



UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

ESTÁGIO REALIZADO NUM CENTRO PSICOGERIÁTRICO

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

Fiona Sofia da Costa Freixeiro de Almeida – N° 20130640

ORIENTADOR: Professora Doutora Paula Pires
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Junho de 2016

“Começa por fazer o que é necessário,
depois o que é possível,
em breve estarás a fazer o impossível”
(São Francisco de Assis)

Dedicatória

Dedico este relatório à minha querida irmã e aos nossos pais, por toda a sua ternura, disponibilidade, entrega, confiança e porque foram eles que durante toda a minha vida me têm ensinado a ser uma mulher perseverante principalmente nos momentos menos fáceis que me fizeram crescer a nível pessoal.

Ao meu querido sobrinho por cada abraço carinhoso que me deu diariamente.

Ao António por cada palavra diária recheada de motivação e amizade, fazendo-me acreditar que podemos tornar o mundo num local cada vez melhor se cada um de nós agir com amor e entrega sincera e simples.

Ao Vítor por me fazer sentir a sua amizade sincera mesmo à distância.

Ao querido casal Patrícia e Pietro e ao Padre Mário por me terem demonstrado a importância de alimentar diariamente a dimensão da espiritualidade, mostrando-me que, tal como o corpo precisa de alimento para não adoecer o nosso espírito também necessita; ensinamentos sábios estes que ajudaram-me em muitos momentos de desgaste, e tornaram-me lentamente numa pessoa menos ansiosa e com mais fé, entrega e confiança em Deus, tendo-se refletido no meu percurso de estágio, na relação tão importante que consegui construir com cada utente que acompanhei, bem como com todos os técnicos com quem convivi.

Ao Afonso de Herédia com quem aprendi o significado de Resiliência e que sempre se mostrou disponível em todo o nosso percurso académico, ensinando-me a ser uma aluna melhor; não podendo esquecer também a Leonarda Beja, a Patrícia Gouveia, a Ana Leal, o João Figueiredo e a Isabel Balbino, por me terem ajudado sempre de uma forma desinteressada quando lhes pedi ajuda ou sempre que se aperceberam de que precisava de apoio; todos eles demonstraram ser bons colegas, tendo-se tornado bons amigos, pessoas essas que quero manter no meu coração diariamente.

À Professora Doutora Odete e ao Professor Doutor Tito por terem tido um impacto muito positivo em mim neste percurso académico, pela sua entrega nas aulas, pelas experiências partilhadas aos alunos e pelo humanismo demonstrado em atitudes observadas por mim durante todo o percurso que jamais esqueerei.

Agradecimentos

Foram tempos de grande desenvolvimento pessoal, apesar de todo o desgaste físico e psíquico, no entanto, cheguei ao final de mais uma grande etapa com um sentimento de dever cumprido e de muita gratidão a todas as pessoas que me ajudaram neste percurso.

Ao meu querido sobrinho Diogo por ter-me auxiliado na pesquisa para o enquadramento teórico

Ao António por todo o suporte que me deu durante todo o período de estágio

Ao Vítor por explicar-me todas as questões que foram surgindo em termos informáticos sempre que acontecia algo com o relatório de repente que eu não sabia resolver.

Às minhas queridas orientadoras, à Professora Doutora Paula Pires por toda a sua atenção, simplicidade, simpatia e disponibilidade em todos os momentos, e à Professora Doutora. Paula Agostinho por toda a sua disponibilidade, simpatia, preocupação e por me ter feito sentir “em casa” desde o primeiro dia em que nos conhecemos, dando-me a possibilidade de aprender com o maravilhoso trabalho que desempenha no Centro Psicogeriátrico, que me tornou uma mulher mais confiante, humilde e organizada; sendo importante realçar que recebi de ambas as partes material de grande riqueza para o desenvolvimento do relatório, bem como bons conselhos e liberdade para desempenhar um bom trabalho no local de estágio com supervisão, tendo-me tornado numa pessoa sem dúvida diferente de um modo positivo, querendo, sem dúvida, fazer a diferença na vida de cada pessoa que precisar e que pedir ajuda, respeitando sempre a sua individualidade e o seu ritmo, pondo-me no lugar do outro, como futura terapeuta, mas sem deixar de ser quem sou.

A todos os docentes da UAL e membros do local de estágio, por todo o apoio prestado e conhecimentos adquiridos.

Resumo

Este relatório pretende apresentar o percurso do estágio em psicologia clínica num Centro Psicogeriátrico entre os meses de Outubro de 2014 e Junho de 2015, durante o qual se verificou todo o trabalho de psicologia prestado às idosas do local e se teve a possibilidade de adquirir diversos conhecimentos através de todo o material disponibilizado, bem como através da experiência da psicóloga clínica e do contacto com os restantes técnicos da instituição.

Fez-se acompanhamento psicológico semanal a duas utentes, reabilitação cognitiva semanal com recurso ao programa *Cogweb* a cinco utentes, dinamizou-se um grupo psicoeducativo mensal para os membros das famílias das utentes que quisessem participar, apresentando diversos temas escolhidos pelos membros; bem como um grupo de estimulação cognitiva e psicomotora composto por sete utentes e as estagiárias de psicomotricidade e de psicologia, com o objetivo de estimular diversas funções cognitivas e psicomotoras e mediou-se quinzenalmente um grupo de auto-representação composto por cinco utentes que representam todas as utentes da Instituição psicogeriátrica, sendo pertinente referir que tudo teve a supervisão da orientadora de estágio.

Tudo acima referido apresentou resultados positivos, tendo, deste modo, sido benéfico para as utentes e também de grande crescimento pessoal para a estagiária de psicologia, tendo-se revelado a importância da construção e do fortalecimento da relação psicólogo-utente.

Palavras-chave: envelhecimento, institucionalização, demências, reabilitação cognitiva, acompanhamento psicológico, avaliação psicológica.

Abstract

This report aims to present the course of the internship in clinical psychology in a psychogeriatric center between the months of October 2014 and June 2015, during which it was found the whole psychological work provided to elderly women and it was provided the possibility to acquire diverse knowledge throughout the provided material as well as by the experience of the clinical psychologist and with the contact with the other people of the center.

Two of these users were followed with weekly sessions, five users did cognitive rehabilitation using the *Cogweb* program; it was streamlined monthly a psychoeducational group for members of the families of the users who wanted to participate, presenting various topics chosen by them; and a group of cognitive and psychomotor stimulation composed by seven users and the interns of psychomotor and psychology, in order to stimulate different cognitive and psychomotor functions and every two weeks the psychology intern brokered a group of self-representation that consists of five users representing all the users of the psycho-geriatric institution, and it is important to note that all had the supervision of the internship advisor.

Everything mentioned above showed positive results, having proved that it was beneficial to the users and also of great personal growth for the psychology intern, and thus it was demonstrated the importance of building and strengthening the psychologist-client relationship.

Keywords: aging, institutionalization, dementia, cognitive rehabilitation, psychological counseling, psychological evaluation.

ÍNDICE

Dedicatória	I
Agradecimentos.....	II
Resumo.....	III
Abstract	IV
Índice	V
INTRODUÇÃO.....	1
I PARTE – Caracterização da Instituição.....	4
1.1. Contextualização do Local de Estágio e da População Residente.....	5
1.1.1. Equipe Multidisciplinar.....	7
1.1.2. Serviço de Psicologia.....	7
II PARTE – Enquadramento Teórico.....	9
2.1. O Envelhecimento.....	10
2.2. Dimensão Bio-Psico-Social e Noética na Velhice.....	14
2.3. A Institucionalização do Idoso.....	17
2.4. Alguns Aspetos Psicopatológicos no Idoso.....	18
2.4.1. A Depressão no Idoso.....	19
2.4.2. Principais Demências	22
2.5. Formas de intervenção dentro da Psicologia Clínica.....	30
2.5.1. Psicologia Clínica.....	30
2.5.2. Avaliação Neuropsicológica e Psicológica.....	33
2.5.3. Reabilitação Cognitiva.....	39
III PARTE – Estágio.....	42
3.1. Objetivos Gerais e Específicos.....	43

3.2. Horário e Funções.....	45
IV PARTE – APRESENTAÇÃO DE CASOS PRÁTICOS.....	57
4.Acompanhamento Psicológico	
4.1. Caso Clínico da Z.R.....	58
4.1.1. História Clínica.....	58
4.1.2. Acompanhamento Psicológico.....	66
4.1.3. Reflexão Clínica.....	76
4.1.4. Reflexão Pessoal	78
4.2. Apresentação do caso I.V.....	79
4.2.1. História Clínica.....	80
4.2.2. Acompanhamento Psicológico.....	91
4.2.3. Reflexão Clínica.....	100
4.2.4. Reflexão Pessoal	103
5. Estimulação Cognitiva – Casos <i>Cogweb</i>	104
5.1. Reflexão Pessoal.....	122
V PARTE – Reflexão final.....	124
Referências Bibliográficas.....	127

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Dados estatísticos dos indicadores de envelhecimento e da taxa bruta de natalidade em Portugal	11
Quadro 2: Estimativas anuais da população residente e Eurostat	12
Quadro 3: Cronograma das atividades do estágio	44
Quadro 4: Carga horária semanal e respetivas funções	45
Quadro 5: Informações das utentes do Grupo de Estimulação Cognitiva e Psicomotora	48
Quadro 6: Resultados do MMSE iniciais e finais do Grupo de Estimulação Cognitiva e Psicomotora	55
Quadro 7: Distribuição das sessões de <i>Cogweb</i> de E.B.	106
Quadro 8: Distribuição das sessões de <i>Cogweb</i> de F.B.	112
Quadro 9: Resultados de F.B.	113
Quadro 10: Distribuição das sessões de <i>Cogweb</i>	120
Quadro 11: Resultados da avaliação inicial e final de G.C.	121
Quadro 12: Resultados da avaliação inicial e final de O.A.	121
Quadro 13: Resultados da avaliação inicial e final de L.A.	121

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Genograma de Z.R.....	59
Figura 2: Genograma de I.V.....	80

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Caso de Acompanhamento Psicológico – Provas aplicadas ao caso Z.R.

Anexo B – Caso de Acompanhamento Psicológico – Provas aplicadas ao caso I.V.

Anexo C – Estimulação Cognitiva – Provas aplicadas

Anexo D – Avaliação

Anexo E – Declaração sobre conformidade original

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um tema cada vez mais pertinente porque a natalidade está a diminuir o que contribui para um maior número de reformados e idosos institucionalizados sendo portanto cada vez mais importante promover um envelhecimento ativo e um bem-estar dos idosos (Oliveira, 2008).

Este relatório pretende descrever todo o percurso de estágio desde Outubro de 2014 a Junho de 2015, no qual o local de estágio acolhe e assiste atualmente 87 utentes do género feminino através de um cuidado especializado a pessoas idosas com perturbações psíquicas, na sua maioria quadros demenciais e alguns casos de depressão, em regime de ambulatório e internamento, descrito mais adiante, que promove uma maior sociabilização e uma melhor qualidade de vida e bem-estar das utentes do local.

O enquadramento teórico foi pensado de acordo com a experiência que a estagiária foi tendo ao longo do seu estágio, abordando inicialmente a questão do envelhecimento, bem como a dimensão bio-psico-social e noética do idoso, o processo de institucionalização, a depressão no ancião e algumas demências e por ultimo a psicologia clinica, a reabilitação cognitiva e a avaliação neuropsicológica e psicológica, não esquecendo de abordar a Abordagem da Terapia Centrada na Pessoa visto ser aquela em que a estagiária se baseou por lhe fazer sentido durante o seu percurso académico, pretendendo fazer uma formação mais aprofundada nessa área.

Com o aumento da população envelhecida é cada vez mais importante a promoção de atividades de estimulação cognitiva e a integração e participação na sociedade porque fazem com que o sujeito se sinta mais autónomo e com mais controlo sobre a sua própria vida, desencadeando assim um maior bem-estar psicológico que irá providenciar um

envelhecimento mais saudável (Paúl & Ribeiro, 2011) porque ser autónomo não é estar imune a doenças mas sim estar integrado na sociedade, tendo vários papéis sociais e uma voz ativa na sociedade (Uchôa, Filho, Firmo & Fonseca, 2009).

No que se refere ao plano psíquico, as pessoas idosas têm propensão para a depressão, mas, a nossa sociedade espera que a pessoa idosa fique mais introspetiva, o que dificulta muitas vezes o diagnóstico. No entanto, o sentimento de improdutividade por parte do sujeito idoso devido à finitude da vida e às mudanças decorrentes da velhice, fazem com que seja essencial que o individuo mantenha um contato com a família e realize atividades sociais e de lazer na medida que o torna independente, ativo e útil, porque estes são fatores importantes para uma boa saúde psíquica (Alvarenga, 2009).

Com a diminuição da natalidade, e devido a muitas vezes as famílias estarem impossibilitadas de prestarem cuidados adequados aos seus familiares idosos, o processo de institucionalização é a única opção, no entanto, é necessário salientar que é um processo que normalmente pode desencadear sintomas de depressão, devido à grande mudança e ao isolamento social, que irá contribuir para uma perda de identidade, uma baixa na autoestima e muitas vez devido ao fato do sujeito não aceitar a sua nova condição, sendo que são fatores que irão influenciar de um modo negativo o processo de envelhecimento do sujeito (Scheicher & Freitas, 2010).

Neste sentido é essencial que as instituições deem respostas às necessidades do idoso, como por exemplo ao nível das incapacidades cognitivas e físicas/motoras do ancião promovendo assim um envelhecimento ativo (Waldorf, Siersma & Waldemar, 2009).

Para além da depressão que irá ser aprofundada mais adiante, há que referir que estudos indicam que a prevalência da demência na Europa para a população idosa é de 6,4% (Nunes et al, 2012, citado por Afonso, Figueira & Sampaio, 2015), e, neste sentido, serão aprofundadas mais adiante as principais demências.

A Psicologia clínica centraliza o seu foco na pesquisa, avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento de perturbações comportamentais e emocionais de um sujeito (VandenBos, 2010), no qual o psicólogo utiliza diversas estratégias de forma a solucionar o problema (Cunha *et al.*, 2000).

O papel da estagiária de psicologia clínica passou pela mediação quinzenal de um grupo de auto-representação, pelo acompanhamento psicológico de duas utentes, pela estimulação cognitiva de cinco utentes com recurso ao programa *Cogweb*, e pela dinamização de um grupo de estimulação cognitiva e psicomotora e de um grupo psicoeducativo para as famílias das utentes.

Existem diversas intervenções clínicas, no entanto foi seguido no estágio o modelo da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers, que assenta em três pilares: a tendência atualizante, as seis condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica e uma orientação não-diretiva (Hipólito, 2011) no qual a relação terapeuta-utente se demonstrou pertinente e essencial porque se baseia no respeito, na confiança, na aceitação, na tolerância e numa autenticidade (Capelo, 2000).

Referente à avaliação neuropsicológica e psicológica, os testes neuropsicológicos são instrumentos clínicos que avaliam o défice cognitivo, a linguagem, a memória, a atenção, o funcionamento visuoespacial e visuoconstrutivo e aprendizagem enquanto que os testes psicológicos são instrumentos que medem, por exemplo, a compreensão, o pensamento abstrato, o raciocínio, a inteligência e as aptidões específicas, a personalidade (VandenBos, 2010).

Quanto à reabilitação cognitiva, a instituição apostou num novo programa denominado de *Cogweb*, validado cientificamente, que mostrou ser vantajoso e benéfico para as utentes acompanhadas no estágio, no que se refere à preservação ou melhoramento das suas funções cognitivas (Santos, 2015).

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Contextualização do Local de Estágio e da População Residente

História

O Centro Psicogeriátrico é uma instituição das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, situada no distrito de Lisboa, que tem como finalidade o acolhimento, assistência e cuidado especializado a pessoas idosas, do género feminino, com perturbações psíquicas em regime de ambulatório e internamento, através de uma visão humanista que diminua os efeitos negativos das perturbações mentais. Tal é realizado através do uso de técnicas que promovam o desenvolvimento das capacidades das utentes, tais como a criação de novos projetos, bem como intervenções físicas e psíquicas que avaliem e reabilitem as utentes, através de um serviço multidisciplinar composto por profissionais de enfermagem, de psicologia, de terapia ocupacional, de medicina, de fisioterapia, de assistência social, de *reiki* e de serviço pastoral e voluntariado, privilegiando-se também atividades socioculturais, de lazer, tais como, o coro, visitas, jogos, sessões de movimento e atividades criativas, promovendo o contato com o exterior, bem como o contato com a família, amigos e comunidade envolvente, promotoras de uma maior sociabilização e de uma melhor qualidade de vida e bem-estar das utentes (Jesus, 2006).

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, foi fundada em 1881 em Madrid, por Bento Menni, padre da Ordem Hospitaleira São João de Deus, e por Maria Josefa, uma vocacionada em cuidar de mulheres carenciadas e com doença mental ou com deficiência física, como resposta humana, técnica e espiritual aos doentes mentais, excluídos e abandonados da época, tendo como missão cuidar dos doentes mentais a nível físico, psíquico, social, ético e espiritual, e reinseri-los na sociedade. Neste sentido, esta congregação tem como valores o respeito pelo outro, a defesa dos seus direitos, o amor e dedicação ao próximo que se encontra doente, bem como a Hospitalidade através de atitudes de bondade, carinho, amor, solidariedade, misericórdia e gratuidade para com o doente

mental, deficiente físico e/ou outras patologias, que tornam o sujeito mais limitado (Jesus, 2006).

Esta Congregação encontra-se em 27 países do Continente Asiático, Americano, Africano e Europeu, e no que se refere à Instituição, inicialmente, em 1948, foi fundada como Hospital Ortopédico Infantil que acolhia crianças com doenças ósseas e outras patologias, no entanto, encerrou devido a problemas económicos, tendo sido reestruturado mais tarde, em 1985 como Centro Psicogeriátrico, focalizando-se na prestação de cuidados psicogeriátricos a mulheres (Jesus, 2006).

Infra estruturas

No que respeita às infraestruturas, o Centro comporta 4 andares, sendo que o R/C é formado pela receção, por uma secretaria, duas salas de reuniões, dois elevadores, um gabinete de psicologia, uma lavandaria, uma capela, um wc dos funcionários, uma farmácia, uma cozinha, um jardim, uma sala de costura, uma sala-de-estar, o vestiário dos funcionários, e um átrio interior. O 1º Andar é constituído por uma sala de refeições, um gabinete de ação social, um gabinete médico, duas salas de estar, 3 wc para as utentes, um bar, uma esplanada, quartos e enfermarias, uma unidade de curto internamento, um gabinete de enfermagem, dois elevadores e uma copa. O 2º Andar é composto por 2 elevadores, quartos e enfermarias, duas salas de estar, um gabinete de serviço Pastoral da Saúde, um gabinete de enfermagem, 2 wc e uma copa. O último andar é constituído por uma sala de terapia ocupacional, um ginásio de fisioterapia, 2 wc, uma sala de *reiki* e um elevador. É importante realçar que existem diversas plantas por todo o edifício, tornando-o assim mais agradável (Jesus, 2006).

População Residente

A Instituição é considerada uma IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social), e neste momento comporta 87 utentes idosas, de idades compreendidas entre os 65 e os 102, com uma média de idades de 85 anos, com diversas perturbações do foro psíquico,

sendo que predominam os quadros demenciais, seguidos de algum tipo de neuroses, psicoses, deficiência mental e perturbações de personalidade.

No que se refere ao estado civil, algumas são casadas, mas a maior parte das utentes encontra-se viúva; no entanto, grande parte das utentes recebe visitas da família e amigos; no entanto, existem utentes que não recebem visitas, mas que recebem todo o apoio e amor da comunidade hospitaleira no sentido de colmatar esse vazio.

O nível de escolaridade é diversificado, sendo que algumas utentes são detentoras de uma escolaridade superior ou de uma escolaridade primária, e por outro lado existem utentes que não possuem nenhuma escolaridade mas que detêm uma grande experiência de vida.

Equipa Multidisciplinar

Para além das irmãs hospitaleiras, o Centro é formado por uma vasta equipa que integra diversos serviços para as utentes e funcionários, tais como, serviços administrativos (secretaria, tesouraria, gabinete da direção), serviços de assistência (médico de clínica geral, psiquiatra, fisiatra, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, assistência social, voluntariado, fisioterapia, *reiki*), espaços de lazer (salas de convívio, bar, sala de terapia ocupacional, sala de reuniões, biblioteca), serviços religiosos (Pastoral da Saúde, sacerdotes e seminaristas, oração, missa, capelania), serviços gerais (cozinha, lavandaria, cabeleireiro, manicure, pédicure, jardineiro), serviço de internamento (diversas camas divididas por diversos quartos individuais, semi-individuais e enfermarias) (Jesus, 2006).

Serviço de Psicologia

Na medida que o estágio é de psicologia, considera-se pertinente aprofundar o seu serviço dentro da Instituição.

O Centro comporta uma psicóloga, a Dra. Paula Agostinho, responsável por diversas

atividades, cujo papel recai sobre a realização de avaliações psicológicas e de diagnóstico de forma a reencaminhar as utentes para as atividades que mais necessitem; realização de estimulação cognitiva através do programa informático *Rehacom* de forma a fazer-se sessões de reabilitação cognitiva nas utentes, sendo que atualmente este programa foi recentemente substituído pelo programa *Cogweb*; realização de acompanhamento psicológico individual, de forma a promover uma maior introspeção e consciencialização interna, e assim desencadear uma resolução de conflitos internos através da relação psicólogo-utente; realização de grupos psicopedagógicos através da realização de diversas atividades em grupo que promovam a estimulação cognitiva ao nível da memória, da atenção, da orientação espaço-temporal, entre outras, promovendo o desenvolvimento das capacidades relacionais; realização de grupos psicoeducativos para as famílias através de apresentações de temas relacionados com o envelhecimento nas diversas valências, de forma a fornecer-lhes a informação solicitada e assim contribuírem para uma melhor qualidade de vida da utente que têm internada no Centro; coordenação do Departamento com planificação e gestão de cursos de formação para os funcionários e voluntários; dinamização do grupo de autorrepresentação, no qual um grupo de utentes dá sugestões; orientação de estágios de psicologia; dinamização do departamento de investigação e participação ativa nas reuniões de equipa técnica.

II PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Envelhecimento

O envelhecimento é um tema muito pertinente dado que a natalidade está cada vez mais a diminuir devido ao uso de métodos anticoncecionais e ao progresso da medicina que fez com que houvesse uma diminuição significativa da doença, e que a nível social se verificasse um maior número de reformados e idosos em instituições e por consequência, a nível económico um maior número de lares, a nível da saúde um aumento de perturbações mentais bem como um menor número de camas hospitalares vagas, no entanto, a nível cultural, atualmente os idosos dispõem de mais tempo para o lazer e para, por exemplo, aprenderem coisas novas na Universidade Sénior (Oliveira,2008).

O conceito de envelhecimento tem-se modificado ao longo dos anos, de acordo com a cultura e a evolução dos tempos, devido ao desenvolvimento, nos indivíduos, de novos conhecimentos, crenças e relações sociais (Sequeira, 2010).

Neste sentido é relevante ter-se uma visão geral da percentagem do índice de envelhecimento de acordo com a informação mais atual do Instituto Nacional de Estatística, tanto ao nível de Portugal como também a nível Europeu, dado que, segundo Cabral e Ferreira (2013), de acordo com o cenário de envelhecimento demográfico cada vez mais acentuado a esperança média de vida também tem vindo a aumentar, dado que, presentemente, as sociedades mais desenvolvidas têm melhores condições de vida, por exemplo, a nível da saúde, socioeconómico, alimentar, comparativamente ao passado, o que contribui para um maior índice de longevidade da população, sendo cada vez mais valorizado a existência de mais formações e investigações nas áreas de geriatria e psico-gerontologia (Cabral & Ferreira,2013).

Quadro 1: Dados estatísticos dos indicadores de envelhecimento e da taxa bruta de natalidade em Portugal (Retrieved from Pordata, 2016)

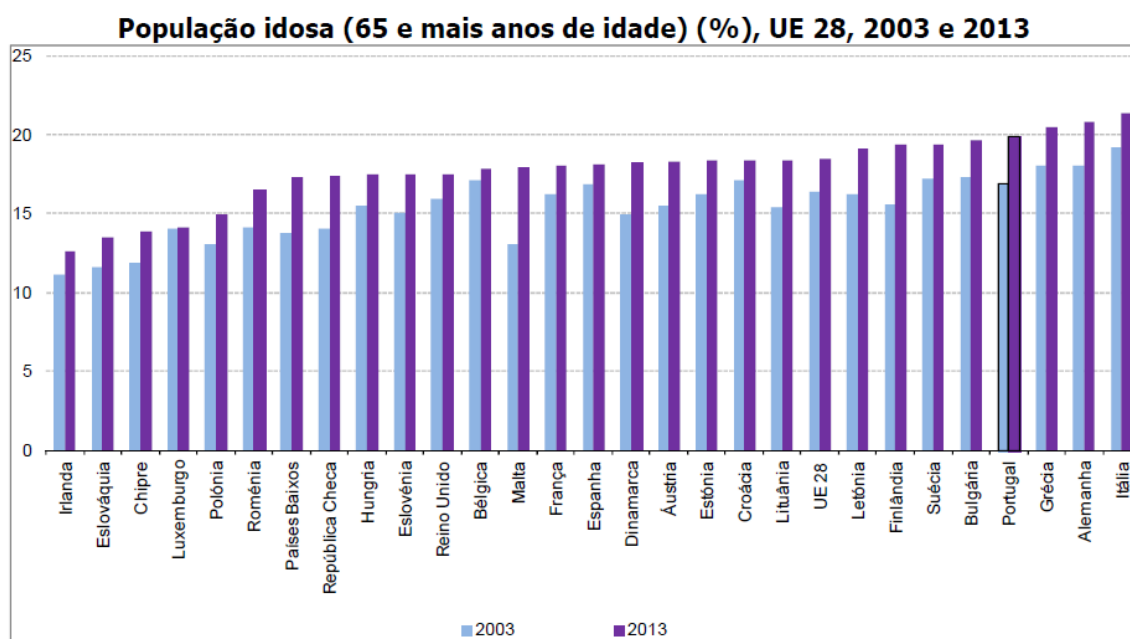
Anos	Indicadores de envelhecimento		Taxa bruta de natalidade
	Rácio - %	Proporção - %	Taxa - ‰
	Índice de envelhecimento	Índice de longevidade	Taxa bruta de natalidade
1990	65,7	39,4	11,7
1995	84,0	39,0	10,7
2000	98,8	41,4	11,7
2005	108,5	43,8	10,4
2010	121,6	47,6	9,6
2011	125,8	48,3	9,2
2012	129,4	48,7	8,5
2013	133,5	48,9	7,9
2014	138,6	49,0	7,9
2015	143,9	49,0	8,3

Indicadores de envelhecimento Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente Fonte: PORDATA Última actualização: 2016-06-16	Taxa bruta de natalidade Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente INE - Estatísticas de Nados-Vivos Fonte: PORDATA Última actualização: 2016-06-16
---	---

Segundo os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística, o índice de envelhecimento traduz a relação entre a população idosa e a jovem (com menos de 15 anos), sendo que, neste sentido, o número de pessoas com 65 anos em diante, tem vindo a aumentar, atingindo aproximadamente os 144 idosos por cada 100 jovens em 2015. Neste seguimento, o índice de longevidade que representa o numero de pessoas com 75 e mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos, tem vindo a aumentar, o que indica que a população está cada vez mais envelhecida, o que vai de acordo com os dados estatísticos relativos à taxa bruta de natalidade, que tem vindo a diminuir (Pordata, 2016).

Por outro lado, a nível Europeu também se verifica um aumento da população idosa, como se consegue observar no quadro a seguir:

Quadro 2: Estimativas anuais da população residente e Eurostat (Retrieved from INE, 2015)



Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente e Eurostat

Os dados indicam que entre 2003 e 2013 houve um aumento da percentagem de idosos, sendo que Portugal é o quarto (4º) país da União Europeia 28 com maior número de idosos (19,9%), valor esse ultrapassado pela Itália (21,4%), Alemanha (20,8%) e a Grécia (20,5%), sendo a Irlanda o país com a menor percentagem de população com 65 e mais anos (12,6%) (INE, 2015).

Nesta medida, torna-se cada vez mais pertinente que as instituições se reorganizem, de forma a conseguirem ir ao encontro das necessidades atuais da sociedade em que estamos inseridos, fomentando um envelhecimento ativo, no qual se ajuda as pessoas idosas a tomarem consciência do quão importante é terem o controlo sobre a sua própria vida, sendo autónomas na tomada de decisões, capazes de cuidarem de si mesmas tanto a nível corporal como a nível externo referente à sua rotina diária, mantendo uma expectativa de vida saudável bem como uma qualidade de vida ao nível da saúde, do psicológico, das relações sociais, sendo que as características do ambiente em que o indivíduo está inserido

também é um dos determinantes do envelhecimento ativo (OMS, 2005, citado por Paúl & Ribeiro, 2011).

