abusos sexuais da Igreja, a guerra, as condições péssimas que os lares dão às pessoas idosas. Toda esta nova realidade torna-a uma pessoa mais insegura. Igualmente, a situação de não conseguir marcar

uma consulta médica para antes de setembro acentua a sua percepção negativa sobre o futuro já que referiu não entender a demora para marcar uma consulta atempadamente. Desabafou e mencionou sentir medo de ser velha e por isso desvalorizada. Ao envelhecer sente que já não tem a mesma autonomia, segurança e capacidade de defesa. Em seguida abordou outro assunto, pois o mesmo surgiu na sua cabeça mais uma vez, disse que o dinheiro e o sexo (violações) eram o maior veneno que existia, pois eram usados para prejudicar as pessoas e que davam origem aos maiores problemas no mundo. A senhora A voltou a referir-se aos tempos em que vivia na sua terra os quais adorou. Sentia uma enorme liberdade e nada de mal acontecia nessa altura. Sentia-se nostálgica. Afirmou que quando veio viver para Lisboa sofreu bastante por deixar a sua terra para trás e as memórias mais bonitas da sua vida, ainda que viesse acompanhada. Mais perto do fim da sessão, contou que a sua filha mais nova teve o primeiro namorado por volta dos doze anos e que na altura achou tudo muito errado e precipitado dada a idade da sua filha.

Sessão 9

Nesta sessão, A contou que nessa manhã não lhe apetecia comer nada e que não entendeu o porquê de ter perdido o apetite, no entanto, mencionou que, por vezes, tal acontecia. Em seguida, abordou o tema sobre a porta do seu prédio ter sido arranjada há pouco tempo e que agora era preciso muita força para a empurrar e puxar. Tal situação levava a que se tivesse magoado ao empurrar a porta ficando com um pouco de cair ao abrir a mesma dado que quase caiu e bateu com a boca no chão. Entretanto, falou sobre o facto de andar muito preocupada e com medo em relação à sua filha mais velha, pois estava com uma depressão e em processo de mudança para um novo trabalho. No trabalho a sua filha não podia falar com ninguém e A sentia que tal ambiente de trabalho podia não ajudar face à depressão que a mesma sofre. A sua filha mais velha tinha tido muitos problemas no trabalho e que, segundo a mesma, estes podiam ter começado porque os seus colegas eram testemunhas de Jeová e descobriram que a sua filha era católica. A senhora A afirmou que a sua filha era muito focada no trabalho, muito perfeccionista e que isso podia prejudicar a sua saúde. Entretanto, começou a relembrar as suas idas ao cinema quando era mais nova, referindo que, atualmente, os filmes eram muito diferentes, pois só se viam cenas de beijos, guerra, mortes e entre outros temas negativos. Segundo A, antigamente, os filmes eram mais originais e não cultivavam tanto o ódio e guerra. No final da sessão, A voltou ao tema das suas filhas e da relação entre as mesmas, mencionando

que estas não se falam e a que gostava que isso pudesse mudar, pois custa-lhe muito ver que estão de “costas voltadas”. Acrescentou, ainda, que a sua filha mais velha não tinha tido uma vida fácil, o que lhe custava, pois sentia que não conseguia fazer nada para a ajudar enquanto mãe.

Sessão 10

A iniciou a sessão a comentar que para si ser idosa não era um problema e que sentia que tinha aprendido muito nessa fase da sua vida. Porém, as consequências da idade eram-lhe difíceis de aceitar, pois as pessoas idosas não têm a assistência necessária e, a maior parte, estão ao abandono. Contou que durante o fim da semana esteve muito ansiosa, pois ainda não tinha a sua medicação e que não a podia comprar sem receita, pois era muito cara e que teria de esperar pela mesma. Entretanto, após falar sobre o tema anteriormente mencionado, disse que as suas filhas são muito diferentes e que o seu feitio tinha mais a ver com a sua filha mais velha, pois era muito mais fácil de lidar e conversar. Contou que a sua filha mais velha a incluía muito na sua vida ao contrário da sua filha mais nova. Quando ia para casa da sua filha mais nova, sentia-se como se fosse um “fardo” e que esta a controlava. Disse que enquanto estava em sua casa, gostava de contribuir, então cozinhava e ajudava nas tarefas, no entanto sentia que a sua filha mais nova não valorizava as suas ações e apenas refilava por estar sempre a fazer alguma coisa. Estas situações faziam-na sentir-se muito desconfortável e pouco à vontade, como se estivesse a atrapalhar. Contou que lhe custa muito o facto de a sua filha mais nova ser mais distante e nunca mostrar interesse por estar ou passar mais tempo consigo. Após este tema, a senhora A recordou que antes a relação entre as suas filhas era diferente, isto é, eram mais unidas e até havia vezes que se uniam contra si, pois achavam que esta era muito exigente, rigorosa e chamavam-lhe de “sargento”. A afirmou que sabia que era na brincadeira e que até achava piada, no entanto, ainda recorda isso por vezes, pensando se seria demasiado exigente como mãe na altura. Descreveu a sua filha mais velha como mais preocupada, certinha, amiga e amável. Em seguida, descreveu também a sua filha mais nova e disse que, igualmente, era muito boa pessoa, mas muito mais “despachada” e distante. Perto do fim da sessão, a senhora A direccionou a conversa para um tema totalmente diferente e falou sobre as raparigas que dançavam nos programas de televisão que esta via e da forma como estas se vestiam, mencionou que não achava adequado uma mulher expor o seu corpo daquela forma. Ao falar deste assunto, recordou na sua altura a primeira vez em que usou calças na sua terra e foi muito julgada, pois

não era algo comum na sua altura. Atualmente, considera que "mostrar tudo" já é algo normal, no entanto ainda lhe faz muita confusão e que se fosse um homem não se interessaria por uma mulher que andasse semidespida. Por fim, a senhora A terminou a sessão falando das relações íntimas da sua filha mais novas. Relata que esta desabafou que esta viveu um anterior relacionamento abusivo e tóxico, pois o namorado era extremamente ciumento e controlador, afirmando que este a proibia de fazer tudo ou de estar com outras pessoas, inclusive o seu pai. Mencionou que houve um dia em que a sua filha mais nova foi almoçar com o pai e que o seu namorado fez um escândalo, proibindo-a de estar com homens, fosse quem fosse. No entanto, mencionou que mesmo assim a sua filha acabou por casar com ele e que foi um grande desgosto para si enquanto mãe, por saber que não era bem tratada.

Sessão 11

A senhora A iniciou a sessão referindo que se tinha sentido mal na semana passada. Disse ter ficado bastante confusa, sentindo que não lhe saíam as palavras e que houve momentos de perda de visão. Após uma pausa na conversa, A afirmou que desde pequena que tinham problemas com a exposição solar, relatou problemas como quebras de tensão frequentes e que ficava facilmente vermelha e com feridas na pele o que fazia com que tivesse de estar mais resguardada que as outras crianças. Em seguida, A contou que no dia anterior tinha visto televisão e que nas notícias estava a passar uma notícia muito violenta, no entanto, quis continuar a ver em vez de parar. Disse que ficou transtornada ao ver a notícia, pois esta relatava que um homem tinha esfaqueado alguém. Disse ter ficado extremamente sensível e transtornada com o que ouviu e que nessa noite não conseguiu dormir, o que fez com que ficasse cansada na manhã seguinte e por consequência nessa manhã nem conseguiu tomar banho devido ao sono que tinha e ao medo de poder cair. Em seguida, abordou que há dois meses tinha sofrido um acidente vascular cerebral (AVC), e que a sua filha mais nova a acompanhou ao hospital onde ficou sete dias hospitalizada. Entretanto mudou de assunto e abordou a questão da sua irmã sofrer de Alzheimer, disse que a sua irmã está sempre na cama o que causa a A uma grande tristeza e agonia.

Sessão 12

Iniciou-se a sessão com um tema sensível para a senhora A, contou que quando era mais nova, uns tempos após ter tido as suas filhas, realizou uma histerectomia devido ao facto de ter tido sete miomas no útero, disse que teve muito medo pela sua família, pois não queria deixar duas filhas e partir tão nova. Na sequência desta recordação inerente a hospitais, a senhora A sessão relatou que na semana passada foi ao hospital devido à sua tensão arterial alta, para a qual lhe receitaram mais medicação. Afirmou estar cansada de tanta medicação, mas que sabia que era para o seu bem. Disse que um dos comprimidos novos que tomava davam sono e que durante a noite isso era bom, pois dormia melhor, mas de manhã dificultava o seu despertar. Em seguida, contou que ia haver um passeio organizado pela igreja que frequentava, mas que não sabia se queria ir, pois não se sentia muito bem para o fazer nem para andar a pé, pois andava devagar. Afirmou que era para ia de autocarro até ao local, no entanto o medo de andar de carro também a deixava muito reticente e para além disso tinha muito medo de enjoar e de dar trabalho. Disse ainda que tinha receio, caso isto acontecesse, que as pessoas falassem mal de si. A senhora A afirmou que se se tinha vindo a sentir pior com o decorrer dos últimos tempos e que aos poucos cada vez ia saindo menos vezes de casa, apenas para básico. Referiu não saber o motivo pelo qual se encontrava assim, pois sempre foi uma pessoa muito bem-disposta, que gostava de passear e conversar com os outros, no entanto, atualmente, diz ser completamente o contrário. Referiu que se tinha sentido triste algumas vezes, pois sentia-se cada vez pior, a envelhecer mais e que não estava a saber lidar bem com estas mudanças. Expressou que sempre se considerou uma pessoa muito feliz com o seu marido e que desde que este faleceu tudo ficou pior. Sentia muitas saudades, tristeza e nostalgia dos bons momentos que passaram juntos.

