



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E ACONSELHAMENTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima

Margarida Maria da Conceição Meireles Cabral nº 20120695

ORIENTADORES: Professora Doutora Paula Pires (Universidade Autónoma de Lisboa)

Dra. Paula Agostinho (Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima)

Lisboa, Outubro de 2014

Agradecimentos

O espaço limitado desta secção de agradecimentos certamente não me permite agradecer, como gostaria, a todas as pessoas que ao longo deste meu percurso me ajudaram, direta ou indiretamente, a cumprir os meus objetivos e a realizar esta etapa da minha formação académica. Desta forma, deixo apenas algumas palavras, ainda que poucas, e um sentido e profundo sentimento de reconhecido agradecimento.

Às orientadoras Professora Doutora Mónica Pires, à Professora Doutora Odete Nunes, assim como à Professora Doutora Paula Pires e à Doutora Paula Agostinho, por me terem orientado e acompanhado ao longo de todo este processo, pelo incentivo ao crescimento e à procura de novas soluções para as dificuldades inerentes a este processo e, principalmente, pela disponibilidade para me escutar e esclarecer as dúvidas.

Por último, gostaria de agradecer a todos com quem tive o enorme prazer de trabalhar durante este estágio no Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima.

Resumo

A realização do presente relatório tem como objetivo refletir sobre as minhas aprendizagens sobre a prática clínica e sobre o trabalho desenvolvido enquanto estagiária no Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima (CPNSF), ao longo de oito meses, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento, sob orientação da Professora Doutora Odete Nunes e da Doutora Paula Agostinho.

O trabalho desenvolvido enquadrou-se na área da psicogeriatria, recorrendo à intervenção psicológica para atender às diversas patologias do foro mental, bem como reabilitação cognitiva de pacientes demenciais, de forma a melhorar a qualidade de vida e saúde mental dos idosos institucionalizados.

O presente estágio encontra-se integrado no âmbito do Serviço de Psicologia, sendo mencionadas, neste relatório, as atividades realizadas diretamente com as utentes, tais como os grupos psicopedagógicos, a reabilitação cognitiva, as avaliações psicológicas e neuropsicológicas e os acompanhamentos psicológicos, bem como o trabalho de supervisão da equipa.

Serão apresentados em maior detalhe: um caso de reabilitação cognitiva e dois casos clínicos de avaliação e acompanhamento psicológico.

Palavras-chave: envelhecimento, institucionalização, psicopatologia, acompanhamento psicológico, avaliação.

Abstract

The elaboration of the present report has the purpose to reflect on my learnings about the clinical practice and work developed as an intern at the Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima (CPNSF), during eight months, for the Masters Degree in Clinical Psychology and Counselling, under supervision of Odete Nunes, PhD and Dr. Paula Agostinho.

The work developed was within the area of psychogeriatric, using psychological intervention to attend to the mental disorders, as well as cognitive rehabilitation for dementia patients, to try to improve the quality of life and mental health of institutionalized elderly patients.

This internship is integrated within the Psychology Department, being mentioned, in this report, the activities performed directly with the patients, such as psycho-pedagogical groups, cognitive rehabilitation, psychological and neuropsychological evaluations and psychological counseling, as well as the supervision team work.

In the report will be presented in more detail: a case of cognitive rehabilitation and two cases of psychological evaluation and counseling.

Keywords: aging, institutionalization, psychopathology, psychological counseling, assessment.

Índice

Introdução	1
I PARTE	3
1. Contextualização do local de estágio e caracterização da Instituição.....	3
2. Enquadramento Teórico	5
2.1. O Envelhecimento	5
2.1.1. <i>O envelhecimento demográfico da população</i>	<i>5</i>
2.1.2. <i>A velhice como processo de desenvolvimento</i>	<i>6</i>
2.1.3. <i>A necessidade da compreensão bio-psico-social do envelhecimento.....</i>	<i>8</i>
2.1.4. <i>O envelhecimento ativo e bem-sucedido.....</i>	<i>11</i>
2.1.5. <i>Projeto de vida.....</i>	<i>15</i>
2.1.6. <i>Acontecimentos de vida na velhice</i>	<i>16</i>
2.2. As Demências	18
2.2.1. Critérios de diagnóstico da demência	19
2.2.2. <i>Doença de Alzheimer</i>	<i>20</i>
2.2.3. <i>Demência Fronto-Temporal (DFT) ou Doença de Pick.....</i>	<i>21</i>
2.2.4. <i>Demência Vascular (DV).....</i>	<i>22</i>
2.2.5. <i>Doença dos Corpos de Lewy (DCL).....</i>	<i>22</i>
2.2.6. <i>Doença de Parkinson.....</i>	<i>23</i>
2.2.7. <i>Doença de Huntington</i>	<i>23</i>
2.2.8. <i>Tumores Cerebrais e Hematomas Intracranianos</i>	<i>23</i>
2.2.9. <i>Doenças Vascular Cerebral</i>	<i>24</i>
2.2.10. <i>Alcoolismo</i>	<i>24</i>
2.2.11. <i>Hidrocefalia de Pressão Normal</i>	<i>24</i>
2.3. A Depressão e Luto Patológico	24
2.3.1. <i>Organização/Funcionamento Depressivo</i>	<i>24</i>
2.3.2. <i>Aspetos Psicopatológicos da Depressão na Terceira Idade</i>	<i>26</i>
2.3.3. <i>Luto Patológico</i>	<i>27</i>
2.4. A Neurose	28
2.4.1. <i>Organização/Funcionamento Neurótico</i>	<i>28</i>
2.4.2. <i>Neurose Histórica</i>	<i>29</i>
2.4.3. <i>Neurose Obsessiva-Compulsiva</i>	<i>29</i>

2.4.4. <i>Neurose Fóbica</i>	30
2.5. A patologia Psicossomática e Hipocondríaca.....	30
2.5.1. <i>Organização/Funcionamento Psicossomática</i>	30
2.5.2. <i>Organização/Funcionamento Hipocondríaco</i>	31
2.6. A Psicose	31
2.6.1. <i>Organização/Funcionamento Psicótico</i>	31
2.6.2. <i>Esquizofrenia</i>	32
2.6.3. <i>Paranóia</i>	33
2.7. A Psicopatologia à Luz da Abordagem Centrada na Pessoa	34
2.8. A Institucionalização do Idoso	35
2.8.1. <i>Sintomatologia mais frequente nos idosos institucionalizados</i>	37
2.8.2. <i>Psicoterapia na terceira idade</i>	37
3. O Serviço de Psicologia.....	38
3.1. Psicologia Clínica	38
3.2. Avaliação Psicológica/Neuropsicológica e Psicodiagnóstico.....	39
3.3. Acompanhamento Psicológico	42
3.4. Grupos Psicopedagógicos	43
3.5. Reabilitação Cognitiva.....	45
II PARTE	47
4. Plano de Estágio	47
4.1. Objetivos do Estágio	47
4.2. Horário do Estágio	47
4.3. Cronograma de Atividades Semanais	47
4.4. Atividades Realizadas no Decorrer do Estágio.....	48
4.4.1. Reuniões de Supervisão	48
4.4.2. Avaliações Psicológicas e Neuropsicológicas	48
4.4.3. Reabilitação Cognitiva.....	49
4.4.3. Grupo Psicopedagógico II.....	50
4.4.4. Acompanhamentos Psicológicos	51
5. Estudo de um caso de Reabilitação Cognitiva.....	51
5.1. Breve apresentação do caso	51
5.2. Plano de intervenção	52
5.3. O processo de reabilitação cognitiva	52
5.4. As avaliações neuropsicológicas	53

5.5. Análise clínica do caso	53
6. Estudo de um Caso Clínico - Senhora G.....	54
6.1. Apresentação do Caso Clínico.....	54
6.2. Motivo do pedido.....	55
6.3. História Clínica.....	55
6.4. Avaliação Psicológica.....	60
6.5. Acompanhamento Psicológico	62
6.6. Análise e Discussão Clínica.....	64
6.7. Reflexão final do caso	69
7. Estudo de um Caso Clínico - Senhora M.....	71
7.1. Apresentação do Caso Clínico.....	71
7.2. Motivo do pedido.....	71
7.3. História Clínica.....	71
7.4. Avaliação Psicológica.....	75
7.5. Acompanhamento Psicológico	79
7.6. Análise e Discussão Clínica.....	84
7.7. Reflexão final do caso	91
III PARTE	93
8. Avaliação Final e Discussão	93

Índice de Tabelas no texto

TABELA 1 - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES SEMANAIS	47
TABELA 2- RESULTADOS DE AVALIAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS DO CASO DE REABILITAÇÃO COGNITIVA	53
TABELA 3 - ANÁLISE DO TESTE DE RORSCHACH.....	77

Índice de Ilustrações no texto

ILUSTRAÇÃO 1- GENOGRAMA - CASO CLÍNICO DE G.....	58
ILUSTRAÇÃO 2 - GENOGRAMA - CASO CLÍNICO DE M.	733

Índice de Anexos

ANEXO I: Avaliação Neuropsicológica e respetiva Reabilitação Cognitiva - Caso Clínico – A.

ANEXO II: Avaliação Neuropsicológica e respetiva Reabilitação Cognitiva - Caso Clínico – L.

ANEXO III: Avaliação Neuropsicológica e respetiva Reabilitação Cognitiva - Caso Clínico - E.

ANEXO IV: Planeamento de algumas atividades para o Grupo Psicopedagógico

ANEXO V: Provas Aplicadas no Caso Clínico - Utente G.

ANEXO VI: Provas Aplicadas no Caso Clínico - Utente M.

Introdução

Envelhecer com dignidade é uma tarefa que cabe a cada um de nós, fazendo desta problemática um tema atual e cada vez mais da responsabilidade não só individual, como social. O aumento de patologias demenciais e do foro psicológico em geral torna cada vez mais urgente a criação de estruturas que proporcionem um envelhecimento com qualidade e bem-estar.

O trabalho de estágio apresentado no presente relatório foi realizado no Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima (CPNSF), que acolhe idosos com patologias do foro psiquiátrico. Assim sendo, o trabalho desenvolvido englobou-se na área da psicogeriatría, prestando-se intervenção psicológica a mulheres com diversas patologias do foro psíquico bem como reabilitação cognitiva de pacientes demenciais.

Como tal considerou-se importante fazer uma caracterização da instituição referida. O CPNSF é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que tem como missão prestar cuidados de saúde, localizada no concelho de Cascais (Parede), disponibilizando serviços de internamento, consultas de psicologia, fisioterapia e fisioterapia. Os projetos de intervenção desenvolvidos pela instituição visam uma melhoria da qualidade de vida dos utentes e seus familiares, valorizando-se uma linha de base humanista que promove a qualidade da relação e o respeito pelos direitos dos utentes. Neste sentido, a par do acompanhamento médico e de enfermagem é ainda efetuada uma avaliação cognitiva e psicopatológica que determina o projeto terapêutico. Este último pode contemplar reabilitação cognitiva e funcional, terapia psicomotora e relaxamento.

O presente estágio encontra-se integrado no âmbito do Serviço de Psicologia, pelo que se considerou pertinente fazer uma revisão sucinta de aspetos teóricos relacionados com as problemáticas patologias mais notórias nas utentes. Desse modo, começar-se-á por abordar o envelhecimento e todos os aspetos relativos a este, em seguida falaremos de demências, de todo o espectro psicopatológico (depressão, neurose, psicossomática, hipocondria e psicose) e, por último, do processo de institucionalização do idoso.

Em seguida iremos caracterizar o Serviço de Psicologia, departamento responsável pela avaliação psicológica e neuropsicológica dos utentes e posteriormente encaminhamento para a um projeto terapêutico que vise a melhoria do seu bem-estar. Em termos de apoio individual, este departamento presta serviço de aconselhamento psicológico. Procede ainda à aplicação de provas do Programa de Reabilitação Cognitiva *Rehacom* quando a avaliação

inicial referencia o utente para tal. No que respeita ao apoio coletivo, o serviço de Psicologia promove ainda grupos psicopedagógicos e grupos de auto-representação, onde se procura desenvolver e manter as capacidades cognitivas e a autonomia no poder de opinião e decisão.

Em seguida, será abordado todo o trabalho realizado no decorrer do estágio, sendo mencionadas as atividades realizadas diretamente com as utentes, como os grupos psicopedagógicos, a reabilitação cognitiva, as avaliações psicológicas e neuropsicológicas e os acompanhamentos psicológicos, bem como as reuniões de supervisão.

Por último serão apresentados um caso de reabilitação cognitiva e dois casos clínicos de avaliação e acompanhamento psicológico.

O estágio aqui referido teve uma duração de oito meses, sempre sobre supervisão, tendo havido primeiro uma fase de observação, seguida de uma fase de preparação e realização de sessões de estimulação cognitiva e planeamento e dinamização de sessões de grupos psicopedagógicos. Mais tarde, deu-se início à aplicação e análise de provas de avaliação e ao acompanhamento psicológico de utentes.

A título pessoal, a realização deste estágio reveste-se de uma extrema importância ao nível de aprendizagem na medida em que a minha atividade profissional se encontra ligada aos cuidados de saúde de utentes desta faixa etária. Por outro lado, ao nível científico/académico é igualmente uma área pela qual nutro grande interesse.

I PARTE

1. Contextualização do local de estágio e caracterização da Instituição

O Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima (CPNSF) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social com fins de saúde, localizado no concelho de Cascais (Parede) e fundado em 1945 como Hospital Ortopédico. Integrado no Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, foi encerrado na década de 80 por dificuldades financeiras, reabrindo em 1985 com dedicação exclusiva ao trabalho com idosos que sofrem de problemas relacionados com a saúde mental (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006a, 2006b, 2006c & 2006d).

O Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus nasceu a 31 de Maio de 1881, em Madrid, tendo como fundadores Bento Menni, Maria Récio e Maria Giménez. Surgiu com o propósito de prestar assistência a pessoas com doença mental em situações de abandono e exclusão social. Neste sentido, a sua missão é prestar cuidados de saúde a pessoas com deficiência mental, no âmbito da psicogeriatrica e cuidados paliativos (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006a, 2006b, 2006c & 2006d).

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus encontra-se presente em 24 países provenientes dos continentes europeu, americano, africano e asiático. Em Portugal, esta organização encontra-se presente desde 1894, compreendendo atualmente onze estabelecimentos de saúde, onde se inclui o CPNSF (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006a, 2006b, 2006c & 2006d).

O CPNSF tem uma abrangência nacional, razão pela qual pode receber utentes provenientes de qualquer zona do país, sendo apenas necessário que cumpram os critérios de admissão e internamento. Paralelamente, o CPNSF disponibiliza ainda, à população em geral, consultas de psicologia, fisioterapia e fisioterapia (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006a, 2006b, 2006c & 2006d).

A sua intervenção terapêutica decorre em torno de programas especializados, promovendo uma assistência multidisciplinar ao integrar na sua equipa profissionais de diversas áreas como a medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, terapia ocupacional e apoio espiritual (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006a & 2006b).

Os projetos de intervenção desenvolvidos pela instituição visam uma melhoria da qualidade de vida dos utentes e seus familiares, valorizando-se uma linha de base humanista que promove a qualidade da relação e o respeito pelos direitos dos utentes. Neste sentido, a

par do acompanhamento médico e de enfermagem é ainda efetuada uma avaliação cognitiva e psicopatológica que determinará o projeto terapêutico. Este último pode contemplar reabilitação cognitiva e funcional, acompanhamento psicológico, terapia psicomotora, relaxamento e reabilitação física, atividades de manipulação, atividades de manutenção cognitiva, atividades de expressão e recreativas (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006a & 2006b).

Todos os utentes, seus familiares e funcionários do CPNSF podem beneficiar de uma gama variada de serviços, incluindo serviços de receção, secretariado e administração; serviços de admissão e assistência (incluindo serviços de medicina de clínica geral, psiquiatria, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia e assistência social). Dispõe ainda de espaços de convívio e lazer (salas de convívio, bar, sala de reuniões, biblioteca) e serviços religiosos e toda uma variedade de serviços gerais como cozinha, lavandaria, motorista, jardineiro, serviços de manutenção e cabeleireiro. Relativamente à capacidade de internamento, esta instituição conta com um total de 85 camas, distribuídas em quartos individuais, semiprivados e enfermarias (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006a & 2006b).

Atualmente o CPNSF conta com 85 utentes, do sexo feminino, com uma média de idades de 85 anos, das quais 81 utentes, encontram-se em regime de internamento, sendo as patologias mais frequentes caracterizadas por quadros depressivos, demenciais e outras perturbações mentais.

O presente estágio encontra-se integrado no âmbito do serviço de Psicologia, razão pela qual se passará a uma descrição detalhada das atividades deste departamento. Quando uma utente procura a instituição, é efetuada uma avaliação psicológica que determine um possível diagnóstico e posteriormente estabelece um projeto terapêutico que vise a melhoria do seu bem-estar (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006a & 2006b).

Em termos de apoio individual, este departamento presta serviço de avaliação e de aconselhamento psicológico, onde procura oferecer aos utentes um espaço de livre expressão dos seus sentimentos no sentido de procurar a resolução de conflitos internos. Procede ainda à aplicação de provas do Programa de Reabilitação Cognitiva *Rehacom* quando a avaliação inicial referencia o utente para tal (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006a & 2006b).

No que respeita ao apoio em grupo, o serviço de Psicologia promove ainda atividades com grupos psicopedagógicos, onde se procura desenvolver e manter as capacidades

cognitivas e a autonomia no poder de opinião e decisão (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2006a & 2006b).

2. Enquadramento Teórico

2.1. O Envelhecimento

O envelhecimento é encarado numa perspetiva de curso de vida. Podemos falar de *life course* a um nível mais macro que consiste na compreensão do grupo, do ponto de vista da sociedade, como esta influencia a velhice e os papéis sociais que vamos desempenhando. Podemos falar de *life span* a um nível mais micro e complementar, que diz respeito ao indivíduo, às mudanças inerentes ao desenvolvimento, o procriar a vida, às capacidades adaptativas, às especificidades da sua história de vida, etc. (VandenBos, 1998).

Coloca-se a grande questão de quando começa a velhice – o envelhecimento é um processo que biologicamente não ocorre simultaneamente com o avanço da idade cronológica, tendo grande variação individual (Figueiredo, 2007). A idade cronológica por si só não permite determinar o envelhecimento, porque existem diferenças funcionais entre indivíduos da mesma idade cronológica. Desta forma, a idade cronológica deve ser associada a idades funcionais como biológica ou até à psicológica e social. Assim a idade cronológica corresponde ao número de anos que os indivíduos vivem. A idade funcional informa sobre as capacidades do indivíduo. A idade biológica é determinada pelas alterações nos processos biológicos e fisiológicos e as suas consequências no comportamento do indivíduo. A idade psicológica refere-se às capacidades individuais, como memória, aprendizagem e perceção e a idade social refere-se ao comportamento no seio de uma dada sociedade (VandenBos, 1998).

Na perspetiva médica, o processo de envelhecimento sinaliza eventuais intervenções na saúde: dores, fadiga, perda sensorial e declínio funcional. Na perspetiva sociológica, envelhecer tem implicação no desempenho de papéis sociais que alivia das responsabilidades do trabalho e envolve necessidades de cuidados. Culturalmente, tanto o envelhecimento como a doença são entendidos na nossa sociedade como as ligações com a morte, uma vez que doença simboliza vulnerabilidade e envelhecimento significa inevitavelmente a partida (VandenBos, 1998).

2.1.1. O envelhecimento demográfico da população

O envelhecimento caracteriza-se como um período de exposição a acontecimentos da vida e a transições que, dependendo do potencial adaptativo de cada idoso, podem

transformar-se num período de implementação de estratégias e resolução de desafios (Mata, Santos, Maia, & Maia, 2010).

O envelhecimento da população é uma consequência da diminuição da taxa de natalidade e do aumento da longevidade do ser humano. O envelhecimento da população tem custos sociais e económicos elevados, pois levanta o problema de quem cuida de uma numerosa população idosa, quando as famílias adultas têm de trabalhar, muitas vezes excessivamente, e o mais preocupante ainda é saber como é possível pagar as reformas e os outros encargos dos não ativos, quando os ativos são cada vez menos (Manton, 2001).

Segundo o relatório da EU a população portuguesa deveria começar a decrescer a partir de 2010. O envelhecimento da população irá continuar, prevendo-se que em 2050 haja 2,5 idosos por cada jovem e que a esperança média de vida seja de 79 anos para os homens e 84,7 para as mulheres (Comissão das Comunidades Europeias, 2009).

Um dos problemas sociais de Portugal é o envelhecimento da população, situação que tem sido agravada pelo aumento do desemprego estrutural que coloca fora do processo produtivo uma parte da população mais velha, mas ainda ativa. Os problemas com que se depara a segurança social são muitos, mas também existem implicações ao nível das famílias e das relações familiares (Comissão das Comunidades Europeias, 2009).

2.1.2. A velhice como processo de desenvolvimento

A velhice é um processo do ciclo de vida que vem na sequência da meia-idade que podemos dizer que cronologicamente começa aos 65 anos. No entanto, a definição de idoso não pode ter por base a idade cronológica e por essa razão fala-se de idoso jovem, de idoso mais velho e do idoso muito velho, aparecendo a necessidade de dividir a terceira idade em três etapas, por revelarem características muito próprias (Baltes & Smith, 2003; Fernández-Ballesteros, 2009a).

Jovens idosos são os indivíduos que entram na velhice cronológica, atingindo os 65 anos e que por vezes são ainda completamente ativos mantendo o seu trabalho e todas as atividades comuns à meia-idade. A meia-idade corresponde ao período do ciclo da vida que se estende desde os 35 anos até aos 64 anos. A meia-idade caracteriza-se pelo atingir de metas, pela satisfação pessoal e também pela reavaliação da própria vida. Na meia-idade atinge-se a maturidade, a independência, a autonomia e estabelecem-se relações estáveis fora da família, em diferentes grupos sociais, com o cônjuge e com os filhos. A meia-idade é o acumular de experiências vividas, desejos, ambições, valores e objetivos traçando a meia-idade o caminho da juventude idosa (Baltes & Smith, 2003).

O idoso mais velho e o idoso muito velho são as divisões seguintes na velhice, em que também não pode ser a idade cronológica considerada como referência para estabelecer quando começa cada uma delas. O caminho traçado pela juventude idosa irá estabelecer as mudanças que ocorrem nas fases seguintes e o modo como se lidará com essas mudanças (Baltes & Smith, 2003).

As capacidades físicas, as funções cognitivas e o bem-estar parecem diminuir gradualmente a partir dos 80 anos e a diferença fundamental entre um envelhecimento ótimo e um envelhecimento patológico será a capacidade de lidar com as mudanças (Baltes & Smith, 2003).

Considera-se normalmente a terceira idade, como sendo velhice, em que se começa a reforma, ou seja, aos 65 anos. As “boas notícias” da 3ª idade, segundo Baltes e Smith (2003), é que existe um aumento da expectativa de vida, um elevado potencial de manutenção de boa forma (física e mental), existem reservas cognitivas e emocionais, níveis elevados de bem-estar pessoal e estratégias eficazes de gestão de ganhos e perdas, embora o organismo passe a funcionar mais devagar.

No entanto, assiste-se a um grande aumento da expectativa da vida, que leva a que se fale de uma quarta idade. A grande diferença será que os indivíduos na 4ª idade são mais dependentes, apresentam menor mobilidade, muitos têm doenças crónicas, existem perdas consideráveis no potencial cognitivo, uma reduzida capacidade de aprendizagem, um aumento de sintomas de *stress* crónico, uma considerável prevalência de demências, menor autonomia física e mental, mais fadiga física. No fundo, tem uma perspetiva negativa face à fragilidade, vulnerabilidade e disfuncionalidade, sendo necessário assegurar-lhes a qualidade da vida e o bem-estar (Baltes & Smith, 2003).

Nos países considerados desenvolvidos, a existência de mulheres é superior à de homens, porque a mulher tem uma maior esperança de vida (OMS, 2003; Lehmann, 2003). No entanto, o facto da esperança de vida das mulheres ser superior não quer dizer que seja um envelhecimento saudável, uma porção dos anos que são vividos a mais são marcados por incapacidade e doença (OMS, 2003).