É importante referir que o envelhecimento sucede de diversas mudanças psicológicas e biológicas ligadas à idade cronológica (VandenBos, 2010, pag. 345), sendo que, segundo Rosa (2012) a chamada terceira idade corresponde às pessoas com mais de 65 anos, no entanto o início dos sinais de envelhecimento podem variar entre os 50 e os 75 anos, alternando, portanto, de pessoa para pessoa, podendo estar associado, entre outros fatores, ao seu estilo de vida, genes e hábitos, sendo que atualmente muitos idosos sentem a velhice como uma fase de deterioração física que se relaciona, por exemplo, com a perda de mobilidade, visão, audição e memória que desencadeiam normalmente nos idosos sentimentos de tristeza, solidão, frustração, entre outros (Rosa, 2012).

Neste sentido, torna-se cada vez mais essencial a existência de atividades de estimulação cognitiva, de uma alimentação saudável, de exercício físico frequente de acordo com o grau de mobilidade do idoso, bem como a sua integração na sociedade e participação social, promovendo assim nele um maior sentimento de autonomia e de controlo sobre a sua própria vida, desencadeando assim um maior bem-estar psicológico e consequentemente uma melhor qualidade de vida que irá providenciar um envelhecimento mais saudável (Paul & Ribeiro, 2011) visto que a autonomia para o idoso não é encarada como o não apresentar doenças mas sim estar integrado na sociedade, realizando assim diversos papéis sociais e tendo assim uma voz ativa na sociedade (Uchôa, Filho, Firmo & Fonseca, 2009), fazendo com que o idoso se sinta mais valorizado, útil e autónomo por ter uma maior consciência do poder de decisão que tem sobre tudo que lhe diga respeito (Paul & Ribeiro, 2011) sendo cada vez mais importante respeitarmos a pessoa idosa, valorizando a sua autonomia, não esquecendo a existência de possíveis limitações físicas, auditivas,

entre outras, respeitando o seu ritmo, identificando problemas no sentido de que sejam elaboradas soluções que tornem os idosos o mais autónomos possível (Carvalho, 2004, citado por Silva *et al*, 2010) dado que, segundo a Organização Mundial da Saúde (2005) a promoção da qualidade de vida dos idosos desencadeia uma maior participação social e felicidade, independente das limitações do indivíduo (OMS, 2005, citado por Marques, 2011) e, desta forma, VandenBos (2010) define *empowerment* como sendo a “promoção das habilidades, conhecimentos e confiança necessárias para assumir maior controlo sobre a própria vida (...) envolve ajudar os utentes a se tornarem mais ativos na satisfação de suas necessidades e preenchimento de seus desejos” (VandenBos, 2010, pag. 336).

É pertinente referir que o contacto intergeracional é uma mais valia para ambos, que se reflete principalmente ao nível da afetividade (Nunes, 2009), sendo que a transmissão de conhecimentos e de cultura aos mais jovens é um papel muito importante sentido como algo positivo pelos idosos, na medida que estão a contribuir para o seu desenvolvimento e, como tal, a promoção do *empowerment* nos idosos irá desencadear sentimentos de autoaceitação, autoajuda e liberdade na medida que tomam consciência da competência que têm em serem agentes de mudança (Narushima, 2004).

Dimensão Bio-Psico-Social e Noética na Velhice

O envelhecimento traz consigo alterações a nível biológico que se refletem ao nível do sistema cardiovascular (por exemplo, uma redução do débito cardíaco), respiratório (por exemplo, redução da capacidade ventilatória quando o idoso faz exercício), gastrointestinal (por exemplo, obstipação), geniturinário (por exemplo, uma diminuição da capacidade de esvaziar a bexiga), endocrinológico (por exemplo, uma diminuição da taxa de secreção), nervoso (por exemplo, uma diminuição do metabolismo da glicose e do oxigénio), músculo-

esquelético (por exemplo, a perda de força muscular), imunológico (por exemplo, o aumento da susceptibilidade ao cancro) e ao nível dos órgãos dos sentidos, uma diminuição da acuidade visual e auditiva (Rue & Spar, 2005), sendo que, Mendes et al (2005) acrescentam que os idosos têm tendência a preocuparem-se mais com a alimentação, de forma a prevenirem doenças e a sentirem-se mais saudáveis, sendo que, para tal, existe uma maior tendência para irem de uma forma mais frequente aos consultórios médicos (Mendes, Gusmão, Faro & Leite, 2005).

Em relação ao plano psíquico, as pessoas idosas têm propensão para a depressão, sendo difícil o seu diagnóstico dado que a sociedade espera que o idoso fique mais introspetivo, com menos relações sociais logo também mais recolhido. Como tal, é importante que se esteja atento às mudanças na velhice, tais como, a perda de familiares e amigos e a reforma, que devido à improdutividade gera sentimentos de inutilidade que podem desencadear ansiedade porque são fatores que podem levar a uma tomada de consciência da finitude da vida que faz com que o idoso se queira despedir de todos, refletindo em como foi a sua vida até então; e, neste sentido, é importante que o ancião realize atividades que promovam o lazer e as interações sociais e um contato frequente com a família, mantendo assim a sua capacidade de ser independente e autónomo, bem como atividades que o façam sentir-se útil e ativo, porque todos estes fatores promovem uma boa saúde psíquica (Alvarenga, 2009).

Almeida (2010) refere que um envelhecimento saudável, está portanto associado à ausência de doenças (plano físico), bem como à ausência de depressão (plano psicológico), sendo que o apoio familiar (plano social) e o respeito pela autonomia e independência do idoso são muito importantes, bem como boas condições de vida (plano económico). Neste sentido, o autor revela a importância de se manter relacionamentos saudáveis com os amigos e familiares, hábitos de vida saudáveis, lazer, um plano económico estável, porque tudo isto

irá promover um bem-estar ao idoso (Almeida, 2010)

Por último, existe a dimensão noológica, sendo que Lopes (2008) refere-a como sendo “a vida do espírito marcada por crenças e valores relacionados com as esferas estética, ética e religiosa de existir” que marca a forma de existir da pessoa idosa (Lopes, 2008), visto que é na anciania que as necessidades espirituais ganham mais espaço na vida das pessoas, tendo um impacto positivo já que contribui para um envelhecimento mais saudável (Nacif, Nasri, Bassi, Lucchetti & Lucchetti, 2011).

Neste seguimento, é importante distinguir o significado de religiosidade e espiritualidade, em que a primeira refere-se ao seguimento e à prática de uma religião (orar, ir à igreja, ler livros religiosos, entre outros), enquanto que a espiritualidade refere-se à busca pessoal do sentido de vida que pode levar ou não uma pessoa a adotar uma prática religiosa.

Um estudo levado a cabo por Moraes e Cols (2005) demonstrou que os idosos que tinham crenças que fortaleciam o seu significado de vida tinham uma maior tendência em envelhecer de forma mais saudável e com mais qualidade (Moraes & Cols, 2005, citado por Nacif, Nasri, Bassi, Lucchetti & Lucchetti, 2011).

Rosa (2008) demonstrou através do seu estudo que as pessoas resilientes, que são capazes de vencer as adversidades e evoluir de uma forma positiva, que têm tendência para terem um bem-estar espiritual, fatores estes associados a um envelhecimento de qualidade (Rosa, 2008, citado por Nacif, Nasri, Bassi, Lucchetti & Lucchetti, 2011).

Um estudo levado a cabo por Bekelman (2007) mostrou que os pacientes com insuficiência cardíaca mas com uma maior espiritualidade tinham uma menor tendência para desenvolver uma depressão (Bekelman et al, 2007, citado por Nacif, Nasri, Bassi, Lucchetti & Lucchetti, 2011) e Katsuno (2003) conseguiu demonstrar com o seu estudo que os pacientes com demência leve detentores de uma grande espiritualidade tinham tendência para um envelhecimento mais saudável e, neste sentido, o envelhecimento relaciona-se com a

espiritualidade em diferentes aspetos, sendo um importante fator para um envelhecimento com maior qualidade, sendo que, até nos pacientes detentores de uma grande espiritualidade em cuidados paliativos a sua espiritualidade ajudou-os a gerir melhor o sentimento de desespero (McClain, 2003; Katsuno, 2003, citados por citado por Nacif, Nasri, Bassi, Lucchetti & Lucchetti, 2011).

A Institucionalização do Idoso

Com o aumento da taxa de envelhecimento, o recurso a instituições de acolhimento permanente tornou-se cada vez mais frequente, sendo que existem diversas razões, tais como, a perda de autonomia que leva a pessoa a não ser capaz de cuidar de si mesma em casa, problemas de saúde, psíquicos e problemas económicos, revelando ser uma mudança positiva para alguns idosos que consideram importante ter o apoio de que necessitam sempre que precisarem, promovendo uma certa estabilidade, mas que, por outro lado, pode também ser uma fase muito difícil devido à dificuldade na adaptação ao novo padrão de vida, podendo gerar no idoso, por exemplo, sentimentos de angústia (Pimentel, 2001).

Carvalho e Dias (2011) referem que é importante que o processo de institucionalização forneça ao idoso qualidade de vida, sendo importante que mantenham ligações afetivas próximas com os seus amigos ou familiares mais próximos, dado que combate o isolamento (Carvalho & Dias, 2011).

Corte-Real e Neto (s.d.) revelam que segundo os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (2007), em 2004 havia 56,535 pessoas residentes em instituições (INE, 2007, citado por Corte-Real & Neto, s.d.) sendo que atualmente observa-se que os idosos têm menos suporte familiar e que, devido à indisponibilidade dos membros familiares do ancião em tornarem-se cuidadores, acabam por recorrer à institucionalização (Corte-Real & Neto, s.d.).

Neste seguimento, Scheicher e Freitas (2010) referem que a institucionalização pode desencadear no ancião depressão, devido à grande mudança, ao isolamento social, e, muitas vezes, à perda de identidade, baixa autoestima, perda de liberdade e à não-aceitação da sua nova condição, e todos estes fatores irão afetar a qualidade do envelhecimento da pessoa institucionalizada (Scheicher & Freitas, 2010).

É cada vez mais pertinente que as instituições deem respostas às necessidades do idoso, por exemplo, ao nível das incapacidades cognitivas do ancião (sintomas depressivos, demência, entre outros) e das suas incapacidades físicas/motoras (reduzida capacidade de locomoção, incontinência, entre outros) promovendo assim um envelhecimento ativo (Waldorf, Siersma & Waldemar, 2009).

Por outro lado, existem as instituições de acolhimento temporário, tais como o apoio domiciliário e os centros de dia que promovem o convívio entre idosos através de diversas atividades, tais como passeios e visitas culturais, sendo que desta forma motivam os idosos a relacionarem-se mais socialmente, a participarem na comunidade, promovendo assim o *empowerment*, a integração social, bem como um maior bem-estar psicológico, social e físico, já que também existe uma resposta às necessidades de higiene, saúde e alimentação dos idosos (Casanova, 2001).

Neste sentido, é importante que as instituições assegurem serviços adequados às diversas problemáticas bio-psico-social do ancião, promovendo relações sociais e familiares de forma a assegurar condições que promovam um envelhecimento de qualidade, combatendo assim o isolamento social (Casanova, 2001).

Alguns aspetos Psicopatológicos no Idoso

A Depressão no Idoso

De acordo com o DSM-V (2014) as Perturbações depressivas incluem a perturbação

de desregulação do humor disruptivo, perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação depressiva induzida por substâncias, perturbação depressiva devido a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação, perturbação depressiva não especificada e a perturbação depressiva major, que, segundo Rue e Spar (2005) é a mais grave na anciania, sendo que, neste sentido, iremos focar-nos na sua classificação de acordo com o DSM-V, no entanto é importante referir que todas estas perturbações têm em comum a presença de vazio, tristeza e humor irritável acompanhado de alterações cognitivas e somáticas que interferem com o funcionamento da pessoa, e que se diferenciam de acordo com a etiologia, duração e *timing* (DSM-V, 2014; Rue & Spar, 2005).

Para o diagnóstico da perturbação depressiva major, é necessário:

- A) Estarem presentes pelo menos cinco ou mais dos sintomas durante no mínimo duas semanas, sendo que um dos sintomas terá de ser o humor depressivo ou a perda de interesse ou prazer:
- 1) Humor deprimido durante grande parte do dia e com muita frequência, sendo algo notado pelas pessoas que rodeiam o indivíduo com esse sintoma bem como pelo próprio.
 - 2) Acentuada redução de interesse ou prazer na maioria ou em todas as atividades durante grande parte do dia, com muita frequência.
 - 3) Aumento do peso (mais de 5% do peso num mês) ou significativa diminuição do mesmo sem o indivíduo estar a fazer dieta, bem como um aumento ou redução significativa do apetite na maior parte dos dias.
 - 4) Insónia ou hipersónia com muita frequência (quase todos os dias).
 - 5) Agitação ou lentificação psicomotora com muita frequência (quase todos os dias).

- 6) Perda de energia ou fadiga em grande parte dos dias, notado pelas pessoas próximas do indivíduo com esses sintomas.
 - 7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada, na maior parte dos dias
 - 8) Redução da capacidade de pensar ou do indivíduo se concentrar, ou indecisão, na maior parte dos dias e notado pelos outros
 - 9) Pensamentos frequentes sobre morte e sobre ideação suicida, sem tentativa de suicídio nem planos específicos para o cometer
- B) Os sintomas causarem muito mal-estar e disfunção ao nível do funcionamento social, ocupacional, ou noutra área importante para o sujeito.
- C) Os sintomas não derivam dos efeitos diretos fisiológicos de uma substância ou de outra condição médica
- D) A ocorrência de um episódio depressivo major não é melhor explicada pelas perturbações esquizoafetiva , esquizofrenia, esquizofreniforme, perturbação delirante, ou pelas perturbações do espectro esquizofrénico e outros transtornos psicóticos.
- E) Ausência de episódios maníacos ou hipomaníacos (DSM, 2014).

Relativamente a dados, é estimado que 15% dos anciãos apresente esta patologia, no entanto a percentagem é ainda maior em idosos institucionalizados (Santana; Barboza, 2007; Póvoa et al, 2009; Siqueira et al.,2009, citado por Vieira, Marques, Leal & Nóbrega, 2015).

Segundo Firmino et al (2014) há diversos fatores que estão relacionados com a depressão na velhice, tais como, fatores biológicos (por exemplo: alterações vasculares (depressão vascular), género (género feminino)), fatores psicológicos (por exemplo: personalidade (elevado neuroticismo), estilo cognitivo (ruminações)), bem como fatores sociais (por exemplo, a solidão, baixos rendimentos socioeconómicos, morte de cônjuge)

(Firmino *et al.*, 2014, citado por Cerejeira, Firmino & Simões, 2016).

Tier, Lunardi e Santos (2008) referem que a depressão tem consequências negativas ao nível do organismo do sujeito afetando também as suas relações sociais e a sua rotina diária, e Vaz (2009) acrescenta que é uma perturbação que não faz parte do envelhecimento natural do ser humano, sendo uma patologia que caso não seja tratada pode ter um impacto muito negativo na pessoa idosa, tal como, uma incapacidade cognitiva, social e física bem como um risco de suicídio (Tier, Lunardi & Santos, 2008; Vaz, 2009, citado por Sales, 2013).

Neste sentido, é necessário estimular mais o idoso dado que a velhice acarreta uma diminuição ao nível do entusiasmo e da motivação, para que o ancião tenha novos interesses, sendo que Domingos (2008) refere que a atividade física é importante já que na velhice a limitação funcional devido à reduzida atividade física contribui para o surgimento da depressão (Domingos, 2008, citado por Sales, 2013).

Neste seguimento, para o idoso, os problemas de rigidez, de dificuldade em controlar o seu corpo, de postura bem como o medo em fazer exercícios, nem que seja uma caminhada, são fatores que concorrem para um aumento da sua tensão psíquica na medida que é uma perturbação que afeta o sono, o apetite, a autoestima e autoconfiança do sujeito idoso (Borges & Rauchbach, 2004, citado por Sales, 2013).

É pertinente referir que Blazer, Steffens e Koenig (2009) revelam que existem procedimentos importantes para se avaliar a depressão no idoso, que passam por aplicar a Escala de Depressão Geriátrica de forma a avaliar a gravidade dos sintomas presentes, identificar episódios depressivos anteriores, antecedentes familiares, patológicos, medicação e os stressores sociais e psicológicos, avaliar o défice cognitivo do idoso, bem como realizar um exame físico, um hemograma, e diversas provas tais como bioquímica, eletrocardiograma, entre outros (Blazer, Steffens & Koenig, 2009, citado por Cerejeira, Firmino & Simões, 2016).

Por último, de forma a reduzir os sintomas depressivos no idoso e a prevenir recorrências ou recaídas, é importante que o terapeuta ajude o sujeito a desenvolver estratégias para que o indivíduo consiga gerir os fatores de stress, bem como identificar os pensamentos ou crenças disfuncionais e debatê-los com o idoso, e caso seja necessário, o médico deverá englobar um tratamento farmacológico, que normalmente passa pela prescrição de, por exemplo, sertralina, escitalopram e citalopram (Cerejeira, Firmino & Simões, 2016).

Principais Demências

A Demência abrange um misto de patologias que se caracterizam pelo progressivo défice cognitivo bem como pela capacidade que o indivíduo tem em desempenhar as suas atividades, sendo que existe uma associação dessa deterioração com a idade avançada do idoso, e a prevalência é de 5% para os sujeitos com mais de 65 anos e de 20% para os idosos com mais de 80 anos, sendo menos frequente nas pessoas com menos do que 65 anos (Correia, 2013), sendo pertinente também referir que há estudos que revelam que a prevalência da demência na Europa para indivíduos com mais do que 65 anos é de 6,4% (Nunes et al, 2012, citado por Afonso, Figueira & Sampaio, 2015).

Neste seguimento, a demência sendo uma deterioração das funções cognitivas irá desencadear uma mudança no comportamento do sujeito e como consequência uma gradual perda na autonomia e do desempenho das atividades pessoais, sociais e profissionais do idoso, interferindo, deste modo, com todo o funcionamento do seu organismo sendo portanto uma patologia que se insere na Perturbação Neurocognitiva Major cujos critérios de diagnóstico do DSM-V são os seguintes:

- a) a presença de défice cognitivo num ou mais domínios cognitivos que interferem com a memória do indivíduo, bem como a presença de no

mínimo de um dos seguintes sintomas: apraxia, afasia, agnosia ou disfunção executiva

- b) Os défices cognitivos interferem no funcionamento social e ocupacional que se vão deteriorando
- c) Não surge exclusivamente no curso do estado confusional, não ocorrendo portanto unicamente em contexto de um *delirium*

Nesta continuidade, é pertinente referir que para o diagnóstico é essencial avaliar-se a existência ou não de uma mudança no desempenho das atividades diárias do sujeito a nível pessoal, profissional e social, comparativamente ao passado, visto que existem, por exemplo, determinadas demências que inicialmente se manifestam por alterações comportamentais (demências frontotemporais) e outras demências que se iniciam por apraxia (demências corticobasais), sendo que existem dois grupos dentro das demências: as reversíveis (as principais são as doenças endócrinas (por exemplo, hipotireoidismo e tireoidite de Hashimoto), défices vitamínicos (vitamina B12 e ácido fólico), neoplasias (primárias ou secundárias), infeções (meningites, VIH, sífilis), hematoma subdural crónico, tóxicas e hidrocefalo de pressão normal e as demências irreversíveis (doença de Alzheimer, demência dos corpos de Lewy, demência vascular e demência frontotemporal) (Afonso, Sampaio & Figueira, 2015), sendo que iremos abordar apenas a Doença de Alzheimer, a Demência Vascular, a Demência por Corpos de Lewy e a Demência Frontotemporal.

Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer representa entre 50 a 60% dos casos de demência irreversível, sendo que caracteriza-se pela deposição de placas senis e de tranças neurofibrilares, e as lesões afetam em primeiro lugar as estruturas mediais do lobo temporal, e posteriormente o neocórtex (Correia, 2013).

Os principais critérios de diagnóstico são a perda de memória, desorientação

temporal e espacial, dificuldades nas atividades, mudança na personalidade e déficit nas funções executivas e na linguagem, sendo que, numa primeira fase, o diagnóstico pode ser difícil visto que existe apenas um déficit de memória (o sujeito tem dificuldade em lembrar-se de nomes e acontecimentos recentes, apresenta um vocabulário mais reduzido dada a dificuldade em encontrar palavras; e, em seguida, desencadeiam-se mudanças progressivas na vida do sujeito, tais como, perda de autonomia, e posteriormente desorientação em locais familiares, sendo que, numa fase posterior dão-se mudanças ao nível da linguagem, no qual o sujeito não consegue nomear objetos nem realizar movimentos aprendidos; sendo que, por último, numa fase final, o sujeito fica com mutismo ou com uma linguagem incompreensível, tornando-se ainda mais dependente dos cuidadores, que na maior parte das vezes, o irão institucionalizar (Afonso, Figueira & Sampaio, 2015).

Demência Vascular

A demência vascular resulta da doença vascular no Sistema Nervoso Central (isquemia, enfarte, hemorragia), e assim podem afetar os grandes e pequenos vasos (Correia, 2013).

Este tipo de demência tem como fatores de risco os mesmos relacionados com o AVC (por exemplo, idade tardia, apneia do sono, diabetes, doença coronária/cardiaca, tabagismo, entre outros), sendo importante que o sujeito dê atenção à hipertensão de forma a controlá-la, dado que é o principal fator de risco para a doença vascular cerebral, para que assim se possa reduzir a deterioração cognitiva em idades tardias, sendo pertinente referir que a maior parte das demências vasculares puras derivam de enfartes múltiplos cerebrais devido a um embolo de proveniência cardiovascular ou a uma trombose da artéria cerebral (Afonso, Figueira & Sampaio, 2015).

Este tipo de demência caracteriza-se pela presença de alguns sintomas, tais como, por exemplo, labilidade emocional, apraxia e afasia, bem como outros sintomas dependendo

da área cerebral afetada (Ferri-ferreira, Assencio-ferreira & Mac-kay, 2007), e o DSM-V (2014) acrescenta que a história de AVC, enfartes cerebrais e de acidentes isquémicos transitórios reveladas pela avaliação neurológica, são características associadas a alterações de humor e de personalidade, bem como depressão, sendo que normalmente os idosos detentores de doença isquêmica de pequenos vasos progressiva, apresentam sintomas depressivos acompanhados de disfunção executiva e lentificação psicomotora (DSM-V, 2014), e assim o sujeito poderá revelar déficit de atenção, mudança na sua memória de trabalho, dificuldade de planejamento e de atenção, desequilíbrio, disartria, incontinência e disfagia, entre outros (McPherson et al., 1996; Wallin et al., 2003; Sachdev et al., 2004; Traykov et al., 2005; Nordlund et al., 2007, citado por Cerejeira, Simões & Firmino, 2016).

Para além destas características, Afonso, Figueira e Sampaio (2015) revelam que existe uma deterioração cognitiva mais lenta no sujeito, bem como um déficit na sua flexibilidade mental e na velocidade de processamento, e que normalmente a demência vascular poderá ocorrer uns meses depois do AVC (Afonso, Figueira & Sampaio, 2015).

Neste sentido, através da avaliação neuropsicológica, os domínios mais afetados são, portanto a função executiva da atenção, tarefas visuais e da memória semântica, logo, segundo Nasreddine et al. (2005), deve-se dar preferência ao uso do teste MOCA (*Montreal Cognitive Assessment*) por avaliar melhor os processos executivos dado que o Exame Breve do Estado Mental não é tão sensível ao déficit cognitivo vascular, daí ser pertinente indicar que para se avaliar bem os quadros demenciais é indispensável o estudo de imagem, tais como, por exemplo, a Tomografia computadorizada cranioencefálica, Ressonância Magnética cranioencefálica, Doppler, entre outros (Nasreddine et al., 2005; Santana, 2006, citado por Cerejeira, Simões & Firmino, 2016).

Neste seguimento, para além de um tratamento farmacológico, Gorelick et al. (2011) sugerem que o sujeito deve fazer mudanças no estilo de vida que leva, ao nível do tabagismo,

exercício físico, alimentação e rede de suporte social (Gorelick et al., 2011, citado por Cerejeira, Simões & Firmino, 2016).

Demência por Corpos de Lewy

A seguir à demência de Alzheimer e à demência vascular, a terceira mais frequente em idosos é a demência com corpos de Lewy, cuja incidência é maior em indivíduos do género masculino, com uma percentagem de aproximadamente 15 a 25%, que se caracteriza pela perda de neurónios relacionada com a presença de Corpos de Lewy, sendo que, segundo McKhann et al (2011), a nível clínico podem ocorrer alucinações visuais, mudanças no sono, parkinsonismo (manifestado em 70% dos indivíduos), défice das funções visuoespaciais e das funções executivas, mudança de personalidade, sintomas psicóticos, oscilações cognitivas e défice de memória (numa fase inicial está preservada), sendo importante referir que numa fase inicial prevalecem as mudanças nas funções visuoespaciais, visuoperceptivas e da atenção, que podem ser verificadas através da aplicação de um exame neurológico (McKhann et al., 2011, citado por Afonso, Figueira & Sampaio, 2015).

Segundo o DSM-V (2014) neste tipo de demência o défice cognitivo revela-se no mínimo 1 ano antes do início dos sintomas motores, numa fase inicial, sendo que pode desenvolver-se para uma demência grave e morte, sendo portanto indivíduos que apresentam um grande défice no funcionamento que depois desencadeia dificuldades ao nível da higiene, da alimentação e da mobilidade, e em que o funcionamento agrava-se com a perturbação do sono e os sintomas psiquiátricos do indivíduo, que faz com que tenha uma qualidade de vida bastante pior comparado a um sujeito com doença de Alzheimer (DSM-V, 2014).

Segundo Mitchell (2009), um dos exames complementares de diagnóstico mais frequentes é o Mini Mental State Examination (MMSE), no entanto a sua capacidade em identificar quadros demenciais numa fase inicial é diminuta principalmente se não houver sintomas amnésicos (Mitchell, 2009, citado por Cerejeira, Simões & Firmino, 2016). São

também importantes a Ressonância magnética cerebral, a SPECT (Tomografia computadorizada por emissão de fóton único), o EEG (Eletroencefalograma) e a Polissonografia, na medida que o primeiro exame permite excluir a patologia vascular, o segundo exame permite a observação de uma redução da atividade do transportador de dopamina a nível da via nigroestriada, o terceiro exame permite a observação de uma lentificação generalizada bem como ondas lentas transitórias no lobo temporal, e por fim, a Polissonografia mostra as mudanças evidentes do sono REM (Afonso, Figueira & Sampaio, 2015).

Existem atualmente dois subtipos de SPECT para o estudo deste tipo de demência, são eles o estudo da perfusão e o estudo da perda do transportador de dopamina (Mark *et al.*, 2014, citado por Cerejeira, Simões & Firmino, 2016), sendo que o primeiro estudo demonstra uma diminuição do fluxo cerebral nas áreas Parietal, Temporal e Occipital (Ishii *et al.*, 1999; Lobotesis *et al.*, 2001; Ballard *et al.*, 2002; Colloby *et al.*, 2002; Hanyu *et al.*, 2005, citado por Cerejeira, Simões & Firmino, 2016) e o segundo estudo indica uma baixa de dopamina porque os núcleos da base têm dificuldade na captação de dopamina, revelando a degeneração nigroestriada (Piggott *et al.*, 1999, citado por Cerejeira, Simões & Firmino, 2016) sensibilidade de 78% e uma especificidade de 90% num estudo imagiológico multicentro de terceira fase (McKeith *et al.*, 2007, citado por Cerejeira, Simões & Firmino, 2016).

O tratamento farmacológico é extremamente difícil devido aos sintomas psiquiátricos, cognitivos e parkinsonícos, sendo que, por exemplo, os fármacos antipsicóticos podem complicar o parkinsonismo, bem como aumentar, por exemplo, o risco de quedas e de confusão mental; os fármacos antiparkinsonícos podem conduzir a alucinações e delírios; os fármacos antidemenciais podem agravar o tremor (Cerejeira, Simões & Firmino, 2016)

Para o tratamento dos sintomas psicóticos e das alterações no sono os

anticolinesterásicos são uma boa solução, e para o tratamento de depressão e ansiedade os inibidores selectivos da recaptação da serotonina e inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina são boas escolhas, sendo pertinente referir que estudos indicam que estes doentes causam mais stress nos cuidadores em comparação com os doentes de Alzheimer, sendo que para além da farmacologia as intervenções cognitivas e psicológicas, tais como, estimulação sensorial (por exemplo a musicoterapia que é orientada para as emoções), terapia assistida por animais e técnicas de controlo comportamental também são benéficas (Coulson, Fenner & Almeida, 2002; Massironi, Galluzzi & Frisoni, 2003; McKeith *et al.*, 2005; Williams *et al.*, 2006; Bostrom *et al.*, 2007; Ricci *et al.*, 2009; Cerejeira *et al.*, 2012, citados por Cerejeira, Simões & Firmino, 2016).