Sessão 13

Nesta sessão, a senhora A começou por falar do medo dos fogos que, dado o calor, poderiam ser uma realidade. Contou que cada vez que via as notícias na televisão ficava muito ansiosa e acabava por não conseguir dormir bem durante a noite dado o conteúdo assistido (mortes, desgraças, guerras e problemas). No seguimento deste tema falou sobre uma situação que viveu, na qual lhe ligaram a dizer que estava numa lista de espera para que alguém fosse fazer limpezas a sua casa. Contou que foi um senhor que lhe ligou, mas que não se identificou (nome e local onde trabalhava). Afirmou ter ficado desconfiada, pois se estivesse

inscrita em algo saberia pela sua gestora de caso da associação, pois esta teria comunicado consigo sobre o assunto. Como tinham estado juntas há pouco tempo achou que a história não seria verdade e por isso, concluiu que poderia ser uma tentativa de burla e lembrou-se de um acontecimento com uma amiga, no qual a sua amiga assaltada e que pensava muito na possibilidade de poder ser a mesma pessoa, pois a situação era muito idêntica. Esta situação levou-a a sentir-se um pouco preocupada, mas não queria estar a fazer “filmes” na sua cabeça. Disse que são estes acontecimentos que a vão deixando cada vez mais desconfiada e assustada. Em seguida recordou um outro momento, que já aconteceu há uns anos, no qual costumava pagar as rendas das suas vizinhas quando ia pagar a sua, ou seja, estas entregavam-lhe o dinheiro e A pagava no local. Certo dia, quando se dirigia ao local de pagamento foi assaltada e, conseqüentemente, sentiu-se na obrigação de pagar as rendas das suas vizinhas com o seu dinheiro, pois sentiu que as suas vizinhas não tinham culpa de ter sido assaltada. Disse que ainda que tivesse uma boa intenção, a partir desse episódio nunca mais assumiu tal responsabilidade, pois procurou fazer algo pelo bem de todos (da comunidade vizinha) e que no final correu muito mal.

Sessão 14

Nesta sessão, A começou por referir que na sua zona de residência por vezes sente que consegue estar em paz, ao contrário de outros locais no país onde as pessoas não conseguiam. Contou ter visto na televisão notícias negativas como por exemplo a notícia sobre um casal alemão que vivia no Alentejo e que foram encontrados mortos pelas pessoas que trabalhavam para o casal. Ficou escandalizada com o acontecimento, questionando a honestidade e bondade das pessoas. Em seguida a senhora A, mencionou que se sente muito só e que era complicado de gerir devido ao medo que isso lhe causava. No entanto sentia uma mistura de vários sentimentos, pois sentia-se só mas considerava que por vezes mais vale estar sozinha, pois havia tanta coisa negativa a acontecer no mundo. Ao comparar o presente e o passado referiu que antes nem pensava no perigo das situações, mas no presente sentia-se desprotegida e com medo de tudo e que piorou desde que ficou viúva. Considera que durante a noite os seus medos tomavam proporções acentuadas tornando, assim, esta fase do dia como algo assustador, ao contrário do dia já que tinha a luz solar. Já no fim da sessão, contou que a morte do seu marido, até à atualidade continua a ter muito impacto na sua vida.

Sessão 15

A senhora A, iniciou a sessão a falar sobre a falta de paz que existe no mundo e o quão preocupada fica com a instabilidade atual. Tudo isso, parecia deixar A a pensar, continuamente, nos acontecimentos negativos que poderiam ocorrer no futuro. Constatava que o perigo era muito grande e por isso desconfiava das pessoas automaticamente. Deu continuidade à sessão relatando que ao longo da sua vida foram vários os acontecimentos que impactaram a mesma de forma negativa ainda que houvesse acontecimentos muito bons. Quando o seu marido faleceu com cancro no pulmão, foi uma fase bastante complicada para si. Nessa altura, sentia que fingir estar bem ia ajudar a que não ficasse ainda mais triste e que assim, não prejudicaria a sua família. A senhora A contou que, desde o momento em que descobriram o cancro do seu marido, este apenas durou seis meses. Mencionou que não esperava que fosse tão rapidamente embora, mencionou que sempre encarou a morte como algo natural da vida, ou seja, que olhava a mesma como algo que estava assim destinado, no entanto, desde que o seu marido faleceu passou a olhar a morte de outra forma, pois fez com que se sentisse muito sozinha, desamparada e com medo. Comentou que sempre olhou a morte naturalmente mas agora pensa muito no que poderá acontecer, ou seja, o não saber como poderá ir embora deixa-a muito ansiosa e com medo do desconhecido. No entanto, após um breve pausa sem dizer nada, a senhora A disse que a morte pode ser um alívio face às coisas que se vivem atualmente. Após o momento de reflexão, comentou que está preocupada com o seu futuro, sobre a possibilidade e ou necessidade de ir para um lar, possibilidade esta que a deixa com medo devido aos maus-tratos que receia sofrer, tal como nas notícias se comenta. No fim da sessão, mesmo antes de terminar, a senhora A mencionou que as sessões às segundas lhe faziam muito bem, para além de estar acompanhada falava de assuntos nos quais nunca tinha tocado de forma tão aprofundada, acrescentando ainda que sentia paz e que ansiava pelas segundas.

Sessão 16

A senhora A iniciou a sessão a falar sobre a sua filha mais velha que era muito religiosa. Disse que para si isso era um ponto positivo, pois a sua filha acabava por ter uma motivação e um conforto para resolver os seus problemas. Em seguida, falou também da sua filha mais nova, relatando as diferenças entre as duas. Afirmou que ambas sempre foram diferentes, no entanto, ressaltou aspetos positivos da personalidade de cada uma. Comentou que a sua filha mais velha anda sempre a pesquisar coisas novas e era bastante interessada, e que a sua filha mais nova,

por sua vez, acabava por ser mais objetiva, bastante alegre e engraçada. Afirmou que, recentemente, se tem dado bastante melhor com a sua filha mais nova e que as coisas têm sido muito mais positivas. Afirmou que a única coisa que a afligia mais nesse momento era ambas ainda não se falarem uma com a outra. Gostava muito que isto mudasse e que pudessem estar as três juntas como antigamente. Falou sobre o facto de a sua filha mais velha ainda estar com depressão e que isto a preocupava de alguma forma, pois sentia que não estava a cem por cento. Disse que isto também não ajuda a relação entre as irmãs. Em seguida A abordou outro tema, afirmou que se sentia muito sozinha e que tinha perdido a motivação para fazer coisas, no geral, por não ter companhia ou alguém com quem partilhar os acontecimentos ou atividades diárias. Este sentimento de solidão obrigava-a a levar a cabo tarefas para estar entretida e ocupada, no entanto apesar de tentar manter a sua mente ocupada não tinha muita vontade de sair de casa e socializar.

Sessão 17

Nesta última sessão de acompanhamento psicológico, a senhora A falou pela primeira vez da sua neta, que já não via desde a pandemia. Referiu que esta a foi visitar, algo que nem sempre acontece, pois de vez em quando amuava quando era contrariada e deixava de visitar. Comentou as relações amorosas da sua neta ao referir que naquele momento tinha outro companheiro que já não era o rapaz que antes conhecera. Quando a sua neta a foi visitar apresentou-lhe o seu novo namorado o que a deixou desprevenida. Comentou que a sua neta era uma mulher de emoções fortes e que não costumava dizer nada sobre as suas relações a esta, pois sabia que esta levava a mal qualquer comentário nesse sentido. De acordo com A, a sua neta não “segura nada”, ou seja, nem namorados nem trabalho, pois no momento atual não tinha trabalho. Disse que não entendia como a sua neta mudava assim de namorado, pois seria incapaz de se despir para outro homem para além do seu falecido marido. Para A era muito confuso a sua neta ter dois filhos, ou seja, um de cada homem. Contou que disse à sua neta para começar a acalmar e para se concentrar nos seus estudos ou num trabalho fixo, pois sem isso não iria conseguir cuidar dos seus filhos. Esta foi a última sessão com A.

Discussão do Caso à Luz da Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo

De forma a compreender mais aprofundadamente o caso da senhora A, é possível destacar acontecimentos vitais que podem ser analisados com base na Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo de Hipólito (2011). Estes acontecimentos propiciam um entendimento mais estruturado sobre o processo de atualização e as diversas vivências da senhora A.

Relativamente aos traumas vividos pela senhora A é possível constatar traumas de origem biológica e psicológica (Hipólito, 2011). Os pais da senhora A separaram-se uns meses após o seu nascimento e este acontecimento teve um grande impacto no decorrer da sua vida (trauma psicológico). Durante a sua infância teve pouco contacto com pai estabelecendo-se uma relação distante com o pai o que lhe provocou uma espécie de “vazio”. Sentiu esta ausência como um abandono. A sua família nestas fases mais complicadas foi um grande apoio para si, pois sempre estiveram presentes apoiando da melhor forma possível e ao longo da sua vida (condição de atualização). A senhora A era a mais nova de três irmãos (uma irmã e um irmão). Era vista pelos seus irmãos como a “mais frágil”. Sentia proteção por parte dos seus irmãos (condição de atualização), no entanto, isso, por vezes, podia impossibilitá-la de experienciar coisas novas ou sozinha. A relação entre os irmãos era positiva demonstrando amor e respeito (condição de atualização). Quando era pequena sempre teve muitos problemas com o sol, ficava com machas e feridas na pele constantemente, lembra-se também que sempre tinha grandes quebras de tensão que a deixavam muito mal (trauma biológico). Por isso sempre preferiu sempre ficou mais resguardada (condição de atualização), o que não lhe permitia brincar com as outras crianças na rua normalmente. A sua relação com a sua mãe era muito positiva, pois era muito querida e preocupada consigo. Reconhecendo a sua mãe como o seu pilar de apoio em todos os momentos da sua vida (condição de atualização).

Depois de alguns anos do nascimento das suas filhas, surgiram sete miomas no útero (trauma biológico) da senhora A o que levou à necessidade de realizar uma histerectomia já que estava em perigo de vida (condição de atualização). Disse que esta fase foi bastante assustadora, pois não sabia o que esperar da operação e apenas queria ficar bem (trauma psicológico). Sabia que era algo muito grave e que tinha de ser feito para o seu próprio bem e da sua família. Nesta fase a sua família teve um papel extremamente importante não só de apoio como também de conforto, permitindo que a senhora A ultrapassasse esta fase de uma forma positiva (condição de atualização).

Quando as suas filhas já eram mais crescidas tiveram os quatro um grande acidente de carro, no qual saiu disparada pelo vidro da frente (trauma biológico). Nesta fase ficou bastante abalada, com problemas nas costas e com dificuldades para conseguir andar como deve ser. Apesar de ter evitado a operação às costas devido ao medo acabou por realizar a mesma para o bem da sua saúde (condição de atualização). Para além das complicações físicas ficou com receio de andar de carro até à atualidade. Contou que o seu marido é que a apoiava imenso e a motivava a tentar andar de carro para que pudesse aos poucos perder o medo que tinha ganho (condição de atualização).