O facto de a grande maioria dos cuidadores informais serem mulheres, nomeadamente idosas cuidadoras de cônjuges doentes, faz com que apresentem um declínio no funcionamento cognitivo e relatem a presença de sintomatologia depressiva/ansiosa (Smith, 2007; Lehmann, 2003). As mulheres idosas apresentam ainda maior probabilidade de experienciarem situações de perda, nomeadamente do cônjuge (Smith, 2007). A viuvez

constitui, assim, um dos principais motivos que conduzem ao aumento da vulnerabilidade para a solidão em mulheres idosas, comparativamente com os homens idosos (Beal, 2006).

2.1.3. A necessidade da compreensão bio-psico-social do envelhecimento

O processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais (Figueiredo, 2007).

As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas estão relacionadas com as funções e as bioquímicas estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se dão no organismo. O padrão típico de declínio biológico é inicialmente gradual, começando no meio da idade adulta, com a alteração do funcionamento de certos sistemas e órgãos (ex.: lentificação e empobrecimento dos movimentos, diminuição da capacidade anatômica e adaptativa) e que podem ou não ter impacto na saúde do indivíduo (Agostinho, 2004; Paúl & Fonseca, 1999).

Na perspectiva do *life span* importa explorar a inter-relação entre o funcionamento físico e psicológico à medida que se envelhece, pois a forma como o envelhecimento é vivenciado depende de características psíquicas do indivíduo (Agostinho, 2004; Spar & Rue, 2002).

Ainda que o envelhecimento seja determinado por fatores genéticos e ambientais, o processo de envelhecimento não é geneticamente programado, como antes se pensava. Não existem genes que determinam como e quando envelhecer, mas sim genes que favorecem ou reduzem a longevidade. Os genes com particular importância no envelhecimento e longevidade são os mesmos que governam a durabilidade e a manutenção do soma. Pode igualmente existir uma variedade de mutações nos genes com posteriores efeitos perniciosos e que contribuem para a senescência, tal como acumulação de mutações provocadas por germes (Paúl & Fonseca, 1999).

O envelhecimento torna-se perceptível na mulher pelo final da fase reprodutiva, embora as perdas funcionais do organismo comecem antes. A menopausa corresponde à diminuição dos níveis de produção de estrogénio que tornam possível a reprodução. Ao contrário dos homens, as mulheres deixam de poder reproduzir-se muito cedo tendo em conta o tempo de vida que ainda têm após a menopausa (Paúl & Fonseca, 1999).

Associadas ao processo de envelhecimento está a maior incidência de doenças como a diabetes, hipertensão arterial e nas mulheres, como consequência da menopausa, a osteoporose. Podemos tentar atrasar o início do processo através de hábitos de vida saudáveis como prática de exercício físico; restrição calórica, de modo a comer o adequado em

quantidade suficiente; compensando o declínio hormonal e ingerindo antioxidantes (Paúl & Fonseca, 1999).

As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o indivíduo precisa de se adaptar a cada nova situação do seu dia-a-dia. Do ponto de vista psicológico, existem alterações na capacidade de percepção, na reatividade emocional, na memória, na inteligência e nos relacionamentos interpessoais (Fernández-Ballesteros, 2009b).

São as mudanças fisiológicas que têm efeito sobre o funcionamento do cérebro e inclusive sobre a perda de volume cerebral que ocorre com a idade e que são responsáveis pelas alterações nas capacidades cognitivas como velocidade de processamento de informação, atenção, memória, aprendizagem e flexibilidade mental. A memória é a capacidade cognitiva que mais sofre alterações evidentes durante o envelhecimento. Embora nem todas as capacidades sofram modificações com a idade, a memória autobiográfica mantêm-se bem preservada, perdendo-se, no entanto, a memória episódica, de trabalho, semântica, sensorial e de processamento. Os fatores biológicos relacionados com o declínio cognitivo são a lentificação dos processos periféricos sensoriais e motores (Fernández-Ballesteros, 2009b; Paúl & Fonseca, 1999).

No envelhecimento normal, não existem propriamente doenças, existe sim um lento declínio funcional e aumento da suscetibilidade a certas doenças (Agostinho, 2004). O problema existe no envelhecimento patológico, quando o idoso sofre de doenças degenerativas que interferem com a capacidade do indivíduo aprender e recordar informações que provocam graves défices cognitivos e comprometem a funcionalidade e a autonomia do indivíduo. Estas doenças acarretam alterações de personalidade e dos afetos (Fernández-Ballesteros, 2009b; Paúl & Fonseca, 1999).

Embora se considere a inteligência como um conjunto de numerosas capacidades, aceita-se que existam duas classes de capacidades, uma natural (inteligência fluída) e imediata e a outra resultante da experiência (inteligência cristalizada). A primeira perde-se numa idade precoce, ou seja, declina com a idade, em função de mudanças neurológicas e sensoriais típicas do envelhecimento que afetam a velocidade de processamento da informação; a segunda não diminui com a idade e depende da cultura (Fernández-Ballesteros, 2009b; Paúl & Fonseca, 1999).

A memória de curto prazo é a que apresenta um défice maior com a idade, devido ao aumento das dificuldades que os idosos sentem para aprender o material a memorizar, mostrando também dificuldades de evocação (Barreto, 1988).

No campo da personalidade existe uma consistência e relativa estabilidade dos traços de personalidade (a extroversão, o neuroticismo, a abertura à experiência, a amabilidade e a conscienciosidade). No entanto, estes traços podem mudar devido às circunstâncias, como é o caso da situação de doença física ou doença mental (Wink, 2006).

Os idosos sentem as emoções como os mais novos, não há diferença na frequência. Existe no entanto uma otimização dos afetos positivos aos negativos e não se dá importância à complexidade, uma vez que subsiste algum paralelismo entre a capacidade para analisar a complexidade das emoções experimentadas e o nível das capacidades cognitivas (se estas vão sofrendo um declínio ao longo do tempo, a capacidade para analisar a complexidade também vai sofrer) (Wink, 2006).

Segundo a Teoria da Seletividade Socio Emocional, de Laura Carstensen, os mais velhos valorizam a regulação dos afetos, são mais seletivos e a interação social é teoricamente motivada por dois objetivos: procura de informação e regulação emocional. Quando o nosso horizonte de tempo é mais reduzido, o objetivo a curto prazo (regulação emocional) torna-se mais importante que o objetivo a longo prazo (procura de informação). É por isso que os idosos se desligam de relações mais periféricas e se centram nas relações mais centrais, como com a família, que são mais recompensadoras (Carstensen, 1993; Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999).

Todas estas alterações biológicas e cognitivas vão ter impacto em termos sociais, pois os processos de envelhecimento quer biológico, quer social, quer psicológico não ocorrem independentemente um dos outros (Figueiredo, 2007).

As mudanças sociais são determinadas pela participação que o indivíduo tem na sociedade. Pode ocorrer um desligamento do indivíduo, segundo a Teoria do Desinvestimento de Cumming e Henry (1961) existe uma redução da interação social, que reflete um processo natural pelo qual as pessoas de idade diminuem voluntariamente o seu investimento na interação social como uma preparação simbólica para a morte. Hoje em dia essa teoria não é tão influente, pois, quando a sociedade oferece oportunidades para que o indivíduo continue a desempenhar papéis sociais, o envelhecimento social pode até nem acontecer.

A Teoria da Atividade (Havighurst, 1963) é antagónica à teoria do “desinvestimento” e proclama que a pessoa idosa deve dar continuidade ao estilo de vida adaptado na meia-idade, negando a existência da idade avançada pelo maior tempo possível. Recomenda a manutenção da vida ativa e sugere que as pessoas devem resistir ao declínio da saúde, à perda de papéis, à redução do rendimento económico e do círculo de amigos. A teoria tem como

aspecto positivo a “atividade” porque promove o bem-estar físico, mental e social, mas pode ser considerada exigente pelos idosos que desejam papéis menos ativos.

O envelhecimento social não pode dissociar-se do psicológico pois as vivências como as perdas de memória, o declínio físico e a diminuição das perspectivas do futuro provocam impactos psicológicos. É normal que, quando o indivíduo se reforma, ou quando os filhos saem de casa, se dê um envelhecimento social devido à alteração dos seus papéis. A sociedade e o meio envolvente deverão contribuir para manter, estimular e apoiar a atividade e participação do idoso de modo que a sua capacidade funcional se mantenha, bem como a sua autoestima e bem-estar (Fernández-Ballesteros, 2009b).

As redes sociais a que indivíduo pertence são importantes, refletindo-se no seu próprio bem-estar psicológico e na satisfação com a vida, pois têm um efeito protetor ao evitar o *stress* associado ao envelhecimento. Podemos considerar nas redes sociais, as famílias, os amigos, os vizinhos, e outros que possam compensar as perdas da velhice (Thomése, van Tilburg, van Groenou & Knipscheer, 2005).

Contudo, o mais importante é que os indivíduos que começam o seu processo de envelhecimento se mantenham ativos e vão investindo em novas atividades e novas emoções com forma de ultrapassar as perdas associadas (Thomése, van Tilburg, van Groenou & Knipscheer, 2005).

2.1.4. O envelhecimento ativo e bem-sucedido

Segundo Guimarães Lopes (1986, 1996), fenomenologicamente, o homem é um todo, é o significado existencial da sua biografia, das suas vivências, das suas atitudes sociais, estéticas, éticas, religiosas, da sua angústia ou da sua plenitude, da temporalidade e da espacialidade, da liberdade e da responsabilidade. A verdade consiste na expressão que cada um tem de si próprio e no modo de se estar no mundo. Existir é um ato de fé e coragem. O importante é viver na plenitude (Dasein) o ser em situação, aqui e agora. Segundo o autor é na velhice que o ser humano revela a sua biografia, o modo como viveu. Envelhecer saudavelmente está dependente do agir com finalidade – aí reside a sagesa.

Guimarães Lopes (2005) menciona dez preceitos para envelhecer com saúde: cuidar de si (cuidar do corpo, do ambiente e dos outros com quem convive); manter-se ativo (em relação ao corpo e à mente); desenvolver afetividade (manter e procurar relações); mudar-se para um estilo de vida afirmativo (pensar de forma otimista); organizar o tempo de forma correta; admirar o novo; dar oportunidade à idade de ser o que é; experimentar coisas novas; continuar atualizado e ser autónomo.

De acordo com a OMS (2002) o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Envelhecimento ativo refere-se à possibilidade que o idoso tem de participar na vida social, cultural, económica e política da sociedade, em atividades remuneradas ou não, e na vida doméstica, familiar e comunitária;

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (OMS, 2002). Assim, as pessoas mais velhas deixam de ser consideradas como alvos passivos e passam a ver reconhecidos os seus direitos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspetos da vida à medida que envelhecem. Uma das diretivas prioritárias refere-se à necessidade de fomentar a inserção social das pessoas idosas, através da aprendizagem ao longo da vida, da otimização das condições de saúde física e das oportunidades de desenvolvimento psicológico, da participação nos assuntos familiares, sociais, económicos, culturais e cívicos, isto é, de todos os meios que favoreçam o desempenho de papéis ativos pelas pessoas idosas, correspondendo às suas necessidades, desejos e capacidades. A perspetiva de «envelhecimento ativo» adotada pela Organização Mundial da Saúde procura superar e ampliar um anterior conceito designado por «envelhecimento saudável» (OMS, 2002).

Já não se trata apenas de as pessoas idosas terem saúde, mas que mantenham, e se possível, melhorem a sua qualidade de vida à medida que envelhecem, desenvolvendo o seu potencial de bem-estar físico, social e mental, participando socialmente e prolongando o seu envelhecimento através de uma vida com qualidade (OMS, 2002).

Envelhecer ativamente requer desenvolver atividades ao longo da vida. O declínio das capacidades cognitivas pode ser invertido por programas de treino específico. O bem-estar dos idosos pode ser estimulado com orientações fomentadas, através de *empowerment*, que lhes deleguem poder, autonomia, autoestima, conhecimento dos seus direitos e deveres e se lhes forem confiadas responsabilidades (Monteiro & Neto, 2008).

Para um envelhecimento saudável há que surgir um movimento de transformação em que ocorre o «Devir» na prospeção de si mesmo, na capacidade de “vir a ser” na grandeza do que se é, através do potencial das experiências, da liberdade do agir e no enriquecer do espírito, na «sageza» que alia a virtude à sabedoria, na retidão e no bom senso com finalidade de fazer como princípio do saber e de se sentir útil. Envelhecer saudavelmente é dar sentido à vida (Guimarães Lopes, 1997).

Para Fernández Ballesteros (2009a), envelhecimento ativo é um conceito que associa fatores psicológicos, sociais, económicos, ambientais, educativos, sanitários e biológicos, pressupondo que os fatores psicológicos determinam realmente esse tipo de envelhecimento e que a ação psicológica exercida pelos estilos de vida, *copping* e outros influenciam e determinam um maior bem-estar.

Apresenta a sua proposta como um programa com cinco grandes objetivos: eliminar conceitos errados sobre o envelhecimento; transmitir conhecimentos básicos sobre como envelhecer de forma ativa e competente; promover estilos de vida saudável; treinar estratégias de otimização das competências cognitivas, motoras, emocionais e sociais e promover o desenvolvimento pessoal e participação social e distribui-se por cinco áreas temáticas: 1) envelhecer bem - o que é e como consegui-lo; 2) cuidar do corpo; 3) cuidar da mente; 4) envelhecer com os outros; 5) lidar com o inevitável. A metodologia apresentada é teórico-prática, incluindo uma abordagem teórica do tema e a apresentação de exercícios e/ou sugestões de desenvolvimento de competências. Prevê-se, também, um sistema de avaliação que permite a verificação de potenciais mudanças no comportamento e nos hábitos individuais (Fernández Ballesteros, 2009a).

Para Baltes (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990) o processo de envelhecimento caracteriza-se de três formas distintas: envelhecimento normal, em que não existe nenhum tipo de doença biológica ou mental séria; envelhecimento patológico, em que existe uma doença grave e o envelhecimento ótimo ou bem-sucedido, em que existem condições favoráveis ao desenvolvimento psicológico.

Para Baltes e Baltes (1990), esta diferenciação é importante na medida em que nos permite focalizar a atenção na responsabilidade do ambiente social na «produção» de organismos qualitativamente distintos, retirando o processo de envelhecimento da esfera exclusivamente individual. Baltes e Baltes (1990) reforçaram de um modo muito especial a sua importância, defendendo que o uso da expressão envelhecimento bem-sucedido obriga a uma reanálise da natureza da velhice e da imagem que dela habitualmente fazemos. Este envelhecimento consiste na aquisição de atitudes e de processos de *copping* que permitem à pessoa idosa, apesar do aumento dos défices ou da sua ameaça, permanecer independente, produtiva e socialmente ativa pelo máximo de tempo possível.

O desenvolvimento da sabedoria está relacionado com o envelhecimento ótimo ou bem-sucedido, sendo este o conhecimento especializado acerca dos aspetos pragmáticos da vida e da condição humana, com os seus problemas e dificuldades, conhecimento do

significado dos comportamentos e das vantagens e desvantagens e uns dos outros (Baltes & Baltes, 1990).

O Modelo SOC - Otimização Seletiva e Compensação (Baltes & Baltes, 1990) envolve a orquestração de três processos; a seleção de contextos e objetivos pessoais, a otimização do seu funcionamento individual nesses objetivos pessoais selecionados e a compensação de perdas desenvolvimentais através do recurso a mecanismos compensatórios internos (de natureza comportamental, psicológica) ou externos (de natureza cultural). Este modelo preconiza um processo adaptativo bem-sucedido, onde se conjuga a maximização de ganhos e minimização de perdas através do recurso a processos de seleção, otimização e compensação.

Segundo Schulz (1996) o envelhecimento com sucesso é entendido como a possibilidade de desenvolver e manter o controlo primário no curso de vida. Este autor focalizou a sua atenção nos mecanismos de controlo primário (usa processos que otimizam a seleção e a compensação) e mecanismos de compensação (servem para manter, promover e remediar recursos ao nível das competências e da motivação depois da ocorrência de falhas) usados pelos indivíduos ao longo do ciclo de vida, defendendo que os seres humanos têm uma necessidade intrínseca de controlar as suas vidas, quando os esforços instrumentais para modificar os acontecimentos (controlo primário) se revelam insuficientes ou infrutíferos, o indivíduo tende a fazer os ajustamentos adaptativos necessários socorrendo-se de mecanismos cognitivos (mecanismo de compensação) por meio dos quais reduz os objetivos a alcançar ou estabelece comparações que o beneficiem.

Deste modo, o envelhecimento ativo é definido com o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida ao longo do envelhecimento. Este tipo de envelhecimento é considerado numa perspetiva de vida onde envelhecer não tem início num ponto específico (por exemplo, a idade legal da reforma) mas antes a um processo que se estende ao longo de toda a vida e em que a história individual se constrói e materializa aos poucos (Andrade & Martins, 2011).

De acordo com Oliveira (2008), o envelhecimento ativo é protagonizado pelo idoso pró-ativo que se baseia na definição de objetivos claros para nortear o seu projeto de vida. Deste modo, o autor salienta a importância de promover nos idosos o interesse e a procura pela qualidade de vida, garantindo satisfação e bem-estar, em domínios como a segurança, dignidade pessoal, oportunidade para sair da inércia, satisfação com a vida, alegria, autonomia, recursos e direitos para “gozar” a vida em pleno.

2.1.5. *Projeto de vida*

Todas as mudanças características do período de envelhecimento, podem afetar negativamente o bem-estar psicológico dos idosos, influenciando, por conseguinte, a sua qualidade de vida e incentivando sentimentos de abandono, inutilidade e falta de autonomia (Mata, Santos, Maia, & Maia, 2010). No entanto, alguns aspetos individuais como a autoestima, o suporte familiar e o apoio social, quando desenvolvidos de forma positiva, atuam no idoso como um “escudo protetor” de todas as situações de risco a que está sujeito (Khoury & Günther, 2006).

No que respeita à existência de um projeto de vida no idoso, Catão (2001) define este conceito como o intuito de transformação do quotidiano, considerando elementos do passado e do presente, numa perspetiva de delinear o futuro. Deste modo, a autora reitera que a formulação de projetos de vida não deve restringir-se exclusivamente à parte objetiva da realidade do indivíduo, mas sim expandir-se pela sua subjetividade, tendo por base as experiências de vida.

Muitas vezes os idosos não conseguem deixar de envolver o seu ambiente na determinação do seu projeto de vida, sendo influenciados pelos seus próprios interesses, motivações, desejos e aspirações pessoais. Neste sentido, Queros e Neri (2005) sintetizam dizendo que a idade não é um impedimento para a formulação de projetos de vida, contrariamente a outros fatores como a auto-motivação e o equilíbrio nas relações interpessoais.

Mata, Santos, Maia e Maia (2010), concluíram nas suas investigações subjacentes a esta área, que na sua maioria os idosos traçam os seus objetivos em torno de questões de saúde, habitação, atividades de lazer e assuntos relacionados com a vida social dos outros, maioritariamente, de familiares. Segundo os autores, a definição destes objetivos orienta os planos de vida futuros e as tomadas de decisão que favorecem o desenvolvimento humano. Neste sentido, reitera-se, com esta investigação, que o envelhecimento não impossibilita o desenvolvimento de projetos de vida, uma vez que estes se encontram intrínsecos à individualidade de cada um (Mata, Santos, Maia, & Maia, 2010).

Rappaport, Fossler, Bross, e Gilden (1993) referem que o projeto de vida é muitas vezes influenciado pela contribuição que o indivíduo entende que tem para o mundo, associado à experiência que retira dele e ao entendimento que tem da sociedade em geral. Quando tal não acontece, o indivíduo experiencia uma “vazio existencial” característico da ausência de projeto de vida (Frankl, 1969).

A delimitação de um projeto de vida é algo transversal à idade, considerando-se, por isso, um conceito que acompanha a tendência atualizante do indivíduo. Neste sentido, o tempo assume aqui um papel preponderante na transformação emocional do indivíduo, nomeadamente quando o foco de estudo são pessoas idosas, cujo tempo, é, à partida, mais limitado e indissociável da consciência da morte (Rappaport, Fossler, Bross, & Gilden, 1993).

Deste modo, o projeto de vida de um idoso está intimamente ligado à consciência que esse mesmo idoso tem sobre a sua limitação de tempo face à experiência passada. Do mesmo modo, Ellenberger (1958) refere que quando a percepção de tempo se encontra distorcida no interior do indivíduo, tal facto reflete-se obrigatoriamente numa perda de significado do projeto de vida.

Guimarães Lopes (1997) falando da noção de temporalidade e da necessidade de ser ativo: *«perto da morte biológica a ideia de valor parece falhar, parece tornar-se ameaçadora, parece tornar-se grávida da ansiedade. Mas não falho se for eu a desenhar o meu desenho, a pintar a minha pintura, a ocupar-me da minha própria ocupação»* (p. 4). É necessário agir com uma finalidade, dá-se sentido à vida ao distribuir o tempo pessoal em liberdade e com finalidade.

2.1.6. Acontecimentos de vida na velhice

A velhice é uma vitória perante os desafios das outras fases da vida e o próprio envelhecimento também é um desafio que obriga a adaptações.

A própria aparência física é um sinal de envelhecimento quer para os outros quer para o próprio indivíduo, sendo as transformações físicas um desafio para a pessoa que envelhece que tem de aceitar um novo “eu”, diferente do “eu” do passado. Na velhice, o indivíduo tem de aprender a aceitar-se como uma pessoa menos robusta, menos capaz e, eventualmente, doente (Fernandes, 2002; Figueiredo, 2007).

A vida leva o indivíduo a estabelecer diferentes relações, passando por ser filho, neto, marido ou mulher, genro ou nora, pai ou mãe, sogro ou sogra, avô ou avó e talvez também bisavô ou bisavó, mas o passar dos anos também significa perdas, primeiro dos pais, depois dos amigos, irmãos e companheiros que constituem outro desafio para a pessoa que envelhece, pois tem de aceitar a morte e fazer novos investimentos emocionais para conseguir adaptar-se a estas mudanças. Um dos grandes desafios é aceitar a perda de companheiros de vida, causada pela morte. A perda das pessoas que se ama será sempre uma experiência dolorosa e difícil de ultrapassar mas será necessário substituir as pessoas que se vão perdendo

por outras para as quais poderá canalizar o seu amor e carinho (Fernandes, 2002; Freitas, Queiroz & Sousa, 2009).

Outro desafio a enfrentar é o fim da atividade laboral, que vem com a reforma e que também obriga à reelaboração de uma nova identidade, pois a profissão define o que a pessoa é e se essa pessoa, se dedicou muito ao trabalho pode sentir-se perdido. Embora a reforma seja, para a maioria dos indivíduos, uma fase esperada e planeada, é sempre uma perda a ultrapassar e que está socialmente associada à velhice (Agostinho, 2000; Figueiredo, 2007; Fonseca, 2012; Freitas, Queiroz & Sousa, 2009).

Na velhice enfrenta-se também o medo de perder a independência, de não se conseguir manter a autonomia e passar a necessitar dos filhos para assegurar as suas necessidades ou de outras pessoas ou instituições. O idoso deverá ser capaz de aceitar as suas mudanças e de refletir sobre elas e sobre si mesmo de modo a ganhar determinação para as enfrentar. As perdas e desafios da velhice estão relacionados com os portos de abrigo da vida adulta e correspondem à perda de um ou vários (Agostinho, 2004; Freitas, Queiroz & Sousa, 2009).

Durante a meia-idade, os indivíduos asseguram o seu equilíbrio emocional, mantendo ligação a várias atividades ou instituições que o fazem sentir bem, seguro e protegido. Estas atividades ou locais são os seus portos de abrigo: corpo saudável e imagem corporal saudável, pois garantem que o indivíduo não tendo nenhuma doença, poderá continuar a sua vida sem percalços; um contexto familiar íntegro e positivo que fará o indivíduo sentir-se acompanhado, seguro e compreendido; portos de abrigo sociais que podem ser a escola, a instituição onde trabalha ou qualquer outra instituição; a capacidade de trabalhar transmite segurança económica e por fim outros objetivos de vida que podem estar relacionados com arte, música, religião e muitos outros (Fernandes, 2002; Soares et al, 2004).

O processo de *coping* envolve a elaboração e concretização de estratégias de *coping* para lidar com situações problemáticas. O processo de *coping* tem duas funções primordiais: procurar regular as emoções desajustadas associadas ou resultantes de acontecimentos geradores de tensão (*coping* centrado na emoção) e alterar a situação ou problema que está a provocar os desajustamentos. É a avaliação cognitiva que as pessoas fazem dos acontecimentos geradores de *stress* que justificam a escolha de diferentes estratégias de *coping* e por vezes os modos de *coping* sofrem aperfeiçoamentos à medida que a pessoa se desenvolve, lidando com situações stressantes cada vez melhor (Costa, 2003; Fernandes, 2002).