Demência Frontotemporal

Este tipo de demência é caracterizado por mudanças precoces da conduta social, da personalidade e da linguagem, bem como parkinsonismo e estereotípias, sendo que a memória fica relativamente preservada (Neary, 1998, citado por Afonso, Figueira & Sampaio, 2015).

Esta demência tem diversas variantes, são elas a frontal (é a mais frequente e caracteriza-se por mudanças precoces da personalidade e do comportamento que leva o sujeito a ficar apático, com impulsividade ou desinibição), semântica (caracteriza-se por afasia fluente progressiva e agnosia associativa, em que o sujeito tem um défice na compreensão de palavras simples), e por último a afasia progressiva primária (que se caracteriza pela deterioração da linguagem que poderá desencadear mutismo, sendo importante referir que numa fase inicial a capacidade de compreensão do individuo está preservada (Afonso, Figueira & Sampaio, 2015).

Segundo o DSM-V (2014) este tipo de demência tem inicio precoce em sujeitos de idade inferior a 65 anos, no entanto entre 20 a 25% dos casos ocorre em sujeitos de idade

superior à referida (DSM-V, 2014).

Referente ao diagnóstico, este tipo de demência normalmente é feito entre 3 a 4 anos após o sujeito revelar sintomas, sendo que normalmente é a família que deteta as mudanças de personalidade, comportamento e conduta social do doente, tais como, apatia, desinibição, comportamentos repetitivos, apatia, perda de autocrítica, podendo apresentar depressão, hipocondria e embotamento emocional, enquanto que as mudanças ao nível da linguagem são mais facilmente detetadas pelo médico (dificuldade na expressão e compreensão verbais, diminuição da fluência, tendência para um discurso pobre e estereotipado que poderá desencadear no sujeito parafasias e tardiamente mutismo), sendo que estes dois fatores e o facto do individuo manter intata a orientação topográfica e a memória, constituem suspeitas pertinentes para o diagnóstico deste tipo de demência (Diehl-Schmid *et al.*, 2007, citado por Cerejeira, Simões & Firmino, 2016)

Numa fase inicial o Mini Mental State Examination, Tomografia Computorizada e a Ressonância magnética podem revelar-se normais, no entanto o exame neuropsicológico, com a aplicação de testes de memória, construção visual, tarefas executivas e o teste de linguagem, podem indicar défices cognitivos que vão de acordo com a disfunção do lobo correspondente. (Cerejeira, Simões & Firmino, 2016).

Segundo o DSM-V (2014), existem outros exames complementares de diagnóstico, tais como, por exemplo, a tomografia computorizada ou a ressonância magnética nuclear, que indicam padrões distintos de atrofia, sendo que normalmente na variante comportamental ambos os lobos frontais na região medial e os lobos temporais anteriores encontram-se atrofiados; na variante da linguagem semântica os lobos temporais médio, anterior e inferior, principalmente o lado esquerdo encontra-se afetado; na variante de linguagem não fluente existe uma associação com a atrofia frontal-insular posterior esquerda enquanto que a variante da linguagem logopénica relaciona-se com a atrofia perissílvica ou parietal posterior

esquerda. Por último, é pertinente referir que em casos de familiares com este tipo de demência é possível a identificação de mutações genéticas no sentido de auxiliar numa confirmação de diagnóstico (DSM-V, 2014).

No que se refere ao tratamento, existe indicação que se baseia na reposição de neurotransmissores, em que O'Brien e Burns (2011) indicam que os inibidores seletivos da recaptação da serotonina é uma terapêutica eficaz; no entanto existe uma terapia inovadora que se fundamenta no uso de anticorpos antiproteína tau, que em animais desencadeou um restabelecimento do comportamento normal. Para além disto, a terapia da fala, a prática de exercício, a terapia familiar, entre outros, são benéficas para o sujeito (Cerejeira, Simões & Firmino, 2016).

Formas de Intervenção dentro da Psicologia Clínica

Psicologia Clínica

A Psicologia clínica centra-se na pesquisa, avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento de perturbações comportamentais e emocionais de um indivíduo (VandenBos, 2010, pag.756), e, deste modo, o psicólogo utiliza estratégias de avaliação psicológica, com objetivos delimitados de forma a solucionar o problema (Cunha *et al.*, 2000).

Existem diversas intervenções clínicas, sendo importante referir que ao longo do estágio a estagiária teve como referência teórica para a sua prática a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers, por ser o modelo que lhe fez mais sentido, e, neste sentido, é pertinente revelar que assenta em três pilares essenciais: a tendência atualizante, as seis condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica e uma orientação não-diretiva (Hipólito, 2011, pp.35) existindo assim uma relação terapeuta-utente baseada no respeito, aceitação, confiança, tolerância e autenticidade (Capelo, 2000).

O primeiro pilar (tendência atualizante) é uma tendência que leva à satisfação das

necessidades tanto básicas como complexas do organismo do indivíduo, permitindo, deste modo, a confirmação do Self e a preservação do organismo (Capelo, 2000), ou seja, é uma tendência essencial para o desenvolvimento humano, assim como para o desenvolvimento de todas as capacidades do sujeito de forma a manter e a desenvolver ainda mais o organismo (Rogers, 1959, pp.255, citado por Hipólito, 2011); e, caso isto não aconteça gera-se no sujeito um desequilíbrio entre a experiência real e simbólica que conduz a um comportamento desajustado e a um estado de incongruência no sujeito, que irão desencadear na pessoa estados de ansiedade, depressão e angústia, interferindo com o seu desenvolvimento e personalidade (Capelo, 2000).

O segundo pilar são as seis (6) condições necessárias e suficientes para que haja uma mudança terapêutica, sendo elas o contato psicológico entre duas pessoas não alienadas da realidade, a incongruência por parte do cliente, em que este deve ter consciência que tem um problema e pedir ajuda; e a congruência por parte do terapeuta com um olhar incondicional positivo para com o cliente, adotando uma postura de compreensão empática do quadro de referência interno do sujeito, pondo-se no registo do cliente mas sem deixar de ser quem é, dando-lhe respostas de compreensão empática no intuito de haver uma maior clarificação e assim, caso todas as condições estejam presentes, irão aparecer mudanças construtivas no indivíduo (Hipólito, 2011).

Neste seguimento, é importante referir que o olhar incondicional positivo por parte do terapeuta faz com que o cliente se sinta livre para se exprimir, elaborando as suas próprias experiências de acordo com as suas convicções e não da forma como os outros considerarem melhor de forma a ser melhor aceite (Capelo, 2000).

É pertinente realçar a importância da congruência visto que é um indicativo de um estado de autenticidade, coerência e de uma relação integrada com o outro, por parte do terapeuta (Rogers, 1985:63, citado por Capelo, 2000).

Relativamente à compreensão empática, Rogers (1985: 64) afirma que é uma atitude em que o terapeuta entra no mundo percetivo do seu cliente, sem julga-lo, indo ao ritmo dele, e como tal respeitando-o, o que irá desencadear no sujeito um sentimento de que é compreendido e aceite no seu todo (Rogers, 1985: 64, citado por Capelo 2000).

No que se refere ao terceiro pilar, a atitude não-diretiva por parte do terapeuta define-se, segundo Pagès (1976), como sendo a confiança que o terapeuta tem na capacidade de auto-direção do seu cliente, ou seja, o sujeito pode fazer escolhas (Raskin, 1998: 77), e, neste sentido, Rogers (1989: 16) refere que o terapeuta acredita que o cliente “tem dentro de si amplos recursos para auto compreensão, para alterar seu autoconceito, as suas atitudes e o seu comportamento autodirigido” (Pagès, 1976; Raskin, 1998: 77; Rogers, 1989: 16, citados por Capelo, 2000).

Respeitante à entrevista clínica, é pertinente revelar que ocorre num *setting* específico, sendo uma interação em contexto clínico no qual se desenvolve uma relação de confiança mútua, em que o foco está no cliente, no qual se aborda os problemas trazidos pelo indivíduo, em que cada sessão tem uma duração predefinida, sendo que o cliente, para Rogers (1985, 2004) é visto como um todo, logo, para Nunes (2010) o terapeuta deve considerar a dimensão psicológica, social e espiritual do sujeito porque irá indicar o modo como o cliente se sente; e nesta medida, é essencial que numa entrevista clínica o terapeuta recolha os dados pessoais do cliente, tal como a história familiar, pessoal e clínica, refletindo sobre o que foi compreendido e identificando claramente o problema, fazendo sempre, no final de cada entrevista, um resumo do que foi dito, informando depois o cliente do que poderá ser feito, e, caso o sujeito concorde, proceder ao reagendamento da sessão seguinte (Nunes, 2010; Rogers, 1985, 2004, citados por Sequeira, 2016).

Para que se estabeleça uma boa comunicação, o terapeuta deve ter em atenção a postura do cliente (se está relaxado ou tenso), ao olhar (se olha fixo ou se desvia o olhar), à

expressão facial (se vai de acordo com o seu discurso) e ao seu espaço pessoal (se o cliente se distanciar sugere que está a sentir-se desconfortável), visto que toda a comunicação não-verbal é essencial para a descodificação das mensagens que vai transmitindo, fazendo com que o cliente se sinta mais compreendido (Sequeira, 2016), sendo que a escuta ativa é uma intervenção importante que o terapeuta deve desenvolver, na medida que consiste em ouvir, escutar, estar atento ao que o cliente diz e atribuir um significado dando em seguida um feedback ao cliente, e para que tal resulte bem é necessário ter em atenção o *setting* onde decorre a sessão, de modo a que promova condições que facilitem a escuta e a partilha, tais como, a temperatura, a disposição das cadeiras, a luz, encorajando o cliente a expressar os seus sentimentos, pensamentos e emoções dando, em seguida, um feedback ao que foi referido (Sequeira, 2016).

É importante referir que o terapeuta, para comunicar com idosos, deverá ter em atenção determinados aspetos, tais como, manter um contacto visual com o sujeito num espaço iluminado e sem ruídos, adequar o tom de voz devido a possíveis problemas auditivos, falar pausadamente e claramente, dando espaço para a colocação de perguntas, ter em atenção o fato de certos idosos, por vezes, levarem mais tempo a comunicarem com mais detalhe, precisando de mais tempo para o fazer, o que poderá alongar um pouco o tempo das entrevistas, realçar as capacidades do cliente e promovendo a sua dignidade, utilizando o toque caso o idoso o permita porque desencadeia no sujeito um sentimento de presença e de afeto (Sequeira, 2016).

Avaliação Neuropsicológica e Psicológica

A neuropsicologia é considerada uma ciência que tem um papel importante na compreensão do funcionamento e das alterações cerebrais (Ginarte-Arias, 2002, citado por Leite, Maia & Correia, 2009).

Uma avaliação neuropsicológica é uma avaliação da “presença, natureza e extensão do dano ou disfunção cerebral” de acordo com os resultados de diversos testes neuropsicológicos (VandenBos, 2010, pag. 126), sendo que, segundo Gil (2004) permite o estudo de diversas funções, tais como, emocionais, cognitivas e comportamentais, que refletem a normalidade e anormalidade do funcionamento do cérebro, logo deve recorrer-se a testes e procedimentos estandardizados de forma a, por exemplo, auxiliar no planeamento de uma reabilitação cognitiva, sendo ainda relevante revelar que, deste modo, uma avaliação neuropsicológica é fundamental portanto no diagnóstico bem como no tratamento do individuo (Junqué & Barroso, 1995; Gil, 2004, citados por Leite, Maia & Correia, 2009).

O dicionário de psicologia da APA refere que os testes neuropsicológicos são instrumentos clínicos que avaliam o défice cognitivo, a memória, a linguagem, atenção, aprendizagem, funcionamento visuoespacial e visuonstrutivo (VandenBos, 2010, pag. 955), e, desta forma, o objetivo deles será avaliar o desempenho cognitivo global do sujeito e verificar quais são as disfunções ao nível da atenção, linguagem, memória e funções executivas é que existem (León,-Carrión,1995; Noffs, Magila, Santos & Marques, 2002, citados por Leite, Maia & Correia, 2009).

Neste sentido, Costa, Azambuja, Portuguez e Costa (2004) relatam que a avaliação neurológica é recomendada em casos de suspeita de dificuldade cognitiva ou comportamental de origem neurológica porque poderá ajudar no diagnóstico e no tratamento de várias patologias neurológicas, psiquiátricas, mudanças comportamentais, entre outros (Costa, Azambuja, Portuguez & Costa, 2004, citado por Leite, Maia & Correia, 2009).

No caso dos idosos, uma das problemáticas encontradas durante a avaliação é a componente motivacional e a cooperação do sujeito, sendo que isto acontece principalmente quando foi pedida por familiares ou em caso de institucionalização, entre outros, logo, neste sentido, é pertinente referir que o psicólogo deve examinar se existe défice cognitivo mas

também examinar os fatores não cognitivos que podem estar a afetar o rendimento do sujeito, como seja a motivação e o défice auditivo e visual, de forma a estimular o utente a procurar um especialista porque será um meio de melhorar, por exemplo, a comunicação com as pessoas que o rodeiam sendo também importante a escolha de breves escalas de avaliação que vão de acordo com o que precisa de ser avaliado porque os idosos têm tendência para se cansarem depressa (Cunha *et al.*, 2000).

Segundo Mendonça e Castro-Caldas (2005) para o estudo neuropsicológico da demência existem diversas escalas que se podem utilizar, tais como, a Escala de avaliação da doença de Alzheimer (EADA), o Exame breve do estado mental (MMSE) e a Escala de depressão geriátrica (GDS) (Mendonça & Castro-Caldas, 2005), utilizados no local de estágio.

É importante referir que no caso das utentes do grupo de estimulação cognitiva e psicomotora, foi aplicada a prova MMSE; nos casos de reabilitação cognitiva (com recurso ao programa de *Cogweb*) foram aplicadas as provas MMSE e EADA, enquanto que nos casos de acompanhamento psicológico aplicaram-se as provas MMSE, Teste Projetivo de *Rorschach*, GDS bem como a EADA.

O Breve Exame do Estado Mental (MMSE) é um exame de avaliação cognitiva do sujeito, que tem como finalidade avaliar diversas funções específicas cognitivas, tais como, a orientação espacial, a retenção de três palavras, a atenção e o cálculo, a evocação (lembrar-se das três palavras que reteve), a linguagem e a capacidade visuoespacial, sendo importante ter-se em conta o grau de escolaridade do indivíduo, permitindo, deste modo, verificar se a utente tem ou não um défice cognitivo e em que áreas tem mais dificuldade (Chaves, 2008; Rue & Spar, 2005).

A Escala de avaliação da doença de Alzheimer (EADA) tem como finalidade avaliar as alterações cognitivas e não cognitivas do sujeito sendo portanto constituída por uma parte

cognitiva (ADAS-Cog) e uma parte não cognitiva, sendo que esta última avalia a componente comportamental, em que as principais áreas cognitivas avaliadas são a linguagem, memória, comandos e praxia (Hungerbuhler, Wang & Gorenstein, 2016).

Quanto à componente não cognitiva, avalia-se os comportamentos do sujeito de acordo com as informações reveladas pelo utente ou pelo seu acompanhante e pelo que o técnico observa em contato com ele, sendo que a avaliação dos subtestes do choro, delírio, sintomas depressivos, deambulação, alucinação, comportamento alimentar, aumento da atividade motora, tremor, concentração/dispersão referem-se a comportamentos que ocorreram desde a semana anterior até à data da entrevista (Guerreiro & Mendonça, 2007).

Relativamente à Escala de depressão geriátrica (GDS), esta permite identificar os sintomas depressivos nos idosos (Yesavage & Col., 1983, citado por Sequeira, 2010). Existem diversas versões, tais como, a GDS 30, 15, 10 e 04, no entanto, foi utilizado no estágio a versão GDS- 30 (30 perguntas) em que estudos indicam que é um bom instrumento de rastreio em clínica, sendo de todas a que revelou ter uma maior sensibilidade (0,753) (Hungerbuhler, Wang & Gorenstein, 2016).

Numa avaliação psicológica os psicólogos fazem a avaliação de diversas problemáticas, tais como, por exemplo, a ansiedade ou até mesmo interesses profissionais, entre outros, no qual o técnico obtém dados através de entrevistas clínicas, da observação do comportamento do indivíduo, dos testes psicológicos, integrando-os, em seguida, de forma a fazer uma avaliação (VandenBos, 2010, pag. 126).

Relativamente aos testes psicológicos, estes definem-se como instrumentos utilizados no sentido de medir, por exemplo, a compreensão, raciocínio, pensamento abstrato e a inteligência do sujeito, bem como aptidões específicas, interesses, personalidade, entre outros (VandenBos, 2010, pag. 955), sendo que no estágio recorreu-se ao teste projetivo de *rorschach* de forma a fazer-se uma avaliação da personalidade das utentes que foram

seguidas em acompanhamento psicológico.

Chabert (2003) revela que o teste projetivo refere-se a um funcionamento, ora ligado ao real através da materialidade do teste, ora ligado ao imaginário, ou seja, este teste permite que o utente expresse emoções e afetos perante cada mancha de tinta apresentada, sendo importante que o psicólogo questione o utente acerca dos sentimentos que ele está a experimentar, e, como tal, é extremamente importante a relação estabelecida entre ambos, em que o profissional deverá sempre respeitar a individualidade do seu utente (Chabert, 2003).

O teste de *rorschach* dá-nos portanto informações acerca da estrutura da personalidade do sujeito, e pode ser aplicado tanto a crianças, como a adolescentes e adultos. Quanto à sua composição, é composto por 10 pranchas que contêm manchas de tinta, sendo apresentadas ao indivíduo por ordem crescente, para que ele refira o que lhe sugerem as manchas de tinta, sendo que no final, o psicólogo irá avaliar as respostas do utente em função da localização (porção da mancha de tinta observada pelo sujeito), os determinantes (são caracterizados pela qualidade percetiva que desencadeou a resposta, ou seja, a cor, a forma, o movimento) e o conteúdo (humano, animal, entre outros) (Torres, 2010).

Cada prancha remete para um conteúdo latente, sendo que:

- I- A prancha I mostra um estímulo que indica se o sujeito consegue ou não adaptar-se a uma nova conjuntura (Vaz, 1997, citado por Salsinha, 2010), remetendo também para a relação materna pré-genital e para as imagens de ameaça ou de segurança (Traubenberg, 1970/90, citado por Chabert, 2003).
- II- A prancha II sugere sentimentos de ameaça, agressividade e desequilíbrio emocional (referente à cor vermelha); bem como sentimentos de perda da figura materna (referente ao branco central) (Vaz, 1997, citado por Salsinha, 2010), remetendo também, segundo Nina Traubenberg (1970/90) para uma problemática na Identidade e da relação precoce com a mãe (Traubenberg,

1970/90, citado por Chabert, 2003).

- III- A prancha III indica informações sobre a extroversão e introversão do sujeito que está a ser avaliado (McCully, 1980, citado por Salsinha, 2010), e remete-nos para a representação do próprio face ao outro, bem como o tipo de relação convergente ou divergente (Trautenberg, 1970/90, citado por Chabert, 2003).
- IV- A prancha IV sugere a observação da estrutura masculina do indivíduo que está a ser avaliado (McCully, 1980, citado por Salsinha, 2010), e remete para uma imagem de autoridade, força, dominação ou submissão (Trautenberg, 1970/90, citado por Chabert, 2003).
- V- A prancha V sugere a realidade representativa do indivíduo que está a ser avaliado (Vaz, 1997, citado por Salsinha, 2010) e remete-nos para a representação do Sujeito bem como ao sentimento de integridade psíquica (Trautenberg, 1970/90, citado por Chabert, 2003).
- VI- A prancha VI relaciona-se com a autoridade masculina (McCully, 1980, citado por Salsinha, 2010), remetendo-nos para a Identidade e implicações sexuais, bem como para a problemática da castração (Trautenberg, 1970/90, citado por Chabert, 2003).
- VII- A Prancha VII realça a dicotomia proteção – abandono relativamente ao aspeto feminino (McCully, 1980, citado por Salsinha, 2010), remetendo para a imagem materna em função da relação que o indivíduo mantém com a sua mãe (Trautenberg, 1970/90, citado por Chabert, 2003).
- VIII- A prancha VIII provoca um choque à cor, indicando-nos a capacidade que o sujeito a ser avaliado tem relativamente à adaptação e ao contato social (Vaz, 1997, citado por Salsinha, 2010), remetendo para o mundo socio-afetivo,

promovendo no sujeito comunicação e emoções (Traubenberg, 1970/90, citado por Chabert, 2003).

IX- A prancha IX relaciona-se com os desejos que o sujeito tem para a sua vida (McCully, 1980, citado por Salsinha, 2010), remetendo para um simbolismo materno pré-genital relacionado com o nascimento ou com a gravidez (Traubenberg, 1970/90, citado por Chabert, 2003).

X- A prancha X reúne todos os dados que emergiram psicologicamente do indivíduo avaliado (McCully, 1980, citado por Salsinha, 2010), remetendo para a capacidade de unificação ou de fragmentação (Traubenberg, 1970/90, citado por Chabert, 2003).

Neste sentido, este teste permite aceder à representação do indivíduo a ser avaliado e à representação das suas relações (Chabert, 2003), sendo que, segundo Rose, Kaser-Boyd e Maloney (2001) a personalidade é a forma como o sujeito percebe o mundo que o rodeia e se relaciona com os outros, bem como o modo como regula as emoções, soluciona os problemas, e gere os momentos difíceis da sua vida; e, desta forma, ajuda assim o psicólogo a compreender melhor o funcionamento do seu utente, o que torna o teste projetivo de *rorschach* um instrumento precioso como parte integrante do processo de avaliação (Rose, Kaser-Boyd & Maloney, 2001, citado por Nunes 2011).

Reabilitação Cognitiva

As lesões cerebrais desencadeiam normalmente problemas cognitivos que têm consequências na vida dos indivíduos e dos seus familiares próximos; assim sendo, torna-se pertinente a inserção da estimulação cognitiva em planos terapêuticos de várias doenças psiquiátricas e neurológicas porque provoca mudanças na estrutura cerebral que leva a subseqüentes melhorias de algumas funções cognitivas, em que no caso da doença de

Alzheimer, pode contribuir para o atraso do declínio cognitivo bem como para a manutenção das capacidades do sujeito (Pais & Cruz, s.d.).

Segundo Oliveira (2008), a memória é a função cognitiva que mais se deteriora com o avançar da idade, principalmente a memória de trabalho e a de longo prazo (Oliveira, 2008), e, neste seguimento, é importante referir que estudos indicam que os programas de estimulação cognitiva têm vantagens ao nível da manutenção e da melhoria da função cognitiva e numa redução dos sintomas depressivos em idosos institucionalizados (Gonçalves, 2006).

Um exemplo de treino cognitivo é o caso de Rodrigues (2006) que desenvolveu um programa de 7 sessões de diversos jogos de mesa com o objetivo de desenvolver as funções de memória, coordenação motora, atenção e abstração lógica em que se verificou através da análise de resultados que houve um aumento na capacidade de abstração, de organização perceptiva e mais rapidez psicomotora por parte dos indivíduos (Rodrigues, 2006).

Existem diversos programas de reabilitação cognitiva, em que no local de estágio inicialmente utilizava-se o Programa *REHACOM*, tendo sido substituído por um Programa mais atual denominado de *COGWEB*, sendo que durante o período intercalar procedeu-se à estimulação cognitiva em papel que, segundo os autores Pais e Nunes (2014), consiste em diversos exercícios que estimulam diversas áreas, tais como a atenção, gnóscias, linguagem, praxias, memória e funções executivas (Pais & Nunes, 2014).

O Programa *Cogweb* foi desenvolvido em 2005 por uma equipa portuguesa formada por neuropsicólogos, neurologistas e engenheiros informáticos, sendo também um programa informático validado cientificamente, que consiste na realização, por parte do utente, de atividades prescritas pelo terapeuta que promove uma melhoria de certas funções cognitivas, sendo que a prescrição dos exercícios se verifica após a análise dos resultados da avaliação neuropsicológica e da hipótese de diagnóstico, podendo o utente treinar, por exemplo, a

atenção e a capacidade construtiva, entre outros (Santos, 2015).

III PARTE – ESTÁGIO

Objetivos Gerais e Específicos

O estágio tem como objetivo geral uma maior aprendizagem acerca do papel do psicólogo no Centro e um crescente conhecimento acerca do idoso e da sua saúde mental bem como das técnicas estudadas, usufruindo também das diversas aprendizagens que o estágio fornece no dia-a-dia, em contato com as utentes, funcionárias, e equipa multidisciplinar, desenvolvendo uma boa relação com as utentes e funcionárias, tanto quando se está a trabalhar, como quando se faz uma pausa para almoçar, fomentando assim um bem-estar global.

Como Objetivos específicos, tem:

1 – Melhorar o estabelecimento de uma boa relação psicológica com as utentes, bem como as respostas de compreensão empática dadas.

2 – Promover o *empowerment*, partilha, introspeção e bem-estar das utentes, no sentido de diminuir os efeitos negativos da saúde mental, promovendo um desenvolvimento da autonomia.

3 – Estimular as funções de memória, atenção, orientação espaço-temporal das utentes através da realização de estimulação cognitiva em grupo.

4 – Promover um desenvolvimento cognitivo através de estimulação cognitiva individual nas áreas que a utente mais necessita (através de exercícios em papel e através do programa informático *Cogweb*), desencadeando momentos terapêuticos satisfatórios na utente através do estabelecimento de uma boa relação psicológica.

5– Compreensão aprofundada da análise de cada caso individual (acompanhamento individual).

6– Desenvolvimento de competências no sentido de melhor elucidar os diversos familiares no que respeita à saúde mental, promovendo assim uma melhor qualidade de vida, interajuda e compreensão do familiar residente no Centro.

7– Desenvolver o papel de facilitadora no grupo de auto-representação, no qual as utentes representantes do Centro referem o que as satisfaz e insatisfaz na Instituição, propondo soluções, desencadeando-se assim um maior bem-estar e qualidade de vida entre todos.

Quadro 3: Cronograma das atividades do estágio

2014/2015 – Apenas às Segundas e Terças das 09:00H às 17:00H									
	Out 20 a 28	Nov 3 a 25	Dez.1 a 30	Jan 5 a 27	Fev 2 a 24	Mar 2 a 31	Abri 6 a 28	Mai 4 a 26	Jun 1 a 30
Entrevista com a Psicóloga do Centro	X								
Estado da Arte /Bibliografia	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrega do Projeto de Estágio				X					
Rehacom	X	X	X						
Estimulação em papel individual			X	X					
Formação de CogWeb					X				
CogWeb (estimulação cognitiva)					X	X	X	X	X
Grupo Estimulação Cognitiva e Psicomotora		X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo Psicoeducativo para as Famílias		X	--	X	X	X	X	X	X
Casos de Acompanhamento			X	X	X	X	X	X	X
Grupo de Auto-Representação		X	X	X	X	X	X	X	X
Festa do Magusto		X							
Horas Total = 560H	32h	64h	48h	64h	64h	80h	64h	64h	80h

Horário de Estágio e Funções

O primeiro contato com o Centro foi telefonicamente, com a Psicóloga do Centro Psicogeriátrico que marcou o dia da entrevista com a estagiária para o dia 14 de Outubro de 2014. Nesse dia, a estagiária foi recebida pela supervisora do estágio com muita simpatia, onde se delineou o horário e as funções de acordo com os objetivos gerais e específicos, sendo que apresento abaixo o quadro da distribuição horária semanal:

Quadro 4: Carga horária semanal e respectivas funções

Carga Horária (16h)	Segunda-Feira	Terça-Feira
Sessões de <i>Cogweb</i> Individual (1h)	9h – 12:30h (3 casos)	9h – 11:30h (2 casos)
Sessões de Acompanhamento Psicológico	14h – 14:45h	14h – 14:45h
(45 minutos) (semanal)		
Registos e Supervisão com a Orientadora	15 Horas	15:30
do Local de Estágio		
Grupo Psicoeducativo para as Famílias	15:30h	-----
(mensal)		
Grupo de Auto-Representação	-----	16 H-17h
(quinzenal)		
Grupo de Estimulação Cognitiva e	16h – 17h	-----
Psicomotora (semanal)		

No primeiro dia de estágio, dia 20 de Outubro de 2014, visitou-se as instalações e os restantes técnicos dos outros serviços do Local, onde foi explicado o seu funcionamento, bem como os horários das refeições das utentes e da biblioteca a cumprir, tendo ficado delineado que a estagiária teria que realizar registos diários de todas as atividades que realizasse no Centro, sendo pertinente referir que sempre que fosse necessário haver alterações pontuais que seriam sempre combinadas entre a estagiária e a orientadora do estágio, e se necessário

com as utentes.

Relativamente a Formações internas é pertinente referir que no dia 3 de fevereiro de 2015, a estagiária e a orientadora de estágio do Centro receberam formação de *Cogweb*, dado que foi adquirido esse mesmo programa de estimulação cognitiva online no sentido de se proceder à reabilitação cognitiva das utentes do Local.

Nesta medida, a Dra Paula Agostinho atribuiu 5 casos de reabilitação cognitiva através do Programa *Cogweb* à estagiária de psicologia, tendo tido início no dia 9/2/15.