Relatou um evento em que houve um incêndio numa das janelas da sua casa durante a noite, ficou com muito medo e disse que foi um horror, pois acordou com o barulho e a claridade das chamas (trauma psicológico). A senhora A afirmou que desde essa altura até hoje mal ouve qualquer tipo de barulho na rua à noite, sente a necessidade de ir ver o que se passa com medo da possibilidade de poder haver outro incêndio. Há doze anos quando o seu marido faleceu (trauma psicológico) ficou muito sozinha, pois estava habituada a ter consigo alguém que a protegesse. Afirmou que foi muito difícil nessa fase, pois nunca tinha imaginado a sua vida sem o seu marido. Para além desta perda passados uns anos disse que voltou a sofrer duas perdas, ou seja, as suas filhas que saíram de casa (trauma psicológico). Com o falecimento do seu marido e com a saída das suas filhas A sentia-se muito sozinha e desprotegida, o que aumentou a sua insegurança. A senhora A desde que o seu marido faleceu, os seus medos começaram a ganhar grandes dimensões e que lhe faz falta a sua figura de "segurança". Nesta fase passava algum tempo com as suas filhas, que a iam visitar de vez em quando e também recebia visitas da sua gestora de caso semanalmente, que a fazia estar mais distraída (condição de atualização).

Em 2020 sofreu um enfarte (trauma biológico) foi internada até estar estabilizada. Nesta fase do enfarte as suas filhas estiveram por perto de modo a poderem ajudar no que fosse preciso (condição de atualização). A época do covid foi bastante complicada para si devido ao facto de ter estado isolada, longe da sua família, sentiu muito medo e incerteza sobre tudo, o que lhe custou imenso (trauma psicológico). Nesta fase a sua ansiedade aumentou bastante e passou momentos muito difíceis com os seus pensamentos. Atualmente a situação da guerra da Ucrânia deixa-a ainda mais preocupada, pois afirma que tudo pode acabar a qualquer momento e ninguém está preparado para isso (trauma psicológico). Sente que gostaria de ser mais destemida em vários momentos e aspetos da sua vida.

Em 2021 viveu um episódio complicado, pois começou a estar bastante confusa e a verbalizar palavras sem sentido, devido a um problema de anemia (trauma biológico). Apresentava um discurso muito desorganizado e não reconhecia as pessoas à sua volta. Nessa

altura ficou algum tempo em casa de uma da sua filha mais nova (condição de atualização) e durante a estadia em casa desta tentou fugir e andou imenso tempo sozinha na rua sem saber onde estava. Nesta fase numa consulta de psiquiatria foi possível entender que A estava com sintomas de depressão (trauma biológico) e que sofria de ansiedade (trauma biológico), com isto passou a tomar medicação para ajudar a controlar estes sintomas (condição de atualização). Ao mesmo tempo que estava a ser acompanhada na psiquiatria estava também a ser acompanhada na medicina interna onde mais tarde descobriram que A estava com uma anemia muito grave (trauma biológico) devido ao facto de não se alimentar bem, o que acabou por a afetar de uma forma bastante impactante, levando a este comportamento desajustado. Nesta fase as suas filhas foram tentando seguir a alimentação de A de modo a ajudar a melhorar a mesma, assim como a gestora de caso também tentava sempre saber se A se andava a alimentar de forma positiva (condição de atualização). Por volta do mês de Fevereiro de 2023 teve um AVC (trauma biológico) e que ficou sete dias internada, disse que quem a acompanhou ao hospital foi a sua filha mais nova (condição de atualização), que entendeu que algo não estava bem com A, pois estava a gaguejar imenso quando falava consigo ao telefone. Relatou que os médicos disseram que este AVC se deveu à sua tensão bastante alta e desregulada há algum tempo.

Contou que a sua relação com as suas filhas é complicada (trauma psicológico), pois estão sempre em cima de si. No entanto afirmou que se dá melhor com a sua filha mais velha, sendo que passa imenso tempo em casa da mesma. AA senhora a mencionou que a sua filha mais nova é desligada e acaba por não transmitir aquilo que gostaria de ouvir. Sente que a sua filha mais nova nunca lhe conta nada sobre a sua vida e afirma que sempre foi assim desde pequena, o que faz com que não tenha construído uma relação mais próxima com a mesma (trauma psicológico), no entanto afirmou que é esta filha que lhe trata da medicação e que está presente nas maiores responsabilidades da sua vida (condição de atualização). Em relação à filha mais velha, a senhora A afirma que têm uma relação mais próxima e que é para casa desta que costuma ir com mais frequência, pois desde que a sua filha era pequena, que sempre estabeleceu uma relação melhor com ela (condição de atualização), pois considera a mesma mais parecida consigo, mais atenciosa, preocupada e conta-lhe tudo o que se passa da sua vida, ou seja, sente-se incluída na vida da sua filha mais velha. A afirmou que a relação entre as duas filhas já foi muito boa quando eram mais novas, sempre foram unidas apesar de apresentarem personalidades completamente diferentes. Atualmente a relação entre ambas não é muito boa devido a um conflito que existiu. Contou que se sente triste por não conseguir ajudar e como

mãe fica desanimada por ver que as suas duas filhas continuam de costas voltadas (trauma psicológico).

A sua irmã tem alzheimer há vários anos e que não conhece ninguém. Contou que está sempre na cama, que não faz praticamente nada durante os dias e que tem de estar quase sempre acompanhada pela sua sobrinha. Afirmou que tem muita pena da sua irmã pela condição em que vive, no entanto disse que quase nunca está com ela, não só devido aos seus problemas como também às suas inseguranças (trauma psicológico). A atualmente apesar de gostar imenso de falar com outras pessoas e de sempre se ter considerado uma pessoa bastante comunicativa, tem tido mais dificuldade em falar e estar com os outros, exceto pessoas que já conhece há bastante tempo, pois não consegue confiar facilmente nos outros como também devido ao facto de não ter a dentição inferior completa (trauma psicológico, biológico e sefl real). Contou que se sente com baixa autoestima (trauma psicológico) devido a esse “defeito” como referiu e que gostaria de não ter esse “defeito” (sefl desejado). A senhora A sente que ficam a olhar para a sua boca e a “julgar” a sua aparência física (lócus de controlo externo).

O processo terapêutico da senhora A

Nas primeiras sessões com a senhora A, foi possível entender que se sentia bastante sozinha e isolada devido ao facto de passar pouco tempo com outras pessoas. Mencionou que a época do Covid-19 para si foi muito complicada, que veio a acentuar muito mais o sentimento de solidão que já tinha e que aumentou ainda mais os seus medos. Mencionou que as problemáticas que se vivem nos dias de hoje, como a guerra da Ucrânia, também a preocupavam imenso e que sentia que tinha um impacto muito negativo na sua vida e na vida de todos. Nestas sessões iniciais foi possível entender que A tinha muitas preocupações e que apesar de ter tido uma grande abertura para falar logo desde início do que para si era mais importante, no decorrer das sessões esta abertura foi sendo cada vez maior e foi partilhando ainda mais informações que eram íntimas.

Desde as primeiras sessões com A alguns dos temas que esta abordava com muita frequência era o facto de ter duas filhas e que estas eram totalmente diferentes uma da outra, sendo que afirmava que uma era muito parecida com A e que a outra tinha uma personalidade muito diferente e que não fazia as escolhas mais corretas na sua vida. Foi possível entender que este assunto era extremamente importante para si pois desde a primeira sessão até às sessões finais foi um tema que se manteve com uma frequência considerável e que parecia ser algo que a incomodava bastante. Para além da personalidade diferente A preocupava-se muito com a

relação que as suas filhas tinham entre si, pois há algum tempo que estavam chateadas e que não se falavam, devido à situação do divórcio de de uma das irmãs. Para além deste tema, A também conversou muitas vezes sobre os seus medos e sobre o medo da imprevisibilidade da vida, mencionava que tinha medo de ver notícias, pois apenas falavam de coisas pouco positivas e que estes pensamentos ficavam na sua cabeça, acabando por prejudicar o seu sono e as suas saídas de casa.

Com o decorrer das sessões A falou sobre outros assuntos, mas sempre a mencionar estes temas. Por vezes mencionava que não conseguia compreender a sua filha mais nova, devido às suas atitudes e à sua personalidade diferente, mencionando que se dava muito melhor com a sua filha mais velha e que era com esta que por vezes passava mais tempo. Foi começando a mencionar que gostava de se dar melhor com a sua filha mais nova, no entanto não dependia apenas de si. Mencionou que gostava que as suas filhas se dessem bem entre si, pois costumavam ter uma boa relação quando eram pequenas, mencionou que gostava de poder fazer algo para que isso mudasse, pois era a mãe de ambas e sentia que tinha essa obrigação. Para além disso, relativamente ao tema dos medos, A mencionava que não entendia de onde estes medos vinham e que por vezes era complicado para si lidar com estes. O facto de estar sempre sozinha também não contribuía muito para o seu bem-estar, pois ficava muito tempo sem fazer nada e pensava muito em todos estes problemas e por vezes sentia-se muito ansiosa ao longo dos dias.

A senhora A ao longo das sessões foi demonstrando uma maior capacidade de entender que havia assuntos que não eram seus e que não poderia ser a própria a resolver, como foi o caso da relação com as suas filhas. Dizia que por muito que quisesse ajudar só iria prejudicar mais se o tentasse fazer. Foi possível entender que apesar de ter uma relação complicada com a sua filha mais nova, nas últimas sessões A começou a mencionar que conseguia ver a sua filha com outros olhos e que apesar de ser completamente diferente da sua filha mais velha, tinha muitas qualidades positivas e que ser diferente não era algo necessariamente mau. No que diz respeito aos medos, estes não desapareceram, no entanto A, ao longo das sessões por vezes refletia e dizia que achava que os seus medos tinham começado a partir do momento em que o seu marido tinha falecido e a partir do momento em que as suas filhas saíram de casa, pois começou a passar mais tempo sozinha e a sentir-se desprotegida sem ninguém para a ajudar caso algo de mau acontecesse. No decorrer das sessões A começou a ser capaz de olhar com outros olhos as situações que considerava menos positivas na sua vida, tentando entender o porquê de estas terem tanto impacto em si da forma que tinham, o que demonstrou um progresso

face às sessões iniciais e uma maior capacidade de entender as suas emoções e acontecimentos de vida.