Brandtstadter e Renner (1990) introduzem dois conceitos novos que são a assimilação e a acomodação. O primeiro compreende esforços e atividades intencionais para modificar a

situação atual de forma a ajustá-la o mais possível a objetivos e projetos pessoais enquanto a acomodação compreende mecanismos e processos por meio dos quais objetivos e projetos são ajustados às modalidades de ação disponível.

2.2. As Demências

A demência é uma síndrome resultante da doença do cérebro, podendo ser de natureza crônica ou progressiva, com perturbações de múltiplas funções corticais superiores que inclui a memória, o pensamento, a orientação no espaço e tempo, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o juízo. Não há obnubilação de consciência, mas, entretanto, o declínio é progressivo em múltiplos domínios cognitivos, pelo que consequentemente afeta o controlo emocional, o comportamento social e ocupacional do indivíduo (CID-10, 1993).

No entanto, não é possível considerar a demência como uma doença, mas sim como uma consequência de processos patológicos que envolvam direta ou indiretamente o encéfalo (Doença de Alzheimer ou Carência de Ácido Fólico, respetivamente) (CID-10, 1993).

A demência é, por vezes, confundida com a síndrome confusional ou quadro psicótico e o seu diagnóstico é neuropsicológico. Em sumula, a Síndrome Demencial apresenta três características principais e comuns a todas as tipologias: (1) alterações cognitivo-operativas difusas; (2) alterações do comportamento e da personalidade; (3) perda das capacidades interativas (CID-10, 1993).

Para Neto, Tamelini e Forlenza é necessário proceder a uma distinção entre demências e quadros demenciais. Para os autores, o termo demência aplica-se a situações em que a causa é irreversível, destacando-se a Doença de Alzheimer e a Doença de Creutzfeld-Jacob. Já o termo quadro demencial aplica-se a situações em que a causa é reversível, destacando-se a Hidrocefalia e a Neoplasia. Estes últimos são importantes do ponto de vista do diagnóstico, uma vez que o tratamento adequado pode reverter o declínio cognitivo, que nestes caso apresenta como situações frequentes dismnésia, desorientação, anomia, e dificuldades de interações sociais são situações frequentes (Neto, Tamelini & Forlenza, 2005).

Os mesmos autores destacam que tanto as demências como os quadros demenciais obtêm o seu diagnóstico através do exame neuropsicológico, no qual se avaliam os seguintes itens: orientação, memória, linguagem, raciocínio abstrato, praxias, gnosias, funções visuoperceptivas, visuoespaciais e visuonstrutivas, tempos de reação e ainda as funções promotoras e pré-frontais (Neto, *et al.*, 2005).

Mac-Kay (2003) refere que muitas demências e quadros demências são efeitos secundários de outras doenças, das quais se destacam as doenças degenerativas primárias, doenças vasculares cerebrais, doenças infecciosas, hidrocefalias, doenças desmielinizantes, doenças priónicas, epilepsia, distúrbios metabólicos, doenças sistêmicas, intoxicações, carências nutricionais, doenças autoimunes, neoplasias, traumatismo craniano, estado pós-anóxico e doenças psiquiátricas (Mac-Kay, 2003).

Poderemos sintetizar a demência realçando as suas dez principais características défice de memória; dificuldades em realizar tarefas domésticas; dificuldades de evocação de vocabulário (anomia); desorientação no tempo e/ou no espaço; incapacidade para emitir juízos de valor; alterações do raciocínio abstrato; alterações de humor; alterações de comportamento; alterações de personalidade; e perda da iniciativa (DSM-IV-TR, 2002).

2.2.1. Critérios de diagnóstico da demência

Os critérios de diagnóstico da demência estão descritos no CID-10 (1993) e DSM-IV (2002). De acordo com o CID-10 a demência é diagnosticada quando se verifica a presença dos seguintes sintomas durante pelo menos seis meses: (1) deterioração da memória, na qual se verificam dificuldades em registar, armazenar e recuperar informação nova e perda de informação relativa à família e ao passado; (2) deterioração do pensamento e do raciocínio, no qual se registam redução do fluxo de ideias e problemas ao nível da atenção dividida e focalizada; (3) interferência com a vida diária e (4) consciência sem alterações (CID-10, 1993). Já para o DSM-IV a demência é diagnosticada havendo (1) deterioração da memória, (2) uma das seguintes disfunções: afasia, apraxia, agnosia e transtorno da função executiva; (3) Alteração da vida social, familiar e profissional; (4) Consciência sem alterações e (5) Declínio acentuado do nível intelectual prévio (DSM-IV-TR, 2002).

Dos dois elementos de análise destacam-se como situações comuns de diagnóstico da demência a (1) história clínica completa; (2) análises de rotinas: sangue e urina; (3) hormonas tiroideias; (4) doseamento de vitamina B12 e ácido fólico; (5) marcadores virais (VIH 1 e 2, etc.); (6) estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR) – Punção Lombar; (7) avaliação neuropsicológica; (8) EEG e Potenciais Evocados; (9) TAC e/ou RMN CE. Em casos especiais podem ainda ser pedidas análises aos marcadores genéticos.

Quanto à classificação das demências, Pinho (2008) destaca dois tipos: as demências primárias e as secundárias. As demências primárias podem ser de tipo cortical (Doença de Alzheimer, Demência com corpos de Lewy, Demência fronto-temporal) e subcortical (Demência associada à doença de Parkinson, Doença de Huntington, Paralisia supranuclear

progressiva). Já nas demências secundárias destacam-se a Demência vascular, Deficiências vitamínicas (vitamina B12, ácido fólico), Distúrbios endócrino-metabólicos (hipotireoidismo, doença de Wilson), Substâncias tóxicas (demência alcoólica, demência dialítica), Infecções do SNC (sífilis, tuberculose, brucelose, VIH), Lesões expansivas do SNC (tumores primários/secundários, abscessos) (Pinho, 2008).

Já Mac-Kay (2003) distingue as demências entre progressivas e com tratamento. Deste modo, por demências progressivas entendem-se aquelas que não têm cura, das quais se destacam as demências relacionadas com a Doença de Alzheimer, a Doença de Creutzfeldt-Jakob, a Doença de Parkinson, a Doença de Huntington, a Demência Fronto-Temporal, e Doença dos Corpos de Lewy. Já as demências com tratamento, por norma, derivam de outras patologias tratáveis que ao serem resolvidas inibem igualmente os sinais de demência. São exemplos deste caso a demência associada à privação sensorial, tumores cerebrais, encefalites (ex: sífilis), doenças de tireoide, deficiências vitamínicas, depressão, doenças vasculares cerebrais, doenças infecciosas e inflamatórias e Neoplasias (Mac-Kay, 2003).

2.2.2. Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é a mais comum das demências, constituindo cerca de 50% a 70% de todos os casos. Esta doença consiste numa deterioração global, gradual e irreversível de diversas funções cognitivas (tais como, atenção, memória, concentração, pensamento, linguagem, etc.), causa alterações na personalidade, no comportamento e inevitavelmente na capacidade funcional da pessoa, impedindo esta de realizar as suas atividades de vida diária (A Doença de Alzheimer, s.d.; Garcia, 1988).

As células cerebrais começam a sofrer de uma diminuição de número e tamanho, o que faz com que no seu interior se formem tranças neurofibrilas e, no espaço exterior existente entre elas se criem placas senis. Esta ocorrência faz com que as conexões entre as células cerebrais sejam danificadas, o que por sua vez faz com que a comunicação dentro do cérebro seja impossível. Tudo isto resulta na morte das células cerebrais e na inevitável incapacidade de recordar informação (A Doença de Alzheimer, s.d.; Garcia, 1988).

Conforme a doença de Alzheimer vai alterando as várias áreas cerebrais, vão-se dissipando certas funções ou capacidades. Quando uma pessoa perde uma habilidade, raramente consegue voltar a recuperá-la ou reaprendê-la (A Doença de Alzheimer, s.d.).

Nas fases iniciais, os indícios podem ser muito ténues. Frequentemente começam com dificuldades em nomear objetos do quotidiano e lapsos de memória, estes indícios agravam-se com o tempo (A Doença de Alzheimer, s.d.; Garcia, 1988). Outros sintomas característicos

são: falta persistente e frequente de memória (especialmente na memória imediata); não reconhecer pessoas e lugares anteriormente conhecidos; incapacidade para apreender instruções e questões; não ter um discurso coeso e lógico; lentificação na realização de atividades de rotina; perder o entusiasmo por atividades que antes eram apreciadas; degeneração de competências sociais e labilidade emocional (A Doença de Alzheimer, s.d.).

Qualquer pessoa pode desenvolver Alzheimer, no entanto, é mais comum acontecer após os 65 anos. O progresso da doença varia de pessoa para pessoa, mas a doença acaba por levar a uma situação de dependência completa e, inevitavelmente, à morte. Uma pessoa com Alzheimer pode viver entre três a vinte anos, sendo que a média é de sete a dez anos de acordo com Garcia (1988).

Atualmente não existe qualquer teste específico para reconhecer a doença, o diagnóstico é realizado após um exame clínico cuidadoso, este pode incluir o levantamento da história médica detalhada; exame físico e neurológico aprofundado; exame do funcionamento intelectual; avaliação psiquiátrica; avaliação neuropsicológica; e análises laboratoriais ao sangue e urina (A Doença de Alzheimer, s.d.; Garcia, 1988).

Não existe cura para a doença de Alzheimer até à presente data. Embora, existam alguns medicamentos que parecem permitir alguma estabilização do funcionamento cognitivo ou retardar a sua evolução nas fases ligeira e moderada (A Doença de Alzheimer, s.d.; Garcia, 1988).

2.2.3. Demência Fronto-Temporal (DFT) ou Doença de Pick

A DFT é uma síndrome neuropsicológica onde existe uma disfunção entre os lobos frontais e temporais, estes lobos encontram-se atrofiados mas no entanto existe uma certa preservação das restantes regiões cerebrais posteriores. Estima-se que corresponda entre 10% a 15% dos casos de demência degenerativa (DSM-IV, 2002).

Os indivíduos que padecem desta demência começam por demonstrar marcadas alterações comportamentais e um ligeiro comprometimento da memória episódica nos estágios iniciais da doença. Estas modificações no comportamento dizem respeito a desinibição, mudanças na conduta social, inflexibilidade mental e rigidez, comportamento persistente e estereotipado, hiperoralidade, distritabilidade, exploração exagerada de objetos em seu redor, impulsividade, perda do sentido crítico e falta de persistência (Rosen et al., 2002).

A par destas alterações Neary e colaboradores (1998) destacam ainda como elementos de suporte ao diagnóstico: a existência de familiares de primeiro grau que padecem da doença,

o facto de os sintomas começarem antes dos 65 anos e a existência de acinesia, fasciculações, paralisia bulbar e fraqueza muscular (Neary *et al.*, 1998).

2.2.4. Demência Vascular (DV)

A DV desenvolve-se em par com os processos demenciais que se encontram etiologicamente conectados com a doença vascular cerebral. Através de exames neurológicos é possível detetar sinais focais e alterações isquémicas e/ou hemorrágicas (Lobo, Launer, Fratiglioni, *et al.*, 2000).

Para Moronev e colegas (1997) os sintomas mais frequentemente encontrados na DV são: deterioração em “degraus”, curso flutuante, história prévia de acidente vascular cerebral (AVC) e presença de défices neurológicos focais.

Não existe uma opinião concordante sobre os mecanismos fisiopatológicos que originam a DV, uma vez que esta engloba uma variedade de entidades clínico-patológicas (Román, 2002), desde (1) doenças de grandes vasos, causadoras de múltiplos enfartes ou um único enfarte estratégico (gânglios basais, tálamo, substância branca profunda, sistema límbico e áreas de associação); a (2) doença de pequenos vasos (Pinho, 2008).

São ainda causas ou factores de risco da DV a aterosclerose/ hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, o tabagismo, a Diabetes Mellitus e a presença de patologias cardíacas (Pinho, 2008).

2.2.5. Doença dos Corpos de Lewy (DCL)

A DCL caracteriza-se por um rápido início e declínio progressivo, com défices na função executiva, resolução de problemas, fluência verbal e performance áudio visual e afeta cerca de 20% dos pacientes com demência (Neto, Tamelini & Forlenza, 2005).

McKeith e colaboradores salientam que o início depois dos 40 anos, sendo mais comum em idosos, a prevalência no sexo masculino e uma evolução mais rápida do que DA (1 a 12 anos) são alguns dos indicadores mais comuns da DCL. Os mesmos autores salientam ainda que os critérios de diagnóstico mais frequentes são (1) declínio cognitivo gradual e acentuado, capaz de interferir com as funções sociais e ocupacionais; (2) falta persistente de memória (esta é evidente com a progressão da doença) e (3) dificuldades de atenção e défice nas habilidade fronto-subcorticais e visuoespaciais (McKeith *et al.*, 1996).

Não obstante à definição dos critérios de diagnóstico, os mesmos autores salientam que duas das seguintes particularidades têm de estar presentes de forma a diagnosticar o indivíduo com DCL. Estas são: (1) alucinações visuais detalhadas, recorrentes e bem

elaboradas; (2) cognição flutuante, com alterações no estado de alerta e atenção e (3) movimentos motores espontâneos de parkinsonismo (McKeith *et al.*, 1996).

2.2.6. Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson é uma doença crónica que ataca o sistema motor, por outras palavras, envolve os movimentos corporais, levando a tremores, rigidez, lentificação dos movimentos corporais, instabilidade postural e alterações da marcha (Doença de Parkinson, 2012; Garcia, 1988).

A doença aparece quando os neurónios de uma demarcada região cerebral, designada substância negra, morrem. Quando aparecem os primeiros sintomas, já há perda de 70 a 80% destas células. Ainda não foi determinada a razão por que algumas pessoas desenvolvem a doença e outras não. Não existe atualmente uma cura para a Doença de Parkinson, mas os sintomas podem ser controlados através de diversos tipos de medicações (Doença de Parkinson, 2012; Garcia, 1988).

2.2.7. Doença de Huntington

A Doença de Huntington é um distúrbio neurológico hereditário, motivada por uma mutação genética no cromossoma 4. É uma doença autossómica dominante, ou seja, se um dos pais tiver Huntington, os filhos tem 50% de hipótese de também desenvolverem a doença (Garcia, 1988).

Caracterizada por causar movimentos corporais anormais e falta de coordenação, também afeta várias capacidades mentais (perda progressiva de memória que gradualmente irá evoluir dando origem à demência) e alguns aspetos de personalidade (depressão, cólera, irritabilidade). Embora atualmente não tenha cura, por ser uma doença genética, os sintomas podem ser minimizados com a administração de medicação (Garcia, 1988).

2.2.8. Tumores Cerebrais e Hematomas Intracranianos

Os sintomas a ter em atenção face a neoplasias cerebrais são: vômitos, ataques epiléticos e paralisia ou, dependendo da localização do tumor, poderá dar origem a deterioração mental. No que diz respeito aos hematomas intracranianos, estes podem ser resultado de traumatismos cranianos que não foram tratados, devido à sua aparente pouca gravidade (Garcia, 1988).

2.2.9. Doenças Vascular Cerebral

A arteriosclerose cerebral resulta do espessamento e enrijamento das paredes das artérias no cérebro. A arteriosclerose cerebral também está relacionada com uma condição conhecida como demência vascular, na qual pequenos acidentes vascular-cerebrais, sem sintomas, causam danos acumulativos ao cérebro e, conseqüente, morte dos neurónios (Cerebral Arteriosclerosis, 2011; Garcia, 1988).

Os sintomas da arteriosclerose cerebral abrangem: dor de cabeça, dor facial, e problemas de visão, também se pode observar alterações de comportamento em idosos, como apatia, tristeza ou irritabilidade. (Cerebral Arteriosclerosis, 2011). Similarmente são frequentes ataques de afasia, crises confusionais, trombozes cerebrais, episódios neuróticos e psicossomáticos, défices de concentração, fadiga, dispneia, terrores noturnos, perturbações intelectuais e manifestações psicóticas (Fonseca, 1998).

2.2.10. Alcoolismo

O álcool atua no cérebro como uma substância tóxica pela libertação que provoca de outras matérias internas que agredem o sistema nervoso. A demência provocada pelo alcoolismo é suscetível de remissão se o sujeito interromper o consumo alcoólico (Garcia, 1988).

2.2.11. Hidrocefalia de Pressão Normal

Hidrocefalia é o aumento do volume de líquido cefalorraquidiano que exerce uma pressão potencialmente prejudicial sobre o tecido cerebral e resulta numa dilatação anormal das cavidades do cérebro chamadas ventrículos (Garcia, 1988).

É uma doença caracterizada pela tríade de sintomas que inclui demência, incontinência urinária e distúrbio de marcha. Contudo, esta é uma situação reversível através de intervenção cirúrgica (Garcia, 1988).

2.3. A Depressão e Luto Patológico

2.3.1. Organização/Funcionamento Depressivo

A depressão caracteriza-se pela angústia e tristeza; fadiga; cansaço e perda de energia; sentimentos de inutilidade; perturbações do sono; preocupações recorrentes; falta de concentração; desinteresse, apatia; irritabilidade; manifestação de sintomas físicos, como dores musculares, dores abdominais, entre outros (Monteiro, 2012).

Existe igualmente a personalidade depressiva onde pode ocorrer: baixa autoestima, culpabilidade, super-eu severo, vulnerabilidade à perda, tendência à apatia, idealização do passado, entre outras (American Psychiatric Association, 2002; Doron & Parot, 2001; Organização Mundial de Saúde, 1993). Este tipo de estrutura de personalidade organiza-se em função de perdas cumulativas, mas sempre na sequência duma relação patogénica e depressígena (Matos, 2007).

De acordo com Coimbra de Matos (2007) na depressão há sempre uma perda afetiva e a pessoa consegue ou não fazer o luto. Ser abandonado por alguém a quem se deu mais do que se recebeu resulta numa economia depressiva. Há um sentimento de ter sido mal-amado, logo existe agressividade contra o objeto mas a pessoa não pode viver sem o objeto, então faz uma reparação patológica do objeto frustrante (inflexão da agressividade sobre si, para manter idealização do objeto). Esta reparação resulta numa culpabilização, a pessoa interioriza a zanga, a culpabilidade e os aspetos negativos e fica à espera de um dia ser suficientemente boa para esse objeto. Existe, assim, uma insuficiência narcísica em que a pessoa acredita que não é suficientemente boa para aquele objeto, então tem de dar sempre.

Dessa forma a estrutura da depressão consiste em três pilares principais: dependência oral-anaclítica do objeto, severidade do super-eu e insuficiência da compleição narcísica.

Há três modelos de depressões diferentes (Matos, 2007):

Depressão anaclítica – perda do objeto, muito característica dos pré-psicóticos, está muito associada ao sentimento de desamparo, não há uma representação interna estável (ex.: crianças que perdem a mãe antes de poderem criar uma representação interna), não podem viver sem o objeto, sentindo grande medo de serem abandonadas,

Depressão introjectiva – perda do amor do objeto, é a mais comum, perde algo que teve (o psicótico é um pobre que nunca foi rico, um deprimido foi um rico que ficou pobre), investimento desnarcisante, foi mal investido, acha que perdeu o amor do objeto porque não presta, porque não é suficientemente bom logo não merece, pode ter uma dimensão mais ligada à culpa ou ao narcisismo.

Depressão falhada – também é conhecida como depressão branca ou essencial, aparece muito na psicossomática, é uma depressão de alguém que não está triste, não tem acesso à tristeza, não é capaz de elaborar a tristeza, é uma depressão sem o objeto.

2.3.2. *Aspetos Psicopatológicos da Depressão na Terceira Idade*

De acordo com o *National Institute on Aging*, um em cada seis adultos, com 65 anos ou mais, padece de depressão significativa, habitualmente, relacionada com o processo de luto ou situações de demência (Straub, 2005).

Nos idosos, as depressões que ocorrem com mais frequência, numa primeira vez, são as involutivas, as biológicas, as vitalizadas, as reativas, as neuróticas, as de esgotamento e as pré-demências. É importante ter em mente que ser idoso por si só é um fator gerador de acontecimentos produtores de depressão (ex.: a perda de familiares e amigos, a perda do estatuto socioprofissional, doenças físicas, maior isolamento social, entre outras) (Pães de Sousa, 1979).

É característico na depressão na terceira idade as ideias paranoicas, a agitação e a ansiedade, também pode ocorrer o aumento das ideias delirantes de culpa, ruína, enfermidade e perseguição (Pães de Sousa, 1979).

Para Marques e Sousa (1989), subsistem três fatores que são importantes no irromper da depressão na terceira idade: ambientais, genéticos e orgânicos.

Os fatores ambientais são todas as situações traumáticas relacionadas com o meio (social, familiar ou profissional), sendo as mais relevantes: falta de convívio social e/ou isolamento; ausência de trabalho com consequente imobilidade; saída dos filhos de casa; morte do cônjuge; desvalorização social e profissional; sentimentos de ser um “fardo” para a família; perdas físicas; mentais e sociais próprias da velhice (Marques & Sousa, 1989).

Em relação aos fatores genéticos, existem agentes genéticos predisponentes para a presença de depressão em idades mais avançadas, tendo as suas manifestações vindo a aumentar de geração em geração (Marques & Sousa, 1989).

No que respeita aos fatores orgânicos, existe uma grande variedade de doenças orgânicas que se podem manifestar em sintomas desta natureza (ex.: as alterações senis e arterioscleróticas e os acidentes vasculares cerebrais) (Marques & Sousa, 1989). Contudo, segundo Barreto (1988), a depressão no idoso é do tipo funcional, ou seja, não é causa nem consequência de doença degenerativa senil ou cerebrovascular.

A depressão na terceira idade, não é tratada e/ou detetada frequentemente devido a vários fatores, tais como: os sintomas de depressão podem estar “encobertos” por sintomas de outras doenças, ou a depressão pode ser encarada como uma consequência do envelhecimento normal ou, também, porque as pessoas não querem confessar que estão doentes e precisam de ajuda. Tudo isto é negativo, uma vez que a depressão é uma das doenças mentais mais tratáveis (Straub, 2005).

2.3.3. Luto Patológico

No luto patológico o processo de luto encontra-se imóvel, ou seja, os níveis de tristeza, irritabilidade, culpa mantêm-se sem mudança durante meses ou anos, verificando-se uma dificuldade paradoxal de um enlutado investir num novo objeto. A pessoa mantém-se num profundo e doloroso luto como forma de vida (Barbosa & Neto, 2010 & Sanders, 1999).

De acordo com Barbosa e Neto (2010) existem várias categorias de critérios do luto patológico. Nos critérios afetivos: a pessoa não consegue falar do objeto perdido sem se emocionar e factos menores desencadeiam reações de luto; existe uma tristeza não justificada em determinadas circunstâncias; irritabilidade excessiva, amargura ou hostilidade relacionados com a morte; sentimento subjetivo de entorpecimento, atordoamento, distanciamento ou falta de resposta emocional prolongadas.

Nos critérios cognitivos: existe idealização de aspetos positivos e recalçamento/dissociação/denegação/negação de aspetos negativos do objeto perdido; comportamento "seco", como se nada tivesse acontecido, a pessoa evita referências ao objeto desaparecido; tem fobia de doença ou de morte relacionada com a do objeto perdido (Barbosa & Neto, 2010).

Nos critérios físicos/vinculares: existe compulsão para imitar traços do objeto perdido, ou sensação de contínuas obrigações para com ele; apresentação de sintomas físicos semelhantes ao objeto perdido e evitamento desproporcionado de rotinas do falecido (Barbosa & Neto, 2010).

Nos critérios comportamentais: existe investimento desproporcionado em atividades laborais, físicas ou sociais e sequência de comportamentos autodestrutivos (Barbosa & Neto, 2010).

Nos critérios sociais: a pessoa adota uma postura “demasiado independente” ao evitar relacionamentos ou sabota os já existentes; existe incapacidade persistente de confiar nos outros; sentimentos de solidão e vazio e dificuldade de imaginar uma vida plena sem o falecido (Barbosa & Neto, 2010).