Grupo Psicoeducativo para as Famílias

O Grupo Psicoeducativo para as Famílias foi criado para ir ao encontro das necessidades dos familiares das utentes, sendo que os membros, em conjunto, apresentam anualmente temas que gostassem de ver apresentados mensalmente, ao qual a Psicóloga do Centro que dinamiza o Grupo elabora a planificação, e, neste sentido, cada tema será apresentado pelo serviço adequado (Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem), sendo que a estagiária apresentou os temas da “Depressão no idoso” (6/4/15), “Esclerose múltipla” (4/5/15) e “Saber envelhecer” (1/6/15)

Grupo de Auto-Representação

Relativamente ao Grupo de Auto-Representação composto por 5 utentes que representam as restantes utentes do Centro, a estagiária dinamizou 5 sessões.

No dia 31/3/2015 procedeu-se à avaliação das festas de aniversário do mês de março, leu-se os emails que o grupo de auto-representação de outro Pólo enviou, e procedeu-se à nomeação das melhorias e sugestões de melhorias relativamente ao Centro.

No dia 14/4/15 debateu-se acerca das celebrações da páscoa existentes no Centro, da visita a Almourol e da sala do 1º piso, referindo, no final, se houve melhorias em relação ao

que foi nomeado na sessão anterior.

No dia 5/5/15 debateu-se acerca do tríduo de São Bento Menni dinamizado no Local, bem como do dia da mãe e da festa da família hospitaleira, referindo sempre as melhorias e sugestões de melhorias para o Centro no final da sessão.

No dia 19/5/15 debateu-se acerca da atividade “O Terço”, referindo em seguida todas as melhorias que se têm notado nas instalações do Centro, sugerindo também outras atividades que pudessem ser dinamizadas no Local.

No dia 23/6/15 integrou-se a nova estagiária de psicologia no grupo, no sentido de continuar com o grupo dado que o estágio está a finalizar, no qual os membros do grupo falaram acerca do grupo, dos seus objetivos e da importância que tem tido para o Centro, mas também para cada membro, sendo que todas referiram que as faz sentirem-se úteis na medida que representam as restantes utentes e que se sentem ouvidas dado que sempre que alertam para algo que não esteja a correr bem reparam que há melhorias posteriores a isso.

Grupo de Estimulação Cognitiva e Psicomotora

Quanto ao Grupo de Estimulação Cognitiva e Psicomotora com as utentes, as estagiárias de psicologia e de psicomotricidade dinamizaram e programaram atividades que estimulassem a orientação espaço-temporal, a memória, o cálculo, a partilha de experiências, promovendo assim um maior bem-estar e um desenvolvimento das relações interpessoais entre as utentes, sendo importante referir que decorreram entre Novembro de 2014 e Junho de 2015.

Este grupo foi composto por 7 utentes com algum défice cognitivo até à data, sendo que foi aplicado inicialmente o Exame do Estado Mental (MMSE) bem como no final, de forma a ver o impacto da estimulação cognitiva nas utentes, sendo importante referir que P.F. integrou o Centro em Fevereiro 2015 e o grupo em Abril por sugestão da Psicóloga do Centro

e A.M. pediu para assistir às sessões do grupo por curiosidade. Segue abaixo uma tabela com informação pertinente acerca dos membros do Grupo, uma breve descrição de cada sessão e, posteriormente uma tabela referente aos resultados da aplicação do Exame do Estado Mental às utentes.

Quadro 5: Informações das utentes do Grupo de Estimulação Cognitiva e Psicomotora

Utentes	Idade	Estado Civil	Origem	Tempo de internamento
A.S	77	Solteira	Porto	Desde 08/2004
F.B.	65	Divorciada	Cascais	Desde 04/2014
M.L.	85	Viúva	Lisboa	Desde 12/2014
A.F.	88	Viúva	Faro	Desde 10/2013
C.S.	96	Solteira	Lisboa	Desde 02/2008
P.F.	75	Casada	Beja	Desde 02/2015
L.A.	88	Viúva	Évora	Desde 03/2008
A.M.	85	Viúva	Coimbra	Desde 02/2008

Sessão 1 – 17/11/14

O objetivo desta sessão foi reforçar os laços afetivos entre as utentes, estabelecer uma relação terapêutica destas com as estagiárias de psicologia e de psicomotricidade, estimular a orientação espaço-temporal, o reconhecimento visual, a evocação de imagens, a memória, a atenção, bem como a nomeação de objetos, promovendo também a criatividade.

Inicialmente, cada utente apresentou-se. Em seguida, no sentido de estimular a orientação espaço-temporal, cada utente responde e preenche o calendário de grupo (ano, mês, dia da semana e do mês, estação do ano, meteorologia e local onde se encontram), sendo que realizam esta atividade no início de todas as sessões de grupo. Posteriormente, procedeu-se à atividade das figuras geométricas, no qual as utentes têm que nomear e memorizar cada figura geométrica projetada para reconhecê-la e nomeá-la em seguida quando as virem novamente em formato de papel.

Sessão 2 – 24/11/14

O objetivo desta sessão foi estimular a orientação espacial e temporal, estimular a memória recente, a atenção, bem como promover a autonomia das utentes e desenvolver a criatividade.

Inicialmente procedeu-se com a atividade do Calendário, seguindo-se da atividade da história, onde foi projetado um texto, sendo pedido aos membros do grupo que memorizassem pormenores tais como, nomes, datas e locais; cada utente teve que escolher a resposta certa a cada questão. Seguidamente, foram dispostas diversas imagens em cima da mesa, pedindo que cada utente escolhesse a imagem que tivesse mais significado para si, tendo que partilhar com o grupo o porquê dessa escolha e qual o significado.

Sessão 3 – 1/12/2014

Esta sessão teve como objetivo estimular a orientação temporal e espacial, estimular a memória e o vocabulário, promover a criatividade bem como a introspeção do “EU” de cada utente.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, tendo-se seguido a atividade do “Jogo das Perguntas”, no qual, cada utente tinha que ser criativa e completar frases como “se eu fosse um animal/cor/profissão/objeto... seria...porque....”

Sessão 4 – 12/1/15

Esta sessão teve como objetivo estimular a orientação espaço-temporal, a memória e a atenção, promovendo o bem-estar das utentes.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário. Em seguida as utentes visualizaram alguns vídeos musicais dos anos 50/60, tendo que referir no final de cada vídeo o nome do cantor, sendo que foi referido inicialmente pela estagiária de psicologia.

Sessão 5 – 19/1/15

Esta sessão teve como objetivo estimular a orientação espacial e temporal, a memória a longo e a curto prazo, bem como a promoção do *empowerment*.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, e seguidamente foi pedido que cada utente apresentasse a sua terra, referindo o nome, as tradições/costumes, gastronomia tradicional bem como locais a visitar nessa localidade. No final de todas as apresentações individuais de cada membro, foi perguntado às utentes qual o nome da terra de certa utente.

Sessão 6 – 26/1/15

O objetivo desta sessão foi estimular a orientação espaço-temporal, a evocação categorial e a memória, bem como desenvolver a concentração e promover a introspeção.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, tendo-se seguido a atividade “ABC do Corpo”, onde foi pedido a cada membro do grupo que referisse uma letra para que todo o grupo tivesse que seguidamente referir palavras começadas com essa letra mas relacionadas com o corpo. Posteriormente, foi pedido que cada utente referisse a zona do seu corpo que gostasse mais e a que gostava menos, tendo que explicar o porquê das suas respostas.

Sessão 7 – 9/2/15

O objetivo desta sessão foi estimular a orientação espacial e temporal, bem como estimular as funções executivas, a criatividade e a memória a curto e longo prazo, promovendo o bem-estar e a satisfação das utentes.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, seguindo-se a atividade “O Mundo da Culinária”, onde cada utente teve que referir exemplos de entradas para um almoço em família, bem como que ingredientes teria que usar para fazer determinadas receitas para a

refeição, dando exemplos de pratos tradicionais; sendo que, em seguida, foi-lhes pedido para ordenar por ordem crescente sequências de imagens projetadas numa tela referentes ao tema.

Sessão 8 – 16/2/15

Esta sessão teve como objetivo estimular a orientação espacial e temporal, a memória e a atenção, bem como a promoção do bem-estar grupal.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, tendo-se seguido a atividade “O Jogo do Stop”, onde foi pedido que cada utente, em voz alta, referisse nomes, cores, objetos e países com determinada letra do abecedário escolhido ao acaso por uma utente escolhida pela estagiária de psicologia. Em seguida, as utentes ouviram uma música instrumental relaxante, e foi-lhes pedido para individualmente partilharem com o grupo o que a música as fez sentir.

É pertinente referir que no final da sessão, foi perguntado ao grupo se a estagiária de psicologia poderia aplicar um breve teste individual, ao qual responderam prontamente que sim, tendo sido aplicado o MMSE às utentes.

Sessão 9 – 2/3/15

A sessão teve como objetivo a orientação espaço-temporal, o reconhecimento de profissões através de diversas imagens, a estimulação da atenção e da memória, bem como a promoção do bem-estar das utentes.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, sendo que em seguida foi pedido ao grupo que referisse qual a profissão expressa em cada imagem apresentada na tela pela estagiária, sendo que no final da sessão foi pedido que cada utente fizesse um resumo de tudo o que se passou na sessão com ambas as estagiárias, referindo também o grau de satisfação sentida.

Sessão 10 – 9/3/2015

A sessão teve como objetivo a orientação espacial e temporal, a estimulação das funções de atenção e a averiguação da satisfação sentida pelo grupo com as atividades, bem como as dificuldades sentidas.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, tendo-se seguido a atividade “A Sopa de Números” no qual foram dispostos na mesa mais do que 15 números em formato de papel, tendo sido pedido que cada utente encontrasse e retirasse determinado número. No final o grupo foi questionado acerca da sua satisfação com as atividades da sessão toda, tendo sido pedido que cada utente referisse as dificuldades que tem sentido nas sessões, promovendo assim uma partilha em grupo.

Sessão 11 – 16/3/15

O objetivo da sessão foi estimular a orientação espacial e temporal, as funções de memória e a promoção da criatividade.

Inicialmente procedeu-se à atividade do calendário, tendo-se seguido a atividade “Texto e Rimas”, no qual as utentes tiveram que completar determinadas rimas em grupo, sendo que, em seguida, foi pedido que cada utente lesse um pequeno trecho de um texto sobre a primavera, partilhando com o grupo o que mais gostou, explicando a sua resposta.

Sessão 12 – 30/3/15

O objetivo desta sessão foi a orientação espacial e temporal, a estimulação da função da atenção, bem como a promoção do bem-estar do grupo através da relaxação com música.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, seguindo-se da visualização de um vídeo de um poema tendo em pose o poema em formato de papel de forma a o conseguirem seguir melhor com o áudio; sublinhando a parte que mais gostassem, sendo que,

em seguida, foi pedido que cada utente lesse o trecho que mais gostou e explicar o porquê.

Sessão 13 – 13/4/15

O objetivo desta sessão foi a orientação espaço-temporal, a estimulação da memória a longo prazo, a promoção da partilha de viagens marcantes, bem como a relaxação das utentes.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, tendo-se seguido a atividade “Monumentos e Locais”, onde foi projetado diversos monumentos conhecidos, tendo sido pedido aos membros do grupo que revelassem o local onde se encontra. Posteriormente, foi pedido que cada utente partilhasse com o grupo uma viagem que tenham gostado de fazer, falando acerca dela. Em seguida, foi proposto que ouvissem uma musica relaxante, referindo no final a satisfação sentida com a sessão e as dificuldades sentidas.

Sessão 14 – 20/4/15

O objetivo desta sessão foi a orientação espacial e temporal, a estimulação da atenção, a promoção da relaxação dos membros do grupo, bem como a averiguação da satisfação e dificuldades sentidas pelas utentes.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, tendo-se seguido a atividade “Descubra o Intruso” tendo sido apresentado uma sopa de números, no qual cada utente tinha que encontrar e referir o número que não fazia parte da sequência (aquele que era diferente). Em seguida, foi pedido que as utentes ouvissem uma musica relaxante, referindo, em seguida, o que a musica as fez sentir.

Sessão 15 – 18/5/15

O objetivo desta sessão foi a orientação espaço-temporal, a promoção do *empowerment*, da partilha e do bem-estar.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, tendo-se seguido a atividade “Frases do Papa Francisco”, no qual cada utente recebeu duas frases em formato de papel do Papa Francisco, tendo sido pedido que cada utente as lesse e refletisse em voz alta acerca delas.

Sessão 16 – 25/5/15

O objetivo desta sessão foi a orientação temporal e espacial, a estimulação da criatividade, o desenvolvimento da memória a curto e longo prazo, a promoção do bem-estar das utentes e do *empowerment*.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, tendo-se seguido a atividade “A Minha Terra” onde foi pedido que cada utente descrevesse a sua terra (o nome e tudo o que quisesse referir), como se estivesse a promover o turismo para a sua localidade, sendo que no final iria-se questionar as utentes acerca do nome da terra de onde vieram as suas colegas.

Sessão 17 – 8/6/15

O objetivo desta sessão foi a orientação espacial e temporal e a estimulação da memória a curto prazo.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário, tendo-se seguido a atividade “Texto – Perguntas” no qual foi pedido que cada utente seguisse a leitura do texto de Santo António, lida lentamente pela estagiária de psicologia, tendo sido alertado previamente que iriam responder individualmente a perguntas acerca do texto no final da leitura.

Sessão 18 – 15/6/15

O objetivo desta sessão foi a orientação espacial e temporal, bem como a estimulação da memória a curto e a longo prazo.

Inicialmente procedeu-se à atividade do Calendário. Em seguida, foi apresentado às utentes na tela imagens de instrumentos musicais com o seu som, referindo, em grupo o nome do instrumento, sendo que, no final foi apenas revelado o som do instrumento, e cada utente teria que referir o nome do instrumento musical que estava a ouvir.

No final da sessão as estagiárias referiram que o estágio estava a terminar mas que seriam acompanhadas por outra psicóloga, revelando que a próxima sessão seria a última e que iria ser aplicado um breve teste como se fez no início.

Sessão 19 – 29/6/15

O objetivo desta sessão é a aplicação do Exame Breve do Estado Mental.

Quadro 6: Resultados do MMSE iniciais e finais do Grupo de Estimulação Cognitiva e Psicomotora

Resultados do Exame Breve do Estado Mental	Inicial (16/2/2015)	Reavaliação (29/6/15)
A.S.	21 Pontos (Défice Cognitivo Moderado)	23 Pontos (Défice Cognitivo Ligeiro)
F.B.	20 Pontos (Défice Cognitivo Grave)	21 Pontos (Défice Cognitivo Moderado)
L.A.	17 Pontos (Défice Cognitivo Grave)	22 Pontos (Défice Cognitivo Moderado)
A.F.	27 Pontos (Sem Défice Cognitivo)	23 Pontos (Défice Cognitivo Ligeiro)
C.S.	26 Pontos (Sem Défice Cognitivo)	22 Pontos (Défice Cognitivo Moderado)
P.F.(desde 15/4/15)	11 Pontos (Défice Cognitivo Grave)	7 Pontos (Défice Cognitivo Grave)
M.L.	16 Pontos (Défice Cognitivo Grave)	Não quis fazer o teste por motivos de doença
A.M.	26 Pontos (resultado fornecido pela Dra Paula Agostinho)	25 Pontos (Sem Défice Cognitivo)

Breve Reflexão Clínica

Os resultados da aplicação do teste psicológico do Exame Breve do Estado Mental (MMSE) sugerem que na maioria dos casos a Estimulação Cognitiva foi eficaz, sendo que 3 utentes melhoraram, obtendo um menor défice cognitivo, no entanto agravou-se em dois

casos, sendo importante referir que C.S. esteve hospitalizada por mais de um (1) mês.

Os resultados baixos de P.F. e de M.L. e o agravamento do déficit cognitivo em A.F., sugerem a importância de se verificar a que fatores se deve esta situação, sendo pertinente, neste sentido, uma possível avaliação psicológica.

IV PARTE – APRESENTAÇÃO DE CASOS PRÁTICOS

Apresentação do Caso Z.R.

Z.R. é uma utente de 80 anos de idade que se encontra no Centro há 2 anos devido a problemas de mobilidade decorrentes de uma operação à coluna, no qual o marido não conseguia dar-lhe toda a assistência necessária, sendo que atualmente encontra-se num processo de reabilitação fisioterapêutico.

Após ter sido realizada uma avaliação psicológica, colocou-se a hipótese de estar a desenvolver um quadro depressivo, sendo que considerou-se benéfico a realização de acompanhamentos psicológicos semanais, de forma a aliviar os sintomas referidos.

Z.R. foi acompanhada durante 21 sessões, sendo que as primeiras quatro (4) sessões foram dedicadas à recolha de dados para a anamnese, a quinta (5) sessão foi dedicada à avaliação neuro psicológica com a aplicação do Exame Breve do Estado Mental (MMSE) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), e com o intuito de compreender melhor a personalidade da utente, julgou-se importante aplicar na sexta (6) sessão o Teste Projetivo de *Rorschach*.

No final concluiu-se que, tendo as sessões de acompanhamento sido benéficas para a utente, que havia a necessidade de continuar com as mesmas com a nova estagiária de psicologia.

História Clínica

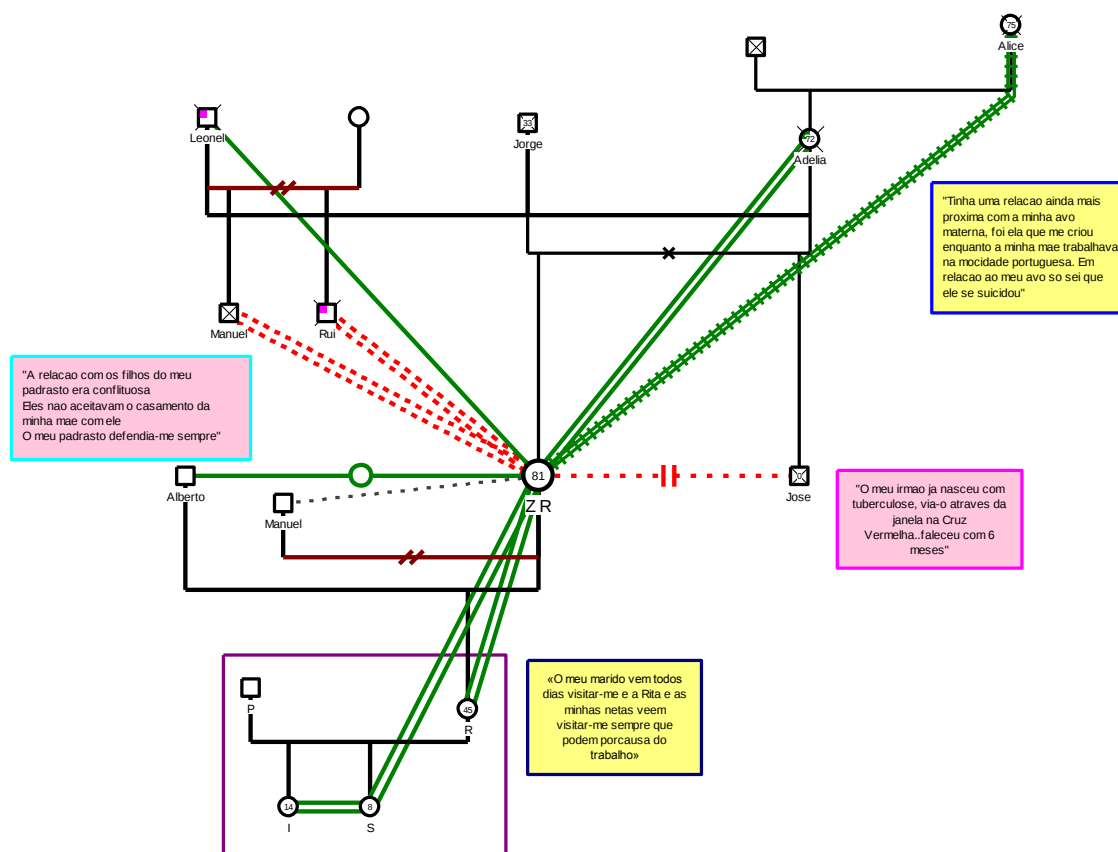
Avaliação Psicológica (Entrevista)

Procedeu-se à recolha da informação referente à entrevista clínica nas primeiras 4 sessões, sendo que a primeira sessão teve início no dia 1 de dezembro de 2014, sempre com a supervisão da Dra. Paula Agostinho.

Dados Pessoais

Z.R. tem 80 anos, nasceu de parto normal, é natural da Parede, trabalhou na Sonap em Portugal e foi para Moçambique aos 28 anos onde teve a profissão de mecanógrafa, que originou problemas de audição. É atualmente casada há 44 anos (2º casamento), teve uma filha e é avó de duas netas (Figura 1).

Figura 1: Genograma da Z.R.



Primeiro Contacto

Z.R. é uma utente de aspeto cuidado, de estatura larga, bem-disposta, simpática, com unhas e cabelo arranjado, perfumada, observadora, muito educada e colaborou em

todas as questões. Encontra-se numa cadeira de rodas, tendo solicitado ajuda na deslocação entre o quarto ou a sala e o gabinete de psicologia.

Setting

Todas as sessões foram realizadas com a porta fechada, no Gabinete de Psicologia, numa primeira fase no Piso 0 e numa fase posterior no Piso 2 com a mudança para um Gabinete do Serviço de Psicologia mais amplo e iluminado com luz natural.

Pedido

O médico reencaminhou Z.R. para acompanhamento psicológico por ter sido colocada a hipótese de estar com sintomas depressivos, hipóteses essas corroboradas com a avaliação posteriormente feita, tendo sido indicado sessões de acompanhamento regulares de forma a aliviar esses sintomas, contribuindo para um maior bem-estar da utente.

História Clínica

A utente teve a sua primeira cirurgia á coluna em 2001 decorrente de uma queda num WC da clínica quando foi à consulta devido ao défice de audição decorrente da sua profissão; sendo que foi operada novamente à coluna porque a operação não correu bem, e desde então encontra-se numa cadeira de rodas, em tratamento fisioterapêutico.

É importante ressaltar que desde que começou a trabalhar com as máquinas começou a ter crises de bronquite asmática, sendo pertinente referir que já em criança tinha tendência para dores de garganta e anginas.

História Familiar

Z.R. nasceu na Parede, foi para a escola aos 6/7 anos até ao 5º ano de escolaridade, começando a trabalhar aos 17 anos na Sonap.

A relação com a sua mãe era próxima e harmoniosa, e, por outro lado, não se recorda da relação que teve com o seu pai porque faleceu com tuberculose quando ela tinha 2 anos de idade, tendo o seu irmão contraído a mesma doença falecendo aos 6 meses, o qual só conheceu através da janela do hospital, devido ao risco de contágio.

A sua mãe casou pela segunda vez tinha Z.R. 11 anos de idade, tendo vivido com a sua mãe, avó materna e padrasto até aos 18 anos, sendo importante ressaltar que a relação com o seu padrasto foi boa, no entanto a relação com os filhos dele era conflituosa dado que não aceitavam o segundo casamento do mesmo.

É pertinente referir que como a mãe trabalhava na Mocidade Portuguesa Feminina, que Z.R. foi criada essencialmente pela sua avó materna, com a qual estabeleceu laços muito profundos e fortes, tendo sido ela a responsável pelo seu atual gosto pela música, tendo aprendido com ela tocar piano, tendo esta falecido quando a utente frequentava o liceu.

Casou aos 19 anos pelo civil com o seu primeiro namorado, mas passado 1 ano divorciaram-se porque existiam diversas discussões e até mesmo ameaças físicas, não tendo sido um casamento feliz, tendo regressado a casa da sua mãe depois da separação.

Frequentou o coro da FNAT onde era cantora e aos 28 anos foi para Moçambique trabalhar como mecanógrafa, tendo sido uma adaptação difícil, no entanto foi em Moçambique que Z.R. conheceu o seu atual marido, onde casou e engravidou da sua filha, regressando a Portugal com a filha já com 3 anos de idade.

Z.R. apresenta um relacionamento afetivo muito próximo com o seu marido bem como uma relação harmoniosa com a filha e as duas netas, afirmando que tem um casamento muito feliz e uma família muito unida.

Situação Atual

Z.R. tem uma alimentação saudável, está a tentar emagrecer dado à sua estatura larga, revela que se sente inútil por estar numa cadeira de rodas, que sente saudades de casa, que gostava de ajudar o marido no que ele precisa mas que para isso precisa de voltar a andar.

Refere que desde que entrou para o Centro que tem sentido pouco apetite, tem andado em tratamento fisioterapêutico de forma a voltar a andar com o auxílio provavelmente de um tripé, que gosta de estar no Centro por ser bem tratada, mas que sente-se ansiosa para voltar a casa, sendo pertinente referir que tem visitas diárias do seu marido e semanais da sua filha e netas, algo que Z.R. valoriza imenso e a deixa muito alegre.

Relações Sociais e Afetivas

A utente refere dar-se bem com todas as utentes, gostar de conviver, mas aprecia estar mais no seu quarto onde tem visitas diárias do seu marido, com quem passa a tarde, e visitas semanais da sua filha e das suas duas netas, referindo “as visitas da família são muito importantes para mim, recarregam a bateria, é quando participo também das decisões familiares em conjunto com eles, o que me deixa muito feliz”, havendo um esforço por parte dos familiares em manter os laços afetivos, bem como uma transmissão de valores às netas da utente, observando-se assim uma coesão familiar ao nível da estrutura familiar, de forma a conquistar a homeostase desde que Z.R. entrou para a instituição devido às suas problemáticas.

Ocupação no Centro

Z.R. tem diariamente o seu tratamento de fisioterapia, sempre que necessário vai ao

médico, cabeleireiro, manicure, pédicure e sessões de *reiki* existentes na Instituição, contribuindo para o seu bem-estar, e sempre que quer faz ginástica na sala e espera a visita diária do seu marido e aos fins-de-semana da sua filha e das suas duas netas.

Sempre que agendado faz estimulação cognitiva (*Cogweb*) com a Psicóloga do Centro e participa, sempre que possível, nas diversas atividades propostas pela Instituição na companhia do seu marido.

Avaliação Psicológica (instrumentos)

Numa primeira fase foram aplicadas provas de avaliação cognitiva e posteriormente aplicada a prova de avaliação da personalidade, no sentido de se compreender melhor o funcionamento da utente.

Z.R. sempre apresentou um discurso coerente e fluido, no entanto observou-se traços de tristeza e frustração por se encontrar numa cadeira de rodas “sinto-me inútil porque estou nesta cadeira de rodas o que me impossibilita de ajudar o meu marido” bem como traços de ansiedade pelo desejo que tem em voltar a viver em casa. Neste sentido foi-lhe proposto a aplicação do Exame Breve do Estado Mental (MMSE) e da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) na sessão seguinte (26/1/15), de forma a aferir a existência ou não de traços depressivos, bem como verificar se a utente apresentava algum défice cognitivo, bem como a aplicação numa sessão posterior (3/2/15) do teste projetivo de *Rorschach* de forma a compreender melhor os seus traços de personalidade, bem como o seu funcionamento, ao qual Z.R. colaborou sempre.

Análise dos Resultados

O resultado obtido no Exame Breve do Estado Mental foi de 27 pontos, o que remete para que a utente não apresente défice cognitivo, revelando uma boa orientação

espácio-temporal, facilidade na retenção, no cálculo e na evocação, revelando dificuldade na cópia.

O resultado obtido na Escala de Depressão Geriátrica foi de 17 pontos, o que remete para uma depressão ligeira, e que corrobora com os sintomas depressivos apresentados através do discurso da utente “ sinto-me inútil por estar nesta cadeira de rodas” , a ansiedade que sente em voltar para casa, mas a alegria que sente nas visitas diárias do marido e semanais da filha e netas, que a ajudam a gerir os sintomas depressivos, sugerindo que a depressão ligeira esteja ligada ao facto de estar institucionalizada e em cadeiras de rodas, sendo a presença frequente da família essencial para o bem-estar e motivação diária da utente.

A aplicação do Teste Projetivo de *Rorschach* teve a duração de 60 minutos.

Correu bem, a utente mostrou curiosidade em relação ao teste, apresentando um discurso coerente, no entanto, o número de respostas dadas por Z.R. (18 respostas) encontra-se um pouco abaixo dos parâmetros normais, o que poderá revelar que a utente poderá estar com algum bloqueio a nível emocional ou inibição.

Quanto ao tipo de apreensão a salientar que a utente apreende a realidade preferencialmente de forma detalhada (D=66,6%), o que poderá sugerir um gosto pelo concreto, uma inteligência prática bem como um sentido da realidade, em detrimento das respostas de pequeno detalhe (Dd= 5,6%) que estão ligeiramente abaixo dos valores normativos, dando indicação de que se deve treinar o pensamento intelectual e a afetividade.