Nas sessões finais, A queria bastante continuar o acompanhamento psicológico, pois considerava que era muito positivo ter um tempo para conversar com alguém que não a julgava e onde esteve o tempo todo confortável. Mencionou que falou de assuntos que não abordou com mais ninguém e que conseguiu entender coisas que inicialmente não conseguia entender. A senhora A mencionou que falar fazia com que ficasse mais leve e que era um momento que lhe trazia paz, mencionando ainda que todas as semanas ansiava pela segunda-feira.

Reflexão sobre o caso da senhora A

Refletindo sobre o caso de acompanhamento de A, desde o início que foi uma cliente que bastante cooperante e que fazia questão de dizer que o momento de acompanhamento era importante para si. A não procurou o acompanhamento psicológico, este foi sugerido, no entanto assim que foi proposto quis muito ter um tempo para poder falar, pois sentia que necessitava do mesmo, não só por estar muito sozinha, mas também por haver alguns acontecimentos sobre os quais sentia a necessidade de falar.

Nas sessões iniciais A, estava desanimada, pois passava imenso tempo sozinha e isolada da maioria das pessoas, devido a muitas das pessoas que conhecia terem morrido, pelo facto de as suas filhas trabalharem e também devido aos seus medos. Apesar de desanimada, A sempre se demonstrou interessada no acompanhamento e desde o início que falava bastante dos melhores e dos piores acontecimentos da sua vida. A mencionava que relembrar os momentos positivos da sua vida fazia com que ficasse feliz e que foram momentos que até hoje recordava com carinho. No entanto os menos positivos deixaram algumas marcas, mas relembra os mesmos como uma aprendizagem.

No início das sessões A iniciava o seu discurso sempre muito rápido e alto, dizia que era a sua ansiedade a falar mais alto e que por vezes não entendia de onde vinha, no entanto no decorrer da sessão A começava a falar mais calmamente e num tom mais baixo, como se sentisse melhor. Este aspeto inicialmente criava-me algum desconforto, pois sentia que A estava bastante ansiosa, mas não sabia o que poderia fazer para ajudar neste sentido. Para além de estar ansiosa era uma cliente já com alguma idade, o que por vezes também me deixava receosa caso algo pudesse acontecer.

Para além das problemáticas mencionadas no “Processo Terapêutico”, lembro-me que A referiu alguns episódios que marcaram a sua vida e que de alguma forma impactaram a minha

pessoa devido à dor e fragilidade que se faziam notar tanto nas palavras como no olhar da cliente enquanto falava sobre os mesmos.

O primeiro episódio foi relativamente a um incêndio que houve em sua casa, A falou deste acontecimento com muita mágoa, pelos danos visíveis na sua casa que automaticamente a transportavam para as melhores memórias da sua vida, o facto de ter vivido o momento sozinha sem ninguém a seu lado para a ajudar e o facto de ter dito que se sentiu completamente desamparada. Este episódio foi muito impactante para A, no entanto para mim enquanto estagiária de psicologia não foi fácil de gerir as expressões e as palavras com dor que eram verbalizadas pela cliente. Para além dos aspetos mencionados foi também impactante para mim olhar a cliente e ser transportada mentalmente para o cenário, onde via uma pessoa idosa nesta situação, completamente sozinha. É certo que estive incongruente em muitos momentos dos acompanhamentos, mas este especificamente para mim foi o mais complicado de gerir.

Outro episódio foi quando A mencionou como o seu marido tinha falecido devido ao facto de ter tido cancro no pulmão. Quando contava este acontecimento, chorava e dizia que tinha muitas saudades dele, que sempre foi um bom marido, amigo, pai e acima de tudo uma boa pessoa para todos, foi como se por outras palavras dissesse, que não tinha sido justa a sua partida. Disse que a sua vida ficou mais vazia e que apesar de ser o ciclo natural da vida que se sentia extremamente sozinha. Para mim foi particularmente difícil de gerir as minhas emoções e reações no momento. Apesar de chorar ser algo libertador, para mim foi extremamente doloroso olhar a cliente fragilizada e por momentos foi como se tivesse esquecido, que o meu papel naquele momento era ser a pessoa congruente que a cliente necessitava.

Sinto que é necessário e importante frisar que o acompanhamento foi realizado no domicílio da cliente, não só porque o trabalho da associação é realizado no domicílio como também devido ao facto de a cliente já apresentar algum cansaço quando anda muito tempo em pé. Como foi mencionado no enquadramento teórico, o acompanhamento psicológico no domicílio baseia-se no deslocar do psicólogo ao domicílio da pessoa idosa que necessite de acompanhamento psicológico e que esteja a viver em situações a que impossibilitem de ir ao local, como acidentes graves, problemas oncológicos, tratamentos de longa duração, doenças persistentes, dificuldade ou incapacidade a nível da mobilidade (Alexandre & Romagnoli, 2017).

A realização do acompanhamento psicológico no domicílio propiciou uma relação de confiança mais rápida, pois desde o início que A sempre falou de tudo sem apresentar qualquer tipo de desconforto, promoveu um vínculo com a cliente mais forte, pois logo nas primeiras

sessões senti que A abordava assuntos difíceis para si e mencionava “Eu conto isto porque sei que não sai daqui e porque confio em si” (SIC). Desde cedo que senti que A depositou a sua confiança em mim. Tal como foi mencionado na teoria, o acompanhamento psicológico no domicílio é realizado num *setting* completamente diferente do *setting* tradicional, ou seja, este tipo de *setting* pode possibilitar um maior vínculo e uma relação mais profunda entre a pessoa idosa e o psicólogo, a confiança entre a pessoa idosa e o psicólogo poderá ser maior, permite que a pessoa idosa se sinta na sua zona de conforto, pois é uma fase da vida na qual existem muitas mudanças e promove a comunicação (Alexandre & Romagnoli, 2017).

No entanto apesar de ter sido positivo, pois possibilitou um momento terapêutico, foi também de alguma forma complicado estar no espaço pessoal da mesma sem que me fosse totalmente indiferente, pois não era um espaço neutro e todo o ambiente me remetia para as vivências de A, pois havia imensas fotos dos familiares, que muitas vezes esta fazia questão de mostrar e indicar nomes. Isto fazia com que por momentos, eu sentisse que a cliente se esquecia que a nossa relação era profissional e não íntima. Como foi abordado no enquadramento teórico, o acompanhamento psicológico no domicílio pode ser mais complicado de gerir para o psicólogo, que não deixa de estar presente na zona de conforto da pessoa idosa tendo de vivenciar a sua realidade a todos os níveis. É necessário que o psicólogo esteja congruente neste *setting* de modo a não enviesar o processo terapêutico e para isto é necessário que o psicólogo seja consciente dos limites da intimidade que estabelece com a pessoa idosa (Alexandre & Romagnoli, 2017).

Com a realização deste acompanhamento, foi possível colocar em prática o que aprendi com a Abordagem Centrada na Pessoa, experienciar a realidade de um acompanhamento psicológico e o estar frente a frente com uma pessoa com problemáticas reais. Neste caso de acompanhamento, penso que seria benéfico para A dar seguimento aos acompanhamentos de modo a poder continuar a desabafar sobre as problemáticas da sua vida e a poder refletir sobre as mesmas, por si mesma. No fim das dezassete sessões realizadas, foi possível entender que A evoluiu face à sua capacidade de pensar sobre os assuntos de uma forma diferente, aprendendo a aceitar que não é possível controlar o que acontece à nossa volta e desta forma seria importante que o trabalho terapêutico continuasse a ser feito, pois é essencial.

Caso II – Avaliação Psicológica da senhora J

História Clínica

No que diz respeito à primeira sessão com a senhora J, esta realizou-se em Março de 2023. No total foram realizadas seis sessões, cada uma com 50 minutos de duração. As primeiras três sessões destinaram-se à recolha de informação, através de uma entrevista clínica semiestruturada, para poder realizar uma anamnese e a história clínica de J. Por sua vez as três sessões restantes destinaram-se à realização da avaliação psicológica.

Identificação

A senhora J é uma senhora de 88 anos nascida em Portugal. É viúva, tem um filho e, atualmente, vive sozinha na área da Grande Lisboa. Tem uma irmã mais nova. No que diz respeito à escolaridade esta concluiu a 4ª classe.

Dados de Observação

A senhora J apresentou nas sessões um aspeto saudável e sem qualquer tipo de malformações. A aparência física de J é cuidada. J apresenta uma postura bastante ativa durante as sessões de avaliação psicológica. No que diz respeito à orientação espaço-temporal, esta apresenta-se consciente de ambos. O seu humor é eutímico e no que diz respeito à percepção visual e auditiva não existem qualquer tipo de alucinações ou ilusões dos sentidos. A sua linguagem é fluida e cuidada. Apresenta insight e não se apura ideação suicida.

Motivo do Pedido

O motivo pelo qual se realizou uma avaliação psicológica teve por base as queixas apresentadas pela cliente, tais como: já ter vivido e continuar a viver, no momento atual, alguns acontecimentos pouco positivos na sua vida. Referiu, por exemplo, a sua relação pouco positiva com o filho que é cego, o que complica, por vezes, a dita relação. Os acontecimentos negativos da sua história pessoal e impotência em relação ao seu filho refletiam-se choro constante, tristeza, num sentimento de desânimo para com a vida e que a mesma já não tem sentido e falta de motivação. Para além das problemáticas acima mencionadas, J relatou ter esquecimentos

frequentes relativamente a nomes de pessoas, da medicação que devia de tomar e de utensílios de cozinha ao lume.

Anamnese Biográfica e História Familiar

Durante a entrevista, a senhora J afirmou que não recordava muitas memórias da sua infância, no entanto, expressou que tinha tido uma infância complicada, pois desde muito nova que tinha muitos problemas de saúde. Foi operada duas vezes à apêndice. O facto de estar constantemente debilitada e/ou com problemas de saúde fragilizou-a. Apesar disso, J gostava muito de ir à escola onde tinha amigas com as quais se dava muito bem e convivia muito. Ao falar da relação com os seus pais referiu que era muito boa, especialmente com o seu pai, com quem passava muito tempo. Partilhavam muitos interesses em comum sendo muito parecida com o seu pai tanto fisicamente como em termos de personalidade. Ainda sobre relações familiares, a senhora J comentou a sua relação com os seus avós que, também, era muito boa, mas da qual tinha poucas memórias, pois tinham falecido ambos muito cedo. Igualmente boa era a relação que tinha com as suas irmãs e irmão sendo muito unidos. J recordou que os melhores momentos da sua infância, tinham sido passados com eles. Viviam todos juntos e passavam grande parte dos seus dias todos a brincar.