Por último, nos critérios existenciais/espirituais: existe sentimento de vida vazia, sem significado e sem rumo para o futuro; sentimentos penosos de futilidade, perda franca de interesse nas atividades pessoais e visão atormentada do mundo (Barbosa & Neto, 2010).

Para além do diagnóstico precoce de situações de luto complicado ou (psico) patológico é muito importante prevenir a sua ocorrência, pelo que devemos ter presente indicadores de fatores de vulnerabilidade/risco no processo de luto a serem sistematicamente avaliados pelas equipas de saúde (Barbosa & Neto, 2010).

Outro fator é a característica do vínculo com o falecido: se era uma relação ambivalente; uma relação de dependência ou uma vinculação insegura ou dependente dos pais da infância (Barbosa & Neto, 2010).

Os fatores sociais também têm grande peso, tais como: nível socioeconômico baixo; presença de crianças em casa; projetos cortados; assuntos pendentes; falta de apoio sociofamiliar; isolamento social; incapacidade de realizar rituais religiosos adequados (Barbosa & Neto, 2010).

Nos fatores pessoais pesam: os antecedentes psicopatológicos; se houve tentativas de suicídio prévias; perda precoce dos pais; lutos anteriores não resolvidos; a juventude do falecido ou do enlutado; as reações muito intensas/excessivas de amargura e raiva; a expressão reduzida de sentimentos; os sentimentos de culpa (acontecimentos do passado ou abandono de cuidados); a baixa tolerância ao *stress* ou a incapacidade para enfrentar o *stress* e a baixa autoestima (Barbosa & Neto, 2010).

2.4. A Neurose

2.4.1. Organização/Funcionamento Neurótico

Para Freud a neurose tinha origem na infância, onde a libido permanecia fixada na fase edipiana (Pedinielli & Bertagne, 2005), existindo uma patologia da triangulação que vai dar origem a impossibilidade de resolver a crise edipiana (Campos, 2012). Os desejos edipianos inaceitáveis, juntamente com a angústia de castração, originariam uma situação de tensão psíquica que teria de ser recalcada. No entanto, essa tensão recalcada tentaria libertar-se, o que se denomina de retorno do recalcado, comprometendo o ego e sendo, dessa forma, necessário aplicar medidas suplementares de defesa. Apareciam assim os sintomas como mecanismos de defesa secundários e como tentativa de resolução do conflito (Pedinielli & Bertagne, 2005).

De acordo com Coimbra de Matos (1988), a neurose é uma doença do foro interpessoal, onde existe uma adaptação patogénica a um objeto humano como consequência de uma inadequação do mundo objetal infantil às necessidades da criança, sendo esta relação estabelecida com o objeto genital. As neuroses implicam sempre regressões e fixações a fases anteriores do desenvolvimento libidinal. O contacto com a realidade está preservado e o *self* tem apenas uma parte do funcionamento atingida (Matos, 1988; Campos, 2012).

Os neuróticos funcionam ao nível da representação do objeto e a sua capacidade de simbolização é distorcida. Não tem etologia orgânica, o sujeito não corta com a realidade, ele negocia com a realidade, tenta vê-la da melhor maneira possível. O sujeito sente que há

qualquer coisa que não está bem, tem consciência que há coisas que estão mal na vida dele mas que não consegue resolver, porque não tem acesso ao conflito inconsciente (Matos, 1988).

Os sintomas tornam-se repetitivos e podem tornar-se extremamente evasivos. Estes são sempre simbólicos, é preciso saber o que está latente (Matos, 1988).

Atualmente o conceito evoluiu e tem três classificações distintas: neurose histérica, obsessiva e fóbica (Laplanche & Pontalis, 1971).

2.4.2. *Neurose Histérica*

De acordo com Coimbra de Matos a histeria consiste numa erotização difusa do corpo e de toda a relação objetal. Corresponde a uma regressão oral precoce à erogeneidade difusa da pele e zonas erógenas e de pulsão libidinal. Esta regressão remete o Eu para os primeiros estádios evolutivos, um Eu não estruturado, difuso, predominantemente corporal, dotado de narcisismo primário, sensível à experiência e ao alívio das tensões (Matos, 2002).

Nesta perturbação existe um sentimento de inferioridade, existindo o sentimento de não ter valor para ser amado, sentindo-se mal-amado pelo objeto primário, o que faz com que faça um híper investimento para compensar a falta. Não consegue amar nem chegar à verdadeira genitalidade, baseando-se em fantasias de realização. Investe mais no ato do que na relação, não vivendo assim plenamente a relação (Matos, 2002).

O objeto é funcional, pois serve para descarga da pulsão; é parcial, sendo transitório e substituível, servindo apenas para uma satisfação fácil e imediata do instinto. Muda constantemente de objeto, sem estabelecer verdadeiramente uma relação (Matos, 2002).

As crises histéricas são muito frequentes nos idosos, surgindo em conjunto com ansiedade e, por vezes, com um aspeto dramático e/ou sintomas hipocondríacos, evidenciando uma luta constante pela atenção dos que os circundam. Dessa forma, a somatização, para além de ser uma manifestação histérica da terceira idade é, também, um mecanismo fortemente utilizado como uma conversão somática de angústia e refúgio afetivo (Oulés, 1978).

2.4.3. *Neurose Obsessiva-Compulsiva*

A Neurose Obsessiva-Compulsiva é a doença da interdição, é uma contínua interdição de contacto com o objeto rival. A sexualidade é vivida sem afeto, parecendo não haver proximidade. É uma relação muito protegida. Existe onipotência do pensamento e controlo da realidade (Matos, 1988, 2007).

O obsessivo-compulsivo desinveste na relação, isola o afeto como se tivesse uma

muralha de gelo à sua volta, como se não sentisse para se proteger. O obsessivo tem de usar mecanismos para controlar os afetos, para não correr o risco destes se soltarem. Tem uma consciência muito grande das suas falhas, logo as suas defesas são de retirada pessoal, retira-se do mundo objetal. O obsessivo faz um híper investimento no pensamento, são máquinas de pensar, havendo um controlo excessivo das suas emoções, pensa mas não é capaz de agir (Matos, 1988, 2007).

O obsessivo tem muita dificuldade em lidar com o confronto, não é capaz de estruturar a agressividade. Igualmente não é capaz de lidar com a triangulação por isso regride, havendo uma regressão parcial a fase mais anal do controlo. (Matos, 1988, 2007).

É muito raro que este tipo de neurose surja pela primeira vez na velhice. Conquanto, quando essa já existe é normal que os sintomas compulsivos (ex.: ideias obsidiantes, atos indesejáveis, rituais constantes, pensamentos perseverantes, verificações persistente, etc.) se tornem marcantes (Oulès, 1978).

2.4.4. Neurose Fóbica

Na Neurose Fóbica o indivíduo tem um *self* inferiorizado e com falta de autoconfiança básica. Tem muito a ver com a maneira como organizou a sua capacidade de separar, e a maneira como se separou da sua imagem materna, revelando assim dificuldades de separação do objeto anaclítico. O fóbico projeta num objeto a sua angústia, há um deslocar da agressividade para o objeto fóbico (Matos, 2002).

Alguns autores atestam que as neuroses fóbicas podem surgir na terceira idade, manifestando-se mais frequentemente nos medos de ir à rua, de cair, de multidões, etc. Ao ser detentor destas fobias o idoso rejeita atividades que envolvam esses medos e fobias, levando ao seu afastamento e à somatização dos seus medos, referindo que não realiza as atividades porque, por exemplo, a sua saúde física não permite (Oulès, 1978).

2.5. A patologia Psicossomática e Hipocondríaca

2.5.1. Organização/Funcionamento Psicossomática

Na patologia psicossomática existem diversas queixas somáticas, como por exemplo dores nas articulações, tonturas, tremores, entre outros (American Psychiatric Association, 2002; Matos, 2012; Organização Mundial de Saúde, 1993). Estes sintomas demonstram uma inaptidão de viver a dor mental, existe uma fraca capacidade de *insight*, onde não há acesso ao simbolismo (Matos, 2012).

O diferencial mais importante para se considerar uma doença como psicossomática é

entender que a causa principal desta descompensação física está no emocional da pessoa, encontra-se ligada aos seus sentimentos e à sua afetividade (Organização Mundial de Saúde, 1993).

Esta variável emocional torna-se importante tanto no desencadear de um episódio, de uma crise, quanto no aumento e/ou manutenção do sintoma. Em momentos de ansiedade intensa, o corpo desorganiza-se e reage psicossomaticamente (Matos, 2012; Organização Mundial de Saúde, 1993).

2.5.2. Organização/Funcionamento Hipocondríaco

Um indivíduo que padece deste funcionamento acredita fielmente que sofre de alguma doença, sendo capaz de identificar, no seu corpo, a presença de sintomas e sinais das mais diversas patologias (Organização Mundial de Saúde, 1993).

De acordo com o CID-10 (1993) e o DSM IV (2002), para diagnosticar alguém com hipocondria é necessário que a crença persista, no mínimo, durante seis meses e tem de existir, no máximo, duas doenças físicas severas. O indivíduo tem de manifestar preocupação recorrente com os sintomas, de forma a causar sofrimento permanente ou interferir com o desenrolar da vida diária pessoal. Paralelamente, tem de recusar a opinião médica de que não existe qualquer causa física para os seus sintomas.

Como já foi mencionado anteriormente, as crises histéricas são muito frequentes nos idosos, encontrando-se muitas vezes acompanhadas de sintomas psicossomáticos/hipocondríacos. A somatização é uma manifestação histérica da terceira idade, e um mecanismo de conversão somática de angústia e refúgio afetivo (Oulés, 1978).

2.6. A Psicose

2.6.1. Organização/Funcionamento Psicótico

A psicose, de acordo com o DSM-IV-TR (2002) e o CID-10 (1993), é um quadro psicopatológico clássico no qual se verifica uma certa perda de contato com a realidade. Nos períodos de crises mais intensas pode ocorrer desorganização psíquica, que se manifesta em pensamentos desorganizados ou de carácter paranoide, e alucinações ou delírios, existem identicamente sensações de angústia e opressão, inquietude psicomotora acentuada e insónia severa. Subsistem, igualmente, dificuldades de interação social e na execução das atividades de vida diária. Paralelamente, existe uma incapacidade de *insight* ou sentido critico, o que impossibilita a capacidade de reconhecer o carácter peculiar do comportamento.

Na interpretação psicanalítica a perturbação psicótica tem o seu ponto de partida a nível das frustrações mais precoces. Um Eu que tenha sofrido sérias fixações e tenha permanecido bloqueado desde logo, ou então regredido, pré organiza-se segundo uma linha estrutural psicótica (Bergeret, 2000).

Os principais mecanismos de defesa psicóticos usados são: a projeção, a clivagem do Ego, fantasias onipotentes e a recusa da realidade. Todos estes mecanismos concorrem para dar origem a fenómenos de despersonalização, de desdobramento da personalidade, ou ainda à simples desrealização (Bergeret, 2000; Matos, 1996).

A psicose obedece a um princípio de rejeição primordial, esta rejeição primordial consiste na exclusão de ideias ou pensamentos próprios, os quais são tratados como estranhos ou não aconteceram. Devido a dessa rejeição, pode ocorrer a clivagem do eu (Bergeret, 2000).

Segundo o DSM-IV (2002) é possível a existência de psicose (esquizofrénica, perturbação delirante, perturbação do humor ou psicose) na terceira idade, podendo esta ser induzida por substâncias ou demência.

2.6.2. Esquizofrenia

A estrutura esquizofrénica situa-se na posição mais regressiva, tanto do ponto de vista da evolução libidinal como do ponto de vista do desenvolvimento do ego. Corresponde a uma organização psicótica do Ego fixado a uma economia pré-genital de dominância oral (Bergeret, 2000).

As frustrações precoces de origem materna e paterna (Green, 1958 citado por Bergeret, 2000) parecem estar na origem desta estrutura, sendo frequente encontrar no seio de uma família que leva um esquizofrénico a tratamento, outros membros da mesma família estruturados segundo um modo esquizofrénico de organização mental.

O funcionamento mental de modo esquizofrénico é guiado pelos mecanismos de deslocamento, condensação e simbolização tributários dos processos primários, o que arrasta, ao mesmo tempo, uma distorção, pelo menos parcial, da realidade, um relaxamento das associações e uma aparente lógica “austística”. O desapego e estranheza dos sentimentos estão em ligação estreita com o aspeto particularmente arcaico de um universo fantasmático tão luxuriante quanto profundamente regressivo (Bergeret, 2000).

A esquizofrenia é caracterizada no DSM-IV-TR (2002) e no CID-10 (1993) como uma perturbação cuja duração mínima é de 6 meses e inclui no mínimo 1 mês de delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatónico. Os sintomas característicos envolvem uma série de disfunções cognitivas e

emocionais que alteram a percepção, o raciocínio lógico, a linguagem e a comunicação, o controlo comportamental, o afeto, a fluência e produtividade do pensamento, o impulso e a atenção.

Gabbard (1998) defende que os sintomas da doença podem dividir-se em três grupos: sintomas positivos (alterações no curso e conteúdo do pensamento, da percepção e manifestações comportamentais), sintomas negativos (embotamento afetivo, pobreza e desorganização do pensamento e do discurso, apatia e anedonia) e relacionamentos pessoais desorganizados.

De acordo com o DSM-IV-TR (2002) a esquizofrenia pode surgir numa fase mais avançada da vida sendo determinada pelo predomínio dos sintomas positivos, com perseveração do afeto e do funcionamento social. Na terceira idade, o quadro clínico é acompanhado por défices cognitivos (La Rue & Spar, 2005).

2.6.3. *Paranóia*

A psiquiatria clássica definia a paranoia como uma crença falsa, sendo o delírio sua característica predominante (Cromberg, 2000). Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899 citado por Cromberg, 2000) descreveu a paranoia como uma doença mental parcial que ao longo do tempo interfere no intelecto e é de permanência imutável.

A estrutura paranóica ocupa a posição menos regressiva no plano da evolução libidinal, correspondendo assim a uma organização psicótica do Ego fixado a uma economia pré-genital de preponderância anal. A estrutura paranóica manifesta um sistema dito “linear” do pensamento, ou seja, utiliza uma ideia de cada vez mas à qual se agarra com firmeza e persistência (Bergeret, 2000).

Como já foi mencionado o delírio é a sua característica dominante. Para Freud (1911) quando estamos conscientes das nossas motivações internas, o delírio de projeção é normal, no entanto quando não estamos conscientes e atribuímos a uma causa exterior temos a paranoia. Por outras palavras, através do delírio projetamos num objeto externo um determinado conteúdo, como tentativa de reconstituir uma parte da realidade rejeitada ou perdida, na paranoia essa projeção faz com que o objeto seja sentido como ameaçador e persecutório.

No CID-10 (1993) e no DSM-IV-TR (2002), a característica elementar da paranoia são os delírios, estes podem ser isolados ou relacionados entre si. Por norma são persistentes e podem durar a vida toda.

2.7. A Psicopatologia à Luz da Abordagem Centrada na Pessoa

Segundo Rogers (1983 citado por Hipólito, 2011), existe uma tendência no universo, a *tendência formativa*. No Homem, esta manifesta-se como *tendência atualizante* e através dela é que existe uma atualização das condições e potencialidades que conduzem à *autorrealização*. A tendência atualizante do organismo tem como objetivo desenvolver todas as capacidades de uma maneira que mantém ou desenvolve o organismo e o move para a autonomia e a sociabilidade (Rogers, 1951, 1961). Esta tendência é direcional, construtiva e presente em todas as coisas vivas. A tendência atualizante pode ser suprimida, mas nunca destruída sem a destruição do próprio organismo (Rogers, 1980).

Este processo tem início na célula primordial e nesta está, paralelamente, a desenvolver-se a tendência atualizante. Esta célula contém todas as informações necessárias ao desenvolvimento máximo das potencialidades do ser vivo, que só se conseguem atualizar se forem criadas condições ótimas (natureza biológica/psicológica) (Rogers, 1951, 1961).

Contudo, este embrião está sujeito a traumas de várias origens, quer nas suas potencialidades, quer nas suas atualizações. Ainda assim, ao longo deste processo o embrião constitui, nele mesmo, um “gestor” da sua complexificação. Na base da complexificação está a capacidade de auto-organização, que remete para a existência de um locus de controlo interno (a gestão e determinação dos avanços do processo é interno), sem interferência do meio externo (em condições naturais). Desenvolve-se de uma forma gradual no período de gestação, ocorre a maturação do sistema neurológico, o que permite o desenvolvimento do *self embrionário*, a partir deste momento começa a ocorrer a integração das várias experiências sensoriais no self do novo ser (Hipólito, 2011).

Quando o bebé nasce, este processo continua a acontecer, embora agora seja menos perceptível. As suas capacidades psicológicas e físicas vão-se desenvolvendo, constituindo-se a perceção das fronteiras do *self* orgânico (o bebé vai tomando consciência dos seus limites em relação ao mundo exterior). Nesta fase o bebé simboliza a *totalidade* das suas experiências e existe uma integração plena de tudo o que experiência (Hipólito, 2011).

Segundo Rogers e Kinget (1971) «*ele percebe a sua experiência como sendo a realidade*» (citado por Hipólito, p. 152, 2011). Ao mesmo tempo que desenvolve perceção dos seus limites do self, desenvolve a perceção que tem do outro significativo, que é entendido como uma pessoa diferente de si, completa e como significativo ou não-significativo (outros), isto surge o que se designa de condições de valor. Nesta altura existe uma consciencialização no bebé do amor do outro na qual depende e sem a qual não consegue sobreviver (Hipólito, 2011).

Sempre que outros significativos, seletivamente valorizam alguns aspetos da criança, como mais merecedores de olhar positivo do que outros aspetos, a criança tende a tornar-se, de forma semelhante, seletiva no seu olhar próprio. Então ela começa a evitar ou a procurar certas experiências próprias, apenas em termos de se acharem ou não merecedoras de olhar próprio aceitante. Sempre que isto ocorre, diz-se que criança adquiriu condições de valor. A condição de valor pode evocar a vontade do outro como aquela pela qual a pessoa se rege sendo então o locus de controlo externalizado. Nestas condições a dissociação entre o próprio organismo (na sua autenticidade) e o que a criança investe para e por sugestão da aceitação de terceiros significativos pode não ser consciente ou simbolizada, levando a estados de perturbação interior, desconhecimento de si e, eventualmente sintomatologia psicopatológica (Hipólito, 2011).

As dissociações entre o *self*-organísmico, *self* percebido e *self* desejado (autoestima); entre real e imaginário (autoconceito) e a dissociação cognição-emoção vão sendo traduzidas numa sintomatologia, física (dependência, emagrecimento, perturbações do sono, apetite, libido, volição), psicológica (alterações da atenção, concentração, presença de sintomatologia depressiva a par com ansiedade e intolerância à frustração e stress) e social (dificuldades em investir e manter um relacionamento amoroso, compromissos laborais, empreender atividades, diminuição do prazer de viver) (Hipólito, 2011).

Se uma criança em crescimento, apenas experimentasse olhar positivo incondicional dos outros, então não se desenvolveriam condições de valor nela. O seu olhar próprio também não teria condições, e a sua necessidade de olhar positivo e o seu olhar próprio, nunca estariam em desacordo com a sua avaliação orgánsmica. Para Rogers (1983 citado por Hipólito, 2011) isto representaria um indivíduo totalmente funcionante e psicologicamente bem adaptado (é este o objetivo das 6 condições necessárias e suficientes).

Hipólito (2011) fala ainda do trauma (psicológico, físico e social) como uma oportunidade para desenvolver as capacidades e as potencialidades que de outro modo não seriam presentes à experiência. Nesse sentido, a psicopatologia podia ser compreendida através da articulação dos traumatismos acontecidos ao longo da existência e os sintomas seriam o resultado do melhor equilíbrio possível para o organismo.

2.8. A Institucionalização do Idoso

Frequentemente, devido a dificuldades a nível físico e psíquico, consequências da deterioração do organismo, torna-se difícil para a pessoa idosa cuidar de si própria sendo

também uma sobrecarga para o cuidador. Surge, então, o recurso a instituições que supram as necessidades sentidas (Sono, Oshima & Ito, 2008; Fernandes, 2002).

A institucionalização pode ser entendida como o uso de serviços sociais de internamento em lares, centros psicogeriátricos, casas de repouso e afins, onde o idoso recebe assistência (Cardão, 2009).

A demência é um dos fatores principais para a institucionalização de um idoso. Tomar conta de um familiar com demência é desencadeador de *stress* para o cuidador, o que acaba por levar 60% dos cuidadores a ponderar a institucionalização do seu familiar (Schoenmakers, Buntinx, Devroey, Casteren & DeLepeleire, 2009).

Na atualidade, o facto dos núcleos familiares serem cada vez mais reduzidos, o tempo passado em família mais diminuto, juntamente com um afastamento geracional familiar existe um isolamento da pessoa idosa, o que muitas vezes resulta em institucionalização (Pimentel, 2001).

São poucas as pessoas que aceitam a institucionalização dos seus familiares de forma pacífica, pois sentem que a pessoa idosa irá ser excluída das relações sociais da comunidade. Já o idoso encara a institucionalização como último recurso, só recorrendo a este quando perde autonomia e quando a institucionalização oferece a estabilidade e segurança que já não sentem em casa sozinhos (Pimentel, 2001).

A institucionalização é uma mudança radical no padrão de vida da pessoa idosa, pois esta depara-se com uma realidade completamente nova e, por vezes assustadora, o que pode resultar numa relação perturbada e desequilibrada com esta nova realidade, com a agravante de dificultar a reorganização do seu projeto de vida, porque o idoso é confrontado com a sua finitude, agora experienciada, no tempo e espaço institucional, voltando-se para os fantasmas de morte (Cardão, 2009; Pimentel, 2001).

A forma como o idoso lida com o processo de institucionalização depende de diversos fatores, tais como: especificidades do envelhecimento, relação com a família, suporte social e capacidade para lidar com situações *stressantes* (Soares *et al.* 2004). Vários estudos levaram à nomeação de outros fatores de risco para a institucionalização do idoso, tais como: idade avançada, a etnia da pessoa, sofrer de doenças crónicas e/ou demência, o nível de incapacidade motora e a quantidade de medicamentos receitados (Waldorff, Siersma & Waldemar, 2009). Outros fatores a ter em conta são: a falta de privacidade, o tratamento massificado, a vida monótona e rotineira, etc. (Fernandes, 2002).

2.8.1. Sintomatologia mais frequente nos idosos institucionalizados

De acordo com os estudos de Vieira e Sousa (1998) e Capila e colaboradores (1993, citado por Agostinho, 2000), os idosos institucionalizados estão mais propensos a desenvolver doenças psíquicas, sendo a depressão a patologia mais frequente, por a entrada na instituição ser um fator *stressante*.

Os dias seguintes ao internamento são considerados como um período crítico, uma vez que são geradores de grande *stress*. Alguns idosos não apresentam depressões graves, mas manifestam sentimentos depressivos indicativos de reações negativas ao ambiente institucional (Capila *et. al*, 1993 citado por Agostinho, 2000).

Esta nova etapa de vida acaba por reativar a angústia de separação e/ou abandono, instigada por fantasias de abandono pelos filhos, perda de liberdade, do mau trato, do desrespeito pela sua integridade física e psicológica e medo do desconhecido (Born, 2002 & Bayle, 2000 citado por Cardão, 2009). Pode existir, igualmente, quebra na autoestima e sofrimento emocional de tonalidade depressiva, demonstrando sintomas como: experiência subjetiva ao sentimento de solidão e isolamento social, astenia, agitação, disforia, desinteresse pelo que os rodeia, alterações de concentração, etc. Muitas vezes os idosos demonstram queixas somáticas ou comportamentos somatizados, como perturbações psicomotoras, ou outras doenças do foro médico (Spar & La Rue, 1998 citado por Cardão, 2009).

Por outro lado, a institucionalização pode atualizar conflitos psíquicos, que até essa ocasião podiam ter estado mais ou menos contidos, mas que num ambiente sentido como inseguro e pouco contentor, desenvolvem-se ou acentuam (Cardão, 2009).

De acordo com Kasl (1972, citado por Agostinho, 2000), os principais agentes que desencadeiam esta sintomatologia são: o aumento da distância física em relação aos amigos, família, grupo de pares e comunidade em geral e a interferência que isso tem na independência, privacidade, segurança e sentimento de pertença dos idosos.