Em relação ao F% (66,6%), este encontra-se dentro dos valores normativos o que sugere que a utente apreende a realidade através de um pensamento formal, indicando que consegue adaptar-se à realidade exterior, bem como regular a razão e o pensamento, no entanto F+% (54,1%) encontra-se abaixo dos valores normativos, sugerindo que a utente

utiliza o pensamento formal mas que nem sempre é de boa qualidade, no entanto isto é superado pelo seu valor alargado ($F+a\% = 156,3\%$) no qual se observa que para a utente existem outras preocupações e que o seu pensamento formal é influenciado tanto pelos afetos como pelas suas emoções de forma adequada.

O TRI (tipo de ressonância íntima) sugere que o modo de sentir da utente é do tipo ambiençial (2K/2C), indicando que no funcionamento à superfície existe flexibilidade, dado que Z.R. tanto tem a capacidade de explorar a realidade exterior como também consegue controlar a exteriorização dessas mesmas cargas afetivas, o que faz com que haja a tendência para uma certa indecisão ou uma certa ambivalência por parte de Z.R..

Por outro lado a Fórmula Complementar (FC) sugere-nos que o funcionamento em profundidade da utente é do tipo Introversivo ($2k>0E$), existindo então um certo conflito entre ambos dado que existem dois registos de funcionamento na utente, sendo que sugere que a utente tenha a tendência para adiar ações, existindo portanto uma propensão para imaginar mais do que agir, ou seja, a imaginação sobrepõe-se às emoções.

O valor de reação à cor ($RC=38,9\%$) revela que o funcionamento psicoafectivo se encontra dentro dos parâmetros normais. É importante ressaltar também que o valor de índice de angústia está dentro dos parâmetros normais ($IA=0,39\%$) revelando que a utente não acusa nenhum índice de angústia.

Z.R. apresentou respostas de conteúdo animal (33.3%) ligeiramente abaixo dos valores normativos (35% -50%) o que sugere uma certa dispersão do pensamento, sendo importante referir que a sua presença reflete a importância do imaginário ligada ao seu funcionamento introversivo. Por outro lado a presença de respostas de conteúdo humano ($H=16,6\%$) dentro dos parâmetros normativos permite aferir a capacidade da utente no que se refere à representação de si mesma e dos outros num sistema de relações interpessoais.

No que se refere ao número de banalidade (0,33), pode-se sugerir que como o valor

está ligeiramente acima dos parâmetros normativos que a utente poderá revelar ser uma pessoa influenciável, conformista e com colagem à realidade.

É pertinente salientar que houve recusa na Prancha VI, e que esta prancha remete para diversas implicações sexuais, o que sugere uma problemática a este nível, embora os dados que dispomos não sejam suficientes para retirar qualquer enlaço, no entanto segundo Chabert (2003) cada prancha remete para um conteúdo latente, sendo que Traubenberg (1970/90, citado por Chabert, 2003, pag.69) refere que é frequente a recusa nesta prancha visto que é mais frequente haver uma reação emocional negativa devido às implicações sexuais.

Neste seguimento, é importante e pertinente a utente usufruir de sessões de acompanhamento psicológico de forma a aliviar os seus sintomas depressivos, de forma a promover um maior bem-estar psicológico à utente.

Acompanhamento Psicológico

As sessões de acompanhamento psicológico foram semanalmente às terças-feiras às 14h, com duração total de 45 minutos, no gabinete de psicologia.

Sessão I

Depois de todo o procedimento anterior, a primeira sessão de acompanhamento psicológico teve início no dia 10/2/15, no qual Z.R. se encontrava com um discurso coerente e fluido, referindo que a semana passada teve que fazer um aerossol porque se constipou mas tem recuperado bem e que parece que desde que entrou para o Centro que tem sentido menos apetite, sentindo-se ansiosa para voltar para casa, apesar de se sentir contente com o facto de estar a viver no Centro, local esse onde é bem tratada. Referiu a importância de ter visitas semanais da filha e das duas netas, bem como a visita diária do seu marido, e que se sentia

muito contente com isso. Refere que a sua neta de 13 anos teve a sua primeira menstruação e que falaram as duas sobre esse tema pessoalmente, ao qual lhe foi dito “parece que o fato de ter conversado com a sua neta sobre um tema tão novo e importante para ela a fez sentir-se útil e conseqüentemente mais feliz” ao qual foi respondido “sim, é isso mesmo, estive presente num momento importante da vida dela, dei-lhe conselhos, senti que os meus conselhos foram ouvidos com atenção por ela, o que me deixou muito feliz”.

Sessão II (10/3/15)

É importante referir que Z.R. encontrava-se bem orientada no espaço e no tempo dado que esteve internada no hospital com, segundo a utente, uma infeção urinária. Referiu novamente o sentimento de inutilidade pelo fato de se encontrar numa cadeira de rodas e o sentimento de ansiedade pelo seu crescente desejo em voltar a viver na sua casa com o seu marido, ao qual foi dito “ parece que o fato de se sentir inútil devido à cadeira provoca em si sentimentos de profunda tristeza e desânimo e provavelmente falta de esperança num futuro diferente ao do atual” ao qual foi respondido por Z.R. “sim, é isso mesmo, tenho andado com muitas saudades da minha casa e de viver lá com o meu querido marido e muitas vezes sinto que já não vou voltar a andar, o que me deixa muito em baixo”.

Em seguida, mudou logo de assunto, e com um sorriso aberto referiu que ajudou a sua neta no espanhol e que ela teve um 19 no teste, tendo sido dito “ parece que o fato de ter ajudado a sua neta a ter uma boa nota no teste que lhe trouxe de volta sentimentos como a utilidade, o ânimo e alegria no meio de tantos sentimentos negativos expressos à pouco” ao qual foi respondido “sim, é verdade, a minha família dá-me tudo o que preciso e faz-me muito feliz tê-los por perto”.

Em seguida, acrescentou que tem o desejo de voltar para casa mas que sabe que o marido não pode cuidar dela como a tratam na instituição e que a casa deles não tem

condições e que as sessões de acompanhamento são boas porque pode falar sobre isso e consequentemente, sentir-se mais aliviada, tendo-lhe sido dito “é a primeira vez que verbaliza que apesar de ter desejo em voltar para casa que ela não tem condições e que o seu marido não conseguia cuidar de si como a tratam aqui no Centro, o que mostra estar mais realista e consciente da sua situação” ao qual foi respondido “sim, tenho consciência que provavelmente não vou voltar para casa e mesmo que voltasse seria difícil ter todo este tratamento que tenho aqui no Centro, mas também esta é uma segunda família para mim e ainda tenho todos dias visitas que me deixam muito contente”, o que revela um maior conformismo em relação à sua condição mas também um conflito de sentimentos em relação à possibilidade de ir para casa (ora tristeza e desânimo por estar na instituição e não em casa, ora aceitação e conformismo por se encontrar no Centro, sendo ela uma segunda família, ou seja tristeza e desânimo vs. aceitação e conformismo).

Sessão III (17/3/15)

Fui buscar Z.R. ao piso 2 de forma a ajudá-la na deslocação para o Gabinete de Psicologia; tendo encontrado a utente com lágrimas nos olhos. No caminho até ao gabinete foi-lhe dito “Os seus olhos aguados transparecem que hoje está a ter um dia difícil” ao qual a utente respondeu à entrada do Gabinete “sim, é verdade, sinto-me triste”. Ora, depois de no início ter sido referido que dispunha de 45 minutos para falar do que quisesse, Z.R. referiu que tinha regredido no tratamento de fisioterapia o que fazia também que tivesse medo de cair nas sessões de higiene por não sentir força suficiente nas pernas, ao qual lhe foi dito “O sentir que houve um recuo na evolução do seu tratamento fisioterapêutico parece refletir-se na confiança que tem em si mesma, o que a deixa triste e frustrada e posteriormente nervosa durante as sessões de higiene” ao qual a utente respondeu “sim, é assim mesmo que estou a sentir, porque eu antes já conseguia andar na passadeira e depois que fui internada e parei o

tratamento, e enquanto não conseguir andar não vou poder ir para casa” ao qual lhe foi referido “parece que o seu desejo de voltar para casa está dependente da evolução do seu tratamento fisioterapêutico o que provoca oscilações ao nível dos seus sentimentos, e neste momento parece-me estar com mais ansiedade do que antes devido a se encontrar com mais dificuldade ao nível da sua mobilidade” ao qual a utente confirmou que estava tudo correto.

Sessão IV (26/3/15)

A utente encontrava-se bem-humorada e com um sorriso expresso no rosto, referindo que teve a visita no fim-de-semana de um casal amigo, bem como do seu marido, filha e netas, o que a tinha deixado bastante contente. Em seguida referiu que as sessões de fisioterapia começaram a ter bons resultados porque sente mais força nas pernas e que deixou de ter medo de cair nos momentos de higiene, apesar de confiar imenso nas técnicas, ao qual lhe foi dito “parece que os bons resultados da fisioterapia estão diretamente ligados ao seu sentimento de confiança em si mesma, fazendo com que não sinta medo de cair nas sessões de higiene por sentir que já tem força suficiente nas pernas, fruto do seu tratamento fisioterapêutico” ao qual foi respondido “sim, já sinto mais confiança em mim mesma e nas minhas pernas”.

Sessão V (31/3/15)

A utente encontrava-se muito alegre, com um discurso coerente e fluido, referindo logo ao entrar no gabinete de psicologia que tinha muito boas notícias, que o fisioterapeuta lhe tinha dito que futuramente poderia voltar a andar com o auxílio de um tripé ou de canadianas, ao qual lhe foi dito “parece que essa boa notícia a fez voltar a ter esperança em voltar para casa como tanto deseja, deixando-a mais motivada e alegre” ao qual Z.R. respondeu “sim, nunca me senti tão motivada em esforçar-me ainda mais nos exercícios” ao

qual lhe foi referido “parece que a sua recuperação física está a acontecer em paralelo com a sua recuperação a nível psicológico” ao qual a utente referiu prontamente “sim, fico mais confiante, alegre e com esperança em voltar para casa sempre que vejo que o tratamento está a correr cada vez melhor”

Sessão VI (7/4/15)

Z.R. começou a sessão por referir que se encontrava muito contente porque tem menos dificuldade ao nível da mobilidade e que recebeu a visita do marido que lhe disse que mal recuperasse totalmente que poderia ir para casa, ao qual lhe foi dito “parece que o fato de se sentir com menos dificuldade ao nível da mobilidade e do seu marido a ter incentivado a uma recuperação total de forma a voltar para vossa casa que a deixou com mais motivação e coragem para continuar o tratamento”, sendo que a utente respondeu “sim, sinto-me até um pouco mais magra com tantos exercícios” ao qual lhe foi dito “parece que o fato de se sentir mais magra a deixa mais confiante e com uma maior autoestima” ao qual Z.R. respondeu “sim, estou mais contente e sinto-me mais bonita, até pinte as unhas”. No final a utente disse que está a gostar das sessões de acompanhamento, que se sente compreendida e que é muito diferente do que simplesmente desabafar com a sua família que tanto gosta, ao qual lhe foi referido “parece que estas sessões têm muita importância para si na medida que se sente mais apoiada e acompanhada, sendo também um complemento à evolução do seu tratamento fisioterapêutico” ao qual a utente respondeu “sim, saio daqui sempre mais motivada e bem-disposta”.

Sessão VII (14/4/15)

É pertinente mencionar que fui buscar a utente à saída da sessão de higiene e que Z.R. encontrava-se a rir, esboçando um grande sorriso às técnicas, referindo posteriormente

que elas lhe deram os parabéns pela sua recuperação física gradual, na medida que já consegue levantar-se e sentar-se mais facilmente devido a estar com mais força muscular, ao qual lhe foi dito “parece que o facto de outras pessoas, para além da sua família, notarem a evolução que seu tratamento está a ter em si a faz sentir-se mais acarinhada pelas pessoas que a rodeiam e mais confiante” ao qual a utente referiu “sim, é muito bom quando as pessoas que nos rodeiam reparam que estamos melhores”. No final foi mencionado à utente que o estágio estava quase a terminar mas que seria, caso aceitasse, acompanhada por outra psicóloga, ao qual respondeu que as sessões são muito benéficas para ela e que gostaria de continuar a ser acompanhada.

Sessão VIII (28/4/15)

A utente encontrava-se com um discurso fluido e coerente, referindo que teve um fim-de-semana diferente, dado que foi celebrar o seu aniversário com um almoço fora em família e que foi bom mudar de ares, ao qual lhe foi dito “parece que o fato de ter celebrado o seu aniversário com as pessoas que mais gosta fora do Centro “recarregou-lhe as baterias” ao qual Z.R. respondeu “sim, sabe sempre bem quebrar a rotina, no entanto dei um jeito à coluna e o Dr. Marco teve que redirecionar o tratamento temporariamente” ao qual lhe foi referido “parece que ter dado um jeito à coluna e estar num processo temporário de redireccionamento dos seus exercícios na fisioterapia a deixou um pouco desanimada” ao qual a utente respondeu “sim, é mesmo assim que me estou a sentir, apesar de ter almoçado fora com a minha família e me ter divertido”.

Sessão IX (19/5/15)

A utente transparecia um rosto preocupado e cansaço físico, mas apresentou um discurso fluido e coerente. Referiu em primeiro lugar que o marido tinha ido a uma consulta

médica porque tem insuficiência renal e descobriu que também tem uma colite nervosa e, como tal, não a podia visitar, ao qual lhe foi dito “parece-me que o facto de o seu marido estar doente e ter ido à consulta médica a deixa preocupada e ansiosa porque não o pode acompanhar nesta fase” ao qual respondeu “Sim, sinto-me mesmo preocupada e ansiosa porque queria estar lá com ele e voltar para casa para o ajudar no que ele precisasse, mas estou motivada em me esforçar ainda mais nos exercícios com o Dr. Marco visto que hoje ao telefone o meu marido disse-me que tinha muitas saudades de acordar comigo ao lado o que me deu força para hoje ter andado cinco vezes com a ajuda do tripé” ao qual lhe foi dito “parece que as palavras do seu marido a motivam para seguir em frente e que é importante para si também que ele se sinta orgulhoso com o seu esforço e evolução, mas que a sua preocupação e a ansiedade geram em si impaciência em voltar para casa” ao qual a utente respondeu “é isso mesmo, sinto-me muito impaciente hoje por acaso, é mesmo isso, mas também estou muito contente com os bons resultados do tratamento, e de certa maneira tenho alguma esperança em ir para casa quando conseguir andar sozinha com a ajuda das canadianas ou do tripé” ao qual lhe foi dito “parece que ao ter dito “é isso mesmo, por acaso sinto-me mesmo impaciente hoje” a fez sentir-se compreendida e consciente desse sentimento e o facto de se sentir com mais mobilidade e de hoje já ter andado cinco vezes com o tripé a fez sentir esperança em voltar para casa para também apoiar o seu marido e estarem mais tempo juntos” ao qual a utente respondeu “sim, realmente ainda não me tinha dado conta que me sentia tão impaciente hoje, mas estou ao mesmo tempo contente por estar bastante melhor e estas sessões ajudam-me muito”

Sessão X (27/5/15)

A utente esboçou um grande sorriso hoje mal a fui buscar para irmos para o gabinete de psicologia e na sessão mencionou que o carro do seu marido tinha avariado e que agora

vinha ao centro a pé que a casa deles é perto o que a deixa preocupada, mas que teve a visita da filha e das netas e fartaram-se todos de falar e rir, ao qual lhe foi dito “parece que a presença das suas netas e da sua filha ajudaram tanto o seu marido como a Z.R. a esquecer um pouco as preocupações, tendo descontraído em família” ao qual respondeu “sim, por acaso rimos tanto que até deu para esquecer os problemas, foi muito bom”.

Sessão XI (2/6/15)

Z.R. apresentou sempre um discurso fluido e coerente, mas transparecia um rosto triste. Começou por mencionar que hoje não teve a visita do marido que foi a uma consulta de cardiologia de rotina, ao qual lhe foi dito “parece que o fato de não ter acompanhado o seu marido à consulta a deixa frustrada e triste” ao qual respondeu “sim, sinto-me assim porque, como sabe, gostaria de o acompanhar a todo lado, principalmente agora que ele anda adoentado”. Em seguida, mencionou, esboçando um grande sorriso, a visita das filhas e da neta, referindo que sente que elas a estão a apoiar imenso nas sessões de fisioterapia e que lhe disseram que estão muito contentes em vê-la com mais mobilidade, ao qual lhe foi referido “parece que mesmo estando triste e frustrada com o não poder estar a acompanhar e auxiliar o seu marido, que ao lembrar-se da visita das suas netas e filha, que a fazem sentir-se feliz e motivada, que a ajuda a gerir os seus sentimentos de preocupação e ansiedade” ao qual a utente respondeu “sim, realmente só de me ter lembrado disso senti alegria, são muito importantes na minha vida”.

Sessão XII (9/6/15)

Z.R. encontrava-se muito sorridente referindo que hoje o marido não a vinha visitar mas por uma boa razão, que tinha ido passar uns dias a S. João da Madeira com o irmão e um amigo, e que isso é muito bom porque foi passear um pouco, ao qual lhe foi referido “parece

que o fato de o seu marido não a vir visitar por uma boa razão que isso a deixa relaxada e feliz, dado que uma mudança de ares em boa companhia é sempre revigorante” ao qual a utente respondeu “é isso mesmo, ele precisava há muito tempo de ir passear em boa companhia para esquecer os problemas e divertir-se um pouco, e isso deixa-me muito descansada porque sei que lhe está a fazer muito bem e agente namora ao telemóvel (riu-se)”. Em seguida, referiu que fez uns exercícios novos de fisioterapia com uma estagiária nova e que gostou imenso, mas que o andar sozinha com o tripé será com o auxílio do Doutor Marco, ao qual lhe foi referido “parece que o fato de saber que irá continuar a andar com o auxílio do Dr. Marco que a tranquiliza visto ser alguém que já conhece e confia” ao qual respondeu “sim, fico mais tranquila em saber disso apesar de ter gostado da nova estagiária”

Sessão XIII (16/6/15)

Foi perguntado à utente se a nova estagiária de psicologia poderia assistir à sessão ao qual respondeu prontamente que sim, que já a tinha visto no Centro e que a achava simpática. Começou por referir que a filha e as netas a tinham vindo visitar, e que as visitas delas dão-lhe sempre muita alegria porque trazem sempre notícias, pedem-lhe conselhos, ao qual lhe foi mencionado “parece que o fato de as suas netas e da sua filha a virem visitar, trazerem notícias e lhe pedirem conselhos, que isso a faz sentir-se mais útil e incluída na família mesmo estando a viver no Centro” ao qual respondeu “sim, sinto-me incluída até nas decisões de família, falam muito comigo, e isso deixa-me feliz”. Em seguida referiu ter falado com o seu marido ao telemóvel sobre o seu regresso para casa que só poderia ser feito quando conseguisse andar sozinha com a ajuda de um tripé porque a casa não tinha condições, e que ambos aceitaram essa situação, percebendo que possivelmente não iria voltar porque os bons resultados ainda não permitiam isso, ao qual lhe foi dito “parece que o fato de referir que aceita o fato de possivelmente não voltar para casa mesmo estando a correr muito bem o

tratamento que isso a deixa com poucas esperanças” ao qual respondeu “sim, é verdade, mas tenho o privilégio de ter visitas diárias do meu marido e das minhas netas e filha que também me dão muita coragem, logo consigo aceitar esta realidade mesmo ficando um pouco triste” ao qual lhe foi referido “parece conseguir aceitar melhor a sua realidade pelo fato de ter a presença frequente das suas netas, filha e marido, que lhe promovem alegria e bem-estar” ao qual respondeu “sim, sei que não vou para casa possivelmente mas eu e o meu marido já aceitamos essa realidade e a presença deles é muito importante”

Sessão XIV (23/6/15)

A Utente referiu que tinha morrido uma amiga que se encontrava num lar ilegal e que isso tinha provocado nela uma profunda tristeza referindo “a morte é certa para todos” e que morreu sozinha, ao qual lhe foi dito “parece que o fato da sua amiga ter morrido sozinha a faz valorizar ainda mais a presença muito frequente da sua família, bem como toda a força e alegria que lhe transmitem, tranquilizando-a” ao qual respondeu “sim, realmente tenho muita sorte em ter uma família que me ama muito e se preocupa comigo, estou a viver num local onde sou muito bem tratada, não tenho razão de queixas” ao qual lhe foi dito “parece que o fato de se sentir apoiada pela família e pelos técnicos do Centro a faz aceitar melhor a sua realidade” ao qual respondeu “sim, é verdade, mesmo não voltando para casa sou uma mulher feliz, tenho tudo que preciso, e uma família maravilhosa”. No final da sessão, foi revelado à utente que, com o final do estágio, na próxima sessão iria fazer uma reavaliação e que iria continuar a ser acompanhada pela nova estagiária de psicologia, se assim o aceitasse, ao qual respondeu “sim, gosto muito das sessões, sinto-me apoiada e compreendida, muito obrigada por tudo, gostava de continuar com as sessões com a outra psicóloga então se fosse possível”

Sessão XV (29/6/15)

A utente encontrava-se bem-disposta, com um sorriso nos lábios. Procedeu-se à reavaliação neuro psicológica de modo a ver o impacto do acompanhamento psicológico com a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica, cujo resultado foi 9 Pontos, o que remete para uma ausência de depressão na utente, revelando que o impacto das sessões de acompanhamento psicológico foram importantes e benéficas para aliviar os sintomas iniciais de depressão ligeira relacionados com a sua mobilidade e com o facto de estar institucionalizada, sendo importante que a utente continue a ser acompanhada por mais algum tempo.

Reflexão Clínica

Os resultados da avaliação realizada apontam para uma ausência de défice cognitivo, com indicação de facilidade ao nível do cálculo e da evocação, bem como alguma dificuldade ao nível da cópia.

Z.R. apresentou um discurso coerente e fluido, manifestando também sintomas depressivos decorrentes da sua condição (encontra-se numa cadeira de rodas devido a uma operação à coluna) sendo que o seu maior desejo era regressar a casa no sentido de também acompanhar o seu marido, referindo que a cadeira de rodas a faz sentir-se inútil e que frequentemente não sente esperança em recuperar totalmente de forma a regressar a casa; neste sentido, segundo o DSM V, existe a hipótese de Z.R. sofrer de uma Perturbação Depressiva com Outra Especificação (DSM V, código de diagnóstico 311 (F32.8) – Episódio Depressivo Com Sintomas Insuficientes) sendo essencial indicar que, é importante referir que o processo de institucionalização faz com que muitos idosos fiquem com sintomas depressivos, devido às grandes mudanças que se refletem na sua privacidade, independência e autonomia (Lawton, 2001).

O teste projetivo de *Rorschach* sugere que Z.R., devido ao investimento um pouco

abaixo da média, possa estar com algum bloqueio emocional ou inibição. Também nos indica que a utente apreende a realidade preferencialmente de forma detalhada o que sugere um gosto pelo concreto, bem como uma inteligência prática, no entanto também sugere que Z.R. deva desenvolver o seu pensamento intelectual e a sua afetividade.

Em relação ao pensamento racional e formal, a qualidade deste é influenciada pelos seus afetos e emoções, sendo que Z.R. funciona em dois registos, à superfície apresenta uma capacidade de explorar a realidade exterior mas também controlar as cargas afetivas, fazendo com que tenha tendência para uma certa indecisão e, por outro lado, em profundidade apresenta um registo no qual prevalece a imaginação sobre as emoções, o que faz com que a utente tenda mais a imaginar do que a agir, o que faz com que tenha tendência para adiar ações, sendo indicador que Z.R. seja uma pessoa conformista, influenciável e com uma colagem à realidade.

Neste seguimento verificou-se no decorrer das sessões que a utente vê a sua condição de mobilidade como algo que a impossibilita de voltar para casa, o que refletiu nela uma perda de apetite e sentimentos de frustração, tristeza e inutilidade mas que com a evolução do tratamento de fisioterapia feito na instituição começou a sentir novamente uma esperança de poder voltar a andar sozinha com o auxílio de um tripé ou de canadianas, dado que isso foi referido pelo seu fisioterapeuta, o que gerou nela sentimentos de alegria e motivação, que orgulharam a sua família. As visitas diárias do seu marido e semanais da sua filha e netas são essenciais para o bem-estar da utente, sendo que eles têm-se esforçado por incluir Z.R. nas decisões familiares, fazendo-a sentir-se útil sempre que lhe pedem conselhos e a encorajam a esforçar-se nos exercícios de fisioterapia, sendo, sem duvida, o grande Pilar da utente.

É pertinente referir que para a utente foi importante abordar em todas as sessões a evolução do seu tratamento fisioterapêutico, mencionando sentir-se apoiada e compreendida,

sendo que parece que a sua recuperação física acontece paralelamente à sua recuperação psicológica, no sentido que nas sessões finais a utente referiu já aceitar que provavelmente não iria voltar para casa porque, apesar de estar a recuperar diariamente, ainda não era suficiente para o regresso a casa, mas que no Centro tinha todo o apoio de que precisava para recuperar totalmente e que as visitas frequentes da sua família que tanto a apoia e encoraja a fazem sentir-se feliz. Neste seguimento parece que a família ajuda Z.R. a gerir a sua ansiedade, e o facto de estar a ter uma evolução notável a nível físico e de isso refletir-se no seu bem-estar físico e psicológico, no final a utente já não revelava sintomas depressivos quando lhe foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (reavaliação), revelando que as sessões aliviaram o impacto dos sintomas depressivos iniciais da utente.

Reflexão Pessoal

Este caso teve um impacto positivo em mim, na medida que me ajudou a desenvolver as minhas capacidades de futura psicóloga, tendo sido a primeira vez que avaliei e acompanhei alguém em *setting* profissional, sendo que me marcou de forma positiva o fato da utente ter referido diversas vezes que gostava das sessões, sentindo-se compreendida e apoiada, o que fez com que ganhasse mais confiança no trabalho que desempenhei semanalmente.

Senti que foi fácil acompanhar a utente, e desde cedo percebi qual era a sua principal problemática, sendo que a utente facilitou este processo, não me vendo como uma jovem inexperiente, decidindo confiar em mim e ver-me como uma psicóloga com objetivo de escuta e ajuda, tendo sido muito gratificante verificar que se conseguiu estabelecer uma relação empática ao colocar-me no lugar de Z.R. sem deixar de ser quem sou, foi essencial para vivenciar a forma como ela sentia as coisas, indo ao encontro do que Z.R. sentia através de respostas de compreensão empática que fizeram com que se sentisse apoiada e

compreendida, tudo isto sempre com uma postura não-diretiva, de forma a ser a utente a conduzir a sessão, ao seu ritmo, sendo assim, congruente com a abordagem centrada na pessoa.

Em conclusão, o fato de no final verificar que as sessões levaram a uma ausência dos sintomas depressivos iniciais, fizeram com que o receio de falhar ocupasse um lugar muito pequeno em mim de forma a dar lugar a uma confiança crescente e mais desenvolvida, acreditando que, com esforço e humildade, podemos fazer a diferença positiva na vida de alguém.

Apresentação do Caso I.V.

I.V. é uma utente de 88 anos, nasceu em Goa, e encontra-se no Centro desde os seus 81 anos de idade, por iniciativa própria, devido a uma operação ao fémur direito, por não ser capaz de cuidar de si mesma sozinha, sendo que se encontra viúva desde os 62 anos.

Após ter sido realizada uma avaliação psicológica, colocou-se a hipótese de I.V. estar com uma depressão ligeira, sendo importante a realização de acompanhamento psicológico semanal de forma a aliviar os sintomas depressivos.

I.V. foi acompanhada durante 21 sessões, sendo que as primeiras quatro (4) foram dedicadas à recolha de dados para a anamnese, as duas (2) seguintes foram de entrevista clínica, da sétima há nona sessão foram aplicados o Teste Projetivo de *Rorschach*, no sentido de compreendermos o funcionamento da utente, da Escala de Avaliação de Doença de Alzheimer (EADA), no sentido de ir ao encontro das necessidades de I.V., que referiu queixas relacionadas à memória e foi pertinente verificar isso, e, por último, da Escala de Depressão Geriátrica, visto ter sido reencaminhada pelo médico com sintomatologia depressiva.

No final concluiu-se que as sessões de acompanhamento psicológico foram

benéficas para I.V., conseguindo aliviar os sintomas depressivos iniciais.