A senhora J vivenciou vários episódios traumáticos ao longo da sua infância. Quando era pequena, partiu o queixo dado que a sua irmã mais nova a deixou cair ao chão ao tentar agarrá-la ao colo. Durante algum tempo teve dificuldade em mexer a boca e emagreceu muito porque não conseguia comer bem. Relembrou outro evento traumático para si, no qual teve de ser operada duas vezes de urgência à apêndice e ficou muito frágil, debilitada e traumatizada, pois era apenas uma criança. Para além disso a sua segunda operação foi realizada no dia de aniversário da sua mãe, que passados uns meses faleceu com trinta e dois anos de idade. Viveu alguns momentos tristes após o falecimento da sua mãe, pois o seu pai casou com uma tia sua passado um ano desta ter falecido, o que a deixou muito revoltada. Afirmou que não tinha muitas mais lembranças da mãe, apenas algumas devido ao facto de a sua mãe ter falecido cedo, no entanto, recordava com felicidade e muita saudade de passar momentos com ela.

Após o casamento do seu pai com a sua tia ficou a viver em casa da sua tia, com a avó e as suas irmãs. Foi uma experiência negativa já que referiu nunca ter vivido tão mal. Era tratada pela família como uma criada tendo que lavar a casa a roupa e fazer comida. Os momentos de carinho eram inexistentes nesta fase. Segundo a senhora J, casou quando tinha vinte anos. O seu pai emprestou-lhe dinheiro para poder comprar um vestido de casamento “digno” e que tanto queria, pois, a sua tia e a sua avó negaram ajuda monetária para a compra do mesmo.

Passados alguns anos após ter casado e ter tido o seu filho, foi diagnosticado à senhora J um cancro do útero. Esta situação impossibilitou-a de ter mais filhos, o que representou para si um grande desgosto. A partir daí, o seu marido parecia não a desejar sexualmente sendo raros os abraços ou carinhos trocados entre ambos, pois este não a queria magoar ou fragilizar mais do que já estava. J referiu que esta foi uma fase difícil, não só pela própria situação em si, mas, principalmente, pelo impacto que a mudança de comportamento do seu marido teve na sua autoestima. Ao fim de vários anos casados, a senhora J ao descobriu que o seu marido tinha vários casos amorosos. Tal descoberta causara-lhe mágoa, mas sabia que ele gostava muito de si. Afirmou que uma vez tinha apanhado o marido a entrar num táxi com outra mulher. Disse que essa fase outra foi complicada, pois não conseguia fazer nada que pudesse mudar os comportamentos do seu marido. Além destes casos amorosos, J afirmou que sempre foi feliz com o seu marido e que este a tratava muito bem. Disse que o seu filho era muito ligado ao pai e eram quase como irmãos pois passavam imenso tempo juntos. J afirmou que a sua relação com o seu filho nunca foi assim como a do pai, era um pouco mais distante, talvez por serem diferentes em alguns aspetos e interesses. Disse que sempre cuidou do seu filho e que este era a pessoa mais importante da sua vida.

Trabalhava como costureira e que gostava muito do que fazia tendo trabalhado toda a sua vida. Gostava de se manter ocupada e de fazer o que mais gostava. Sabia que o que fazia era cem por cento bem feito, mas as pessoas diziam que ela tinha umas mãos incríveis. J disse que nunca foi uma pessoa muito confiante, não só a nível físico como a nível profissional. Contou que uma amiga da sua avó, quando era ela mais pequena disse que tinha cara de bruxa e que desde esse dia passou a ver-se de uma forma completamente diferente. Ficou extremamente insegura e deixou de se apreciar enquanto mulher. Depois de uns anos descobriu que tinha um problema cardíaco e teve de ser operada, mencionou que a sua vida nunca foi fácil e que está cansada de tudo.

Quando o seu marido faleceu, com cancro, J passou a sentir-se muito triste e só. O facto de ter perdido uma pessoa com tinha vivido tantos anos fez com que ficasse com menos disposição para tudo, pois apesar dos casos amorosos o seu marido tinha sido um bom marido ao cuidar de J e dar tudo o que era necessário. Algo que a ajudou a senhora J a lidar com a morte do seu marido foi o facto de ter várias atividades e fazer parte de um grupo? uma igreja, o que a manteve durante vários anos ocupada de modo a não pensar tanto na morte do seu marido ou na sua relação com o filho. Estas atividades mais tarde vieram a cessar devido ao Covid-19.

Relatou que o seu filho sempre foi extremamente bom aluno e que nunca se preocupou com os seus estudos. Era um aluno exemplar e dedicado ao curso de Direito. Aos trinta anos

ficou cego o que foi muito difícil para si, enquanto mãe, pois não só assistia à revolta e dor sentida pelo filho, com também sentia em si própria um sentimento de insuficiência por não conseguir ajudar a resolver ou a melhorar a situação. Apesar de tudo o seu filho continuava a lutar pela sua vida e hoje é um bom advogado com as suas limitações. A relação de J com o filho é uma relação distante, no momento atual. Contou que o seu filho tem um feitiço complicado, não é carinhoso, é muito crítico, extremamente perfeccionista, está sempre a corrigi-la e não entende que já tem oitenta e oito anos e que há coisas que a sua cabeça não consegue entender, memorizar ou acompanhar.

Contou que o seu filho falava alto e por vezes gritava quando estava chateado ou enervado, no entanto, perante estas situações J escolhia não se chatear, pois a condição do seu filho era algo que o fragilizava. Contou que o seu filho tinha ficado pior após ficar cego, possivelmente devido à frustração que sente face à situação. No entanto apesar de compreender a situação do seu filho mencionou que apesar de fazer tudo o que pode, este não a valoriza da forma que deseja. Relembrou que apenas no seu dia de anos é que o seu filho lhe disse que gostava dela. Apesar de gostar muito do seu filho a senhora J confessou que chorava muito à noite ao pensar em tudo o que sente, afirmando que estava cansada da sua vida e que a mesma já não fazia sentido.

Atualmente, por vezes, tem bastantes esquecimentos, coisas simples, mas que tinham impacto na sua vida diária. Esquecia-se do que queria fazer, onde guardava algumas coisas, dos nomes de pessoas que s conhecia. Um dia deixou uma cafeteira ao lume e tinha-se esquecido completamente da mesma ficando o café queimado. Contou que estes esquecimentos eram frequentes e que tinha receio de perder a memória como a sua irmã mais velha, que tem Alzheimer. Para além disso, sentia que o seu filho fazia muita pressão quando se esquecia das coisas afirmando que a idade era apenas um número e que não significava que se perdia a memória.

Síntese das sessões

As sessões de acompanhamento psicológico com a senhora J tiveram o total de 6 sessões com uma duração média de 50 minutos cada. As primeiras três sessões foram destinadas única e exclusivamente à recolha de informação para poder realizar a anamnese biográfica e melhor compreender a história familiar da cliente. As últimas três sessões foram destinadas à avaliação psicológica, onde foram aplicadas duas escalas, sendo elas: a Escala de Depressão Geriátrica – GDS e a Escala de Memória de Wechsler – WMS-III.

Sessão 1, 2 e 3

A primeira, segunda e terceira sessão com “J”, tinham como objetivo a recolha de dados sobre a história pessoal da cliente de modo a poder realizar uma anamnese biográfica, com informação inerente aos seus dados pessoais, educação, história social, história familiar e as suas principais problemáticas. Nestas sessões “J” estava bastante interessada e mostrou-se à vontade para abordar as suas questões e para falar abertamente sobre todas as informações. As sessões decorreram num ambiente tranquilo e confortável onde foi criada uma relação terapêutica marcada pela empatia, escuta ativa e não julgamento. Cada sessão teve a duração de 50 minutos tendo sido o tempo necessário para uma recolha de informação a vários níveis para melhor entender a senhora J.

Sessão 4, 5 e 6

Na quarta sessão de avaliação psicológica, procedeu-se à aplicação da *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS, autores, ano) com o objetivo de identificar a existência de depressão na cliente. Na quinta e na sexta sessão decidiu-se aplicar a *Escala de Memória de Wechsler* (WMS-III) com a finalidade de entender se existiam disfunções cognitivas. Os testes complementares não foram aplicados, com exceção da “Informação e Orientação” que considerei pertinente e importante. Sendo assim, apenas foram aplicados os testes principais em duas sessões, pois a cliente demonstrou alguns problemas de audição, o que fazia com que as perguntas tivessem de ser lidas mais devagar e seria uma grande sobrecarga para a cliente aplicar a escala na sua totalidade.

Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica foi realizada de forma presencial, no domicílio da cliente. Contou com o uso de métodos de recolha de dados como a entrevista clínica e observação. Para além disso foram aplicadas de duas escalas para a avaliação psicológica.

Com a finalidade de se poder compreender os sintomas de tristeza, choro, desânimo para com a vida e desmotivação descritos pela senhora J foi aplicado o instrumento de avaliação psicológica: *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS). Este instrumento serviu para melhor conseguir compreender a sintomatologia da senhora J e assim para fundamentar a hipótese, de acordo com o DSM-V, de perturbação depressiva.

Para além disso, de forma a se poder compreender as queixas da senhora J relativas a esquecimentos frequentes, descuido ao utilizar utensílios de cozinha e o facto de achar que pode

estar a ficar com Alzheimer como a sua irmã, foi aplicado o seguinte instrumento de avaliação psicológica: *Escala de Memória de Wechsler* (WMS-III). Este instrumento serviu para fundamentar a hipótese, de acordo com o CID-11, de disfunções cognitivas.

Escala de Depressão Geriátrica – GDS

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) foi elaborada por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose no ano de 1982 e foi adaptada para a população portuguesa por Veríssimo em 1988. Esta escala é a única que foi criada com o fundamento de ser utilizada diretamente com idosos. A GDS é uma escala composta por 30 itens e com o tipo de resposta de sim ou não. A resposta dada pelo idoso reflete como este se tem sentido na semana em questão (Apóstolo, 2012).