2.8.2. Psicoterapia na terceira idade

Existem teorias que referem a resistência do idoso à psicoterapia devido ao estereótipo de que o idoso é um ser inflexível, antiquado e dependente, com traços de personalidade suficientemente fundados resultando numa difícil aquisição de resultados positivos (Cook *et. al*, 2005).

Lilien Martin (citado por Cook *et. al*, 2005) foi vanguardista no campo da psicoterapia com idosos ao pretender vencer o pessimismo implícito ao envelhecimento. Mais tarde, surgiu Rechtchaffen (citado por Cook *et. al*, 2005) que veio invalidar a ideia de homogeneidade de

ser e pensar na terceira idade, afirmando que os idosos diferem entre si em termos de capacidades e recursos internos e externos, logo são capazes de usufruir da psicoterapia (Cook *et. al*, 2005).

Cook e colaboradores (2005) dizem ser importante adaptar as técnicas desenvolvidas para jovens adultos, de forma a serem mais adequadas para pessoas idosas, indo de encontro às necessidades destes.

O atendimento psicoterápico deve ser direcionado para o alívio sintomático, para ajudar a lidar com alterações na situação de vida e aceitação de uma situação de maior dependência, auxiliar no desenvolvimento da capacidade de falar sobre si mesmo e sobre seus problemas, ajudar a lidar com a ansiedade face ao envelhecimento e à morte/luto, aliviar sentimentos de insegurança, melhorar autoestima e aumentar a capacidade para utilizar os recursos da comunidade (Cook *et. al*, 2005; Teri & Logsdon, 1992 citado por Rebelo, 2007). Trata-se, portanto, de uma psicoterapia de apoio (Rebelo, 2007).

O objetivo da psicoterapia varia de acordo com o quadro clínico do paciente. Os idosos mais debilitados, com problemas cerebrais orgânicos severos ou doenças graves, necessitarão de uma abordagem voltada para auxiliá-los a enfrentar os problemas físicos e, eventualmente, a depressão decorrente. Nessas situações, o envolvimento da família na abordagem terapêutica não só é fundamental, como muitas vezes passa a ser o foco principal do atendimento. Já os idosos que não apresentam deterioração no seu funcionamento procuram na terapia a prevenção de problemas futuros (Cook *et. al*, 2005).

3. O Serviço de Psicologia

3.1. Psicologia Clínica

As principais atividades de um psicólogo clínico são essencialmente avaliação psicológica e psicodiagnóstico e práticas terapêuticas a nível individual e de grupo.

A investigação é igualmente uma área importante pois é imprescindível estar em constante formação na área de psicologia ou outras áreas que possam complementar o trabalho em desenvolvimento.

O serviço de Psicologia do Centro responde com a seguinte intervenção: diagnóstico e avaliação psicológica; intervenção psicoterapêutica; consulta externa de psicologia a cidadãos da comunidade; grupos psicopedagógicos para as utentes; dinamização de grupos de autorrepresentação; unidade de memória; formação profissional; coordenação do departamento de formação; grupos psicoeducativos para familiares; coordenação e

colaboração na área de investigação; supervisão de estágios académicos e participação ativa nas reuniões de equipa multidisciplinar.

A prática da psicologia clínica estende-se a diversas áreas, entre elas as instituições psiquiátricas, como é o caso. Neste tipo de contexto o psicólogo encontra-se inserido numa equipa multidisciplinar, com a qual colabora na avaliação, diagnóstico e na terapêutica.

A psicologia clínica encontra-se igualmente dividida em subespecialidades, sendo uma dessas a psicologia geriátrica ou psicogerontologia sendo a última imperativa no presente estágio. A psicogerontologia integra o conhecimento gerontológico e procura técnicas e metodologias para intervir no processo de envelhecimento do idoso. Esta área da psicologia desenvolve as atividades acima mencionadas: avaliação psicológica e/ou neuropsicológica, psicoterapia individual, de grupo ou familiar e procura estratégias que possam promover as dimensões positivas para as idades mais avançadas.

3.2. Avaliação Psicológica/Neuropsicológica e Psicodiagnóstico

A avaliação psicológica refere-se à aplicação de múltiplos testes psicológicos e observação comportamental. Pretende-se avaliar as capacidades do utente a vários níveis, ou obter um diagnóstico diferencial que ajude a entender as características psíquicas e, por sua vez, a sua patologia mental (Cates, 1999).

A neuropsicologia é o estudo científico da relação entre o cérebro e a vida mental. Esta centra-se mais em aspetos relacionados com a avaliação, tratamento e reabilitação de doenças neurológicas. Uma avaliação neuropsicológica pode auxiliar a identificar as causas de deterioração neurológica e controlar a evolução da doença ou tratamento (Beaumont, 2000).

O psicodiagnóstico é um processo de avaliação psicológica, que tem como objetivo identificar forças e fraquezas do funcionamento psicológico, com o foco na existência ou não de psicopatologia (Cunha, 2000 citado por Pires, 2003/2004).

No entanto, de acordo com Carl Rogers (1961), na perspetiva centrada na pessoa, começaram a surgir muitas questões relacionadas com o uso do psicodiagnóstico, no que diz respeito ao objetivo, instrumentos e metodologia das técnicas de diagnóstico. Irving B. Weiner (1992 citado por Pires, 2003/2004) aponta como principais críticas o facto de o psicodiagnóstico ter como finalidade a procura de classificações da personalidade e de ser um processo discriminatório, estigmatizador e desumanizador, impedindo de ver a pessoa como um todo e única.

Schlien (1989 citado por Bozarth, 2001) afirma que uma vez que a terapia centrado no cliente tem um único tratamento para todos os casos, e que o diagnóstico se destina

essencialmente a determinar tratamento, o diagnóstico é inútil. Para outros autores o psicodiagnóstico não faz qualquer sentido, justificando que uma abordagem “centrada na pessoa” não se deve centrar no “problema” (Pires, 2003/2004). No entanto, outros autores (Cain, 1989; Fischer, 1989 citado por Bozarth, 2001) continuam a defender que o uso de métodos psicodiagnósticos é benéfico para um melhor conhecimento do cliente.

O psicodiagnóstico não faz sentido num contexto de *counselling* não-diretivo, como é o caso da perspectiva centrada na pessoa, como forma de adequar o tratamento ao diagnóstico, uma vez que este não depende do mesmo. Por vezes há situações em que se torna necessária a realização do psicodiagnóstico, quer seja por exigências externas, quer por necessidades internas do cliente. Pode fazer sentido que em determinadas situações de psicoterapia, o psicodiagnóstico possa ser feito, mas de forma o mais centrada na pessoa possível (Bozarth, 2001; Pires, 2003/2004).

De acordo com Bozarth (1990 citado por Bozarth, 2001) «*a essência da terapia centrada na pessoa é que o cliente tem dentro de si a melhor orientação, caminho e ritmo para avançar, e o terapeuta segue e respeita esse progresso*» (p. 201). Nesse sentido, na perspectiva centrada na pessoa, o diagnóstico só é realizado se: o cliente pedir para fazer os testes; a orientação seguida na altura exigir a realização dos testes ou se os testes forem realizados de uma maneira objetiva, tanto para o cliente como para o *counselor*, para considerar um plano de ação que seja afetado por exigência de instituições ou da sociedade (Bozarth, 2001).

Existem, assim, três posições: os que defendem um modelo diferente do tradicional; aqueles que defendem uma avaliação centrada na pessoa, ou seja, postulam que o processo seja moldado de forma a ir ao encontro das necessidades psicológicas individuais (Bohart & Todd, 1989 citado por Boy, 1989); e os que refutam por completo, afirmando que o tratamento psicológico com sucesso, assenta na aliança psicoterapêutica e não no psicodiagnóstico (Patterson, 1985 citado por Pires, 2003/2004).

Na avaliação psicológica em contexto gerontológico é necessário ter em conta alguns pontos, tais como perda de capacidades físicas e psíquicas, e o surgir de patologias degenerativas. Como tal, as escalas de avaliação devem ser breves para evitar cansaço, e escolhidas de acordo com o que realmente interessa no caso em questão, é importante atender à singularidade de cada caso. É, igualmente, importante que possam ser avaliadas as pequenas alterações, sejam estas melhorias ou declínios, que possam ocorrer na pessoa ao longo do tempo (Anastasi & Urbina, 2000).

Os objetivos da avaliação em contexto gerontológico são: monitorizar o processo de envelhecimento, caracterizar o funcionamento psicológico identificando recursos e vulnerabilidades, identificar áreas que necessitam de intervenção e orientar a tomada de decisão, avaliar as capacidades cognitivas dos indivíduos e as suas capacidades para realizar determinadas tarefas, avaliar o impacto que, nos casos em que o idoso sofre de uma patologia, essa patologia tem no indivíduo (quer do ponto de vista psicológico, quer ao nível da sua adaptação e qualidade de vida) (Anastasi & Urbina, 2000).

Na equipa do Serviço de Psicologia do Centro, por norma, é abordada necessidade de realizar uma avaliação psicológica. Esta consiste numa entrevista clínica semiestruturada e observação clínica, onde é possível fazer a recolha da anamnese e dos dados clínicos. Posteriormente aplicam-se as provas de avaliação psicológica necessárias e adequadas ao pedido e especificidades do utente.

Os instrumentos de avaliação psicológica por norma utilizados são provas de avaliação do funcionamento cognitivo e provas de avaliação da personalidade. De acordo com o que era necessário avaliar e averiguar em relação a cada utente, foram aplicadas as seguintes provas do foro cognitivo: MMSE (*Mini Mental State Examination*), CDT (*Clock Drawing Test*), WAIS-III (*Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos - 3.ª edição*), EADA/ADAS (*Alzheimer Disease Assessment Scale*). Nas provas de avaliação da personalidade aplicávamos o GDS (*Geriatric Depression Scale*), MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) e o Teste de Rorschach.

O MMSE identifica a possibilidade de uma diminuição a nível cognitivo e é comumente utilizado para rastrear demência (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). O CDT avalia a cognição mais ao nível da orientação temporal e grafo-espacial (Kirby, Bruce Coakley & Lawlor, 2001). A WAIS-III consiste num conjunto de subtestes de aplicação individual, de conteúdo heterogéneo, que se destina a avaliar áreas distintas da inteligência (Wechsler, 1997). EADA/ADAS é um teste desenvolvido para avaliar o estado mental de idosos, abrangendo áreas como a linguagem, a memória e a escrita (Rosen, Mohs & Davis, 1984).

O GDS é uma escala criada especificamente para ajudar a determinar a presença de sintomatologia depressiva no idoso (Yesavage & Brink, 1983). O MMPI é um teste desenvolvido para avaliar a psicopatologia e o funcionamento psíquico, por meio de um questionário com perguntas e respostas diretas relacionadas a diversos aspetos do quotidiano (Graham, 2011 & Nichols & Kaufman, 2011). Por último, o Teste de Rorschach é um instrumento estandardizado de avaliação da personalidade, com procedimentos de aplicação,

codificação e interpretação uniformes e objetivos, dados normativos e critérios adequados de precisão e validade (Chabert, 1998).

Nos casos de acompanhamento psicológico, de acordo com o que era necessário avaliar eram aplicadas as seguintes provas: MMSE, CDT, GDS, MMPI, Teste de Rorschach e WAIS-III. Nos casos de reabilitação cognitiva foram aplicados os seguintes testes: MMSE, CDT e EADA/ADAS.

No final é elaborado um plano terapêutico que seja mais adequado à problemática da pessoa. Este pode passar pelo seu seguimento em reabilitação cognitiva e/ou acompanhamento psicológico.

3.3. Acompanhamento Psicológico

O acompanhamento psicológico e a psicoterapia são métodos de tratamento para alívio dos problemas de natureza psicológica.

A perspectiva que adotei no Centro, em termos de acompanhamento psicológico com a supervisão da Dr.^a Paula Agostinho, foi a Rogeriana, seguindo assim a terapia centrada na pessoa. De acordo com esta perspectiva o foco centra-se no cliente, a autoridade da pessoa reside mais nela própria do que no especialista exterior, dando assim ênfase à visão do cliente do que à do terapeuta (Bozarth, 2001). Desta forma, é considerada uma terapia não-diretiva, que confia no cliente e na sua capacidade para auto-organizar e auto-direcionar, promovendo assim a sua autonomia (Freire & Tambara, 2001; Hipólito, 2011).

Acredita-se que os clientes avançam pelos seus caminhos, ao seu próprio ritmo e crescem com os seus próprios meios. O ponto de vista do terapeuta é irrelevante, uma vez que apenas funciona como facilitador do processo atualizante do cliente. Dessa forma, o processo encontra-se todo direcionado para o desenvolvimento (Bozarth, 2001; Freire & Tambara, 2001; Hipólito & Nunes, 2000).

O terapeuta deve manifestar três atitudes básicas na relação com o cliente: aceitação positiva incondicional (receber e aceitar a pessoa como ela é e expressar um afeto positivo por ela existir, não sendo necessário que ela faça ou seja isto ou aquilo), a empatia (capacidade de se colocar no lugar do cliente, ver o mundo pelos olhos deles e sentir como ele sente, o paciente receberá esta manifestação como uma profunda e reconfortante experiência de estar sendo compreendido, não julgado) e a congruência (habilidade de expressar de modo objetivo seus sentimentos e percepções, de modo a permitir ao cliente as experiências de reflexão e conclusão sobre si mesmo) (Rogers, 1957 citado por Bozarth, 2001; Rogers, 2009; Freire & Tambara, 2001; Hipólito, 2011; Hipólito & Nunes, 2000).

Hipólito (Hipólito & Nunes, 2000; Hipólito, 2011) e Carl Rogers (1957) postularam seis condições necessárias para uma mudança terapêutica (estas incluem as atitudes básicas atrás mencionadas): 1) duas pessoas estão em contato psicológico; 2) a primeira, o cliente, está em incongruência, estando vulnerável ou ansioso; 3) a segunda, o terapeuta, está congruente ou integrado na relação; 4) o terapeuta vivencia um cuidado incondicional positivo pelo cliente; 5) o terapeuta vivencia uma compreensão empática e 6) a comunicação ao cliente da compreensão empática e do cuidado incondicional positivo é minimamente conseguida.

Assim, o processo natural de crescimento do indivíduo é estimulado pelo terapeuta e a sua capacidade de apresentar um conjunto de atitudes que julgamos importantes (ao ser congruente, experienciar um olhar incondicionalmente positivo e demonstrar uma compreensão empática). Tudo isto com o intuito de estimular a tendência atualizante do cliente, isto é, a tendência a crescer numa direção positiva e construtiva, para que a pessoa se torne em todas as suas potencialidades (Bozarth & Brodley, 1991 citado por Bozarth, 2001; Hipólito, 2011).

3.4. Grupos Psicopedagógicos

Com o projeto Grupos Psicopedagógicos, o Serviço de Psicologia pretende melhorar o bem-estar e proporcionar à sua população idosa a oportunidade de envelhecer de uma forma ativa.

Segundo Ornelas (2008) uma intervenção comunitária visa alcançar melhorias ao nível do bem-estar individual através da criação de comunidades terapêuticas, como é este o caso. É imperativo que exista um sentimento comunitário, ou seja, sentimento de pertença, em que o indivíduo se visualiza como parte integrante e significativa de uma grande rede de suporte mútuo e relações interdependentes (Dalton *et. al.*, 2001 citado por Ornelas, 2008). O Professor Doutor Guimarães Lopes (1975) surge nesta linha de pensamento ao argumentar que «o sentimento de grupalidade manifesta-se, não em virtude da força com que os participantes mutuamente se conectam. É descrita como coesão.» (p.1).

É também importante a justiça social, esta traduz-se como a promoção de uma igualdade de deveres e direitos no seio comunitário. Esta promoção da justiça social em termos práticos reflete-se no desenvolvimento de possibilidade de mudança com vista a aumentar o *empowerment* (processo de mudança através do qual se desenvolve uma maior consciência e reflexão crítica sobre o seu meio envolvente, adquirindo assim controlo sobre as

suas vidas/organizações e a qualidade destas (Ornelas, 2008)) (Dalton *et. al.*, 2001 citado por Ornelas, 2008).

Pretende-se, igualmente, que a própria comunidade consiga identificar as suas necessidades e organizar-se em prol da sua resolução e da definição de estratégias futuras, através da participação cívica. Ao mesmo tempo promovendo a colaboração e fortalecimento comunitário, combatendo assim o isolamento social (Dalton *et. al.*, 2001 citado por Ornelas, 2008).

Por último, é necessário existir respeito pela diversidade, no sentido em que se reconhece e valoriza a existência de diversidade no seio da comunidade, não procedendo a atos discriminatórios com base na etnia, orientação sexual, género, estatuto socioeconómico, etc. (Dalton *et. al.*, 2001 citado por Ornelas, 2008).

De acordo com o Guimarães Lopes (1975), o líder democrático deste tipo de grupo deve ser: seguro; acolhedor; desinteressado; disponível; firme e suave; catalisador; otimista; providente; confiar nos outros; dar apoio; eficaz; sociável; sincero; corajoso e popular.

Todos estes aspetos são trabalhados nos grupos psicopedagógicos e a dinamização da atividade destes surge no âmbito do desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial de forma a proporcionar um espaço onde o utente possa expressar sentimentos, opiniões valorizando a autocritica das mesmas. Ou seja, tem o intuito de proporcionar momentos de interação social entre utentes. Pretende-se, igualmente, a estimulação de funções cognitivas, orientação para a realidade e interação social com as tentes mais dependentes a nível sociocognitivo.

Especificamente trabalha ao nível da orientação, estimula a criatividade, fomenta a ajuda interpessoal, melhora a comunicação e o relacionamento entre os membros do grupo, trabalha a autoestima, motiva a participação em atividade lúdicas e ocupacionais, desenvolve funções cognitivas ao nível de memória, atenção, linguagem e lateralidade, - promove o afeto positivo, o controlo e o *copping*, atualiza as vivências positivas e trabalha as aptidões sociais, a autonomia e a resolução de conflitos.

Estes grupos são constituídos por um número variado de indivíduos, devendo ser relativamente reduzido. A constituição dos grupos é realizada de acordo com dependência/independência cognitiva, sendo que o grupo I inclui utentes com défice cognitivo grave e o grupo II inclui utentes com défice cognitivo moderado e ligeiro.

O grupo reúne-se semanalmente durante 1 hora, proporcionando o desenvolvimento a nível das capacidades de adaptação interpessoal e de aceitação das limitações pessoais. No

entanto, é fundamental uma adaptação da forma de intervenção a cada indivíduo, indo de encontro às suas necessidades.

3.5. Reabilitação Cognitiva

Com o passar dos anos e o avançar da idade, algumas funções cognitivas, como a memória e o raciocínio, começam a deteriorar-se.

As pessoas idosas que se encontram mais preservadas são aquelas que são mais estimuladas a nível cognitivo. As áreas que devem ser exercitadas, de modo a ter um bom envelhecimento, são aquelas que envolvem funções executivas e funcionais, tais como: planificação, atenção, seleção e coordenação (Ska & Joannette, 2006).

Dessa forma é essencial fazer exercícios que explorem estas capacidades cognitivas, aumentando assim o nível de eficácia na realização das tarefas do dia-a-dia e promovendo a autonomia. Para além das funções cognitivas também é importante ter em consideração outros aspetos como o exercício físico, a qualidade do sono, a existência de patologias e a atividade social da pessoa (Ska & Joannette, 2006).

O conceito de psicoestimulação deriva da noção que é crucial estimular as funções cognitivas de modo individual ou em grupo, tendo como objetivo a recuperação ou tentativa de preservação de capacidades da pessoa (Franco-Martín & Orihuela-Villameril, 2006; Morganti, 2004).

A unidade de memória desenvolvida no Centro tem como objetivo a intervenção ao nível da reabilitação neuropsicológica, promovendo a recuperação ou preservação das capacidades cognitivas. Esta intervenção tem como base exercícios que desenvolvem as diversas funções cognitivas acima mencionadas (Franco-Martín & Orihuela-Villameril, 2006).

A reabilitação deve ser praticada em contexto multidisciplinar, combinando outras intervenções como psicoterapia e grupos psicopedagógicos para familiares. Deve ser encarado como um trabalho em equipa, envolvendo os familiares dos utentes e outros profissionais de saúde, procurando assim melhorar o funcionamento do paciente no seu dia-a-dia (Anderson, Winocur & Palmer, 2010).

A reabilitação cognitiva passa pela realização de exercícios de forma manual e com recurso a objetos e materiais físicos. Exercitando, de modo versátil, as diversas funções cognitivas através de exercícios lúdicos ou jogos, leitura, recordação de eventos ou o contar de histórias (García, 2009). Ultimamente tem-se recorrido a programas de cariz informático de forma a estimular funções cognitivas como a memória, a atenção, a linguagem ou as

funções executivas (Gómez & Brucet, 2008). É o caso do programa *RehaCom* (utilizado aqui no Centro pelo Serviço de Psicologia), que consiste numa série de provas inseridas num *software* informático e pode ser utilizado em casos de pacientes com deterioração cognitiva devido a acidentes vasculares cerebrais (AVC), traumas cranioencefálicos, doenças do sistema nervoso central, tumores cerebrais, demência e, mais especificamente, na área da geriatria, como forma de manutenção das capacidades cognitivas (Schuhfried – Qualität durch Kompetenz, 2009).

O programa tem uma ampla gama de provas que estimulam áreas como: atenção e concentração, orientação visuo-espacial, memória visual, função de evocação, memória a curto-termo, memória grafo-visuo-espacial, coordenação motora, raciocínio operacional, coordenação visuo-espacial, raciocínio lógico, lateralidade espacial, atenção distribuída, comportamento reativo e capacidade de organização e planeamento de atividades (Schuhfried – Qualität durch Kompetenz, 2009). A utilização deste programa é muito acessível: o indivíduo ao monitor, vai realizando as provas escolhidas pelo técnico, de acordo com as suas necessidades.

As utentes do Centro realizavam semanalmente a sessão de estimulação cognitiva individual, com uma duração de aproximadamente 30/45 minutos, em que eram aplicadas entre 3 a 4 provas. As utentes realizavam uma média de 12 sessões de estimulação e posteriormente e era feita uma nova avaliação neuropsicológica de forma a averiguar o resultado dos treinos.

Este programa apresenta como vantagens o facto de ser adaptável à singularidade de cada caso, atendendo à necessidade de cada utente, sendo assim programados com antecedência por um profissional do serviço de psicologia, que também permite um treino contínuo, pois as sessões são gravadas e apresentam os exercícios de acordo com a sua evolução, permitindo monitorizar o processo de reabilitação (Gómez & Brucet, 2008 & Schuhfried – Qualität durch Kompetenz, 2009).

No entanto, há que ter em conta as desvantagens. Por se tratar de um programa de cariz informático, torna-se um desafio para os idosos o seu manejo. Por vezes os utentes apresentam reduzido interesse e é necessário motiva-las para esta atividade.

II PARTE

4. Plano de Estágio

4.1. Objetivos do Estágio

Com a realização do estágio realizado pretende-se aprofundar os conhecimentos ao nível da psicogeriatrica, bem como a consolidação de conhecimentos teóricos apreendidos no decorrer da parte curricular. Por outro lado, é ainda propósito deste estágio o desenvolvimento de estratégias que visem o bem-estar e a qualidade de vidas das utentes.

4.2. Horário do Estágio

O programa de estágio é composto por um total de 500 horas, realizadas entre Outubro de 2013 e Junho de 2014. Semanalmente o horário distribui-se da seguinte forma:

- Segunda-feira: 9H-13H30
- Terça-feira: 9H-13H30
- Quarta-feira: 9H-17H30

4.3. Cronograma de Atividades Semanais

Tabela 1 - Cronograma de Atividades Semanais

Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira
9:00h	Preparação das sessões de reabilitação cognitiva	Pesquisa bibliográfica	Preparação das sessões de acompanhamento
9:30h	Aplicação de provas RehaCom para estimulação cognitiva	Preparação das atividades dos grupos	Acompanhamento psicológico e elaboração do respetivo relatório
10:30h	Aplicação de provas RehaCom para estimulação cognitiva		Acompanhamento psicológico e elaboração do respetivo relatório
11:30h	Aplicação de provas RehaCom para estimulação cognitiva		Reunião de supervisão com a Dra. Paula Agostinho
12:00h	Impressão de resultados e respetivos relatórios		
12:30h			
13:00h			
13:30h	Saída	Saída	Preparação das salas para os Grupos I e II
14:00h			Grupo psicopedagógico I
16:00h			Grupo psicopedagógico II
17:00h			Registo da sessão
17:30h			Saída

4.4. Atividades Realizadas no Decorrer do Estágio

4.4.1. Reuniões de Supervisão

Realizaram-se reuniões de supervisão todas as quartas-feiras, pelas 12h com as estagiárias de Psicologia Clínica e a Psicóloga do Centro, com o intuito de assegurar o bom funcionamento, rigor e qualidade da intervenção. Os encontros relativos à supervisão individual tornaram-se mais visíveis e revestidas de significado aquando acompanhadas dos casos clínicos e respetivas intervenções terapêuticas.