História Clínica

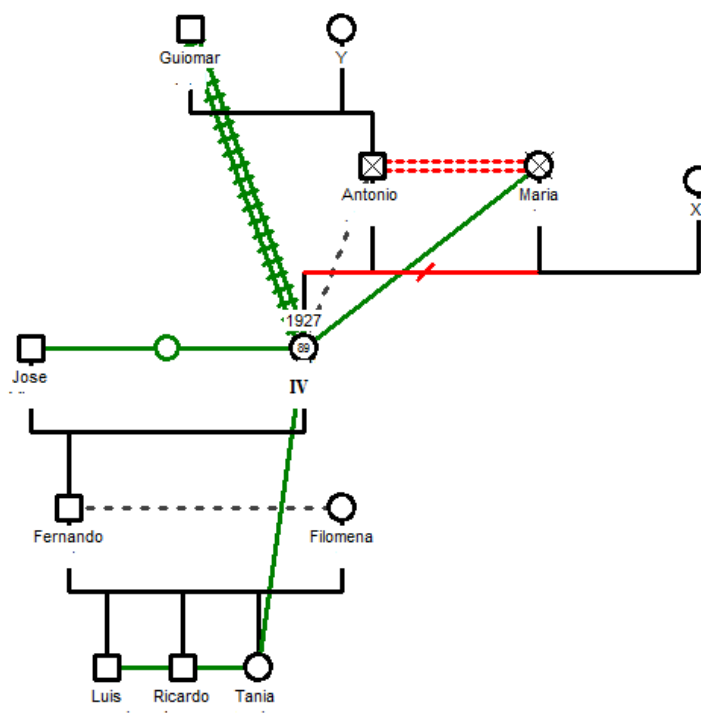
Avaliação Psicológica (Entrevista)

Procedeu-se à recolha dos dados para a anamnese, referentes à entrevista clínica, nas primeiras quatro (4) sessões, com início no dia 19 de Janeiro de 2015, com a supervisão da Dr. Paula Agostinho.

Dados Pessoais

I.V. tem 88 anos, é natural de Goa, viúva há 26 anos, tendo trabalhado como doméstica e posteriormente, em Portugal, na estação agronómica nacional, sendo que do seu casamento resultou um filho, nascido em Goa, e 3 netos. (Figura 2)

Figura 2: Genograma da I.V.



Primeiro Contacto

I.V. é uma utente de aspeto cuidado, sorridente, observadora, com o cabelo e as unhas sempre arranjadas, muito simpática e educada, colaborante mas reservada. Encontra-se numa cadeira de rodas devido a duas operações ao fémur, no entanto, é autónoma, no sentido de que consegue movimentar-se da cama para a cadeira sozinha, vai ao WC sozinha e tem força suficiente para puxar a cadeira sempre que se desloca dentro do Centro, sendo importante referir que gosta de descansar depois do almoço, ouvir rádio, ler e fazer palavras cruzadas.

Para facilitar o processo foi sugerido à utente que a fosse buscar ao quarto ou à sala sempre que houvesse sessão, no sentido de não se cansar tanto na deslocação, ao qual aceitou e agradeceu sorridente.

Setting

As sessões decorreram no Gabinete de Psicologia e sempre que necessário no quarto da utente, com a porta fechada, sendo que ambos os locais são amplos e iluminados por luz natural.

Pedido

O médico reencaminhou I.V. para acompanhamento psicológico na medida que detetou alguns sintomas depressivos, hipótese essa corroborada pela avaliação realizada posteriormente, tendo sido sugerido sessões de acompanhamento regulares de forma a aliviar a sintomatologia depressiva.

História Clínica

A utente contraiu febre tifoide aos 7 anos, tendo sido internada no hospital de Goa

por 30 dias. É importante referir que foi operada pela primeira vez ao apêndice aos 23 anos, sendo que posteriormente foi operada a um mioma aos 42 anos, e, devido a uma queda em casa foi operada aos 78 anos de idade ao fémur direito, e aos 87 anos ao fémur esquerdo, decorrente de uma queda no Centro Psicogeriátrico.

I.V. descobriu que sofria de diabetes após o falecimento do marido e desde então sofre de insónias, sendo que atualmente toma insulina, bem como uma medicação para as dores e para a anemia, sendo pertinente referir que costuma adormecer com o radio ligado, visto considerar a música uma terapia que a ajuda a relaxar.

História Familiar

I.V. nasceu em Goa e viveu com a sua mãe e a tia-avó paterna, não querendo falar do seu pai devido a uma questão de abandono e constituição de uma nova família em Portugal, que ainda a entristece atualmente sempre que recorda o passado.

A utente foi para uma escola de freiras dos 8 anos até aos 14 anos, recordando-se dos seus professores com muito carinho, no sentido que foi sempre bem tratada, tendo casado aos 16 anos e continuado a viver na mesma casa e mais tarde numa casa perto da propriedade.

A relação com a sua mãe era harmoniosa, no entanto manteve uma relação mais forte com a sua tia-avó, com quem passava mais tempo, recordando-se com emoção dos domingos que ia com ela á missa, em que cada domingo era numa igreja diferente, bem como dos passeios que davam juntas.

A relação com o seu marido foi muito forte e harmoniosa, emocionando-se ao referir que aos 35 anos de idade tiveram que fugir para Portugal com o seu filho de 14 anos de idade, devido á guerra, o que atualmente ainda a revolta e lhe custa falar do assunto,

tendo sido acolhidos pela Cáritas. Seguidamente, aos 36 anos empregou-se na estação agronómica, trabalhando nas estufas e num laboratório, durante aproximadamente 30 anos, tendo vivido em Sassoeiros.

É importante referir que a utente mencionou que, já em Portugal, o seu pai a procurou no sentido de se conhecerem, mas que não quis conhecer a família que construiu em Portugal, referindo que conseguiu perdoá-lo mas que ainda guarda muita tristeza referente a esse assunto, não querendo aprofundar o tema.

Atualmente, I.V. mantém uma relação muito harmoniosa e equilibrada com o seu filho, nora e 3 netos, que lhe ligam com frequência, visitando-a sempre que podem e que de vez em quando aceita o convite deles para deslocar-se a casa deles para um almoço em família ao fim de semana, mas que a viagem e a deslocação a cansam muito logo prefere ficar no Centro.

Situação Atual

I.V. tem uma alimentação saudável devido à sua saúde, encontra-se numa cadeira de rodas mas consegue movimentar-se dentro do Centro de forma autónoma. Não gosta de recordar o passado visto referir que mexe demasiado com a sua parte emocional provocando saudades do seu marido e da vida em Goa.

Refere já ter estado noutra lar mas que era clandestino e que não gostou, tendo vindo para o Centro onde se sente apoiada em todas as suas necessidades, e onde se sente bem tratada, recebendo visitas e telefonemas frequentes dos seus familiares e da sua amiga de longa data Zezinha, que a faz sentir-se muito alegre e bem-disposta.

Relações Sociais e Afetivas

A utente refere dar-se bem com todos os residentes e técnicos, e que gosta de conviver, mas que as pessoas com quem jogava às cartas ficaram mais incapacitadas e considera que as restantes utentes também o estão, sendo que prefere estar no seu quarto a fazer o que mais gosta.

De vez em quando conversa com certas utentes que considera que conseguem manter um discurso coerente, mas sendo uma pessoa naturalmente reservada nem sempre se sente predisposta a isso, referindo que gosta mais de falar com as voluntárias do Centro sempre que as vê, que lhe trazem sempre uma revista e novidades.

I.V. mantém laços fortes com a sua família, sendo que fala com eles diariamente, e refere que a sua amiga de longa data Zezinha é como se fosse da família devido a uma relação muito forte e próxima que mantêm observando-se assim a existência de uma coesão familiar ao nível da estrutura familiar.

Ocupação no Centro

I.V. tem frequentemente aulas em grupo de ginástica na sala do piso 1, de forma a trabalhar a mobilidade, participa nas atividades que a instituição promove todos os meses, festas de aniversário e outras comemorações e faz parte do Grupo de Auto-Representação do Centro Psicogeriátrico, no sentido de representarem todas as residentes e debaterem o que está a correr bem e o que poderá ser melhorado no local, promovendo o *empowerment*, sendo também importante mencionar que, sempre que agendado, faz estimulação cognitiva (*Cogweb*) com a Psicóloga do Centro.

Duas Entrevistas – Para fortalecer a confiança

A utente é uma pessoa muito reservada, e neste sentido, considerei pertinente fazer duas sessões antes de proceder à aplicação dos testes, de forma a fortalecer a relação.

Sessão I (16/2/15)

A utente encontrava-se com um discurso coerente e fluido, com um sorriso nos lábios, muito observadora, queixando-se ter acordado com dores no corpo, mas que é costume tê-las devido às operações ao fémur e ao fato de se encontrar numa cadeira de rodas, mencionando que não teve visitas ao fim de semana mas que falou com o seu filho, nora e netos ao telefone, denotando-se um grande sorriso no seu rosto, ao qual lhe foi dito “parece que o fato de estar a ter um dia com dores físicas decorrente do seu estado de saúde são compensadas pelo fato de ter falado com a sua família mais próxima, fazendo com que sentisse alegria”, ao qual respondeu “sim, já me habituei a tantos anos com dores, que sempre que falo com a minha família esqueço as dores temporariamente porque me distraio”, seguindo-se uma pausa por parte da utente, ao qual foi mencionado “parece que está com dificuldade em encontrar um assunto para falar, no entanto se quiser ficar em silêncio pode fazê-lo” ao qual respondeu “nem sempre é fácil saber o que dizer, no entanto estava aqui a recordar quando antigamente jogava às cartas aqui no Centro com a falecida D. Elisa e a Dra. Clara que está hospitalizada, e em como algumas das minhas amigas estão doentes ou já faleceram” ao qual foi referido “parece que o fato de se ter recordado dos tempos em que jogava às cartas com essas duas utentes aqui do Centro provoca em si saudade mas também preocupação ao verificar que as suas amigas ou estão doentes ou já faleceram, provocando em si um sentimento de tristeza” ao qual respondeu “sim, olho à volta e vejo pessoas acamadas ou incapacitadas, raras são as pessoas aqui no Centro que conseguem manter um discurso coerente, e é por isso que prefiro ocupar a minha cabeça a ler e a fazer palavras cruzadas para estimular o meu cérebro e me esquecer do que me entristece” ao qual lhe foi mencionado “parece que o fato de se refugiar no seu espaço a fazer coisas de que gosta e que lhe estimulam o cérebro é uma forma que tem de gerir o seu sentimento de ansiedade de vir a sofrer de problemas de memória, tal como visualiza noutras utentes daqui do Centro, e de

evitar que sofra ao ver que as pessoas que lhe são próximas estão a ficar doentes como aconteceu com as suas amigas com quem jogava às cartas” ao qual respondeu “sim, fiquei muito triste quando a Dona Elisa faleceu e quando a Doutora Clara que é médica ficou mais incapacitada, e hoje já nem parece ela, é muito triste, logo prefiro muitas vezes estar no meu quarto do que estar rodeada de pessoas que na sua maioria já nem um discurso coerente conseguem manter”, mencionando em seguida que apesar disso, que gosta muito de viver no Centro porque é bem tratada e tem melhores condições do que teria em casa.

I.V. mencionou emocionada que tem ouvido falar na televisão dos refugiados e que isso a fez lembrar de quando teve de fugir de Goa sem nada, com o seu marido e filho, para Portugal devido à guerra, mas que teve a sorte de terem sido bem acolhidos, sendo que existem tantos refugiados que não têm essa sorte e que isso a entristece profundamente, ao qual lhe foi dito “parece que o fato de ter visto diversas histórias acerca dos refugiados na televisão a reportou para o seu passado de quando teve que vir obrigatoriamente para Portugal, recordando essa fase como algo muito difícil para si mas que ainda hoje valoriza com muito carinho as pessoas que a acolheram em Portugal, o que a ajudou a gerir melhor a revolta que sentiu por ter de fugir do seu país de repente” ao qual respondeu “sim, senti muita revolta por ter que abandonar tudo e vir embora devido à guerra, mas no meio disso tivemos muita sorte”

Sessão II (9/3/15)

A utente mencionou ter estado com tremores a semana passada de noite, mas que não sabe o que originou isso, sendo que os enfermeiros puseram mais uns cobertores na cama, referindo, em seguida, que isso poderá estar relacionado com o sistema nervoso dado que se tem recordado da sua vida em Goa, nomeadamente dos passeios, dos seus amigos e da sua casa e que isso provocou nela muitas saudades, ao qual lhe foi referido “parece que o fato

de se ter recordado de coisas positivas do seu passado a afetou positivamente de tal forma que provavelmente mexeu com o seu organismo, provocando uma certa adrenalina em si que levaram a tremores corporais, por não ser frequente querer recordar-se do seu passado” ao qual respondeu “sim, ter começado a falar do passado aqui nas sessões fez-me querer recordar de coisas boas e isso fez com que ficasse também com muitas saudades, mas estou bem. Realmente é uma espécie de adrenalina já que queria ocupar a cabeça para não pensar no que me poderia fazer sentir saudades”, ao qual lhe foi referido “parece que o fato de ter recordado de coisas positivas do seu passado e isso causar em si saudades mas também paz interior, que fez com que tivesse a consciência de que as recordações positivas do seu passado não a irão destabilizar a nível emocional, e que é bom recordar” ao qual respondeu “sim, realmente estava com medo que ficasse destabilizada emocionalmente por causa das saudades, mas afinal fiquei bem”.

No final I.V. referiu ter tido alguns episódios de se esquecer de alguns nomes, mas que sabe que a sua memória está boa e que a tem estimulado diariamente, ao qual lhe foi referido “parece que as suas queixas de memória preocupam-na apesar de saber que não está com uma perturbação a esse nível, e que a forma de gerir essa preocupação é estimulando o seu cérebro através de exercícios que goste” ao qual referiu ser essa a razão, agradecendo a sessão, visto ter-se sentido compreendida e muito satisfeita.

Avaliação Psicológica (instrumentos)

Numa primeira fase foi aplicado a prova de avaliação da personalidade e posteriormente as provas de avaliação cognitiva, no sentido de avaliar psicologicamente a utente.

I.V. apresentou em todas as sessões um discurso coerente e fluido, observando-se traços de boa disposição mas também de alguma apreensão em recordar o passado, referindo

mexer com a sua parte emocional tendo mencionado nas sessões “quando vou para o quarto ler ou ouvir musica ou palavras cruzadas, é porque gosto mas também me ocupa a cabeça e não fico a pensar no passado”; ora, neste sentido, aplicou-se o teste projetivo de *Rorschach* (16/3/15) para melhor compreender o funcionamento da utente bem como a Escala de Depressão Geriátrica (na sessão do dia 30/3/15) como forma de aferir a existência de sintomas depressivos devido à sua mobilidade reduzida, ao processo de institucionalização e ao fato de preferir ocupar a cabeça para não pensar no passado.

Como foi referido anteriormente, houve a necessidade de realizar duas sessões sem aplicação de testes com entrevistas clinicas devido à inibição da utente, sendo que na segunda sessão de acompanhamento psicológico (9/3/15) a utente referiu sentir queixas de memória, e receio de estar com Alzheimer, e neste sentido foi aplicado a Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (EADA, 23/3/15) de forma a ir ao encontro das necessidades da utente, ao qual se mostrou muito ansiosa e entusiasmada, querendo saber o resultado no final da sessão.

Análise de Resultados

A aplicação do teste projetivo de *rorschach* teve a duração de 60 minutos, e I.V. mostrou-se sempre sorridente e bem-disposta, considerando as pranchas interessantes e criativas, revelando um discurso sempre fluido e coerente, no qual o numero de respostas dadas (34 respostas) estão um pouco acima da média, podendo ser indicador de um desejo de valorização.

Quanto ao tipo de apreensão há que salientar que a utente apreende a realidade preferencialmente de forma global (G=50%),sendo que os valores estão muito acima da média o que poderá revelar um sinal de inteligência, em detrimento das respostas de grande

detalhe ($D = 44,1\%$) que estão abaixo dos valores normativos, dando indicação de que o gosto pelo concreto bem como a inteligência prática poderão não estar desenvolvidos; no entanto a presença das respostas de pequeno detalhe ($\pm 6\%$) estão dentro dos valores normativos o que sugere que a utente tem a capacidade tanto de observar como também de analisar os pequenos detalhes.

Em relação ao $F\%$ ($61,7\%$), este encontra-se dentro dos valores normativos o que sugere que a utente apreende a realidade através de um pensamento formal, indicando que consegue adaptar-se à realidade exterior, bem como regular a razão e o pensamento, no entanto $F+\%$ ($59,5\%$) encontra-se muito abaixo dos valores normativos, sugerindo que I.V. utiliza o pensamento formal mas que a sua qualidade nem sempre é positiva, no entanto isto é superado pelo seu valor alargado ($F+a\% = 182,1\%$) no qual se observa que para I.V. existem outras preocupações e que o seu pensamento formal é influenciado tanto pelos afetos como pelas emoções de forma positiva, mantendo-se um pensamento formal adequado.

O TRI (tipo de ressonância íntima) sugere que o modo de sentir da utente é do tipo introversivo ($4K/3C$), indicando que no funcionamento á superfície a imaginação predomina sobre as emoções, sugerindo a existência de uma vida emocional interiorizada, bem como um bom conhecimento de si mesma e um controlo sobre a realidade exterior; sendo que, em relação ao funcionamento em profundidade o valor de FC (fórmula complementar) revela-nos que o funcionamento em profundidade da utente é também do tipo introversivo ($5k/0,5E$), não existindo portanto nenhum conflito entre ambos os registos, logo I.V. revela ser contida tanto nos afetos como também nas emoções, o que faz com que haja tendência para imaginar mais do que agir.

O valor de reação à cor ($RC=32,35\%$) revela que o funcionamento psicoafectivo

se encontra dentro dos parâmetros normais. É importante ressaltar também que o valor do índice de angústia está dentro dos parâmetros normais (IA=0%) revelando que a utente apresenta uma ausência de índice de angústia.

I.V. apresentou respostas de conteúdo animal (67,64%) muito acima da média o que sugere uma tendência para a existência de um pensamento infantil, alguma rigidez e provavelmente algumas emoções reprimidas, sendo importante referir que a sua presença reflete a importância do imaginário ligado ao seu funcionamento introversivo. Por outro lado a presença de respostas de conteúdo humano (H=11,76%) estão dentro dos parâmetros normativos o que permite aferir a capacidade da utente no que se refere à representação de si mesma e dos outros num sistema de relações interpessoais.

No que se refere ao número de banalidade (0,41), pode-se sugerir que como o valor está acima dos parâmetros normativos a utente poderá revelar ser uma pessoa conformista.

Avaliou-se neuro psicologicamente I.V.com as provas Adas Cognitiva e Adas Não-Cognitiva, de forma a avaliar o estado de memória da utente.

O resultado de 4 pontos na prova Adas Cognitiva, revela que I.V. apresenta alguma dificuldade ao nível da evocação, do reconhecimento e capacidade construtiva, e, por outro lado, o resultado de 3 pontos na prova Adas Não-Cognitiva indica que a utente não apresenta uma perturbação do foro psicopatológico, sendo que Adas Total (7 pontos) não remete para um processo demencial da utente.

O resultado obtido na Escala de Depressão Geriátrica foi de 13 pontos, o que remete para uma depressão ligeira, sendo pertinente referir que a utente mencionou no final da prova que sentia dores, como de costume, e que o fato de se encontrar numa cadeira de

rodas a faz sentir-se frequentemente inútil, mas que por outro lado, existem pessoas no centro que têm uma mobilidade ainda mais reduzida, e que por enquanto ainda consegue, pelo menos, mover-se para onde quer, o que a faz sentir-se também mais independente e autónoma, o que vai de encontro aos sintomas depressivos apresentados inicialmente por I.V. ao referir que preferia ler e fazer palavras cruzadas no sentido de ocupar a cabeça com coisas de que gosta, e que assim não pensa no passado que acaba por mexer com as suas emoções e ao fato de se encontrar institucionalizada e com mobilidade reduzida, apesar de se esforçar por se manter independente.

Neste seguimento, considera-se pertinente I.V. usufruir de sessões de acompanhamento psicológico de forma a aliviar o impacto dos sintomas depressivos, promovendo, desta forma, um maior bem-estar psicológico à utente.

Acompanhamento Psicológico

As sessões de acompanhamento decorreram semanalmente, às segundas-feiras às 14horas, com uma duração total de 45 minutos, no gabinete de psicologia, sendo que houve sessões que decorreram no quarto de I.V. a pedido da própria quando se sentia com mais dores, mas não queria prescindir da sessão de acompanhamento, sendo que deitada sentia um maior relaxamento muscular.

Sessão III (6/4/15)

A utente encontrava-se com um discurso coerente, referindo que passou o domingo de páscoa em família na casa dos filhos, mas que o seu espaço é no Centro por ser o local onde se sente mais à vontade, ao qual lhe foi referido “parece que o fato de ter ido passar a páscoa em família a agradou, mas que no entanto está habituada a estar no seu espaço por se

sentir mais independente e autónoma” ao qual respondeu “sim, gostei de ter ido passar a páscoa em família, fiquei muito contente com isso, no entanto não quero dar trabalho a ninguém, e gosto de estar no meu cantinho com as minhas coisas” ao qual lhe foi dito “parece que por um lado a sua família é importante para si mas que sente que poderá estar a dar-lhes trabalho pelo fato de estar numa cadeira de rodas, sendo que há sempre obstáculos pelo caminho, como por exemplo, as escadas” ao qual respondeu “sim, eu sei que eles gostam de ajudar-me com a cadeira quando há obstáculos, mas não me sinto bem com isso” ao qual lhe foi referido “parece que o fato da sua família ter que a ajudar sempre que há obstáculos, a faz sentir, nesses momentos, dependente em vez de independente” ao qual respondeu “é isso mesmo, nesses momentos sinto que estou a incomodar mesmo sabendo que eles gostam muito de mim e que é um prazer ajudarem-me”.

É importante referir que a utente mencionou que nesta época da páscoa que se tem lembrado de como eram as celebrações em Goa, e que são mais intensas em comparação com Portugal, sendo que, estando emocionada ao falar sobre isso sentiu de repente um forte aperto no peito que aliviou quando bebeu um pouco de água da garrafa que trazia consigo, sendo que este episódio sugere que I.V. teve um episódio de ansiedade originado pela partilha de momentos marcantes para a utente acerca das celebrações da páscoa em Goa. Seguidamente, olhou para o relógio referindo que não deu pelas horas passarem por ter gostado tanto da sessão, visto sentir-se mais liberta, sendo indicador que a relação estabelecida está mais fortalecida na medida que gostou de partilhar recordações do passado que originaram um alívio dos sintomas depressivos.

Sessão IV (14/4/15)

A utente encontrava-se bem-disposta, com um discurso coerente, e começou por referir a viagem que fez com algumas utentes do Centro ao Castelo de Almourol,

mencionando que gostou que eu a tivesse acompanhado. Referiu, seguidamente, que estava surpreendida por não estar com os músculos doridos dado que fez muito esforço quando teve que entrar e sair do autocarro com auxílio, e que a paisagem verde e o rio a fizeram recordar de Goa, o que a deixou alegre e relaxada. Em seguida, com um sorriso no seu rosto, questionou-me quando seria o próximo passeio, mencionando que gosta de participar dos passeios que o Centro promove, e que sente que está a envelhecer com muita qualidade de vida, por haver no Centro um acompanhamento a nível médico, social e psicológico, ao qual lhe foi dito “parece que sair da rotina participando numa visita que o Centro promove a faz sentir-se alegre e relaxada, sendo uma vivência diferente para si pelo fato de ser uma atividade que o sitio onde mora promoveu para si e as restantes residentes” ao qual respondeu “sim, é diferente ir a uma visita com os técnicos do centro que já estou habituada a que me ajudem quando realmente preciso, do que quando vou a casa e sinto que estou a dar muito trabalho apesar de saber que é um prazer para eles ajudarem-me” ao qual lhe foi referido “parece que o fato de estar habituada aos técnicos do Centro e ao trabalho deles que faz com que sempre que vá numa visita promovida pelo Centro que isso a faz sentir-se da mesma forma como se sente aqui dentro do centro, ou seja, independente e o mais autónoma possível” ao qual respondeu “pensando bem, isso faz todo o sentido, porque eu gosto muito de estar com a família em casa deles, mas provavelmente sinto que estou sempre a incomodar porque não moro com eles, enquanto que aqui no Centro estou com os técnicos todos dias e todos dias eles apoiam-me com o seu trabalho, seja no que for, é realmente diferente”

Sessão V (20/4/2015)

A sessão de hoje decorreu, a pedido da utente, no seu quarto por motivos de doença, referindo que teve uma semana complicada mas que se está a sentir melhor. Em seguida, referiu que lhe ofereceram uma rosa, e que isso a fez recordar da falecida Irmã

Umbilina que lhe oferecia sempre uma rosa do jardim do Centro, sorrindo em seguida, ao qual lhe foi referido “parece que o fato de lhe terem oferecido uma rosa a fez regressar ao passado fazendo-a sentir-se saudosa mas alegre ao mesmo tempo” ao qual respondeu “sim, realmente é isso que eu estou a sentir, veio a saudade, mas uma saudade que trouxe alegria no coração” ao qual lhe foi referido “parece que algo tão simples como uma rosa lhe trouxe, por instantes, recordações felizes do seu passado, o que a fez sentir-se com o seu coração preenchido com sentimentos positivos” ao qual respondeu “sem duvida, são as coisas mais simples que são as que mais marcam”.

Sessão VI (27/4/15)

A utente encontrava-se com um sorriso nos lábios, transparecendo alegria através do seu olhar. Começou por referir que passou muito tempo no seu quarto a descansar e a ver o quintal do Centro através da janela do seu quarto, e que a horta e o cão Rex que está no quintal das irmãs a fez recordar-se do seu quintal e do cão que tinha em Goa, ao qual lhe foi referido “parece que são recordações marcantes que fazem com que esteja em Portugal e em Goa ao mesmo tempo, o que a emociona” ao qual respondeu “sim, realmente é como se de repente estivesse na janela de casa em Goa a olhar para o meu quintal e para o meu cão, e isso emociona-me mas é bom”.

Sessão VII (5/5/15)

Hoje a sessão decorreu no gabinete novo de psicologia, sendo que a utente referiu logo que o local era muito melhor por ser mais amplo, com mais janelas, que gosta muito mais do novo gabinete. Em seguida, mencionou que no fim-de-semana foi comemorar o dia da mãe em família, tendo revelado com um sorriso nos lábios que foi um dia muito bem passado, ao qual lhe foi dito “parece que foi importante para si ter passado um dia tão

especial em família, perto dos seus filhos, o que a deixou feliz” ao qual respondeu “sim, foi muito especial, e foi muito bom ter passado esse dia perto dos meus filhos, realmente fiquei muito feliz”. Em seguida, mencionou que achou engraçado que numa das vezes que esteve a observar o quintal e o cão Rex das irmãs do Centro, que automaticamente recordou-se de quando andava com o seu marido de moto no meio da natureza em Goa, e que foi bom recordar” ao qual lhe foi mencionado “parece que ter recordado de tempos felizes com o seu marido e de isso lhe ter provocado saudade mas ao mesmo tempo alegria que a fez perder o receio de que isso lhe mexesse demasiado com as suas emoções” ao qual respondeu “sim, realmente desde que estou a ter estas sessões que tenho recordado mais Goa, e do meu marido.. mexeu com as minhas emoções mas fez-me rir ao lembrar-me de tantas coisas que vivemos juntos e que gostei de recordar” ao qual lhe foi dito “parece que recordar de momentos felizes com o seu marido a faz sentir por um lado saudade mas por outro lado alegre e bem disposta, não sentindo necessidade de ocupar a cabeça constantemente de forma a não pensar muito no passado que pensava que lhe poderia trazer algum sofrimento devido à saudade” ao qual respondeu “sim, ganhei consciência que recordar dos tempos que vivi em Goa com o meu marido faz-me bem, porque são recordações tão boas que é como estar a vivê-las novamente.. é uma saudade boa”.

Sessão VIII (18/5/15)

A utente começou por referir que o neto lhe ligou e que lhe agradeceu pelo conselho que ela lhe deu há anos atrás em relação a poupar dinheiro caso um dia quisesse ir para a faculdade, e que o fato de ele ter seguido o seu conselho fez com que atualmente tivesse dinheiro o suficiente para ir tirar o curso para Inglaterra, ao qual lhe foi dito “parece que o fato de o seu neto lhe ligar de propósito para agradecer o conselho que lhe deu há anos atrás a fez sentir-se muito valorizada e amada pelo seu neto, o que a deixa muito orgulhosa

dele” ao qual respondeu “sim, estou muito orgulhosa do meu querido neto, foi muito bom ter ouvido aquelas palavras, senti que sou uma avó que ele realmente ama muito, e isso deixa-me muito feliz”. Em seguida I.V. referiu que sentiu necessidade de estimular o cérebro com palavras cruzadas de forma a manter a sua memória saudável, ao qual lhe foi dito “parece que tem receio de vir a sofrer de alguma perturbação de memória devido a verificar que há tantas utentes neste Centro que padecem de problemas de memória, o que faz com que sinta a necessidade de a treinar com, por exemplo, palavras cruzadas, fazendo com que se sinta menos ansiosa” ao qual respondeu “realmente perceber que consigo fazer as palavras cruzadas sozinha faz-me sentir menos ansiosa por ver que afinal a memória não está tão má”

Sessão IX (27/5/15)

Hoje I.V encontrava-se com um semblante triste, referindo que soube que o Rex faleceu, e que isso lhe fez pensar na morte, referindo ter-se recordado dos tempos em que ia visitar o seu marido ao cemitério, mas que não queria falar disso, ao qual lhe foi dito “parece que sentiu a necessidade de desabafar o que a entristecia mas que ainda não se sente preparada para falar desse tema por lhe provocar sofrimento” ao qual respondeu “sim, senti realmente a necessidade de lhe contar sobre a morte do Rex e de isso me ter feito recordar das vezes que ia ao cemitério visitar o meu marido, mas são emoções tão fortes que realmente reparei que não me sinto preparada para falar disso por gerar em mim tanta tristeza” ao qual lhe foi referido que “parece que não se sente preparada para abordar temas que a façam sentir-se triste e que não se sente preparada para o fazer” ao qual respondeu “sim, é isso mesmo, compreende-me bem”

Sessão X (2/6/15)

Hoje a utente começou por referir “não sei o que hoje devo dizer” ao qual lhe foi dito “parece que há dias que não sabemos o que dizer e que isso lhe está a provocar algum

constrangimento pelo fato de se ter gerado algum silêncio” ao qual respondeu “sim, o silêncio foi constrangedor (rindo-se), mas estou-me a lembrar que falei ao telefone com uma grande amiga e que estivemos a recordar dos velhos tempos e que rimos imenso e que estive a fazer palavras cruzadas”, ao qual lhe foi referido “parece que o fato de se ter relembrado de boas recordações com a sua amiga lhe trouxe alegria e bem-estar, bem como estimular a sua memória e perceber que está saudável” ao qual riu-se e afirmou que tudo isso lhe promoveu bem-estar e alegria por ver que se lembrava de tanta coisa ainda, ao qual lhe foi dito “parece que o fato de perceber que ainda se lembra de tanta coisa a ajuda a gerir a sua ansiedade por perceber que a sua memória está saudável e boa, o que a tranquiliza” ao qual respondeu que era isso mesmo, que a sua principal preocupação era vir a ficar com um défice cognitivo devido à sua idade, e que ao perceber que está ainda com uma boa memória que isso a deixa realmente menos ansiosa e tranquila.