No que diz respeito à cotação da GDS esta é realizada através da soma dos pontos totais das questões que fazem parte da escala. Relativamente às questões 1,5,7,9,15,19,21, 27, 29 e 30 estas devem ser pontuadas negativamente, ou seja, a resposta negativa corresponde a 1 ponto, no entanto as questões 2,3,4,6,8,10,11,12,13,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26 e 28 devem ser pontuadas positivamente, ou seja, resposta positiva corresponde a 1 ponto. Esta escala de depressão geriátrica apresenta as seguintes medidas consistência interna, em que o (alfa=0,94) (Veríssimo, 1988). Por fim de modo a ser possível compreender o resultado proveniente da GDS procedesse à seguinte classificação: 0-10 ausência de depressão; 11-20 depressão ligeira e 21-30 depressão grave (Apóstolo, 2012).

No que diz respeito aos resultados, após aplicar a Escala de Depressão Geriátrica foi possível concluir que a senhora J apresenta uma pontuação de 19 pontos na escala, o que a enquadra numa depressão ligeira.

Escala de Memória de Wechsler – WMS-III

A Escala de Memória de Wechsler é uma bateria que permite a aplicação de provas de forma individual, a sua primeira versão surgiu em 1945. Esta foi adaptada à população portuguesa por Magda Machado, António Menezes Rocha, Henrique Barreto, Ana Moreira e São Luís Castro em 2008. Esta escala avalia a memória, a aprendizagem e pode ajudar a identificar, localizar possíveis disfunções cerebrais existentes e pode ser utilizada para encontrar os domínios intactos da memória. A WMS é composta por 11 subtestes, sendo 6

destes provas principais e 5 complementares. É utilizada para avaliar adolescentes e adultos, com idades compreendidas entre os 16 e 90 anos (Wechsler, 2008).

Esta escala apresenta as seguintes medidas de consistência interna: nos subtestes entre .70s e .90s e índices principais entre .80s e .90s. É importante também mencionar que o índice auditivo diferido apresenta uma fidelidade de 0.74 (Wechsler, 2008).

No que diz respeito à cotação da WMS, o índice auditivo imediato é constituído pelos seguintes subtestes: memória lógica I e pares de palavras I e é calculado através da soma da pontuação da memória lógica I (pontuação total da evocação) e pares de palavras I (pontuação total da evocação), que dá origem à pontuação final do índice auditivo imediato. O índice auditivo diferido é constituído pelos seguintes subtestes: memória lógica II e pares de palavras II e é calculado através da soma da memória lógica II (pontuação total de evocação) e pares de palavras II (pontuação total de evocação), que dá origem à pontuação final do índice auditivo diferido (Wechsler, 2008).

Relativamente ao índice visual imediato este é constituído pelos seguintes subtestes: faces I e cenas de família I e é calculado através da soma do faces I (pontuação total do reconhecimento) e cenas de família I (pontuação total de evocação), que dá origem à pontuação total do índice visual imediato. O índice total diferido é constituído pelos seguintes subtestes: faces II (pontuação total do reconhecimento) e cenas de família II (pontuação total da evocação), que dá origem à pontuação total do índice visual diferido (Wechsler, 2008).

É obter o índice de memória imediata através da soma das pontuações dos subtestes que constituem os índices auditivo imediato e índice visual imediato, ou seja, obtém-se através da soma da memória lógica I, pares de palavras I, faces I e cenas de família I, o que vai dar origem ao índice de memória imediata (Wechsler, 2008).

No que diz respeito ao índice reconhecimento auditivo diferido, este é composto pelos seguintes subtestes: memória lógica II e pares de palavras II e é obtido apenas através do reconhecimento auditivo diferido, ou seja, é apenas uma transformação da pontuação escalar do reconhecimento auditivo diferido para a métrica das pontuações padrão dos índices (Wechsler, 2008).

O índice de memória geral é uma média da memória diferida e obtém-se através da soma das pontuações escalares dos seguintes subtestes: índice auditivo diferido, visual diferido e reconhecimento auditivo diferido, ou seja, a soma entre a memória lógica II, pares de palavras II, faces II, cenas de família II e reconhecimento auditivo diferido, que dá origem ao índice de memória geral. Relativamente ao índice de memória de trabalho é constituído apenas por tarefas auditivas, ou seja, é obtido através da soma de sequências de letras e números (pontuação total)

e localização espacial (pontuação total), que dá origem ao índice de memória de trabalho (Wechsler, 2008).

No que diz respeito aos resultados foi possível constatar que comparando com indivíduos da mesma idade, a Sra. J apresentou um funcionamento de nível Médio Superior na Memória Imediata ($IP^{[1]} = 124$, P95, IC 95% 114-130), o indicador global do funcionamento da memória imediata. Na Memória Geral, que avalia, globalmente, a memória diferida, a Sra. J apresentou um funcionamento de nível Médio Superior ($IP = 114$, P82, IC 95% 105-121). Ao nível da Memória de Trabalho, medida que avalia as tarefas de atenção de tipo complexo ou de alto nível, a Sra. J obteve um resultado de nível Médio Superior ($IP = 126$, P96, IC 95% 115-132).

No que se refere às medidas que têm por base estímulos auditivos, a Sra. J obteve resultados de nível Superior no Índice Auditivo Imediato ($IP = 120$, P91, IC 95% 111-126) e de nível Médio Superior no Índice Auditivo Diferido ($IP = 115$, P84, IC 95% 104-122), não se revelando quaisquer dificuldades ao nível da aprendizagem e da memória verbal. Não há indicação de grau de esquecimento. O resultado médio obtido no Índice de Reconhecimento Auditivo Diferido ($IP = 86$, P18, IC 95% 78-100), o que pode indicar algumas dificuldades na recuperação da informação, com base no reconhecimento da mesma.

Relativamente às medidas que têm por base estímulos visuais, a Sra. J obteve resultados de nível Médio no Índice Visual Imediato ($IP = 123$, P94, IC 95% 108-106-129) e de nível Médio no Índice Visual Diferido ($IP = 125$, P95, IC 95% 110-131), não revelando dificuldades relevantes ao nível da aprendizagem e da memória visual.

Por fim é possível compreender que apesar das queixas a Sra. J não apresenta resultados preocupantes, revelando percentagens acima da média para a idade apresentada. No entanto é verificado algumas dificuldades na recuperação de informação com base no reconhecimento da mesma.

Discussão Clínica do Caso da senhora J

Nas primeiras sessões com a senhora J foi possível entender que esta apresentava uma postura cooperativa e ativa, postura essa que se manteve nas seis sessões realizadas. Foi possível estabelecer uma relação terapêutica positiva com J, com base na segurança e liberdade. Nas sessões onde foi realizada a entrevista clínica, J abordou vários episódios da sua vida, desde a sua infância até à atualidade e com isto foi possível entender que a cliente manteve uma postura

colaborante durante todas as sessões, pois demonstrou-se disponível para abordar vários assuntos.

No que diz respeito aos resultados das escalas aplicadas, na *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS), a senhora J apresentou uma pontuação que indicava numa depressão ligeira. Desta forma é possível entender que as queixas apresentadas pela cliente tinham fundamento. Todos os acontecimentos relatados pela senhora J podem ter contribuído para a existência de sintomatologia depressiva como choro, tristeza, desmotivação e desanimo para com a vida.

Relativamente à *Escala de Memória de Wechsler* (WMS), os resultados demonstraram que os parâmetros se encontram dentro da média esperada. No entanto, no que diz respeito ao índice de reconhecimento auditivo diferido, J apresentou uma pontuação muito baixa, o que indica algumas dificuldades na recuperação da informação, com base no reconhecimento da mesma. A senhora J apresentou queixas de esquecimentos com a medicação, utensílios de cozinha no lume, relativamente a nomes de pessoas ou a palavras específicas. Quando abordou estes esquecimentos mencionou a pressão que o seu filho fazia para que se lembrasse das coisas, quase como se fosse uma obrigação.

Através da avaliação psicológica de J foi possível entender a importância que esta carrega no sentido de melhor compreender as várias queixas da cliente. A avaliação psicológica permite, assim, compreender a sintomatologia da pessoa, identificar e diagnosticar perturbações psicológicas e assim planear a intervenção a realizar (Fonseca & Medeiros, 2019). Com base nas queixas, história de vida e resultados das escalas, seria bastante importante e benéfico para a cliente dar continuidade ao apoio psicológico, uma vez que podia ser uma mais-valia no sentido de ajudar a resolver algumas problemáticas e a diminuir a solidão e isolamento que sente. O acompanhamento psicológico é essencial nestes casos, podendo assim contribuir para a melhoria da qualidade de vida de J e para evitar que a depressão ligeira tome proporções mais agravantes na vida da cliente. Mais fontes que sustentem este argumento.

É importante referir que a aplicação das escalas foi realizada no domicílio da cliente, devido ao facto de o trabalho realizado no local de estágio ser no domicílio como foi anteriormente mencionado. No entanto considero que seria importante a avaliação psicológica ter sido realizada num *setting* apropriado, ou seja, num ambiente neutro de modo a ser mais congruente e seguro, tanto para a cliente como para mim enquanto estagiária. Porém foi benéfico para mim enquanto estagiária poder realizar a avaliação neste contexto, pois permitiu uma melhor compreensão das vivências de J e da sua pessoa ao estar inserida num contexto de proximidade, ou seja, na sua casa.

Refletindo, penso no quão importante estas avaliações psicológicas foram, pois permitiram uma aprendizagem significativa no sentido da realização da avaliação psicológica e também a compreender a verdadeira importância que uma avaliação psicológica antecipada pode ter nos primeiros sinais da sintomatologia, pois permite que a pessoa possa ter uma escolha ativa no rumo da sua saúde psicológica. Ao realizar-se uma avaliação psicológica antecipada é possível trabalhar numa perspetiva de prevenção de modo a não existir um agravamento da problemática e assim contribuir para uma saúde psicológica positiva. Por fim, para além de ter sido importante para mim como estagiária de psicologia estar em contacto real com a atividade, penso que certamente também foi importante para a senhora J, pois ficou com a noção do que se passava consigo e que a partir daquele momento tem a opção de melhorar, caso fosse essa a sua vontade.

PARTE 3 - CONCLUSÃO E REFLEXÃO PESSOAL

1. Conclusão e Reflexão Pessoal

Com a conclusão do estágio curricular é importante refletir sobre o mesmo. Este estágio foi uma experiência que propiciou uma vasta aprendizagem, tanto a nível profissional, na prática da psicologia, como a nível pessoal.