4.4.2. Avaliações Psicológicas e Neuropsicológicas

Ao longo do estágio no Centro tive a oportunidade de realizar duas avaliações psicológicas completas (que serão abordadas no presente relatório) e realizei cerca de três avaliações neuropsicológicas para verificar efeitos da estimulação cognitiva com uso do programa *Rehacom* (ver Anexo I, II e III). Realizei ainda outras avaliações pontuais a pedido da orientadora de estágio.

Os pedidos de avaliação eram diversos e realizados quando o Serviço de Psicologia, por acordo mútuo, decidia que eram pertinentes. Os pedidos tinham como objetivo o esclarecimento do diagnóstico, de avaliação da personalidade ou ambos, de forma a delinear uma linha de tratamento mais adequada. De três em três meses foram feitas reavaliações neuropsicológicas para verificar os efeitos do programa *Rehacom*.

Estas avaliações começavam sempre por uma entrevista inicial com o objetivo de observar e registar a história de vida da utente e compreender o seu funcionamento psíquico. Após esta abordagem inicial, que servia também para conhecer melhor e entrar em relação com a utente, eram aplicadas as provas adequadas. Por norma, as utentes aderiam bem e cooperavam com a situação de avaliação. A maioria das avaliações psicológicas foram realizadas em 2 ou 3 sessões, sendo que as neuropsicológicas eram realizadas em uma sessão.

Após a conclusão da avaliação, os dados eram cotados e analisados de forma a elaborar um relatório coerente e de acordo com as necessidades da utente, finalizando com as propostas de orientação.

Reflexão Pessoal

Em retrospectiva, posso afirmar que ter realizado avaliações psicológicas ajudou-me a desenvolver as minhas capacidades de diagnóstico e testagem, sempre com o intuito de tentar perceber melhor as utentes, de forma a poder auxilia-las da forma mais adequada.

Sendo a avaliação psicológica considerada um meio indispensável à prática da psicologia clínica, encarei as avaliações como uma oportunidade para compreender e aprofundar o conhecimento existente sobre as utentes, variando as estratégias de avaliação com métodos e instrumentos específicos. Tentou-se sempre fazer com que a avaliação não fosse um fardo para a utente, não sendo prejudicial para a relação e autodeterminação do cliente, estando presentes, sempre que possível, um conjunto de atitudes que julgo importantes para uma avaliação centrada na pessoa, centrada no aqui e agora, mas não excluindo o passado da pessoa.

4.4.3. Reabilitação Cognitiva

No decorrer do estágio tive a oportunidade de acompanhar três casos de reabilitação cognitiva (ver Anexo I, II e III). No entanto, realizei outras sessões de reabilitação, de carácter pontual, a pedido da orientadora de estágio. O acompanhamento decorreu uma vez por semana sempre sobre devida orientação.

No final de cada sessão, os resultados de cada utente eram impressos e posteriormente, registou-se o nível atingido nas diversas funções cognitivas. No entanto, o estado neurocognitivo das utentes foi acompanhado através da aplicação de um conjunto de provas de avaliação de três em três meses, com o propósito de reavaliar a situação cognitiva.

Reflexão Pessoal

Tal como já foi mencionado nas avaliações neuropsicológicas, de igual forma tentei fornecer um momento de acompanhamento às utentes ao longo das sessões de reabilitação cognitiva. Achei crucial providenciar esse pequeno momento de desabafo e escuta ativa antes das sessões de reabilitação cognitiva pois, ao fornecer essa oportunidade para falarem sobre as suas preocupações, as utentes sentiam-se compreendidas e isso, por vezes, era o que bastava para motivá-las a fazer a sessão com gosto e interesse.

Achei necessário providenciar estes pequenos momentos de forma a estimulá-las a participar nas sessões com vontade e não apenas como mais uma tarefa enfadonha que tinham de realizar.

Apesar das dificuldades às vezes sentidas (ex.: falta de motivação por parte das utentes), através de perseverança e ao estabelecer uma relação de empatia foi possível realizar processos de reabilitação cognitiva positivos e que evoluíram da forma desejada.

4.4.3. Grupo Psicopedagógico II

Quando iniciei o estágio ficou decidido que iria trabalhar com o Grupo II, que corresponde a um grupo independente, cujas características patológicas são: a esquizofrenia, a depressão, psicoses, neuroses, deficiências auditiva e visual, etc.

O grupo era constituído por 14 utentes, tendo sido feita inicialmente uma caracterização do Grupo Psicopedagógico em relação ao escalão etário, nível de escolaridade, tempo de internamento e diagnóstico.

O objetivo principal era a realização de atividades que estimulassem as capacidades cognitivas das utentes, trabalhando áreas como a comunicação e relação intergrupar. As reuniões tinham um caráter flexível, sendo realizado semanalmente um planeamento de atividades para as reuniões (ver Anexo IV), de forma a realizar sessões dinâmicas e de grande interação e que também proporcionassem momentos lúdicos.

Assim sendo, o meu papel passava pelo planeamento, preparação, dinamização e registo das sessões, uma vez que após o final de cada reunião era realizado um registo para posterior avaliação.

As sessões decorriam uma vez por semana, numa sala previamente preparada de modo a que as utentes pudessem sentar-se em círculo.

As atividades eram planeadas de acordo com as necessidades, capacidades e limitações das utentes do grupo, no entanto dava-se igual importância aos interesses e preferências das utentes, tal como ocorrência de datas especiais como Natal, Páscoa, aniversários, entre outras.

Reflexão Pessoal

Ao planejar as sessões, tinha sempre em atenção deixar um espaço inicial aberto para dar a oportunidade às utentes de abordarem questões que fossem importantes. Em seguida planeava atividades interessantes e que estimulassem as áreas que precisavam ser trabalhadas, o que por vezes se revelou difícil.

As sessões foram evoluindo positivamente ao longo do estágio, notando-se um crescente envolvimento, interesse e vontade de participar por parte das utentes. De um modo geral, observou-se uma evolução nas utentes e uma melhoria no relacionamento interpessoal, o que provocou em mim uma grande sensação de satisfação por estar a conseguir obter aqueles resultados.

4.4.4. Acompanhamentos Psicológicos

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de realizar dois acompanhamentos psicoterapêuticos.

Os acompanhamentos das utentes, cujos casos clínicos serão aqui apresentados iniciaram-se em Novembro de 2013 até ao final do estágio.

Ambos começaram com uma entrevista clínica, com o intuito de aprofundar a problemática das utentes e as suas histórias de vida. Na primeira consulta foi acordado o contrato terapêutico, onde ficou definido uma periodicidade semanal e que o acompanhamento decorreria até finais de Maio de 2014.

Ao longo dos acompanhamentos tive sempre supervisão com a Dr.^a Paula Agostinho, que me ajudou na reflexão e compreensão dos casos e no desenvolvimento do processo terapêutico dos mesmos. Pude ainda contar com a Professora Dr.^a Odete Nunes que supervisionou os casos nos seminários. As sessões foram sempre conduzidas com base na interação e estabelecimento de uma relação de confiança, aceitação e acompanhamento do seu próprio ritmo.

Reflexão Pessoal

No geral, os acompanhamentos psicológicos foram um grande momento de aprendizagem e autoconhecimento. Estes desenvolveram e aprofundaram, igualmente, a minha capacidade empática e de escuta ativa, centrada na pessoa, no aqui e agora, sem excluir o passado da utente. No entanto, todos estes aspetos serão abordados em profundidade nas reflexões pessoais em cada um dos casos clínicos.

5. Estudo de um caso de Reabilitação Cognitiva

Como foi referido previamente, a nível de reabilitação cognitiva individual foram seguidos três casos. Aqui iremos apresentar apenas um para demonstrar o trabalho realizado (caso clínico E.).

5.1. Breve apresentação do caso

O caso aqui apresentado é de uma utente caucasiana de 91 anos, nascida a 29 de Junho de 1922, de nacionalidade portuguesa. Foi admitida no Centro a 24 de Junho de 2005, apresentando sintomatologia depressiva com sintomas de ansiedade associados (obstipação, insónias), encontrando-se medicada com ansiolíticos e antidepressivos.

A utente é independente do ponto de vista funcional, não apresenta défice cognitivo e locomove-se com apoio de bengala. Neste momento encontra-se viúva, tem um filho e uma neta que residem em Andorra.

5.2. Plano de intervenção

O trabalho de reabilitação cognitiva foi realizado através do programa *Rehacom* em sessões de estimulação cognitiva semanais, de acordo com as suas necessidades. Foram igualmente realizadas reavaliações neuropsicológicas ao longo do processo de reabilitação cognitiva, com o intuito de avaliar a evolução da utente.

As tarefas aplicadas basearam-se nas seguintes provas: memória de figuras, memória de palavras, memória topológica, memória de faces, coordenação visuo-motora, e aprendizagem *saccade*.

5.3. O processo de reabilitação cognitiva

A primeira sessão decorreu a 4 de Novembro de 2013, tendo sido realizada a avaliação neuropsicológica. Em seguida, foi iniciado o processo de estimulação cognitiva, com utilização do programa informático *Rehacom*, que consistia em sessões semanais.

Embora as sessões fossem previamente planeadas, de modo a trabalhar as áreas nas quais a utente exibia mais dificuldades, eram flexíveis de forma a não possuir um carácter rígido e de obrigação.

Este caso de processo de reabilitação cognitiva decorreu entre Novembro de 2013 e Maio de 2014. Verificando-se, de um modo geral, uma evolução nas diferentes áreas ao longo do processo.

Tentou-se, ao longo do processo, ter uma atitude de compreensão empática e de aceitação para com as suas problemáticas, escutando ativamente as suas vivências e a sua forma de estar e ver o mundo. Não demonstrando juízos de valor mas sim uma atitude de respeito, conseguindo acompanhar a utente ao seu ritmo, ouvindo as suas angústias e preocupações da sua vida diária.

A utente foi, por norma, cooperante, atenta e interessada na resolução dos exercícios. Houve momentos onde não foi possível trabalhar com a utente pois esta encontrava-se muito queixosa, não querendo participar, existindo ainda alguns momentos onde a distratibilidade afetou ligeiramente o seu rendimento.

De um modo geral notou-se uma manutenção das suas capacidades de memória e evocação de imagens e palavras, verificando-se assim a conservação nível das funções de atenção, concentração e evocação. Existe igualmente uma manutenção da sua capacidade de coordenação visuo-motora e memória a curto-prazo. Por outro lado, existem algumas dificuldades na sua capacidade grafo-espacial, não se tendo denotado melhorias nesta área.

5.4. As avaliações neuropsicológicas

Ao longo do processo de reabilitação cognitiva foram realizadas avaliações neuropsicológicas. Tendo sido aplicados o *Mini Mental State Examination (MMSE)*, *Clock Drawing Test (CDT)* e o *EADA/ADAS (Alzheimer Disease Assessment Scale)* (ver Anexo III).

Os resultados obtidos nas mesmas encontram-se demonstrados na Tabela 2.

Tabela 2- Resultados de Avaliações Neuropsicológicas do caso de Reabilitação Cognitiva

	Avaliação – 04.11.2013		Reavaliação – 10-02-2014	
	Resultado Global	Dificuldades	Resultado Global	Dificuldades
MMSE	28 pontos Não indica deterioração cognitiva		28 pontos Não indica deterioração cognitiva	
CDT	9 pontos Não indica disfunção cognitiva		9 pontos Não indica disfunção cognitiva	
EADA/ADAS	Total – 9,5 pontos Não apresenta valores significativos de disfunção cognitiva ADAS Cognitivo – 9,5 pontos, sendo 6,5 pontos na tarefa de evocação e 3 no reconhecimento de palavras ADAS Não cognitivo – 0 pontos, não existindo quaisquer dificuldades	Verifica-se dificuldade na evocação a curto prazo	Total – 9,5 pontos Não apresenta valores significativos de disfunção cognitiva ADAS Cognitivo – 9,5 pontos, sendo 6,5 pontos na tarefa de evocação e 3 no reconhecimento de palavras ADAS Não cognitivo – 0 pontos, não existindo quaisquer dificuldades	Verifica-se dificuldade na evocação a curto prazo

5.5. Análise clínica do caso

Em comparação com os resultados obtidos na avaliação realizada a 4 de Novembro de 2013 verifica-se uma manutenção geral das suas capacidades cognitivas. Os resultados

obtidos no *MMSE* permanecem iguais, continuando a demonstrar um bom nível, não revelando qualquer tipo de deterioração cognitiva. Descartando, assim, a possibilidade de demência num futuro próximo, tem uma boa capacidade de orientação espaço-temporal, de atenção, de cálculo e boa memória a curto prazo.

Os resultados do *CDT*, 9 pontos, demonstram um funcionamento cognitivo normal e adequado, mostrando uma conservação da sua capacidade grafo-espacial. Neste teste a utente não revelou as dificuldades grafo-espaciais que, normalmente, se fazem sentir durante as sessões de estimulação cognitiva, talvez porque as provas de estimulação grafo-espacial sejam mais desafiadoras para a utente.

Verifica-se, igualmente, uma preservação das suas capacidades avaliadas pelo *ADAS*. Os valores apresentados pela utente na escala cognitiva mantêm-se, continuando a demonstrar dificuldades na evocação a curto-prazo. No que concerne à escala não-cognitiva continua a não demonstrar sintomas depressivos, de delírio, de desconcentração, de deambulação ou aumento de atividade motora.

A utente pareceu apresentar, de um modo geral, uma manutenção do seu nível cognitivo, o que pode estar relacionado com a prática semanal de exercícios de estimulação cognitiva, com o uso do programa informático *Rehacom*.

6. Estudo de um Caso Clínico - Senhora G.

6.1. Apresentação do Caso Clínico

Vai ser apresentado um caso clínico de avaliação psicológica e respetivo acompanhamento psicológico de uma senhora de 86 anos que deu entrada no Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima. A utente deu entrada neste centro devido à existência de limitações físicas que a impediam de viver sozinha, necessitando assim de assistência permanente.

Em 2010 quando deu entrada no Centro, foi examinada pela equipa multidisciplinar, incluindo o Serviço de Psicologia, tendo ficado acordado que seria conduzida uma avaliação e acompanhamento psicológico.

Foi realizada uma avaliação psicológica de forma a permitir um diagnóstico mais fidedigno. A utente foi, em seguida, acompanhada em psicoterapia, com o intuito de ultrapassar dificuldades existentes, e realizou sessões semanais de exercícios de estimulação cognitiva a nível individual.

6.2. Motivo do pedido

Senhora de 86 anos que deu entrada no Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima, em 2010, devido à existência de limitações físicas que a impediam de viver sozinha, necessitando assim de assistência permanente. À data de admissão, foi observada pela equipa multidisciplinar, incluindo pelo Serviço de Psicologia, tendo ficado acordado que seria conduzida uma avaliação psicológica e possível acompanhamento psicológico, para que pudesse ter um espaço para pensar e refletir sobre as suas problemáticas, de modo a ultrapassar possíveis dificuldades existentes, bem como facilitar a sua Institucionalização.

Dadas as queixas de falta de memória, foi também recomendado, pelo médico psiquiatra, a realização de sessões semanais de exercícios de estimulação cognitiva, a fim de reabilitar e estimular as funções cognitivas

Em 2014, foi realizada uma nova avaliação psicológica, de forma a observar estado atual da patologia e delinear um novo projeto acompanhamento terapêutico.

6.3. História Clínica

a) Identificação:

Paciente do sexo feminino, 86 anos de idade, aposentada, caucasiana, viúva. Embora tenha tirado o Curso de Auxiliar de Enfermagem, nunca exerceu profissão, tendo sido sempre doméstica.

b) Descrição e observação preliminar

Apresenta aspeto cuidado e bem apresentado. Tem uma estatura baixa, postura rígida e a idade aparente é inferior à idade real. Apresenta dificuldades de locomoção, estando condicionada à utilização de uma bengala, bem como dificuldade auditivas. A utente aderiu à situação de avaliação, colaborando nas tarefas que lhe eram propostas, não evidenciando sinais de fadiga, ansiedade ou tensão

Revelou manutenção das capacidades de orientação auto e alopsíquica, não se denotando flutuações no estado de consciência. Mantém discurso coerente, denotando-se, no entanto, flutuações no pensamento. Refere/apresenta ainda alterações na memória a curto prazo.

Aparenta ser muito afetuosa com os que a rodeiam. Contudo, apresenta algumas flutuações de humor com traços depressivos, evidenciando «*pouca vontade de viver*» (sic), sentimentos de inutilidade e de insatisfação com a sua situação atual.

Refere sentir-se mais deprimida ao início do dia, sentindo-se melhor ao longo do dia. Quando relembra a morte do marido e dos filhos a utente fica extremamente emotiva, nervosa, apresentado tremores e choro constante.

c) Anamnese

É a mais nova de uma fratria de oito irmãos, dos quais três foram nados-mortos e dois faleceram *ainda muito pequenos*. Relata que nasceu de termo, o parto foi assistido mas houve complicações, tendo sido necessário reanimá-la. A mãe ficou surda, devido à hemorragia que sofreu nessa altura.

Refere não saber muito sobre o seu desenvolvimento infantil, lembrando-se apenas que «*comia e dormia bem*» (sic). Por volta dos 2 anos mudou-se para Mafra, onde residiu com os pais e irmãos até os 8 anos.

Relata ter tido uma boa relação com os pais. O pai, proveniente de uma família nobre, era funcionário público. A sua mãe, provinha de uma família humilde, era doméstica. Nunca conheceu os avós maternos, nem paternos. Refere ter tido uma relação mais próxima com a sua irmã do que com o irmão, uma vez que foi a «*irmã quem a criou*» (sic), apesar de esta ter casado com apenas 16 anos.

Aos seis anos de idade começou a ter aulas com um professor particular, tendo ido para a escola com oito anos. Refere ter sido sempre muito boa aluna a Português mas que não gostava de Matemática nem de Físico-química. De Mafra, recorda as suas “fugas” para visitar o Convento, «*porque sempre gostou de militares e fardas*» (sic) e as praias da Ericeira.

Teve a menarca aos quinze anos, dizendo ter reagido bem. Na adolescência «*gostava de dançar, cantava todo o dia, ajudava a minha mãe a bordar e vender coisas para fora, estava sempre feliz*» (sic). Refere ainda que, na adolescência, era muito «*pinga-amor, não via defeitos em ninguém e estava sempre feliz*» (sic), «*só anos mais tarde é que me tornei mais realista*» (sic).

Fez um curso de Letras no Colégio e, mais tarde, fez um de Auxiliar de Enfermagem. No entanto, nunca exerceu a profissão, por se ter casado quando estava a terminar o curso.

A utente refere que iniciou a vida sexual com o marido. Afirma que o desejo sexual era mútuo, ainda antes do casamento, e que engravidou de imediato. Recorda que tomava a pílula como método contraceutivo, seguindo os ensinamentos de uma amiga, mas não se lembra quando começou a tomar.

Por razões profissionais do marido, emigraram para África, onde viveram durante cerca de 20 anos. O marido era advogado durante o tempo que lá viveram, tiveram muito boas

possibilidades económicas, mas perderam tudo o que tinham quando regressaram a Portugal. Ao referir-se ao tempo que viveu no estrangeiro a utente revela igualmente grande saudosismo.

O marido faleceu há cerca 12 anos, altura em que tentou restaurar a normalidade da sua vida, dedicando-se a atividades como a natação.

Teve quatro gravidezes, três filhos e uma filha. A utente diz que as gravidezes decorreram todas bem, tendo sido todos os partos eutócicos. Descreve a relação familiar como muito boa, «*a filha não deu trabalho nenhum a criar*» (sic) e tinha uma relação estreita com um dos filhos, que faleceu de acidente de mota..

A filha mais velha, é Professora, casada e tem uma filha que por sua vez tem duas filhas e um filho. A relação com a sua filha é conflituosa, existindo desacordos entre ambas. O segundo filho mais velho é Engenheiro, separado, com uma filha. A utente refere ter uma boa relação com a ex-nora e diz que o filho «*é muito trabalhador e bom rapaz, mas comodista e egoísta*» (sic).

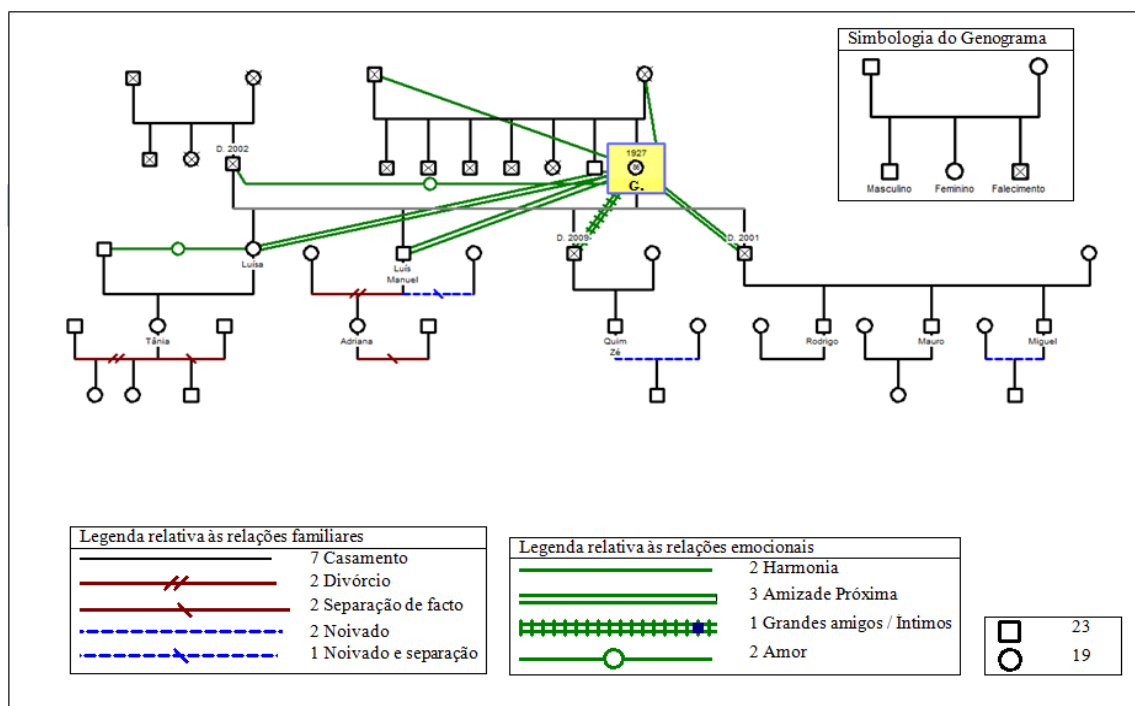
O terceiro filho faleceu vítima de acidente de mota. Pouco depois faleceu o mais novo devido a complicações na sequência de um enfarte do miocárdio. Os dois filhos que faleceram deixaram esposas viúvas e filhos, pelo que a utente tem três netos e dois bisnetos do filho mais novo e um filho e um neto do segundo mais novo.

No seguimento de uma queda que deu no WC, a sua filha ficou com receio que a utente morasse sozinha. Nesse sentido, foi a sua nora que a ajudou a ingressar na instituição onde se encontra.

Atualmente, a utente diz que gosta muito de ler mas que tem dificuldades em concentrar-se, dizendo que foge-lhe o pensamento. Gosta de ouvir música, especialmente fado, música espanhola, valsas, tangos e música clássica. Similarmente gosta de bons filmes e de fazer tricot, renda e bordados, apesar de agora já não o poder fazer. Como desejos para o futuro refere que gostava de escrever, mas que não tem disposição nem tranquilidade para tal.