Sessão XI (8/6/15)

A utente começou por referir que ao observar o quintal das freiras do Centro que se lembrou do Rex e que sentiu que ele faleceu no local de que mais gostava, ou seja, no quintal onde ele todos dias brincava, ao qual lhe foi dito “parece que o fato do Rex ter morrido num local que tanto gostava que isso a tranquiliza, sendo que teve uma vida feliz lá” ao qual respondeu “sim, ele foi muito feliz no quintal, andava sempre a brincar com as pessoas que vão cuidar do jardim e da horta, e teve qualidade de vida, e isso realmente me tranquiliza”.

I.V. mencionou que o seu neto ia fazer anos no dia 24 e que estava entusiasmada com a chegada desse dia, e estava muito contente por ir passar esse dia especial com o seu neto, ao qual lhe foi referido “parece que para si poder estar com o seu neto num dia tão especial a faz sentir-se uma avó mais presente, o que a deixa bastante satisfeita” ao qual respondeu “sim, poder acompanhar de perto o meu neto, principalmente em dias especiais, é

para mim muito importante o que me deixa realmente bastante satisfeita e feliz”.

No final foi referido à utente que o estágio estava a terminar e que, caso ela aceite, poderá continuar a ser acompanhada por outra psicóloga, ao qual respondeu “obrigada, estas sessões têm-me feito muito bem, sinto que a Sofia me tem compreendido e me ajudado, e estou a gostar muito”, ao qual lhe foi referido “parece que estas sessões têm sido para si terapêuticas no sentido que se tem sentido compreendida, ouvida e ajudada, e que a relação de confiança que se foi estabelecendo possibilitou tudo isto” ao qual respondeu “sim, à medida que fui confiando em si senti que me fui libertando mais, foi bom”

Sessão XII (15/6/15)

A pedido da psicóloga do Centro, foi-me solicitado que perguntasse a I.V. se a nova estagiária de psicologia poderia assistir à sessão de acompanhamento. Questionei a utente, ao qual riu-se e aceitou. A utente começou por referir “Sofia, temos confiança uma com a outra, gostava de saber coisas sobre si” ao qual lhe foi dito “parece que o fato de termos alguém a assistir à sessão a deixa intimidada, o que faz com que gostasse que fosse eu a falar sobre mim, no entanto esta sessão de 45 minutos é para ser usada apenas por si” ao qual respondeu “sim, tenho curiosidade em saber coisas sobre si porque gosto de si, e realmente é estranho ter alguém que não conheço a assistir ao que digo”. Após uma pausa de aproximadamente 2 minutos, a utente referiu que teve a visita de uma amiga no Centro, e que isso a deixou muito bem-disposta, ao qual lhe foi dito: “parece que quando recebemos a visita de uma amiga que isso nos faz sentir acarinhados e especiais, visto terem arranjado um bocadinho do seu tempo para estarem connosco” ao qual respondeu “sim, foi muito bom receber a atenção dela, ela é uma boa amiga”. A utente resolveu ficar em silêncio, e passado aproximadamente 1 minuto perguntou à nova estagiária de psicologia se estava a aprender alguma coisa da sessão, ao qual ela respondeu que estava a aprender muito, e que tudo o que

é dito na sessão é confidencial, agradecendo, em seguida, por I.V. a ter deixado estar presente, ao qual respondeu “fico contente que esteja a aprender, eu gosto destas sessões porque me sinto compreendida e posso falar do que me apetecer durante a sessão que sou sempre muito bem ouvida” ao qual lhe foi dito “parece que o fato de se sentir compreendida e ouvida nestas sessões lhe transmite bem-estar, aliviando assim os seus sintomas depressivos iniciais” ao qual respondeu “sim, sinto-me muito melhor, e estas sessões fazem-me bem”.

Sessão XIII (23/6/15)

Comecei a sessão por referir que senti que na sessão anterior I.V. tinha-se sentido incomodada pelo fato de ter sido observada pela nova estagiária que não conhecia e que como tal considere importante ela não estar mais presente nas sessões, mas que isso não iria representar nenhum problema para ela, ao qual I.V. respondeu “realmente foi muito estranho ter sido observada por alguém que não conheço, senti-me mesmo intimidada, mas por outro lado não me importo que ela cá esteja, ao qual lhe foi dito “parece que por um lado sente-se incomodada por ter sido observada por alguém que não conhece mas que por outro lado preocupa-se com a nova estagiaria e acha que a poderá estar a prejudicar, mas quero que saiba que não está a prejudica-la”, ao qual mencionou ficar mais aliviada por não estar a prejudica-la porque realmente se sente mais à vontade assim.

Seguidamente, referiu que o seu filho mais velho vai fazer 39 anos de casado e que isso a fez recordar do seu marido, e das saudades que tem dele, ao qual lhe foi dito “parece que o fato do seu filho ter um casamento longo como a I.V. teve a faz sentir ainda mais orgulho nele” ao quando respondeu “sim, é isso mesmo, o meu casamento foi longo e feliz tal como está a ser o do meu filho, o que me deixa descansada” ao qual lhe foi dito “parece que é importante para si perceber que a sua família está bem e feliz o que faz com que se sinta mais tranquila” ao qual respondeu “sim, estão felizes, unidos e encaminhados o que me deixa

realmente feliz”.

No final, foi referido que o estágio está a terminar e que a próxima sessão irá ser dedicada à reavaliação, no sentido de analisar o impacto que as sessões de acompanhamento tiveram no alívio dos sintomas depressivos da utente, e que irá continuar a ser acompanhada pela psicóloga do Centro, que já conhece, caso seja do seu agrado, ao qual agradeceu mencionando “gostei muito destas sessões, muito obrigada por tudo”.

Sessão XIV (29/6/15)

Nesta sessão procedeu-se à reavaliação neuro psicológica de forma a verificar qual foi o impacto do acompanhamento psicológico, com a aplicação da Escala de depressão geriátrica, com o resultado de 8 pontos, o que remete para uma ausência de depressão.

Reflexão Clínica

Os resultados da avaliação apontam para uma ausência de uma perturbação do foro psicopatológico e de um défice cognitivo, sendo indicador de uma memória saudável, apresentando apenas algumas dificuldades que podem ser melhoradas através de estimulação.

I.V. apresenta uma depressão ligeira decorrente provavelmente das dores que diariamente sente devido às operações que lhe causam insónias, que fez com que ficasse numa cadeira de rodas, sendo que no entanto I.V. faz tudo para se manter o mais independente e autónoma possível, mas por outro lado sente-se frustrada quando está dependente de alguém para a ajudar, por sentir que poderá estar a incomodar (principalmente caso não seja um dos técnicos do Centro). É importante referir que existe indicação para que os sintomas depressivos estejam relacionados também com o processo de institucionalização, tendo sido mencionado pela utente “olho à minha volta e vejo pessoas acamadas ou incapacitadas, raras são as pessoas aqui no Centro que conseguem manter um discurso

coerente (...) quando vou para o meu quarto ler ou ouvir musica ou palavras cruzadas é porque gosto mas também me ocupa a cabeça e não fico a pensar no passado” sendo que a utente costumava jogar às cartas com duas amigas do Centro, em que uma ficou com um défice cognitivo e a outra faleceu, o que a entristeceu bastante receando vir a ter queixas de memória como observava que acontecia com muitas utentes do Centro, sentindo a necessidade de estimular o seu cognitivo diariamente através da leitura e das palavras cruzadas; no entanto, apesar de observar tantas utentes com défice cognitivo dentro do Centro, afirma gostar de viver no local visto receber todo o tratamento que não poderia receber em casa, o que lhe agrada imenso, mencionando que está a envelhecer com qualidade. Neste seguimento, é importante ressaltar que a depressão pode manifestar-se através de queixas físicas resultantes de doenças clínicas, que resultam num sofrimento prolongado, levando a uma perda total ou parcial da autonomia, que têm como consequência a hospitalização ou a institucionalização, sendo que a perda do companheiro bem como o isolamento social, são dois exemplos que predispõem o idoso a sintomas depressivos (Stella et al, 2002), sendo que I.V. apresenta insónias frequentes devido á sua condição física e apesar de participar nas atividades do Centro isola-se diversas vezes no seu quarto desde que as suas amigas com quem jogava às cartas todas as tardes ficaram incapacitadas, o que contribuiu para um certo défice social, e neste sentido, segundo o DSM V, existe a hipótese de I.V. sofrer de uma Perturbação Depressiva com Outra Especificação (DSM V, código de diagnóstico 311 (F32.8) – Episódio Depressivo Com Sintomas Insuficientes).

O teste projetivo sugere que a utente tem interesse em investir e em se valorizar; indicando-nos que I.V. apreende a realidade preferencialmente de forma global, revelando assim um sinal de inteligência, sendo que a utente mostra também capacidade de observação e de análise dos pequenos detalhes.

Em relação ao pensamento racional e formal da utente, a qualidade deste é

influenciada pelas emoções e preocupações, no entanto I.V. funciona da mesma maneira, quer à superfície quer em profundidade, de forma introversiva, indicando que a utente controla as suas emoções e afetos, tendo um carácter mais reservado, refletindo bastante, mas sem deixar de ser uma pessoa emocional, sendo pertinente referir que o seu funcionamento introversivo faz com que tenha mais tendência para imaginar do que para agir.

Neste seguimento, verificou-se durante as sessões que I.V. ainda sente mágoa por ter tido de “fugir de repente” de Goa para Portugal com o seu filho e marido devido à guerra, e do seu pai a ter abandonado em criança. Possivelmente isto levou a uma certa apreensão inicial em recordar o passado, com receio de que isso a afetasse emocionalmente, mas no decorrer das sessões I.V. foi tomando consciência de que recordar de coisas positivas do seu passado não a destabilizava emocionalmente, sendo que começou a referir certos acontecimentos de Goa, de forma saudosa e alegre, falando do seu marido (apesar de sentir saudades), e referindo que os telefonemas frequentes da sua família bem como as suas visitas são muito importantes para ela, no sentido que assim sente a família mais perto de si. Refere que gosta mais de permanecer no seu espaço onde se sente mais independente e apoiada em tudo o que precisa sem incomodar a sua família, o que lhe gera menos ansiedade e mais bem-estar, sendo importante referir, neste seguimento, que a utente referiu “sempre que falo com a minha família esqueço as dores temporariamente”, o que indica que a sua família tem um grande impacto na vida de I.V. dado que costuma ter dores diárias que muitas vezes geram insónias.

Ora, o fato de I.V. ter começado a partilhar recordações positivas e mencionado uma ou outra que a tenha entristecido, fez com que se tivesse libertado, de certa forma, aliviando os sintomas depressivos dado que, no final, quando se procedeu à reavaliação com a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica, remeteu para uma ausência de sintomas depressivos, revelando assim que as sessões aliviaram o impacto dos sintomas depressivos

iniciais da utente, sendo pertinente referir que I.V. começou a conviver mais com as voluntárias do Centro, referindo gostar de falar com elas, o que revela um maior esforço por parte da utente ao nível das relações sociais.

Reflexão Pessoal

Este caso teve um impacto positivo em mim, na medida que me desafiou principalmente a desenvolver as minhas capacidades de relação empática, na medida que a utente era uma pessoa bastante reservada, o que me marcou positivamente, tendo sido a primeira vez que acompanhei alguém em *setting* profissional.

Senti que, como futura psicóloga, devemos realmente respeitar o ritmo da utente, mesmo percebendo que existem temáticas importantes que a utente não queira abordar por serem difíceis. Aprendi que, neste sentido, o respeitarmos a utente irá fortalecer a relação e fará com que a utente se sinta respeitada, compreendida e mais ouvida, sendo que tudo o que refere é de extrema importância.

Percebi que I.V. foi partilhando mais do seu passado, ao seu ritmo, e que gostou de fazê-lo, sendo que a minha postura não diretiva e as respostas de compreensão empática foram essenciais para promover o bem-estar à utente, desencadeando mais confiança da parte dela, e, mesmo a utente não tendo abordado todas as temáticas, percebi que o mais importante é deixar que seja a utente a conduzir a sessão, sendo que o fato do acompanhamento psicológico ter resultado numa ausência de sintomas depressivos da utente, fez com que eu acreditasse mais na eficácia da Abordagem Rogeriana, verificando que é muito importante sermos congruentes com a abordagem que a nós nos faz sentido, pretendendo fazer futuramente uma formação nessa área.

Estimulação Cognitiva – Cogweb

No processo de reabilitação cognitiva foram acompanhadas 5 utentes de forma individualizada no gabinete de psicologia, com recurso ao programa de estimulação cognitiva denominado de *Cogweb*, sendo que cada sessão teve duração de aproximadamente 1 hora uma vez por semana e todas as sessões foram supervisionadas pela Dra. Paula Agostinho.

É importante salientar que irão ser expostos com mais detalhe os dois casos que marcaram de uma forma mais profunda a estagiária de psicologia no seu desenvolvimento pessoal, na medida que exigiram uma maior entrega pessoal para o fortalecimento da relação com as utentes, sendo que os restantes casos serão expostos de uma forma mais breve.

Pedido

O médico reencaminhou as utentes para reabilitação cognitiva de forma a serem estimuladas funções cognitivas, no qual os familiares foram informados.

Objetivo

O objetivo geral destas sessões é promover a estabilização ou, se possível, a recuperação das funções cognitivas das cinco utentes com recurso ao programa *Cogweb*, sendo que, no início e no final do treino é realizada uma avaliação neuropsicológica do estado das funções cognitivas das utentes, de modo a verificar qual a melhor forma de intervir e qual o desenvolvimento do estado cognitivo durante as sessões de estimulação cognitiva.

Metodologia

- Num primeiro contato, cada utente, de forma individualizada, familiarizou-se com o programa *Cogweb*.
- Num segundo contato cada utente foi avaliada neuropsicológicamente

(MMSE e EADA) de forma a verificar que funções são necessárias estimular, sendo que algumas utentes tinham sido avaliadas recentemente pela psicóloga do centro psicogeriátrico, e, neste sentido, foram usados esses dados (só se encontra em anexo os testes aplicados pela estagiária)

- Houve 19 sessões de reabilitação cognitiva com um plano de intervenção em funções cognitivas, tais como, atenção, linguagem, memória e cálculo.
- A 20ª Sessão foi destinada à reavaliação neuropsicológica

Desenvolvimento de 2 casos de reabilitação cognitiva

Caso de E.B.

E.B. é uma utente de 92 anos, viúva, revela dificuldades na locomoção e gosta de passar o seu tempo a fazer croché e ver televisão, sendo importante referir que no final de cada sessão, questionava a estagiária de psicologia clínica se o seu desempenho foi bom e se era melhor que as restantes utentes, revelando competitividade.

De acordo com os resultados do Exame Breve do Estado Mental (MMSE), a utente teve 28 pontos, não sendo indicador de défice cognitivo, no entanto apresentou dificuldades ao nível da evocação, sendo importante fazer estimulação a este nível.

De acordo com a EADA, E.B. obteve um resultado de 7 pontos no Adas Cognitiva e 2 pontos no Adas não-cognitiva, sem indicação de perturbação do foro psicopatológico, no entanto revela dificuldade ligeira ao nível da evocação e do reconhecimento de palavras, não remetendo para processo demencial.

Segue abaixo o quadro referente à distribuição das sessões referentes ao programa informático *Cogweb* bem como os resultados da reavaliação de forma a se verificar que impacto tiveram as sessões na utente.

Quadro 7: Distribuição das sessões de *Cogweb* de E.B.

Data	Sessão	Exercícios Cogweb e Resultados da Reavaliação- Ano 2015 – E.B.	
9/2	0	Explicação e Familiarização com o novo programa de estimulação cognitiva	
16/2	1	Atenção = Encontre a letra; Memória = Caras e nomes; Memória exacta; Cálculo = Mente rápida	
23/2	2	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Cores em linha; Cálculo = Quadro matemático	
2/3	3	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Cores em linha; Cálculo = Quadro matemático	
9/3	4	Atenção = Encontre o intruso; Memória = Caras e nomes; Cálculo = Quadro matemático	
16/3	5	Atenção = Encontre o intruso; Memória = Caras e nomes; Cálculo = Quadro matemático	
23/3	6	Atenção = Encontre o número E quantos passaram; Memória = Longa memória;	
30/3	7	Atenção = Encontre o número E quantos passaram ; Memória = Longa memória;	
6/4	8	Atenção = Igual ou diferente; Memória = Longa memória;	
14/4	9	Atenção = Igual ou diferente; Memória = Longa memória;	
20/4	10	Atenção = Igual ou diferente; Memória = Longa memória;	
27/4	11	Atenção = Igual ou diferente; Memória = Longa memória;	
4/5	12	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Longa memória; Cálculo = Quadro matemático	
11/5	13	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Longa memória; Cálculo = Quadro matemático	
18/5	14	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Longa memória; Cálculo = Quadro matemático	
25/5	15	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Longa memória; Cálculo = Quadro matemático	
1/6	16	Atenção = Compare a sequência; Memória = Rápida memória; Cálculo = Mente rápida	
8/6	17	Atenção = Compare a sequência; Memória = Rápida memória; Cálculo = Mente rápida	
15/6	18	Atenção = Compare a sequência; Memória = Rápida memória; Cálculo = Mente rápida	
22/6	19	Atenção = Compare a sequência; Memória = Rápida memória; Cálculo = Mente rápida	
Reavaliação			
29/6	20	MMS = 27 Pontos Sem indicação de défice cognitivo, com alguma dificuldade ao nível da evocação	ADAS: ADAS Cognitivo = 6 Pontos, com indicação de dificuldade ligeira ao nível da evocação de palavras e do reconhecimento de palavras ADAS Não-Cognitiva = 1 Ponto, sem indicação de perturbação do foro psicopatológico ADAS Total = 7 Pontos, não remete para processo demencial.

Registo das Sessões de *Cogweb*

Sessão I (16/2/2015)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. As provas aplicadas foram todas de nível 1, houve uma subida para o nível 2 na prova de mente rápida, sendo que houve 6 respostas incorretas e 75 certas na mesma prova; 2 respostas incorretas e 30 corretas na prova de memória exacta, com dificuldade mínima ao nível do cálculo e da memória.

Sessão II (23/2/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida para o nível

2 nas provas de atenção e de cálculo, mantendo-se o nível 1 na prova de memória, tendo se verificado 3 respostas erradas e 57 certas na prova de cálculo e 2 respostas incorretas e 38 corretas na prova de memória, com dificuldade mínima ao nível do cálculo e da memória.

Sessão III (2/3/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 2 para o nível 4 na prova de atenção, uma subida do nível 2 para o 3 na prova de cálculo e do nível 1 para o 2 na prova de memória. Houve 1 resposta errada e 19 certas na prova de cálculo e de memória, sem indicação de dificuldades ao nível das funções de atenção, memória e de cálculo.

Sessão IV (9/3/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 1 para o 2 na prova de memória e de atenção, bem como uma subida do nível 1 para o 3 na prova de cálculo. Houve 1 resposta errada e 59 certas na prova de cálculo, sem indicação de dificuldade ao nível das funções de atenção e cálculo e memória.

Sessão V (16/3/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 2 para o 4 na prova de atenção, sendo que houve 2 respostas erradas e 18 certas na prova de cálculo e 6 respostas incorretas e 14 certas na prova de memória, com indicação de dificuldade ligeira ao nível da função de memória.

Sessão VI (23/3/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 1

para o 2 na prova de Encontre o número (atenção), sendo que se verificou 1 resposta errada e 19 certas na prova de Quantos passaram (atenção), sem indicação de dificuldade ao nível da atenção e da memória.

Sessão VII (30/3/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 2 para o 3 na prova de Encontre o número (atenção), tendo-se observado 4 respostas erradas e 27 certas na prova de Quantos passaram (atenção), com indicação de dificuldade mínima ao nível da função de atenção.

Sessão VIII (6/4/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 1 para o 3 na prova de atenção, tendo-se observado 2 respostas incorretas e 76 corretas na prova de atenção, sem indicação de dificuldade ao nível das funções de atenção e memória.

Sessão IX (14/4/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 3 para o 5 na prova de atenção. Observou-se 4 respostas erradas e 56 certas na prova de atenção, sem dificuldade ao nível das funções de memória e de atenção.

Sessão X (20/4/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 5 para o 6 na prova de atenção tendo-se observado a existência de 3 respostas erradas e 37 certas na prova de atenção, com indicação de dificuldade quase nula ao nível da atenção.

Sessão XI (27/4/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Não houve subidas de níveis nas provas de atenção e memória, no entanto houve 2 respostas erradas e 92 certas na prova de atenção, sem indicação de dificuldade ao nível das funções de atenção e de memória.

Sessão XII (4/5/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma resposta errada e 27 corretas na prova de atenção, sem indicação de dificuldade ao nível das funções de memória, atenção e cálculo.

Sessão XIII (11/5/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Não houve subidas de nível nem respostas erradas dentro do que a utente respondeu, sendo que, neste sentido, não existe indicação de dificuldade ao nível das funções de atenção, memória e cálculo.

Sessão XIV (18/5/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Registaram-se 5 respostas erradas e 35 certas na prova de cálculo, com indicação de dificuldade ligeira ao nível da função de cálculo.

Sessão XV (25/5/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 3 para o 4 na prova de cálculo, mas registou-se na mesma prova 3 respostas erradas em 37 corretas, sem indicação de dificuldade ao nível das funções de cálculo, memória e atenção.

Sessão XVI (1/6/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. As provas todas são de nível 1, sendo que se verificou uma subida para o nível 3 na prova de atenção e para o nível 2 na prova de memória, sem se ter observado respostas erradas; e neste sentido, não há indicação de dificuldade ao nível das funções de atenção, memória e cálculo.

Sessão XVII (8/6/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Verificou-se uma subida do nível 3 para o 4 na prova de atenção, do nível 2 para o 3 na prova de memória e do nível 1 para o 2 na prova de cálculo. Houve 1 resposta errada e 23 certas na prova de memória, bem como 14 respostas erradas em 36 certas na prova de cálculo, com indicação de alguma dificuldade na função de cálculo apesar de se ter observado uma subida de nível.

Sessão XVIII (15/6/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Observou-se uma subida do nível 4 para o 5 na prova de atenção, com a existência de 1 resposta errada em 17 certas na prova de memória, 9 respostas erradas em 41 certas na prova de cálculo, com indicação de dificuldade ligeira ao nível da função de cálculo.

Sessão XIX (22/6/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Observou-se uma subida do nível 5 para o 6 na prova de atenção, bem como do nível 3 para o 4 na prova de memória, verificando a existência de 1 resposta errada em 19 certas na prova de atenção e de memória, bem como 13 respostas erradas e 19 certas na prova de cálculo, com indicação de dificuldade moderada na função de cálculo.

Análise dos Resultados de E.B.

Os resultados da avaliação inicial comparados com a reavaliação mostram que a utente manteve as funções cognitivas, não havendo sinal, portanto, da existência de declínio cognitivo.

Em relação à reabilitação cognitiva, apesar de não se ter verificado melhorias nas capacidades cognitivas de E.B., deve-se ter em conta que o programa de estimulação cognitiva *Cogweb* foi benéfico, na medida que a utente conseguiu subir de nível em diversos exercícios de estimulação das funções de atenção, memória e cálculo, mostrando-se sempre interessada em obter bons resultados, e, na grande maioria das vezes, motivada com as sessões.

Considera-se que a relação positiva estabelecida com a utente é essencial para o sucesso na reabilitação cognitiva, no qual a utente mantém ou vai conseguindo melhorar as suas capacidades cognitivas, sendo que a relação foi-se fortalecendo na medida que E.B. se sentia ouvida e compreendida sempre que a estagiária a ia buscar ao refeitório ou à sala e se sentava com ela a conversar antes de irem para a sessão de estimulação cognitiva, no qual E.B. começou a sentir-se acarinhada ao perceber que tinha atenção por parte da estagiária durante as pausas de almoço e não simplesmente quando havia alguma atividade, o que contribuiu para o seu bem-estar bem como para o sucesso da reabilitação cognitiva, dado que as suas funções cognitivas não declinaram.

Caso F.B.

F.B. é uma utente de 64 anos, separada, revela algumas dificuldades na locomoção, bem como algum tremor nas mãos, e gosta de passar o seu tempo na sala ou no seu quarto, sendo importante referir que durante a semana questionava a estagiária de psicologia sempre que a via, se era o dia em que ia fazer os exercícios, mostrando motivação e revelando

interesse, no entanto, a estagiária observou muitas vezes que a utente chorava frequentemente ou gritava por atenção quando se encontrava na sala, no qual a utente revelava ser devido às saudades do seu ex-companheiro e das suas filhas o que sugere que a utente queira realizar as sessões na medida que sente que recebe atenção por parte da estagiária durante as atividades, e não propriamente por estar preocupada com o melhoramento das suas capacidades cognitivas.

De acordo com os resultados do Exame Breve do Estado Mental (MMSE), a utente teve 20 pontos, o que é indicador de défice cognitivo grave, apresentando dificuldades ao nível da evocação, da atenção e do cálculo sendo importante fazer estimulação a este nível.

De acordo com a EADA, F.B. obteve um resultado de 14 pontos no Adas Cognitiva e 3 pontos no Adas não-cognitiva, no qual se observa sintomas depressivos bem como dificuldade ao nível da evocação, sem indicação de perturbação do foro psicopatológico nem remetendo para um processo demencial.

Quadro 8: Distribuição das sessões de *Cogweb* de F.B.

Data	Sessão	Exercícios <i>Cogweb</i> - Ano 2015 – F.B.
10/2	0	Explicação e Familiarização com o novo programa de estimulação cognitiva
18/2	1	Atenção = Encontre a letra; Memória = Supermercado; Memória exacta; Cálculo = Mente rápida
24/2	2	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Cores em linha; Cálculo = Quadro matemático
2/3	3	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Cores em linha; Cálculo = Quadro matemático
9/3	4	Atenção = Encontre o intruso; Memória = Caras e nomes; Cálculo = Quadro matemático
16/3	5	Atenção = Encontre o intruso; Memória = Caras e nomes; Cálculo = Quadro matemático
23/3	6	Atenção = Encontre o número E quantos passaram; Memória = Longa memória;
30/3	7	Atenção = Encontre o número E quantos passaram ; Memória = Longa memória;
6/4	8	Atenção = Igual ou diferente; Memória = Longa memória;
14/4	9	Atenção = Igual ou diferente; Memória = Longa memória;
20/4	10	Atenção = Igual ou diferente; Memória = Longa memória;
28/4	11	Atenção = Igual ou diferente; Memória = Longa memória;
4/5	12	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Longa memória; Cálculo = Quadro matemático
11/5	13	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Longa memória; Cálculo = Quadro matemático
18/5	14	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Longa memória; Cálculo = Quadro matemático
25/5	15	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Longa memória; Cálculo = Quadro matemático
1/6	16	Atenção = Compare a sequência; Memória = Rápida memória; Cálculo = Mente rápida
8/6	17	Atenção = Compare a sequência; Memória = Rápida memória; Cálculo = Mente rápida
15/6	18	Atenção = Compare a sequência; Memória = Rápida memória; Cálculo = Mente rápida
22/6	19	Atenção = Compare a sequência; Memória = Rápida memória; Cálculo = Mente rápida

Quadro 9: Resultados da reavaliação de F.B.