Foram de extrema importância as aprendizagens que foram adquiridas para o meu futuro profissional. Estar em contacto com pessoas num contexto de acompanhamento psicológico foi totalmente diferente do que era esperado. Senti verdadeiramente o peso da responsabilidade face ao facto de ter uma pessoa com problemáticas reais à minha frente e à espera de ajuda ou de possíveis soluções. Foram muitos os momentos nos quais senti receio de não conseguir corresponder ao que seria esperado de mim, tanto pela equipa do local de estágio como pelas minhas clientes.

O início do estágio foi uma adaptação, pois foi realizado num contexto diferente ao que é esperado na psicologia clínica, este foi realizado no domicílio das clientes, o que me obrigava a deslocar sucessivamente para locais diferentes ainda que fossem relativamente perto de transportes públicos. Foi uma nova realidade, no entanto, foi bastante positivo, pois consegui ser mais resiliente e determinada para poder atingir os meus objetivos. Penso que são aspetos que vão beneficiar o meu futuro profissional.

Nesta fase inicial acompanhei cada gestora de caso da equipa do local de estágio de modo a poder compreender melhor o trabalho que praticavam, conhecer alguns dos principais locais onde trabalhavam e, assim, experienciar o trabalho na sua totalidade antes de poder dar início aos meus acompanhamentos. Desde o início que me senti bastante integrada por parte da equipa da Associação e sempre fizeram os possíveis para me orientar, acompanhar e ajudar nesta fase da minha vida académica. Nunca me senti apenas uma estagiária. Pelo contrário, senti-me como se fosse um membro da equipa, pois sempre me incluíram nas decisões e momentos importantes da Associação.

Assim que comecei a dar início aos acompanhamentos não tive a componente de observação, ou seja, não foi possível observar a orientadora de estágio a realizar acompanhamentos psicológicos, pois a mesma tinha bastantes beneficiários aos quais tinha de realizar as visitas de proximidade e entre outros afazeres. Desta forma sinto que havia aspetos que me poderiam ter beneficiado, nomeadamente observar como é que a minha orientadora iria realizar o acompanhamento com esta população alvo, como iria falar com as pessoas, a postura que adotaria e entre outros aspetos, que considero que poderiam ter feito a diferença numa primeira etapa. Isto fez com que me sentisse um pouco insegura nas primeiras vezes, no entanto,

a minha orientadora de estágio foi essencial, pois mostrou-se sempre disponível para ajudar a esclarecer dúvidas e falar sobre os casos de acompanhamento. Todas as semanas tínhamos reuniões para poder falar sobre os mesmos, não só sobre as problemáticas, mas também sobre o que eu sentia face ao que era abordado pelas clientes. Durante esta fase as aulas de seminário de estágio também tiveram um papel crucial, pois permitiram a troca de ideias, experiências e perspectivas face a determinados casos com os quais tivéssemos mais dificuldades.

O acompanhamento psicológico no domicílio teve alguns aspetos positivos e negativos, sendo que os aspetos positivos que retirei desta experiência curricular foram os seguintes: a maior proximidade e ligação com as clientes, ou seja, estabelecimento de uma maior confiança pessoal; um maior conforto para as clientes, pois como tinham problemas de mobilidade a possibilidade do acompanhamento ser domiciliário permitiu que pudessem usufruir do mesmo e ainda que não seja a função do psicólogo, o facto de estar inserida numa pequena parte da realidade da pessoa (domicílio) permitiu-me ter acesso a uma parte da vida da pessoa, que num contexto ortodoxo não seria possível, pois estive diretamente inserida na vida pessoal da pessoa idosa, assistindo a vários acontecimentos que me permitiram melhor compreender a vida da mesma. Após entender que estes pontos eram positivos, foi possível para mim entender que vão de encontro com o que li na minha revisão de literatura. O acompanhamento psicológico no domicílio, pode promover um maior vínculo e uma relação mais profunda entre a pessoa idosa e o psicólogo, pois permite à pessoa idosa sentir-se na sua zona de conforto (Alexandre & Romagnoli, 2017).

Para além do trabalho da associação ser realizado no domicílio as condições em que a população alvo se encontrava não permitiam a deslocação até à sede da associação. Para que o apoio psicológico pudesse ser realizado, teve de haver uma deslocação da minha parte para tal. Como é mencionado na literatura, com a população idosa, por vezes é necessário que o apoio psicológico vá até à pessoa em questão, nomeadamente em casos em que a pessoa se encontre debilitada ou com algum tipo de incapacidade, pois acaba por ser mais prático e confortável para a pessoa idosa que necessita deste apoio e que muitas vezes não consegue aceder ao mesmo devido às suas limitações (Moreira & Crepaldi, 2016).

No geral, toda esta experiência permitiu-me aceder à realidade de cada um dos casos clínicos. Todos estes aspetos fizeram com que pudesse compreender melhor alguns pontos abordados ao longo das sessões pelas mesmas. No que diz respeito aos aspetos menos positivos gostaria de destacar os seguintes: uma maior dificuldade em adaptar-me ao facto de estar na casa de outra pessoa sem a conhecer, o facto de ter acesso a uma realidade dura que é deixada para trás quando as pessoas se direcionam a um local para ter acompanhamento psicológico,

sentir que de alguma forma estava muito mais ligada às clientes do que seria suposto, os inconvenientes que, por vezes, surgiam ao longo da sessão como telemóveis a tocar, visitas de pessoas amigas da pessoa idosa; o facto de muitas vezes ter de adiar as sessões devido a inconvenientes. Devido a estes aspetos menos positivos, por vezes não consegui estar congruente, pois tinham um grande impacto em mim, não só enquanto pessoa mas também enquanto profissional.

O estágio curricular foi uma experiência incrível, que me proporcionou aprendizagens e momentos igualmente incríveis. De tudo o que tive o privilégio de aprender enquanto profissional, sei que ainda há um longo caminho a percorrer e que a minha incongruência nestes momentos é a algo a ser trabalhado, tal como o facto de por vezes sentir que estava a direcionar as clientes para um tema sem intenção de o fazer.

Na minha perspetiva, na população idosa, os acompanhamentos ao domicílio acabam por ser uma solução acertada, pois permite-nos respeitar as limitações da pessoa e fazer o nosso trabalho, que é ajudar quem precisa de apoio psicológico e que, por vezes, não consegue ter. Tal como é mencionado na literatura, no caso de pessoas idosas em situações frágeis, o ideal é que o acompanhamento psicológico seja realizado no domicílio de forma a ser mais prático e confortável para a pessoa idosa que necessita deste apoio (Moreira & Crepaldi, 2016).

O facto de ter estado em contacto com pessoas tão vulneráveis, muitas delas sem saber o que fazer com a sua vida devido às problemáticas difíceis que enfrentam foi muito duro, pois houve momentos nos quais foi muito complicado gerir as minhas emoções, no entanto, sei que é algo que necessito de trabalhar enquanto profissional a longo prazo. O estágio curricular foi sem dúvida uma experiência muito gratificante, pois tive o privilégio e a sorte de trabalhar com uma população que ainda tem muito para ensinar a cada um de nós. Foi uma experiência profissional enriquecedora, na qual tive a oportunidade de crescer e ver a realidade de uma forma completamente diferente da minha, assim como o trabalho de um psicólogo.

Nos casos que tive a oportunidade de acompanhar, as problemáticas mais frequentes que pude identificar foram a Perturbação Depressiva e a Perturbação de Ansiedade. Tendo em conta a literatura do presente relatório, foi possível entender que esta vai ao encontro dos aspetos que mencionei anteriormente. A Perturbação Depressiva pode desenvolver-se em todas as faixas etárias, no entanto, a faixa etária das pessoas idosas é mais suscetível de sofrer de perturbação depressiva devido a todas as mudanças que esta fase da vida traz como a ausência de interação social, más relações interpessoais, abandono, problemas de saúde, luto, o ambiente em que vivem e entre outros aspetos (da Rocha, 2018). A Perturbação de Ansiedade é considerada uma patologia do foro mental bastante comum e está associada a um mau estar

geral da pessoa, podendo assim contribuir para o aumento do sofrimento e limitações da mesma (Delgado et al., 2021).

O facto de ter colocado em prática a Abordagem Centrada na Pessoa, permitiu-me entender que é uma abordagem essencial. Esta abordagem para além de ter permitido entender o outro também permitiu trabalhar alguns aspetos na minha pessoa, como escutar ativamente sem interromper, compreender o outro pelo que diz e não pelo que eu penso que pode ser. Sem dúvida que foi difícil no início do estágio seguir estes aspetos, no entanto, com o decorrer das sessões comecei a ter a capacidade de parar e estar presente para a cliente, e entendi que estava a ir por um bom caminho, pois algumas das clientes no fim das sessões diziam que tinha sido essencial para elas aqueles 50 minutos de sessão, pois a mesma fez com que se sentissem mais leves, felizes e em paz. Algumas mencionaram que esperavam ansiosamente a segunda-feira, dia em que realizava a sessão com as senhoras em questão.

Para finalizar este estágio curricular foi uma base para o meu futuro profissional, onde aprendi, errei e cresci de uma forma saudável. Houve alguns acontecimentos que exigiram de mim uma maturidade e capacidade de resposta mais elaborada do que eu achava que poderia ter. Permitiu-me sentir as pessoas à minha volta e aprender um bocadinho mais com cada uma delas, pois foram casos com os quais aprendi muito e aprendi essencialmente que o trabalho de um psicólogo é isto, ajudar quem mais precisa, seja em que contexto for, desde que sejamos conscientes dos nossos limites e capacidades.