Costuma conversar com algumas utentes e mantém contacto com as vizinhas, a família do genro e algumas pessoas da altura em que viveu com o marido e os filhos no estrangeiro. Revela que sente falta de uma verdadeira amiga/companheira no Centro, afirmando que quando precisa de desabafar procura a técnica de Reiki ou com “alguma irmã”, mas que estas têm pouco tempo para a ouvir. Refere ainda a existência de uma amiga fora do Centro, já de longa data, com quem apenas fala pelo telefone.

Ilustração 1- Genograma - Caso Clínico G.



d) Anamnese médica geral

Refere ter contraído Sarampo e Papeira na infância. Quando emigrou para África com o marido, sofreu de Paludismo.

Desde os 30 anos que sofre de reumático, recorrendo com frequência a medicação e fisioterapia. Recentemente tem-se sentido pior porque deixou de frequentar as termas. Menciona ainda que sofreu de infeções urinárias e do estômago, mas que atualmente não tem quaisquer sintomas. Há alguns anos foi-lhe diagnosticado um tumor no colo do útero, tendo sido submetida a uma cirurgia de remoção, que a deixou incontinente e infértil. Foi ainda submetida a outra intervenção cirúrgica às amígdalas, procedimento que deixou a sua voz rouca. No seguimento de todas estas operações, a utente acredita que as anestésias lhe deixaram sequelas, tendo ficado mais «parada e esquecida» (sic).

Antes da morte dos filhos (em 1982) teve um Acidente Vascular Cerebral Isquémico, do qual recuperou mas que a deixou muito frágil, nomeadamente com dificuldades de locomoção e de visão «via duas imagens» (sic). Começou também a experienciar tremores e vertigens, que se mantêm atualmente.

Presentemente, refere sofrer de hipotensão, esquecer-se facilmente de coisas banais, nomeadamente da «carteira quando vai dormir» (sic). Queixa-se de muitas dores e grande ansiedade, afirmando que poderá ter depressão. Recentemente sofreu uma queda no quarto devido a tremor nos pés.

No que respeita à história médica familiar, a utente revela que o seu pai era fumador, pelo que faleceu repentinamente aos 74 anos (pensando-se que possa ter sido um enfarte miocárdio). A mãe morreu aos 94 anos em resultado da hipotensão. Já a irmã mais velha faleceu já num lar, vítima de um tumor no intestino. Quanto ao irmão mais velho a utente caracteriza-o como uma pessoa saudável e adepta do exercício físico.

e) Anamnese da doença atual

Apresenta um quadro depressivo desde a altura em que faleceram o marido e os dois filhos mais novos. Refere ter sido acompanhada psiquiatricamente durante alguns anos, tendo sido medicada.

A morte dos filhos e do marido, sobretudo o que faleceu de acidente de mota, é um grande ponto de angústia para a utente, demonstrando sempre muita emoção ao lembrar-se. Refere que os filhos lhes esconderam, a si e ao seu marido, a verdade sobre o acidente do irmão para não os preocuparem, mas pouco tempo depois acabaram por descobrir a verdade, definindo o momento como “horrível”.

A utente refere que, de manhã, acorda muito deprimida e desanimada, sem vontade de viver, com vontade de chorar e que ao longo do dia vai melhorando. Paralelamente a isso, a utente queixa-se de mudanças repentinas de humor.

As queixas atuais prendem-se essencialmente com a memória, tremores, dores diversas, angústia, sentimento de tristeza e vontade de chorar.

No decorrer das sessões, a utente mostrou-se bastante dependente em termos emocionais, partilhando algum pesar relativamente ao seu processo de envelhecimento. É saliente a inconformidade com o seu próprio envelhecimento, realizando muitas queixas sobre este, lastima a liberdade que lhe foi retirada pois não pode andar na rua sozinha.

Não obstante, desabafa dizendo «*agora estou convencida que estou velha*» (sic), existindo, assim, alguns movimentos que demonstram que se encontra em fase de aceitação do seu próprio envelhecimento.

Relativamente ao âmbito da sua vida atual na instituição, a utente revela um misto de sentimentos. Apesar de saber as razões pelas quais está na instituição (as suas condições financeiras não lhe permitem regressar a sua casa), bem como o motivo pelo qual se encontra a fazer reabilitação cognitiva (afirma que tinha muitos esquecimentos, mas que se sente a melhorar), revela alguns aborrecimentos com o funcionamento do mesmo e com os restantes residentes e não consegue integrar-se totalmente no ambiente do Centro.

No que respeita ao funcionamento da Instituição, mencionou o seu desagrado por lhe terem estragado algumas saias na lavandaria. Revela ainda que julga ser necessária a existência de um chefe na instituição que dirija os funcionários. Da equipa médica, menciona que gosta do psiquiatra, mas que não gosta de mais ninguém.

Em relação ao relacionamento interpessoal com os restantes residentes da instituição, a paciente demonstra dificuldades, sentindo-se incomodada com o barulho e com algumas colegas. No entanto, garante que sabe distinguir as utentes que, para além da patologia demencial, têm mau feitio e são de difícil relacionamento. Revela principalmente inimizades com a sua colega de quarto, a qual acusa de praticar atos menos próprios, nomeadamente sexuais. Apesar disso, quando lhe foi questionado se desejaria mudar de quarto, respondeu negativamente.

6.4. Avaliação Psicológica

a) *Testes de avaliação psicológica*

Para além da entrevista clínica, o exame psicológico consistiu na aplicação de uma bateria de testes que avaliam: as capacidades cognitivas (*Mini Mental State Examination - MMSE*), a capacidade de orientação/representação espacial e a motricidade fina (*Clock Drawing Test - CDT*), bem como a personalidade e psicopatologia (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota, versão reduzida – *Mini-Mult* e a *Escala de Depressão Geriátrica*). (Anexo V)

Obteve-se, portanto, uma perceção geral do estado emocional, psicopatológico e cognitivo da utente e as suas características de personalidade, podendo assim delinear um plano de intervenção o mais adequado possível às suas características e necessidades.

b) *Procedimento:*

Foram aplicadas as provas de cariz cognitivo, seguidas das provas de avaliação da psicopatologia e da personalidade evitando-se uma contaminação negativa. As provas de avaliação psicopatológica e de personalidade, poderiam fazer emergir emoções que influenciassem os resultados das provas de avaliação cognitiva.

c) *Análise dos Resultados:*

Provas de Avaliação Cognitiva:

Na prova *Mini-Mental State Examination* (MMSE), obteve 27 pontos, como tal não se apurou défice cognitivo, descartando a probabilidade de desenvolvimento de demência num

futuro próximo. No entanto apurou-se um défice na capacidade grafo-motora.

No *Clock Drawing Test (CDT)*, os seus resultados (7 pontos) demonstrem um funcionamento cognitivo normal e adequado, é de salientar as dificuldades grafo-espaciais demonstradas. A utente mostra dificuldades na representação viso-espacial das figuras e na orientação das mesmas, tal é revelado na tarefa de colocação dos números e ponteiros de forma correta.

Provas de Avaliação da Personalidade e Psicopatologia:

No que diz respeito à *Escala de Depressão Geriátrica* os resultados obtidos, 16 pontos, apontam para uma depressão ligeira.

O perfil obtido no Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota apresenta elevações significativas nas escalas de Hipocondria (T75), Depressão (T85), Histeria (T65), Paranoia (T65/70) e Esquizofrenia (T75) e encontram-se dentro da normativa para as Escalas L, F, K, Desvio Psicopático, Psicastenia e Hipomania

Os valores na escala Escala L (T50/55) demonstram que a utente respondeu com alguma defensividade, mas o protocolo pode ser interpretado se se tomar em linha de conta esta característica. A Escala F (T50/55) mostra que a utente funciona adequadamente. Os resultados obtidos na Escala K (T45), revela adequado equilíbrio entre uma avaliação positiva de si e o reconhecimento crítico de aspetos negativos do self. De um modo geral podemos concluir que do restante protocolo podem ser analisadas e retiradas elações sobre o funcionamento psicológico da utente.

A elevação na escala de Hipocondria revela a expressão de queixas somáticas sem etiologia orgânica, bem como ansiedade e expressão da agressividade e hostilidade através de queixas físicas. A elevação na escala de Histeria aponta para uma falta de *insight* acerca do seu comportamento e do comportamento dos outros. Apurou-se ainda sintomatologia depressiva na escala Depressiva, com sinais de ansiedade e isolamento, perda de interesse, desmotivação e diminuição de energia.

Os resultados das escalas de Hipocondria, de Depressão e de Histeria apontam para uma configuração da Tríade Neurótica. Pessoas que obtêm esta configuração têm problemas crónicos com sintomatologia mista. Exibem sintomas físicos múltiplos e depressão, estão usualmente fatigados e ansiosos e são descritos como dependentes. Tais pessoas muitas vezes aprenderam a tolerar grande infelicidade e elevados níveis de desconforto, conseqüentemente, podem ter pouca motivação para o tratamento.

A elevação na escala de Paranoia revelou ainda a presença de pensamento projetivo e ideação paranoide, hostilidade e suspeição. A elevação na escala da Esquizofrenia parece estar mais relacionada com o facto de se sentir incompreendida, isolada do ambiente social à sua volta, pouco aceite pelos pares e ter dificuldades em pensar.

Na escala de Psicastenia os resultados (T60) são moderados, estes revelam exigência na realização das suas obrigações e preocupação se não conseguem realiza-las. No discurso sobre as suas dificuldades em aceitar o processo de envelhecimentos é notável o desgosto perante o facto que perdeu capacidades motoras e locomotivas e, conseqüentemente, a sua independência pois teve de ser institucionalizada.

6.5. Acompanhamento Psicológico

Após a avaliação psicológica sugeriu-se o acompanhamento psicológico, tendo-se realizado um contrato terapêutico de acompanhamento semanal, de modo a auxiliar a compreensão das suas problemáticas que se faziam sentir, juntamente com sessões semanais de reabilitação cognitiva.

Sessão de 20.11.2013

Continuação da sessão de acompanhamento. Inicia a sessão relatando que tem tido dores constantes. De seguida, recordou a morte do marido e os últimos 5 anos que passou em Lisboa. Depois da morte do seu marido, continuou na sua casa em Lisboa, chegando a fazer natação. Após a sua queda na casa-de-banho, a sua filha não quis que morasse sozinha, sendo a esposa do filho quem a ajudou a ir para o Centro.

Queixou-se de uma colega de quarto que pratica atos “menos próprios” (sic), nomeadamente sexuais. Sente falta de uma amiga/companheira no Centro.

Denotou-se grande emoção quando falava do marido. Recordou várias passagens de sua vida e uma grande gratidão. Quando lhe foi perguntado o que mudaria, respondeu que gostava de poder escrever, mas que não tem disposição, nem tranquilidade.

Comentário e reflexão:

Há que salientar o constante registo de iniciar as sessões com queixas de dores físicas constantes. Em todas as sessões a utente inicia a sessão realizando diversas queixas físicas. Tornando-se assim notório a patologia hipocondríaca presente, onde a utente utiliza as dores físicas para expressar as dores psicológicas que sente.

É possível detetar no seu discurso as grandes áreas problemáticas da sua vida que

deveriam ser trabalhadas ao longo do acompanhamento. Sendo uma destas o falecimento do marido e o luto que não se encontra resolvido.

Apesar de a utente ter tentado viver sozinha, na casa onde coabitava com o marido, e ter iniciado atividades para ocupar o seu tempo, que demonstram, de certa forma, um movimento de aceitação e de seguir em frente, nota-se uma grande emotividade quando menciona o marido. É evidente, igualmente, a idealização do passado vivido com o marido, estando imensamente agradecida pela vida que o marido proporcionou.

Existem momentos em que afirma gostar do Centro e de alguns dos seus colaboradores, mas maioritariamente manifesta um grande desagrado face ao facto de ser uma instituição com determinadas características (ex.: a população que habita o centro padece de doenças do foro mental), tal cria uma grande antipatia em relação às outras utentes, não sendo capaz de criar relações com os seus pares (o que é observável nas reclamações que realiza sobre a colega de quarto).

Embora não seja mencionado o processo de envelhecimento nesta sessão, podemos traçar um paralelo entre o processo de adaptação ao centro e o de adaptação à velhice, uma vez que se encontram intrinsecamente ligados. Ambos são sentidos com ambivalência, existindo momentos onde parece aceitar que se encontra a envelhecer e que precisa de permanecer num sítio que acomode as suas necessidades. Por outro, lado repudia o envelhecimento e as mudanças, tornando-a dependente de um sítio como a instituição.

Sessão de 22.01.2014

Inicia a sessão triste, com queixas físicas e psicológicas, evidenciando grande sofrimento.

Tudo começou após o almoço com o filho no domingo. Caiu no passeio quando se dirigia para o carro. Sentiu um desequilíbrio e bateu com a cabeça e o ombro no passeio. As dores do reumatismo, que já tinha, pioraram com a queda. Manifestou-se várias vezes com dores frequentes durante a sessão, mas adiantou que também antes do almoço, já não se sentia muito bem.

Questionada para descrever o seu fim de semana, descreveu o dia de sábado, de forma a esclarecer a razão por este mal-estar! Relatou que passou pelo velório de uma amiga da filha que faleceu no sábado passado.

Falámos um pouco do assunto, chegando à conclusão, que este mal-estar veio desse funeral. Nesta sequência, terminou a sessão falando da morte do marido e dos filhos, ainda mantendo o ar triste e chorosa, mas que se sentia “mais aliviada”.

Com a promessa de continuarmos a nossa sessão para a próxima semana, despedimo-nos.

Comentário e reflexão:

Inicia novamente de sessão com diversas queixas somáticas. Salientando ainda mais a patologia hipocondríaca presente, existindo momentos onde interrompe o seu discurso devido às dores. Não queremos, de algum modo, desvalorizar as dores que o reumatismo causa e que foram agravadas com a queda dada no domingo, mas no entanto não podemos deixar de notar a natureza constante e das dores que a utente diz padecer, e o facto que estas não se restringem somente ao reumatismo.

No entanto, o grande foque nesta sessão é o mal-estar que a utente sentiu no fim-de-semana e a ausência de conhecimento de onde este proveio. É interessante reparar na carência de *insight*, pois foi necessária ajuda psicológica para traçar uma linha de causa-efeito entre o comparecimento no velório de uma amiga da filha e o mal-estar sentido.

É possível observar, no final da sessão, que o cerne da questão era o falecimento do marido e dos filhos, era esse o assunto que, inconscientemente, incomodava a utente e causou o mal-estar físico.

Repetidamente encontramos este padrão sustentado pela falta de *insight*, onde existem todas estas questões por elaborar mas estas acabam por se manifestar no corpo. A falta de *insight* é notória nesta utente. A incapacidade de elaborar os acontecimentos de vida, e os sentimentos derivados destes, faz com que sofra de um luto patológico há mais de uma década, tendo resultado numa depressão com sintomas psicossomáticos acentuados.

6.6. Análise e Discussão Clínica

Funcionamento Cognitivo

Conclui-se que a utente não apresenta comprometimento cognitivo, tendo uma boa capacidade de orientação espaço-temporal, de atenção, de cálculo e boa memória a curto prazo.

Demonstra dificuldades a nível da motricidade fina e da capacidade viso-espacial e na coordenação viso-motora, que poderão dever-se ao acidente vascular cerebral (AVC) que a sofreu há alguns anos. Lesões no hemisfério direito resultam, frequentemente, em défices perceptivos e viso-espaciais, existindo alterações do campo visual, que podem gerar dificuldades nas habilidades manuais, desorientação espacial, principalmente em relação à lateralidade (Fontes, s.d.).

Luto Patológico

A salientar é a sintomatologia depressiva que as provas de avaliação de personalidade e psicopatologia demonstram, tal como todo o discurso e comportamento da utente. Pensa-se que o falecimento do marido e dos dois filhos não foi elaborado devidamente, resultando num luto patológico. Pondera-se, igualmente, que o facto de a utente ter recebido tratamento farmacológico durante alguns anos fez com que não elaborasse os assuntos a nível psicológico, tendo suspenso o processo de luto, levando à instalação da depressão.

No luto patológico o processo de luto está estático, ou seja, os níveis de tristeza, irritabilidade, culpa mantêm-se sem mudança durante um longo período de tempo, verificando-se uma dificuldade paradoxal de investimento num novo objeto, mantendo-se num profundo e doloroso luto (Barbosa & Neto, 2010 & Sanders, 1999). A sintomatologia da utente manifesta-se através da sua dificuldade em aceitar a perda, tanto no que diz respeito à morte dos entes queridos, como das capacidades que se vão deteriorando com a velhice.

Bonanno e Kaltman (citado por Boelen, Bout & Hout, 2003) defendem que existe uma série de variáveis cognitivas que estão significativamente relacionadas com a severidade dos sintomas do luto patológico, sendo uma dessas variáveis as crenças globais negativas acerca do mundo, da vida e do futuro. Na utente, isso transparece na sua atitude negativa e queixosa em relação aos outros que a rodeiam, encontrando-se sempre insatisfeita com a situação de vida atual. O grau de parentesco (marido e filhos) e o tipo de morte (mortes repentinas por acidente rodoviário e complicações de saúde) são fatores que acentuam o processo de luto (Boelen, Bout & Hout, 2003).

Ao nível afetivo, denota-se grande dificuldade em lembrar os objetos perdidos sem se emocionar, reagindo de forma exacerbada a pequenas coisas e expressando grande tristeza que não consegue justificar. Observa-se também grande idealização de aspetos do objeto perdido, nomeadamente, quando imagina o passado e o marido como sendo tudo bom e ideal. Expressa ainda sentimentos de solidão e vazio, de desesperança num bom futuro, de perda de interesse nas atividades atuais, de futilidade e grande dificuldade em imaginar uma vida plena sem o marido.

Quando a perda é muito significativa ou se o sujeito tem uma personalidade depressiva, o luto poderá não ser elaborado e tornar-se patológico, abrindo caminho para a instalação da doença depressiva (Matos, 2007), o que poderá agravar as manifestações psicopatológicas típicas, como os sintomas de melancolia, de ansiedade, de hipocondria e somatização (Barbosa & Neto, 2010; Sanders, 1999).

Funcionamento/Organização Depressiva

A depressão caracteriza-se pelo humor depressivo, tristeza, melancolia, tendência à apatia e baixa autoestima (American Psychiatric Association, 2002, Doron & Parot, 2001; Organização Mundial de Saúde, 1993) a utente manifesta estes sintomas no seu discurso, referindo-se como “inútil” e manifestando pouca vontade de viver.

A depressão é uma perturbação emocional na qual experimentamos emoções de angústia, tristeza, frustração, desânimo, desmotivação, resultante de experiências traumáticas do passado, das quais ainda não nos conseguimos dissociar nem libertar (Monteiro, 2012), como aconteceu no caso desta utente, tendo havido vários eventos traumáticos que tem dificuldade em elaborar e ultrapassar.

São vários os sintomas dos estados depressivos que a utente apresenta, angústia e tristeza; fadiga, cansaço e perda de energia; sentimentos de inutilidade; perturbações do sono; preocupações recorrentes; fala de concentração; desinteresse, apatia e tristeza; irritabilidade; manifestação de sintomas físicos, como dores musculares, dores abdominais, entre outros (Monteiro, 2012).

Na depressão há um abatimento vivido ao nível do soma. O corpo vai ficar abatido (Matos, 2007) e isso é visível em sinais somáticos, tais como insónias, ansiedade e pesadelos.

Especificidades das psicoterapias com pacientes depressivos

Segundo McWilliams (2005) o trabalho psicoterapêutico com pacientes depressivos é muito peculiar e exigente, devido às especificidades do funcionamento depressivo, sendo reticentes em evidenciar conteúdos mais profundos do *self*, uma vez que estão convencidos que o terapeuta deixará de ser empático e compreensivo quando deparado com o verdadeiro *self* do paciente. Como tal é importante uma atmosfera de aceitação e respeito, onde não são emitidos juízos de valor.

A autora ainda refere que, por norma, os pacientes depressivos têm dificuldades em expressar afetos negativos e de raiva, como tal o processo terapêutico providencia uma oportunidade de entrar em contato com sentimentos dolorosos e depressivos e de expressar a sua incapacidade em desiludir. A incapacidade em desiludir encontra-se intrinsecamente ligada à idealização que fizeram do terapeuta, só ultrapassando essa inaptidão quando a sua autoimagem já se encontra mais valorizada.

Outro aspeto importante é o facto de os pacientes depressivos serem extremamente sensíveis a tópicos como separação e abandono, sendo esse um aspeto a ser trabalhado em psicoterapia, principalmente quando chega esta a entrar num processo de finalização, devendo

ser trabalhado com cuidado e flexibilidade, de modo a que não seja sentido como abandonico (McWilliams, 2005).

Funcionamento/Organização Psicossomática

Denota-se ainda a presença de patologia psicossomática, uma vez que existem diversas queixas somáticas (ex.: dores nas articulações, tonturas, tremores, etc.) Estes sintomas demonstram a incapacidade de viver a dor mental, existindo um défice muito grande na capacidade reflexiva, não havendo acesso ao simbolismo (Matos, 2012).

McDougall (1983) formulou a noção de desafetação para fazer referência a um distúrbio da economia afetiva, típico de pacientes somáticos, após perceber que muitos apresentavam uma incapacidade quase total de manter contato com as emoções próprias e alheias. McDougall (1991) concluiu que a desafetação se encontra intimamente associada a um empobrecimento da capacidade de simbolização.

Quando não há capacidade de elaborar, ocorre a somatização. A pessoa não consegue organizar os assuntos que a estão a angustiar, fica bloqueada (Matos, 2012). De novo, pensa-se que tal se encontra ligado à incapacidade da elaboração das perdas do marido, dos filhos e das capacidades que se vão perdendo com a idade. A utente tem pouco *insight* sobre as suas motivações e comportamentos, que acabam por ser refletidas no corpo psicossomaticamente.

Em momentos de *stress* intenso, o corpo desorganiza-se e reage psicossomaticamente. O corpo começa a delirar, há forclusão de afeto que impede de sentir e de elaborar a angústia (Matos, 2012). Observa-se este fenómeno quando a utente se encontra mais ansiosa (ex.: quando volta do fim-de-semana que passou em casa da filha).

Funcionamento/Organização Hipocondríaca

Deste modo, é possível interpretar as queixas somáticas e hipocondríacas revelados pela utente como sintomas depressivos. Não obstante, não se denota na utente o medo de ter alguma doença, mas sim uma certeza de que tem determinadas doenças que lhe produzem sintomas.

De acordo com o CID-10 (1993) e o DSM IV (2002), para diagnosticar alguém com hipocondria é necessário que a crença persista, no mínimo, durante seis meses e tem de existir, no máximo, duas doenças físicas severas. O indivíduo tem de manifestar preocupação recorrente com os sintomas, de forma a causar sofrimento permanente ou interferir com o desenrolar da vida diária pessoal. Paralelamente, tem de recusar a opinião médica de que não existe qualquer causa física para os seus sintomas.

Especificidades das psicoterapias com pacientes psicossomáticos/hipocondríacos

Iniciado o processo terapêutico, McDougall (1991) defende que ao profissional impor-se-á o desafio de funcionar como um filtro - sendo capaz de regular o afluxo de excitações do qual o paciente somático tende a livrar-se apelando à descarga corporal, por não ter acesso às palavras que poderiam torná-lo dizível.

Trata-se, em última instância, de desempenhar a função materna, sobretudo mediante a decodificação de uma modalidade de comunicação cuja impregnação afetiva é escassa. Para tanto, deve interpretar a comunicação primitiva e nomear os estados afetivos do mesmo, promovendo a progressiva dessomatização do aparelho mental (McDougall, 1991).

Deste modo, e visto que os sintomas depressivos se desencadearam após a morte do marido e dos filhos, formaliza-se um diagnóstico de luto patológico, progredindo para um quadro depressivo *major* com a presença de sintomas somáticos como reação ao processo de luto não resolvido.

Abordagem do Caso à Luz da Abordagem Centrada na Pessoa

Hipólito (2011) defende uma abordagem focada nas seis dimensões relacionais – *pessoal, interpessoal, grupal, organizacional, institucional-societária e noética*. Na perspectiva das dimensões pessoal e intrapessoal são trabalhados os conflitos intrapsíquicos, através da abordagem psicoterapêutica centrada na pessoa.

No caso da utente, foi possível detetar nas sessões de acompanhamento psicológico e na avaliação psicológica realizada, a existência de diversos pontos de conflito pessoais e interpessoais. No campo pessoal, a utente demonstra sinais de depressão com presença de sentimentos negativos em relação a si mesmo, ao futuro e ao mundo que o rodeia. Estes traços depressivos manifestam-se em sintomas hipocondríacos, em humor depressivo e na presença de uma atitude de desinvestimento em relação a si própria.