Reavaliação			
29/6	Sessão 20	MMSE	ADAS
		Pontuação de 21 Pontos, com indicação de défice cognitivo moderado.	ADAS Cognitivo = 13 Pontos, com indicação de dificuldade moderada a tender para severo ao nível da evocação de palavras e dificuldade ligeira ao nível do reconhecimento de palavras ADAS Não-Cognitiva = 4 Ponto, sem indicação de perturbação do foro psicopatológico ADAS Total = 17 Pontos, não remete para processo demencial.

Registo das Sessões de Cogweb

Sessão I (18/2/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 1 para o 3 na prova de atenção bem como uma subida do nível 1 para o 2 na prova de memória exacta. Verificou-se que a utente teve 14 respostas erradas e 79 certas na prova de cálculo, 12 respostas erradas e 32 certas na prova de memória exacta e 3 respostas erradas e 17 certas na prova Supermercado, com indicação de alguma dificuldade ao nível da função de cálculo.

Sessão II (24/2/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 1 para o 2 na prova de cálculo, tendo-se verificado 2 respostas erradas e 38 certas na prova de cálculo, 3 respostas erradas e 17 certas na prova de memória, com indicação de dificuldade mínima ao nível da memória.

Sessão III (2/3/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Mantiveram-se os níveis alcançados na sessão anterior, tendo havido por parte da utente 18 respostas erradas e 2 certas na prova de atenção, 6 respostas erradas e 14 certas na prova de cálculo e 7 respostas erradas

e 33 certas na prova de memória, com indicação de dificuldade severa ao nível da atenção, bem como dificuldade ligeira ao nível do cálculo e alguma dificuldade ao nível da memória.

Sessão IV (9/3/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Não houve subidas de nível, no entanto verificou-se 2 respostas erradas e 38 certas nas provas de cálculo e de memória, sem indicação de dificuldade ao nível das funções de atenção, cálculo e memória.

Sessão V (16/3/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 1 para o 2 nas provas de atenção e de memória, tendo-se verificado 2 respostas erradas e 38 certas na prova de cálculo, sem indicação de dificuldade ao nível das funções de atenção, memória e de cálculo.

Sessão VI (23/3/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. As provas são de nível 1 sendo que não houve subidas de nível, no entanto, houve 2 respostas erradas e 18 certas na prova de Encontre o número (atenção) e 4 respostas erradas e 16 certas na prova de Quantos passaram (atenção), com indicação de alguma dificuldade ao nível da função de atenção.

Sessão VII (30/3/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 1 para o 2 na prova de atenção (encontre o número), tendo sido observado 7 respostas erradas e 20 certas na prova de Quantos Passaram (atenção), com indicação de alguma dificuldade ao nível da atenção apesar de num dos exercícios ter sido observado uma subida de nível.

Sessão VIII (6/4/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Não houve subidas de nível, tendo-se verificado 3 respostas erradas e 37 certas na prova de atenção, o que é indicador de dificuldade mínima ao nível da atenção.

Sessão IX (14/4/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Não houve subidas de nível, tendo-se observado 17 respostas erradas e 43 certas na prova de atenção, sendo indicador de dificuldade ligeira ao nível da atenção, visto se tratar de uma prova d nível 1.

Sessão X (20/4/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 1 para o 2 na prova de atenção, tendo-se observado também a existência de 4 respostas erradas e 51 certas na prova de atenção.

Sessão XI (28/4/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Não houve subidas de nível, tendo-se manifestado 3 respostas erradas e 17 certas na prova de atenção, sendo indicador de dificuldade mínima ao nível da atenção.

Sessão XII (4/5/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Manteve-se o nível 2 da prova de cálculo e o nível 1 da prova de atenção e de memória. A utente não deu nenhuma resposta errada, no entanto não conseguiu passar de nível por não ter completado as provas no tempo previsto, demonstrando alguma lentidão principalmente na prova de memória que desde a

sessão do dia 23/3/15 que está no nível 1.

Sessão XIII (11/5/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 2 para o 3 na prova de cálculo, sem respostas erradas, não sendo indicador de dificuldade ao nível das funções de atenção, memória e cálculo, no entanto há a salientar que a utente está no mesmo nível (1) na prova de memória desde o dia 23/3/15, não conseguindo terminar a prova no tempo definido apesar de não ter revelado respostas erradas.

Sessão XIV (18/5/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Não se manifestou subidas de nível. Houve 2 respostas erradas e 36 certas na prova de atenção, 12 respostas erradas e 11 certas na prova de cálculo e 1 resposta errada e 15 certas na prova de memória, com indicação de dificuldade severa ao nível do cálculo.

Sessão XV (25/5/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Observou-se uma descida do nível 3 para o 2 na prova de cálculo, tendo havido 3 respostas erradas e 8 certas na prova de atenção e 8 respostas erradas e 12 certas na prova de cálculo, com indicação de dificuldade moderada ao nível da atenção e do cálculo.

Sessão XVI (1/6/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Todas as provas são de nível 1, sendo que não houve subidas de nível. Verificou-se 16 respostas erradas e 20 certas na prova de atenção, 8 respostas erradas e 30 certas na prova de cálculo e 3 respostas erradas e 37

certas na prova de memória, sendo indicador de dificuldade severa ao nível da atenção, bem como alguma dificuldade ao nível da memória e do cálculo.

Sessão XVII (8/6/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Não houve subidas de nível, no entanto verificou-se 5 respostas erradas e 15 certas na prova de atenção, 1 resposta errada e 14 certas na prova de memória e 8 respostas erradas e 48 certas na prova de cálculo, sendo indicador de dificuldade ligeira ao nível da atenção e alguma dificuldade ao nível do cálculo.

Sessão XVIII (15/6/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Houve uma subida do nível 1 para o 2 na prova de memória, tendo-se verificado 1 resposta errada e 9 certas na prova de atenção, 1 resposta errada e 25 certas na prova de memória bem como 8 respostas erradas e 28 certas na prova de cálculo, com indicação de alguma dificuldade ao nível da atenção dadas as poucas respostas, bem como alguma dificuldade ao nível do cálculo.

Sessão XIX (22/6/15)

Estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*. Não se verificou subidas de nível. Houve 6 respostas erradas e 14 certas na prova de atenção, 4 respostas erradas e 13 certas na prova de memória e 3 respostas erradas e 35 certas na prova de cálculo, com dificuldade ligeira ao nível da memória, bem como dificuldade ligeira a tender para o moderado ao nível da atenção.

Análise dos Resultados de F.B.

Os resultados da avaliação inicial comparados com a reavaliação mostram que a

utente passou de um défice severo para um défice moderado, tendo demonstrado na prova do MMSE um melhor desempenho na evocação, no entanto continuou com dificuldades ao nível da função de cálculo e atenção.

Os resultados da reavaliação do Adas- Cognitiva revelam que a utente melhorou o seu desempenho, e, por outro lado o Adas Não-Cognitiva revela a existência de sintomas depressivos, o que sugere que o Programa *Cogweb* foi benéfico, mas que seria vantajoso para F.B. ter um acompanhamento psicológico em paralelo, na medida que a utente chora com muita frequência na sala dizendo ter saudades da sua família, nomeadamente do seu ex-companheiro e das suas filhas, manifestando também querer receber uma atenção frequente por parte dos técnicos do Centro Psicogeriátrico.

Os resultados referentes às sessões indicam que a utente conseguiu subir de nível apenas em alguns exercícios das funções de cálculo, atenção e memória, tendo sido observado durante as sessões que F.B. muitas vezes demorava a responder aos exercícios o que fazia com que não terminasse os exercícios, não conseguindo, portanto, passar para o nível seguinte. Foi posteriormente revelado à estagiária que a lentificação revelada por F.B. poderia ser efeito da sua medicação.

É importante indicar que F.B. revelou uma maior adesão ao programa *Cogweb* à medida que a relação entre ela e a estagiária se foi fortalecendo, sendo que para tal, a estagiária de psicologia investiu na relação sempre que podia, incluindo nas pausas do estágio, indo ter com a utente onde se encontrava, falando com ela, e fazendo-a sentir que era aceite e compreendida.

No final do estágio da estagiária de psicologia, a sua colega de estágio que iria continuar a acompanhar F.B. pediu ajuda no sentido de a ajudar a trabalhar a relação com F.B. visto que a utente manifestava não querer trabalhar posteriormente com a nova estagiária, sendo que foi pertinente mediar as primeiras sessões entre a sua colega e F.B.

tendo sido revelada a importância de se investir na relação até nas pausas do almoço, indo para a sala das utentes, observando-as e comunicando com elas, ao qual a sua colega começou a fazer isso referindo, mais tarde, que tem sido muito benéfico para as utentes e para ela desenvolver e fortalecer a relação com as utentes que acompanha.

Restantes 3 casos de Cogweb

As sessões de reabilitação foram distribuídas da mesma forma na medida que todas revelaram dificuldades principalmente ao nível da evocação, sendo importante estimular também a função da atenção e do cálculo.

G.C. é uma utente de 87 anos, com dificuldades na locomoção e muito comunicativa, que demonstrou desde início muita vontade em aderir ao programa de estimulação cognitiva novo, dado que gostava muito do anterior, tendo sido muito fácil estabelecer-se uma boa relação desde o início.

O.A. é uma utente de 84 anos, que gosta de fazer croché nos seus tempos livres, sendo importante realçar que é uma utente nova no Centro e que foi reencaminhada para o programa de *Cogweb* com autorização da família quando foi avaliada pela psicóloga do local, por ter um défice cognitivo grave com dificuldade severa que incide na função de evocação bem como uma dificuldade moderada ao nível da orientação.

Por se encontrar numa fase de adaptação, estava um pouco relutante em passar por mais avaliações, pelo que, não foi aplicado a EADA no início mas apenas no final da reabilitação cognitiva.

Quando a estagiária de psicologia observou a entrevista e aplicação do MMSE por parte da psicóloga do Centro, chamou-lhe a atenção o facto da utente ter respondido aos cálculos de forma correta tão depressa, e quando estabeleceu uma relação com a utente verificou que O.A. gosta de fazer exercícios de cálculos porque, segundo ela, sempre foi boa

nisso, pelo que, de forma a motiva-la na reabilitação cognitiva, foram inseridos na sua reabilitação cognitiva exercícios de atenção e cálculo, promovendo assim uma maior satisfação por parte da utente que rapidamente manifestou o seu interesse pelo programa.

L.A. é uma utente de 88 anos, com dificuldade de mobilidade, muito divertida e bem-humorada, que gosta de comunicar com as restantes utentes e com os técnicos, bem como contar anedotas. É uma utente que já aderiu muito bem ao programa antigo de estimulação cognitiva, de modo que demonstrou sempre curiosidade em relação ao *Cogweb* visto que considera interessantes os exercícios, tendo referido algumas vezes que se sentia apoiada durante as sessões e que considerava as novas atividades mais estimulantes.

Seguem abaixo os quadros referentes ao planeamento das sessões bem como aos resultados das avaliações inicial e final das restantes utentes de forma a se verificar o impacto das sessões de *Cogweb*.

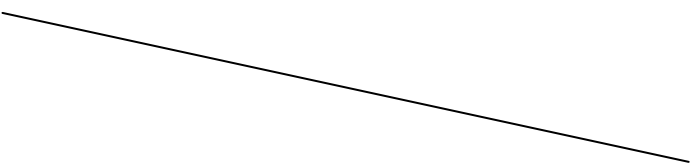
Quadro 10: Distribuição das sessões de *Cogweb*

Sessão	Exercícios <i>Cogweb</i> - Ano 2015 – O.A; G.C.; e L.A.
0	Explicação e Familiarização com o novo programa de estimulação cognitiva
1	Atenção = Encontre a letra; Memória = Supermercado; Memória exacta; Cálculo = Mente rápida
2	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Cores em linha; Cálculo = Quadro matemático
3	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Cores em linha; Cálculo = Quadro matemático
4	Atenção = Encontre o intruso; Memória = Caras e nomes; Cálculo = Quadro matemático
5	Atenção = Encontre o intruso; Memória = Caras e nomes; Cálculo = Quadro matemático
6	Atenção = Encontre o número E quantos passaram; Memória = Longa memória;
7	Atenção = Encontre o número E quantos passaram ; Memória = Longa memória;
8	Atenção = Igual ou diferente; Memória = Longa memória;
9	Atenção = Igual ou diferente; Memória = Longa memória;
10	Atenção = Igual ou diferente; Memória = Longa memória;
11	Atenção = Igual ou diferente; Memória = Longa memória;
12	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Longa memória; Cálculo = Quadro matemático
13	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Longa memória; Cálculo = Quadro matemático
14	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Longa memória; Cálculo = Quadro matemático
15	Atenção = Encontre o símbolo; Memória = Longa memória; Cálculo = Quadro matemático
16	Atenção = Compare a sequência; Memória = Rápida memória; Cálculo = Mente rápida
17	Atenção = Compare a sequência; Memória = Rápida memória; Cálculo = Mente rápida
18	Atenção = Compare a sequência; Memória = Rápida memória; Cálculo = Mente rápida
19	Atenção = Compare a sequência; Memória = Rápida memória; Cálculo = Mente rápida

Quadro 11: Resultados da avaliação inicial e final de G.C.

MMSE - Inicial Pontuação de 25 Pontos, indicando um défice cognitivo ligeiro, com dificuldade ao nível da evocação.	ADAS - Inicial ADAS Cognitivo = 11,5 Pontos, com indicação de alguma dificuldade ao nível da evocação de palavras e do reconhecimento de palavras ADAS Não-Cognitiva = 2 Pontos, sem indicação de perturbação do foro psicopatológico ADAS Total = 14 Pontos, não remete para processo demencial.
MMSE - Final Pontuação de 25 Pontos, registando-se défice cognitivo ligeiro, com indicação de alguma dificuldade ao nível da evocação.	ADAS - Final ADAS Cognitivo = 14 Pontos, com indicação de alguma dificuldade ao nível da evocação de palavras e do reconhecimento de palavras ADAS Não-Cognitiva = 7 Pontos, sem indicação de perturbação do foro psicopatológico (com indicação de choro fácil, tristeza frequente e tremor nas mãos devido a problemas com outra utente). ADAS Total = 21 Pontos, não remete para processo demencial.

Quadro 12: Resultados da avaliação inicial e final de O.A.

MMSE - Inicial Pontuação de 19 Pontos, remetendo para défice cognitivo grave, com dificuldades acentuadas na função de orientação e de evocação	
MMSE - Final Pontuação de 24 Pontos, remetendo para défice cognitivo ligeiro, com dificuldade moderada ao nível da retenção e da evocação.	ADAS - Final ADAS Cognitivo = 24 Pontos, com indicação de dificuldade moderada ao nível da evocação de palavras e do reconhecimento de palavras ADAS Não-Cognitiva = 1 Pontos, sem indicação de perturbação do foro psicopatológico (com indicação de dispersão muito ligeira). ADAS Total = 25 Pontos, não remete para processo demencial.

Quadro 13: Resultados da avaliação inicial e final de L.A.

MMSE - Inicial Pontuação de 17 Pontos, registando-se défice cognitivo severo, sendo que se verificou dificuldade moderada ao nível da orientação espaço-temporal, dificuldade grave ao nível da atenção e do cálculo, bem como dificuldade a tender para o severo ao nível da evocação.	ADAS - Inicial ADAS Cognitivo = 20 Pontos, com indicação de alguma dificuldade ao nível da evocação de palavras e do reconhecimento de palavras ADAS Não-Cognitiva = 3 Pontos, sem indicação de perturbação do foro psicopatológico ADAS Total = 23 Pontos, não remete para processo demencial.
MMSE - Final Pontuação de 22 Pontos, remetendo para um défice cognitivo moderado, com indicação de dificuldade moderada ao nível da orientação e ao nível da evocação.	ADAS - Final ADAS Cognitivo = 20 Pontos, com indicação de dificuldade moderada ao nível da evocação de palavras e do reconhecimento de palavras ADAS Não-Cognitiva = 1 Ponto, sem indicação de perturbação do foro psicopatológico (com indicação de um tremor muito ligeiro). ADAS Total = 21 Pontos, não remete para processo demencial.

Análise dos Resultados

Os resultados da avaliação inicial e final sugerem que a estimulação cognitiva através do programa *Cogweb* mostrou ser benéfico para as utentes.

No caso de G.C. manteve as suas funções cognitivas, mas os resultados da reavaliação da EADA mostraram que a utente continuou com dificuldades ao nível da evocação e do reconhecimento de palavras, no entanto, é de salientar que G.C. começou a ter problemas com outra utente do local, denotando-se na utente uma tristeza frequente, choro fácil e um ligeiro tremor nas mãos, e, estando sempre a focar-se no que estava a sentir e no problema em si, isto poderá ter influenciado a sua prestação em algumas sessões e na reavaliação, sendo importante a indicação de um acompanhamento psicológico de forma a promover um maior bem-estar psicológico à utente.

No caso de O.A. observou-se uma melhoria do défice cognitivo, e os resultados da reavaliação do MMSE mostraram uma melhoria da função de retenção, orientação e evocação, sendo que é necessário continuar o processo de reabilitação visto que os resultados da EADA indicam uma dificuldade moderada ao nível do reconhecimento das palavras e da evocação de palavras.

No caso de L.A. observou-se uma melhoria do défice cognitivo, da função da atenção e do cálculo, sendo importante a continuação do processo de reabilitação cognitiva na medida que os resultados da reavaliação mostram que a utente tem uma dificuldade moderada ao nível da evocação e do reconhecimento de palavras.

Reflexão Pessoal

Os resultados revelam que houve uma evolução, na medida que se verificou melhoria nos resultados do MMSE na maioria das utentes, no entanto, os resultados da EADA mostraram que não houve uma recuperação das capacidades cognitivas mais

deterioradas, o que sugere que o programa de estimulação cognitiva *Cogweb*, foi benéfico para as utentes mas que é importante a continuação do processo de reabilitação cognitiva, de forma a manterem as suas funções cognitivas ou, se possível, melhorarem as suas capacidades cognitivas.

É importante salientar que muitas utentes manifestavam estarem a gostar das sessões visto considerarem os exercícios estimulantes, no entanto, verificou-se que o fortalecimento da relação com cada utente promoveu um bem-estar nas utentes o que sugere que a forma como a estagiária de psicologia trabalhava com cada utente nas sessões de reabilitação cognitiva influenciou nos resultados finais positivos.

V PARTE – REFLEXÃO FINAL

Este estágio foi uma experiência muito importante e enriquecedora na medida que foi a primeira experiência dentro da área de psicologia clínica numa instituição psicogeriatrica feminina, tendo incidido numa vertente de acompanhamento psicológico de duas utentes; num processo de reabilitação cognitiva individual de cinco utentes através do novo programa de estimulação cognitiva mais atual, denominado de *Cogweb*; num grupo de estimulação cognitiva e psicomotora de sete utentes; num grupo de auto-representação constituído por cinco utentes que representavam todas as utentes do Centro bem como de um grupo psicoeducativo para as famílias das utentes.

O estágio teve uma duração de 16 horas semanais, entre os meses de Outubro de 2014 a Junho de 2015, completando um total de 560 horas.

Em termos teóricos, o ramo da geriatria é muito vasto, sendo que foi importante abordar determinados temas pertinentes, tais como o envelhecimento, algumas demências, a depressão no idoso, a dimensão bio-psico-social e noética na velhice, bem como os diferentes modos de intervenção, tais como, a psicologia clínica, a avaliação neuropsicológica e psicológica e a reabilitação cognitiva, e, como se trata de um centro psicogeriatrico, abordou-se também o processo institucional.

No que respeita às sessões de acompanhamento psicológico, é de considerar que se verificou uma melhoria ao nível do bem-estar cognitivo das duas utentes, tendo sido também um grande desenvolvimento pessoal e uma aprendizagem constante para a estagiária, dada também a possibilidade de ter aplicado os testes mais adequados às utentes em contexto terapêutico, que fez com que houvesse a oportunidade de aprofundar mais as baterias de testes disponíveis na instituição, bem como aprofundar as temáticas que iam surgindo nas sessões.

No que respeita à estimulação cognitiva através do programa *Cogweb*, é de salientar que teve efeitos benéficos nas utentes porque verificou-se mudanças positivas nos

resultados do Exame Breve do Estado Mental, no entanto, os resultados da EADA revelam a necessidade de se continuar a reabilitação cognitiva de forma a manterem as suas funções cognitivas ou a melhorarem ainda mais, mas, é de salientar a importância da relação psicólogo-utente e o fato da utente não se sentir obrigada pelos familiares a fazer reabilitação cognitiva sem realmente o querer fazer uma vez que isso não iria ser benéfico para o bem-estar da utente, sendo algo que felizmente não se observou em nenhuma das cinco utentes acompanhadas.

No que concerne ao grupo de estimulação cognitiva e psicomotora, pode-se afirmar que correu bem, no qual o grupo manifestou satisfação no final das sessões, e curiosidade em saber quais seriam os temas da sessão seguinte, onde foram realizadas atividades que estimulassem, por exemplo, a orientação espaço-temporal, a memória, o cálculo, a partilha de experiências, de modo a promover um maior bem-estar e um desenvolvimento das relações interpessoais entre as utentes, em que se observou a melhoria de 3 utentes, tendo elas obtido um menor défice cognitivo, no entanto houve um agravamento em dois casos sendo portanto pertinente verificar-se a que fatores se deve esta situação.

O fato de ter existido uma estimulação a nível psicomotor fez com que as utentes do grupo saíssem das sessões mais relaxadas visto que a estagiária de psicomotricidade aplicou certas técnicas de relaxamento, o que tornou as sessões mais ricas.

Tanto o grupo psicoeducativo para as famílias das utentes do Centro e o grupo de auto-representação tiveram um impacto positivo na estagiária porque foram uma experiência de grande riqueza tendo existido a possibilidade da estagiária mediar estes grupos pela primeira vez, e não tendo sido algo fácil de se fazer no início.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. & Figueira, M. L. & Sampaio, D., (2015). Manual de psiquiatria clinica: *de acordo com o DSM-5*. Lisboa: Lidel
- Almeida, P. M. & Mochel, E. G. & Oliveira, M. S. S., (2010) O idoso pelo próprio idoso: percepção de si e de sua qualidade de vida. *Revista Kairós Gerontologia*, vol. 13, n. 2
- Alvarenga, L. N. & Wanderley, K. S. & Bitencourt, B. & Kiyan, L., (2009) Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. *Rev. Esc. Enferm. USP*. Vol.43, n.4
- Cabral, M.V. & Ferreira, P.M. (2013). Envelhecimento activo em Portugal: *Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Capelo, F. & Hipólito, J. & Nunes, O. & Pereira, F. & Monção, A. & Biass-Doucroux, F. & Brodley, B., (2000) A pessoa como centro. *Rev. de estudos Rogerianos*, n.5
- Carvalho, M., P., R., S. & Dias, M., O., (2011) Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, vol. 40, pag. 161-184.
- Casanova, J., (2001). Quadros sociais do envelhecimento. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia.
- Cerejeira, J. & Firmino, H. & Simões, M. R., (2016). Saúde mental das pessoas mais velhas. 1ª Edição. Lisboa: Lidel
- Chabert, C. (2003). O Rorschach na clínica do adulto. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi.

Chaves, M. L. F., (2008). Testes de avaliação cognitiva: *Mini-Exame do Estado Mental*.
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Correia, D., (2013). Manual de psicopatologia. Lisboa: Lidel.

Corte-Real, J., & Neto, M. J., (s.d.). A pessoa idosa institucionalizada: depressão e suporte social,
retrieved from
<http://www.spgg.com.pt/UserFiles/file/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf>

Cunha, J. A. *et al.*, (2000). Psicodiagnóstico-V. 5ªEdição revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed.

DSM-V™ (2014). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. American Psychiatric Association. Lisboa: Climepsi Editores.

Ferri-ferreira, T. M. S., Assencio-ferreira, V. J. & Mac-kay, A. P. M. G., (2007). Afasias e demências: *avaliação e tratamento fonoaudiológico*. São Paulo: Editora Santos.

Gonçalves, D. A. C. S., (2006). Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas. Dissertação de mestrado em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia

Guerreiro, M. & Mendonça, A., (2007) Escalas e Testes na Demência: *Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência*. 2ªEdição (Electronic Version)

Hipólito, J. (2011). Auto-organização e complexidade: *Evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. Lisboa: Edual

- Hungerbuhler, I., Wang, Y. P. & Gorenstein, C., (2016). Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed.
- INE (2015) Destaque: *informação à comunicação social*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística (Electronic Version)
- Jesus, I. H. S. C. (2006). Identidade e Missão. Lisboa
- Jesus, I. H. S. C. (2006). . Cuidar com ciência e caridade. Lisboa
- Leite, R., Maia, L. & Correia, C., (2009). Avaliação e Intervenção Neuropsicológica: *Estudos de Casos e Instrumentos*. Lisboa: Lidel
- Lopes, R., (2008) Psicopatologia e Idades: *a arte da psiquiatria conciliar*. Revista de psiquiatria conciliar e de ligação. Vol.16, n.1.
- Marques, D.,(2011). A importância da musicoterapia para o envelhecimento activo (Electronic Version).
- Mendes, M. R.S. S.B. & Gusmão, J.L. & Faro, A. C. M. & Leite, R. C. B., (2005) A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paul. Enferm., vol. 18, n. 4 (Electronic Version).
- Mendonça, A. & Castro-Caldas, A., (2005) A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: Lidel
- Narushima, M. (2004). A gaggle of raging grannies: the empowerment of older Canadian women through social activism. International Journal of Lifelong Education, vol. 23, 1, 23-42 (Electronic Version).
- Nacif, S., Nasri, F., Bassi, R., Lucchetti, A., Lucchetti, G., (2011) O idoso e sua espiritualidade: *impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento*. Rev. Bras.

Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, vol. 14, n.1: 159-167

Nunes, F. R., (2011). O Rorschach posto à prova: *a adição de estímulos auditivos*.
Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica.
Instituto Universitário do ISPA

Nunes, L. N. V., (2009). Promoção do bem-estar subjectivo dos idosos através da
intergeracionalidade. Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em
Psicologia do Desenvolvimento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação,
Universidade de Coimbra

Oliveira, J. H. B. (2008). Psicologia do envelhecimento e do idoso (3ªEd.). Porto: Livpsic

Pais, J. & Nunes, B., (2014). Doença de Alzheimer: *exercícios de estimulação*. (2ªEd.)
Lisboa: Lidel

Pais, J. & Cruz, V. T., (s.d.) Sistema de treino cognitivo online – COGWEB. Retrieved from
<http://www.uc.pt/en/fmuc/ibili/LabMeetings/Seminario>

Paúl, C., Ribeiro, O., (2011). Manual de envelhecimento activo Lisboa-Porto Lidel

Pimentel, L., (2001). O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias. Coimbra:
Quarteto Editora.

Pordata (2016) Indicadores de envelhecimento. (Electronic Version)

Rodrigues, M. R. T., (2006). Efeitos de uma intervenção psico-educativa nas competências
cognitivas e satisfação de vida em idosos. Caderno de Estudo. Porto: Escola
Superior de Educação de Paula Frassinetti. n.3, pp.77-84. Retrieved from
<http://repositorio.esepf.pt/handle/20.500.11796/878>

- Rosa, M. (2012). O envelhecimento da sociedade portuguesa, Lisboa: FFMS
- Rue, A.L. & Spar, J. E., (2005). Guia pratico climepsi de psiquiatria geriátrica. (J.N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editora
- Sales, L., E., S., P., (2013). Depressão em idosos. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, especialização em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Salsinha, H., (2010). Técnica projectiva de Rorschach. Trabalho de Curso: Universidade Lusófona de Humanidades e de Tecnologia. Retrieved from O Portal dos Psicólogos www.psicologia.com.pt
- Santos, M. M L. T. R., (2015). PROECO: *Um programa de estimulação cognitiva para um envelhecimento saudável*. Universidade Fernando Pessoa
- Scheicher, M. F. & Freitas, M. A. V., (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, vol.13, n.3, 395-401 (Electronic Version)
- Sequeira,C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel
- Sequeira, C. (2016). Comunicação clínica e relação de ajuda. Lisboa: Lidel
- Silva, K. F. & Combinato, D. S. & Vecchia, M. D. & Lopes, E. G. & Manoel, R. A. & Marino, H. D. & Oliveira, A. C. S. (2010). Grupos de conversa: *saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família* (Electronic Version)
- Torres, J. M. A., (2010) O teste Rorschach na história da avaliação psicológica. Revista do Nufen, Ano 02, Vol. 01, n.01, Janeiro-Junho

Uchôa, E., Filho, A., Firmo, J., Penido, M., (2009). Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. (Electronic Version)

VandenBros, G., (2010). Dicionário de psicologia. American Psychological Association
APA, Porto Alegre Editora Artmed

Vieira, J. C. M.& Nóbrega, I. R. A. P. & Leal, M. C. C. & Marques, A. P. O., (2015).
Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa.
Saúde debate, vol. 39, n.105. Rio de Janeiro (Electronic Version)

Waldorff, F.B., Siersma, V., Waldemar, G., (2009). Association between subjective
memory complaints and nursing home placement: a four-year follow-up.
International Journal of Geriatric Psychiatry, vol. 24, 602-609

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

ANEXO D

ANEXO E