Referências Bibliográficas

- Aires-Conçalves, S., & Coelho, R. (2005). Perturbação de ansiedade generalizada em cuidados de saúde primários: abordagem e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 65-75. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28770205>
- Alexandre, M. D. L., & Romagnoli, R. C. (2017). Atendimento Psicológico Domiciliar: relato de uma experiência. *Psi Unisc*, 1(1), 46-59. <https://core.ac.uk/download/pdf/228511562.pdf>
- Almeida, F. I. S. D., Fernandes, G. C. S., Oliveira, S. A. S. D., & Silva, T. T. D. (2022). A solidão na terceira idade: impactos psicossociais na saúde mental do idoso. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/32391>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.) Lisboa.
- Apóstolo, J. L. A. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria (Geriatric Instruments). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://web.esenfc.pt/v02/include/download.Php>
- Aron, M. L., & dos Santos, N. C. D. (2015). Atuação do Psicólogo na Visita Domiciliar. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 5(1), 155-167. <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.v5p155-167>
- Azevedo, L., Riscado, P., & Maia, C. (2022). A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa da literatura. *HIGEIA: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias*, 7(Ano IV), 17-27. <http://hdl.handle.net/10400.11/8072>
- Barreto, J. (2017). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15. <http://aleph.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2393>
- Batistoni, S. S. T. (2009). Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com idosos. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 3(2). <http://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/23643>
- Brito, S. (2008). Psicologia clínica: procura de uma identidade. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 63-68. <http://hdl.handle.net/10400.10/64>
- Borja-Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa-relação terapêutica e processo de mudança. *Psilogos*, 1(2), 18-23. <https://doi.org/10.25752/psi.6071>
- Calado, E. C. M., Caetano, N. M. R. P., Coelho, S. M. F., & Ferrito, C. (2021). Intervenções para mitigar a solidão na pessoa idosa: revisão narrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(Especial), 58-59. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10259>

- Cardoso, R. B., Caldas, C. P., Brandão, M. A. G., Souza, P. A. D., & Santana, R. F. (2021). Modelo de promoção de envelhecimento saudável referenciado na teoria de Nola Pender. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0373>
- Carvalho, N., & Duque, E. J. G. C. (2021). A importância da realização de atividades como pilar do envelhecimento ativo. <https://hdl.handle.net/1822/73724>
- Chnaider, J., & de Cássia Nakano, T. (2021). Avaliação psicológica e envelhecimento humano: revisão de pesquisas. *Interação em Psicologia*, 25(3). <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v25i3.72089>
- Chastin, S. F., Buck, C., Freiburger, E., Murphy, M., Brug, J., Cardon, G., ... & Dedipac Consortium. (2015). Systematic literature review of determinants of sedentary behaviour in older adults: a DEDIPAC study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0292-3>
- Cochar-Soares, N., Delinocente, M. L. B., & Dati, L. M. M. (2021). Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. *Revista Neurociências*, 29. <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12447>
- Cury, B. D. M., Lopes, L. B., & Linhares, D. P. (2012). Abordagem centrada na pessoa: diretividade na perspectiva do cliente. *Psique*, 8, 9-35. <http://hdl.handle.net/11144/2721>
- da Rocha, J. A. (2018). O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. *Revista farol*, 6(6), 78-89. <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/113>
- da Silva, A. C. O., Bezerra, G. D., de Sousa Silva, M., dos Santos, M. E. N., Araruna, V. H. C., da Silva Pereira, N., ... & dos Santos, R. L. (2021). Fatores de risco associados à depressão geriátrica: Revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(34). <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1032>
- de Almeida, C. B., & Grubits, H. (2023). Envelhecimento: visão biopsicossocial. *Revista Longeviver*. <https://www.revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/download/1015/1067>.
- Delgado, E. C., De la Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Diniz, A. M., Almeida, L. S., & Pais, L. G. (2007). Contextos profissionais e práticas da avaliação psicológica: inquérito aos psicólogos portugueses. *Psico-USF*, 12, 01-12. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000100002>
- dos Santos, F. M. (2023). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento em Portugal. *PORDATA – Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*.
Obtido de

<https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>

dos Santos, F. M. (2023). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento do sexo feminino em Portugal. PORDATA – *Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Obtido de <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+do+sexo+feminino-3372>

dos Santos, F. M. (2023). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento do sexo masculino em Portugal. PORDATA – *Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Obtido de <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+do+sexo+masculino-3373>

Faísca, L., Afonso, R. M., Pereira, H., & Patto, M. A. V. (2019). Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise psicológica*, 37(2), 209-222. <http://hdl.handle.net/10400.12/7115>

Ferraz, N. R., Oliveira, L. A., de Souza, M. C. V. M., Santana, E. C. A., Santos, C. A., Almeida, E. S., ... & Gomes, K. A. (2023). Depressão na terceira idade: fatores desencadeantes e formas de intervenção. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(2), 8168-8181. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n2-297>

Fioreze, C., Henrich, G., & Toazza, D. L. (2023). Vivências de isolamento e solidão de pessoas idosas: interfaces entre idadismo e familismo. *Oikos: Família e Sociedade em Debate*, 34(2). <https://doi.org/10.31423/oikos.v34i2.15069>

Ferreira, H. G., & Casemiro, N. V. (2021). Solidão em idosos e fatores associados. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9(1), 90-98. <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i1.5199>

Fonseca, A., & Medeiros, S. (2019). Instrumentos de avaliação da funcionalidade em idosos validados para a população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(3), 711-725. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200313>

Hipólito, J., & Nunes, O. (2011). Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano. Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano. <http://hdl.handle.net/11144/4108>

Inagaki, R. K., Yamaguchi, M. H., Kassada, D., Matsuda, L. M., & Marcon, S. S. (2008). A vivência de uma idosa cuidadora de um idoso doente crônico. *Ciência, cuidado e saúde*, 7. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v7i0.20802>

- Lessa, C. R. M. (2021). O envelhecimento na contemporaneidade: o papel do profissional de psicologia em uma sociedade que envelhece. *Revista Longeviver*. <https://www.revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/download/924/985>.
- Lins, M. R. C., & Borsa, J. C. (2017). *Avaliação psicológica: aspectos teóricos e práticos*. Editora Vozes Limitada.
- Lobato de Faria, C., Brites, R., Paulino, M., & Jardim da Silva, F. (2020). *Intervenção em Psicologia Clínica*. Lisboa: PACTOR
- Lopes, A. B., de Souza, L. L., Camacho, L. F., Nogueira, S. F., Vasconcelos, A. C. M. C., de Paula, L. T., ... & Fernandes, R. W. B. (2021). Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 35, e8773-e8773. <https://doi.org/10.25248/REAC.e8773.2021>
- Lopes, M., & Matos, A. D. (2018). Investigando a incidência de solidão em um grupo de idosos portugueses. *Psicologia Revista*, 27(1), 13-34. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2018v27i1p13-34>
- Lopes, R. F., Lopes, M. T. F., & Camara, V. D. (2009). Entendendo a solidão do idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(3). <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.362>
- Magalhães, C. P., Fernandes, A., & Antão, C. (2012). Envelhecimento ativo. X Jornadas de Saúde Mental no Idoso: Implicações da Saúde Mental no Envelhecimento Ativo. <http://hdl.handle.net/10198/6797>
- Marrero, R. R., & del Rivero, E. D. P. F. (2019). Trastornos de ansiedad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4911-4917. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.001>
- Martins, N. F. F., Abreu, D. P. G., da Silveira, R. S., de Lima, J. P., de Oliveira Bandeira, E., & Santos, C. D. S. C. S. (2021). O processo saúde-doença e a velhice: reflexões acerca do normal e do patológico. *Research, Society and Development*, 10(1), e44610111977-e44610111977. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11977>
- Mendes, J. (2020). Envelhecimento (s), qualidade de vida e bem-estar. *A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação*, 3, 132-144. https://www.researchgate.net/profile/Jose-Mendes-11/publication/342365705_Envelhecimentos_qualidade_de_vida_e_bem-estar/links/5ef12f56a6fdcc73be96b4c5/Envelhecimentos-qualidade-de-vida-e-bem-estar.pdf

- Mora, Á. R. (2023). *Manual de psicogerontología*. Aula Magna. <https://books.google.com.br/books?id=LXjCEAAQBAJ&lpg=PT13&ots=SC1XJyOc1u&dq=Psicogerontologia&lr&hl=pt-PT&pg=PT14#v=onepage&q&f=false>
- Morais, O. N. P. D. (2009). Grupos de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicologia: ciência e profissão*, 29, 846-855. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400014>
- Moreira, J. A., & Crepaldi, M. A. (2016). Atendimento psicológico domiciliar no contexto do envelhecimento: um olhar sob a perspectiva sistêmica. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 24(2), 39-48. <https://core.ac.uk/download/pdf/229060622.pdf>
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <http://hdl.handle.net/10400.11/7409>
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27, 537-544. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>
- Nunes, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(4), 49-71. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p49-71>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2013). MEDIDA NA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(1), 245-263. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36226540013>
- Paradela, E. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)*, 10(2). <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/8850/6729>
- Pereira, F. A. (2012). Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos. <http://hdl.handle.net/10198/8887>
- Pereira, T. (2019). A função cognitiva no Envelhecimento. *Abordagem geriátrica ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável: componentes do modelo de intervenção AGA@ 4life*, (1), 179-194. <http://hdl.handle.net/10400.26/32920>
- Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão: Um construto complexo. *Interações: sociedade e as Novas Modernidades*, (32). <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/399/415>
- Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. P. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise psicológica*, 14, 589-599. <http://hdl.handle.net/10400.12/3834>
- Ribeiro, P. C. C. (2015). A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(SPE), 269-283. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-82202015000200009&script=sci_arttext

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rovella, A., & Rodríguez, M. G. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en humanidades*, 9(17), 179-194. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18417109>
- Silva, A (2022). Psicologia Social do Envelhecimento. In B. Catapan (Org). Ciências da Saúde e seus estudos atuais. Curitiba, editora Reflexão Acadêmica. p.134-147. <doi.org/10.51497/reflex.0000379>
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(34), 9-33. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645438001>
- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães, A. I., Cabrita, J. M., Cavadas, L. F., & Alves, N. F. (2010). Depressão em idosos: prevalência e factores associados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(4), 384-91. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i4.10764>
- Telles, T. C. B., Boris, G. D. J. B., & Moreira, V. (2014). O conceito de tendência atualizante na prática clínica contemporânea de psicoterapeutas humanistas. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 20(1), 13-20. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357733920003>
- Tereso, S., & Moreira, M. (2021). Envelhecer sozinho—um estudo de caso no interior de Portugal. *Egitania Scientia*, 25-41. <https://doi.org/10.46691/es.vi.96>
- Wechsler, D. (2008). Escala de Memória de Wechsler – Manual de Administração e Cotação – CEGOC-TEA.
- Wechsler, D. (2008). Escala de Memória de Wechsler – Manual Técnico – CEGOC-TEA.
- World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework (No. WHO/NMH/NPH/02.8). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67215/WHO?sequence=1>