Como já foi mencionado anteriormente, as potencialidades da pessoa humana só se conseguem atualizar se forem criadas condições ótimas, de natureza biológica/psicológica (Hipólito, 2011). Contudo, verifica-se através da análise do caso da utente que as condições ótimas não foram criadas, pelo que surgiram traumas, quer nas suas potencialidades, quer nas suas atualizações.

Os falecimentos dos entes queridos poderá ter provocado esses traumas, o que dificultou a aceitação dos mesmos, fazendo surgir a sintomatologia depressiva. De acordo com a ACP, o sintoma pode ser visto como a melhor forma de adaptar às circunstâncias do presente, de manter o melhor equilíbrio possível, naquele momento, para que o cliente

continue com a sua vida (Nunes, 1998). Foi o que a utente fez, contra as adversidades que a vida a colocou contra, tentou adaptar-se à sua maneira, através dos sintomas apresentados.

Rogers (1983) defende que o apoio psicológico deve ser individualizado, trabalhando-se o aqui e agora. O aconselhamento não-diretivo, centrado na pessoa, assenta na ideia de que o cliente sabe quais as melhores soluções para os seus problemas. Como tal, o *counsellor* coloca-se no quadro de referência do cliente, dando ênfase ao conteúdo emocional e promovendo o seu crescimento pessoal e não apenas a solução do problema (Scheeffter, 1976). Foi este o trabalho que se tentou realizar com a utente, através da aceitação da utente tal como é, permitindo que trouxesse para a sessão as suas problemáticas.

Procurou-se dar apoio à utente a nível de diversas áreas e em diversos contextos terapêuticos, de forma a atenuar as problemáticas que sentia. Chegou-se à conclusão que a melhor maneira de ajudar a utente seria através de um trabalho de cooperação entre psicólogo e cliente, sendo para isso necessário a aceitação positiva incondicional (receber e aceitar a pessoa como ela é e expressar um afeto positivo por ela existir, não sendo necessário que ela faça ou seja isto ou aquilo), a empatia (capacidade de se colocar no lugar do cliente, ver o mundo pelos olhos deles e sentir como ele sente, o paciente receberá esta manifestação como uma profunda e reconfortante experiência de estar sendo compreendido, não julgado) e a congruência (habilidade de expressar de modo objetivo seus sentimentos e percepções, de modo a permitir ao cliente as experiências de reflexão e conclusão sobre si mesmo) (Rogers, 1961).

6.7. Reflexão final do caso

Após a avaliação psicológica e sugestão de acompanhamento psicológico, elaborou-se um contrato terapêutico, que estabelecia um acompanhamento psicológico de frequência semanal, de modo a auxiliar a compreensão das suas problemáticas que se faziam sentir.

Procurou-se dar apoio à utente a nível de diversas áreas e em diversos contextos terapêuticos, de forma a atenuar as problemáticas que sentia. Desta forma, optou-se por uma Abordagem Centrada na Pessoa (Rogers, 1961) e nas suas necessidades.

Com esta abordagem criou-se um espaço onde a utente podia falar abertamente, o que era fulcral, uma vez que esta necessitava muito de se expressar e de falar sobre o que sentia. A escassa capacidade de elaboração, acabava por se refletir na sua rigidez psíquica em se adaptar a novas situações, cria diversos problemas, uma vez que impede a resolução de diversas questões emocionais e de adaptação.

A utente passou por uma série de eventos de vida traumáticos que deixaram sequelas e

não resolvidas que, devido à sua incapacidade de elaboração, se têm arrastado durante anos.

Ao mesmo tempo, a sua diminuta maleabilidade psíquica para se adaptar a novas situações faz com que a sua institucionalização e o seu envelhecimento sejam sentidos de uma forma negativa. Como tal, tentou-se criar uma relação de empatia de forma a utente se sentir apoiada, tentando entrar em contacto com o seu mundo interno. Era importante que a utente se sentisse compreendida, aceite e respeitada, nas suas características e problemáticas, sem qualquer juízo de valor.

Espera-se que ao longo das sessões lhe tenham sido providenciado ferramentas para a ajudar lidar melhor com a sua atual situação, bem como criando um espaço onde possa ter desenvolvido capacidades de comunicação e de adaptação.

Reflexão pessoal

O acompanhamento psicológico desta utente foi um processo muito gratificante a nível pessoal, pois aprofundei capacidades cruciais à prática de psicologia.

Fui capaz de estabelecer uma aliança terapêutica e de confiança, e por conseguinte, permitir que desabafasse as suas problemáticas e preocupações comigo. Paralelamente, a utente desenvolveu um apego por mim, o que dificultou o fim do processo, pois olhava para mim como alguém de confiança, que a escutava e a entendia, num meio onde não se sentia integrada.

No entanto, o facto de a utente confiar em mim, sendo ela uma pessoa que não se dá facilmente com outras pessoas e de natureza desconfiada, é algo que me trouxe um grande sentimento de satisfação, pois senti que consegui chegar até ela ao demonstrar que estava disponível para escutar e apoiar.

Outra capacidade desenvolvida foi a resistência à fadiga e ao cansaço, pois a utente transmitia uma grande quantidade de informação nas sessões e, por vezes, sentia-me consumida pelo discurso, que por vezes era muito focado apenas nalguns temas.

Por vezes, foi-me difícil integrar o processo de chegar ao mundo interno da pessoa e ser como que um quadro de referência. É importante aprofundarmos e trabalharmos a nossa capacidade de sermos sensíveis ao outro e de nos descentrarmos de nós próprios, de forma a transmitir um sentimento de compreensão e aceitação incondicionais. Em conclusão, foi um grande momento de aprendizagem.

7. Estudo de um Caso Clínico - Senhora M.

7.1. Apresentação do Caso Clínico

Vamos apresentar o caso clínico de avaliação psicológica e respetivo acompanhamento psicológico de uma senhora de 86 anos. Foi realizada avaliação psicológica de forma a analisar a sua psicopatologia, a fim de elaborar um projeto terapêutico.

Considerou-se fundamental que a utente fosse seguida em acompanhamento psicológico.

7.2. Motivo do pedido

Em 1990, foi diagnosticada com Depressão e Perturbação da Personalidade S.O.E. (Sem Outra Especificação).

7.3. História Clínica

a) Identificação:

A paciente, do sexo feminino, caucasiana, viúva, aposentada, 86 anos, natural da Ilha do Pico. Tem como habilitações académicas o 2º ano do Liceu.

b) Descrição e observação preliminar

Apresenta-se com um aspeto cuidado e bem apresentado e aparência congruente com a sua idade. Apresenta uma estatura magra, postura natural e adequada ao contexto, não apresenta dificuldades de mobilidade.

Mantem contacto visual, sem flutuações no estado de consciência, tendo sempre estado vígil, com pensamento lógico, fluido e orientado no espaço e no tempo. O seu discurso é fluente e natural, com uma linguagem simples e respondendo de forma cooperante e atenta. No entanto, o seu discurso é alterado de acordo com as suas emoções – quando está mais ansiosa fala bastante rápido, dificultando a perceção.

De uma forma geral, é simpática, disponível para ajudar os outros, com humor eutímico. Tem um temperamento tranquilo mas aparenta ser bastante acomodada com a sua situação atual, aceitando bem a sua vivência no Centro. Esta acomodação reflete-se sobretudo na sua postura perante as sessões, nas quais pareceu pouco empenhada e dando respostas pouco elaboradas.

Denota uma personalidade insegura e acomodada às circunstâncias da vida. Delega toda a responsabilidade dos factos da vida no poder de Deus, razão pela qual, possivelmente,

terá aceite a sua entrada no Centro. Não revela grande dinamismo na condução da sua vida atual, apresentando dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais e pouco entusiasmo na participação em atividades de grupo.

Ao longo do seu discurso reflete grande «*devoção no poder divino*» (sic), acreditando ser Deus o responsável por tudo o que lhe aconteceu de bom na vida. Por esta razão, frequentemente introduz no seu discurso um agradecimento a Deus, fazendo uso dessa referência para não explorar mais os temas propostos e esconder os seus sentimentos.

c) *Anamnese*

Nasceu na Ilha do Pico, nos Açores, sendo filha única. Refere que a gravidez da sua mãe decorreu sem problemas e que após o nascimento não foi amamentada devido a falta de leite materno.

Sobre o seu desenvolvimento infantil diz não ter conhecimento sobre as suas aquisições. Começou a frequentar a escola na ilha do Pico com 7 anos, mas refere que não gostava de estudar e nunca foi boa aluna porque era muito distraída.

Menciona que tinha uma relação excelente com os pais, o pai faleceu quando a utente tinha 8 anos, devido a problemas cardíacos. Recorda que o pai a chamou horas antes de morrer para lhe dizer que ia sentir muito a sua falta. Após a morte do pai, refere que a mãe e toda a família materna foram muito presentes no seu crescimento, sentindo-se “muito protegida”.

Quando aborda este tema denota-se na utente uma grande angústia. A evidência dessa dor é visível em todos os episódios que conta sobre a sua infância, denotando-se que a morte do pai foi um grande marco na sua vida.

Aos 12 anos, mudou-se com a mãe para o Faial, onde também frequentou a escola, onde concluiu o 2º ano do Liceu, equivalente ao 6º ano atual.

No início da adolescência, aos 14 anos, começou a sair com as suas amigas. Com apenas 17 anos casou com o marido (este tinha mais 11 anos), afirmando que «*era apenas uma adolescente*» (sic). O seu marido era natural de Lisboa e arranjou trabalho no Faial, onde se conheceram e casaram.

Refere que a mãe a ajudou muito com as tarefas domésticas quando se casou, apesar de afirmar que foi criada para ser dona-de-casa. Recorda que foi muito feliz no Faial, que fez muitos amigos e onde nasceram os dois filhos, um rapaz e uma rapariga. Ambos nasceram de parto natural e dentro do tempo previsto. A filha nasceu em casa e o filho no hospital, tendo sido um parto complicado porque a utente teve uma hemorragia. Nenhum dos filhos foi

amamentado, visto que a utente não tinha leite.

Anos mais tarde, mudou-se com o marido, os filhos e a sua mãe para Lisboa, onde viveram durante muitos anos numa moradia em Alvalade. Mais tarde emigram para Angola onde permaneceram durante seis anos. A filha, que casou em Lisboa, ficou a viver em casa dos sogros.

Atualmente, ainda reside em Lisboa e teve dois filhos. Quando os netos da utente tinham apenas 9 e 7 anos, a filha divorciou-se ficando com a tutela das crianças. Revela grande proximidade com a filha, mencionando que quando esta foi operada, apesar da distância (morava em Oeiras), fez questão de a acompanhar em todo o processo da doença e parece muito preocupada com o bem-estar dos netos devido ao divórcio.

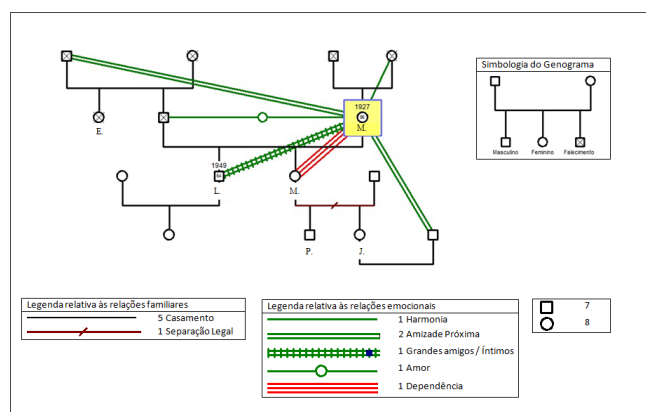
Quando voltaram para Portugal, o filho terminou o curso de medicina e regressou ao Faial, onde casou, teve uma filha e ainda reside atualmente. Encontra-se aposentado mas colabora na Santa Casa da Misericórdia, recebendo um valor insignificante. Segundo a utente, fá-lo por paixão e dedicação.

Tem três netos, duas raparigas e um rapaz. O neto, filho da filha, vive de uma pensão de alimentos do pai e com ajuda da mãe num apartamento em Lisboa. Das duas netas, uma de cada filho, uma vive na América e casou com um australiano e a outra vive em Oeiras e encontra-se a estudar na Faculdade em Lisboa.

Após a morte da sua mãe, a utente e o marido foram morar para Fátima, ato que a utente descreve com algum arrependimento mas sem fundamentação.

Ao fim de 48 anos de casamento, o marido da utente faleceu na sequência de diversos tratamentos de hemodiálise. Após a morte do marido ficou bastante «abalada» (sic) e foi viver para casa da filha, em Lisboa. Sentia uma grande tristeza, muita ansiedade e dores no peito frequentes, pelo que a filha a levou a uma consulta no Centro, onde acabou por permanecer.

Ilustração 2 - Genograma - Caso Clínico de M.



d) *Anamnese médica geral*

Quando era jovem vomitou sangue, mas afirma que foi «*curada pelo Divino Espírito Santo*» (sic). Ainda na infância recorda o período em que esteve internada com gripe, necessitando de levar soro. Refere ainda outro internamento de 6/7 dias, sem referir a causa e outra situação em que vomitou pus, mas que nunca soube a origem.

Relativamente à história médica familiar, o pai da utente tinha problemas cardíacos (angina de peito) e fazia hemodiálise. Segundo a utente, o seu pai era um homem «*muito fragilizado e fumava muito*» (sic). A sua mãe morreu aos 82 anos igualmente de problemas cardíacos.

A sua filha foi diagnosticada e operada a um tumor, pelo que o seu filho também sofreu de problemas oncológicos. A irmã mais velha do marido também sofria de problemas renais e oncológicos.

Apresenta ainda na família algum historial de doença mental. A filha sofreu de depressão, em consequência do divórcio. Neste sentido, desabafa dizendo que o neto sempre foi uma “criança diferente”.

Atualmente toma medicação diariamente para a tensão arterial e tonturas mas não consegue especificar os fármacos. Queixa-se de dores nas costas, mas recusa-se a ir ao médico do Centro porque o seu filho, que também é médico, já lhe indicou o que fazer: «*tomar Ben-u-ron à noite durante uma semana*» (sic). Neste sentido, não se descarta a hipótese das dores serem de origem psicossomática. Sem alterações do ritmo do sono ou dos hábitos alimentares.

e) *Anamnese da doença atual*

Em 1990 deu entrada no Centro, apresentando sintomatologia depressiva, tendo sido esse o principal motivo do seu internamento, tendo sido diagnosticada com Depressão e Perturbação da Personalidade (não se sabe ao certo qual). Refere com alguma emoção a sua primeira semana, onde se sentiu “muito deprimida”, tendo depois melhorado substancialmente.

Sendo completamente autónoma, toma as suas próprias decisões, alterando, por vezes, a medicação prescrita.

Gosta de estar no Centro, mas refere que ficou ali porque «*não teve outro remédio*» (sic). Neste sentido, revela que preferia estar em casa, mas tem medo de interferir com a vida da filha e por isso não diz nada. Além disso acrescenta que é inútil falar com a filha dos seus sentimentos, porque esta lhe traz tudo o que precisa, reiterando a grande ligação que tem com

ela.

Demonstra um grande envolvimento com a vida familiar, sobretudo dos netos, apresentando, assim, uma grande proximidade com o seu núcleo familiar, sendo este o grande cerne de preocupação e cuidado.

É bastante religiosa, agradecendo com frequência pelas felicidades que tem na vida: agradece a Deus pela inteligência da neta, por ter salvo os seus filhos de todas as doenças que tiveram, pela resolução de problemas que surgem, etc.. Em todas as situações em que menciona as doenças que assolaram a sua família relembra «*a crença em Deus e na sua cura divina*» (sic). Sente-se bem por orar e «*saber que ajuda os outros*» (sic).

Enquanto está no centro prefere isolar-se e estar com as utentes que «*sofrem de doença mental*» (sic), tendo a ginástica como única atividade. Não tem desenvolvido grandes relacionamentos de amizade, mas considera que ajuda muito as pessoas, nomeadamente algumas irmãs, rezando e pedindo a Deus por elas.

Sobre a sua vida atual, se pudesse mudar alguma coisa, gostaria de ver todos os que a rodeiam com saúde e bem estar, incluindo ela própria, para poder ajudar os outros.

7.4. Avaliação Psicológica

a) Testes de avaliação psicológica

O Exame Psicológico teve como objetivo analisar o estado atual da utente, examinar as suas características a nível neuropsicológico e das características de personalidade, para obter uma visão mais completa.

Assim, o Exame Psicológico combinou provas de nível intelectual/cognitivo e provas grafo-motoras para avaliar o estado cognitivo da utente e a sua capacidade de orientação/representação espacial e motricidade fina. Consistiu, igualmente, em provas de avaliação da personalidade e psicopatologia, podendo assim delinear um plano de intervenção mais adequado às suas características e necessidades.

Os testes realizados foram o *Mini Mental State Examination (MMSE)*, *Clock Drawing Test (CDT)*, *Escala de Depressão Geriátrica* e *Teste de Rorschach* (ver Anexo VI).

b) Procedimento:

Considerou-se importante primeiro aplicar as provas de cariz cognitivo e em seguida as provas de avaliação psicopatológica e de personalidade. Dessa forma evitou-se uma contaminação dos resultados das provas de avaliação cognitiva, pois poderiam surgir emoções que desformassem os resultados destas provas.

c) **Análise dos Resultados:**

Provas de Avaliação Cognitiva:

Os resultados do *Mini Mental State Examination (MMSE)* foram 28 pontos. Estes resultados demonstram que o nível cognitivo da utente não revela qualquer tipo de deterioração cognitiva. Descartando, assim, a possibilidade de demência num futuro próximo, tem uma boa capacidade de orientação espaço-temporal, de atenção, de cálculo e boa memória a curto prazo.

A sua capacidade grafo-motora apresenta dificuldades grafo-espaciais, o que influencia a cópia e reprodução de ângulos corretos e da orientação dos mesmos. Os resultados do *Clock Drawing Test (CDT)*, 7 pontos, remete para as mesmas dificuldades. Embora os seus resultados demonstrem um funcionamento cognitivo normal e adequado, é de salientar as dificuldades grafo-espaciais demonstradas. A utente mostra dificuldades na representação viso-espacial das figuras e na orientação das mesmas, tal é revelado na tarefa de colocação dos números e ponteiros de forma correta.

Provas de Avaliação da Personalidade:

No que diz respeito à *Escala de Depressão Geriátrica* os resultados obtidos (4 pontos) apontam para a ausência de depressão.

Da análise do *Teste de Rorschach* (Chabert, C., 1998) otiveram-se os seguintes resultados (Tabela 3):

Tabela 3 - Análise do Teste de Rorschach

,50	Cartão I 1- Um ramo de folhas muito bonitos 2- Parece uma videira	G F+/- Nat G F- Nat
,75	Cartão II É muito bonita, parece que tem !! 3- Também tem folhas 4- E faz um coração	Comentário subjectivo G F+/- Nat Dbl F+ Ant
5,11	Cartão III 5- Parece duas pessoas a orar uma para a outra. Não está especificado. Sentado...mal sentados	G K H Ban Comentário subjectivo
3,30	Cartão IV É mais complicado 6- Parece dois pés torcidos para o lado direito e para o lado esquerdo 7- A pessoa está sentada, tem uma cabeça mal definida	Comentário subjectivo D Kp Hd D K H
2,20	Cartão V 8- Parece um veado, não sei se é ou não... 9- Tem asas abertas...mais nada, mas é parecido a um veado	G F- A D F+/- Ad
	Cartão VI Está muito definida	Comentário subjectivo

5,12	10-Parece uma cruz e nos lados para fora em cima e em baixo Não me diz mais nada	D F+ Obj/Religião
7,15	Cartão VII Não sei o que é 11-São folhas, não sei. Serão folhas com picos. Não me diz mais nada	G F- Nat
5,00	Cartão VIII 12-Tem um pedestral sobre ele 13-Tem muitas folhas também. Não sei explicar tem folhas de lado, mais nada.	D F- Obj D F+/- Nat
7,66	Cartão IX 14-Tem um pedestral cor-de-rosa com umas folhas 15-Tambem tem veados. Gosto muito de veados, não está muito definido	D Fc Obj D F- A Comentário subjectivo
7,57	Cartão X 16-Torre Eiffel em cima, tem suportes razados 17-E parece animas de casa lado, mais nada.	D F+ Arq →C D F+/- A

O psicograma obtido foi o seguinte:

R= 17 ↓	G = 6	F + : 3	A : 3	G% = 35% ↑
	D = 11	F - : 5	Ad : 1	D% = 65%
	(Dbl =1)	F +/- : 5		
		K : 2	H : 2	F% = 76% ↑
		Kp : 1	Hd : 1	F+%= 42% ↓↓
		FC: 1	Nat : 5	A%= 18% ↓
			Anat : 1	H% = 12%
			Arq : 1	
			Obj : 3	Ban = 1 ↓↓

T. apreensão: G – D – Dd – Dbl – Do

T.R.I. : 2k / o,5 C

Comentário subjectivo: 5

RCY. = 35%

I.A. = 17% ↑↑

A análise dos traços salientes dá conta de uma fragilidade ao nível dos limites do espaço psíquico, o que faz com que haja um fraco investimento na realidade externa, através de uma inibição na abordagem a novos objetos (G, D).

A análise dos determinantes sugere uma colagem ao real de forma concreta e objetiva (F). Há uma frágil delimitação do espaço psíquico que torna o contacto com a realidade precária (F+, número elevado de F- e F+/-). As cinestésias K são de má qualidade, atestando o fraco contacto com a realidade. A existência de cinestésias Kp dá conta da existência de pressões internas muito intensas, o que faz também com que o Índice de Angustia seja superior à norma.

A dinâmica afetiva (T.R.I.) é introversiva mista, o que sugere uma incapacidade de

ressonância emocional por parte da utente. O Índice de Socialização dá conta de uma atitude pouco socializada.

As escolhas + (prancha IX) remetem para o relacionamento afetivo e as escolhas – (prancha III) para as identificações sociais (tem dificuldades em relacionar-se socialmente).

Em seguida apresentamos a análise de cartão-a-cartão:

Cartão I: na entrada na situação projetiva, situação nova, a utente consegue organizar-se através de uma imagem inteira, unitária, contudo evidencia a fragilidade existente ao nível dos limites entre interno/externo; eu/outro. Os limites são precários e surgem más formas (videira : F-) o que dá conta da dificuldades em elaborar a experiência.

Cartão II: não acede à solicitação latente da relação. As dimensões pulsionais estão recalcadas. Os limites entre interno/externo continuam a apresentar-se vagos, permitindo ver os seus constituintes (coração : Anat).

Cartão III: surge representada a relação, num registo de passividade e de indiferenciação.

Cartão IV: há uma angústia reativada neste cartão, que impede a elaboração. O tempo de resposta a este cartão é superior em relação aos restantes, surgem representações parciais que dão conta de uma dificuldade em relação ao paterno.

Cartão V: embora consiga integrar uma imagem unitária, não é uma boa forma, o que dá conta de uma dificuldade a nível da integridade corporal.

Cartão VI: aqui a elaboração da experiência é possível, embora não seja possível uma integração unitária.

Cartão VII: não acede à solicitação latente da relação. Surge neste cartão a representação de uma dificuldade ligada ao materno.

Cartão VIII: neste cartão espera-se uma mudança devido à introdução de tons pastel. Continua-se a verificar a fragilidade dos limites. A afetividade encontra-se extremamente contida, em parte devido aos acentos precários das fronteiras entre o interno/externo, que leva facilmente à confusão entre eles.

Cartão IX: surge apenas neste cartão a expressão da afetividade, que surge contida numa forma.

Cartão X: no final da fase projetiva a utente procura estancar o processo projetivo através do bloqueio “mais nada”. A afetividade encontra-se contida, pois devido à frágil delimitação dos contornos do espaço psíquico a realidade interna e externa confundem-se.

De um modo geral a utente dá poucas respostas, sobressai muito os +/- e fez muitos

comentários e críticas. Projeta muito para a natureza e objetos religiosos. Estamos perante um funcionamento mental e traços do tipo psicótico e mecanismos de defesa que remetem para o tipo psicótico.

7.5. Acompanhamento Psicológico

Após a avaliação psicológica ficou claro que era indispensável acompanhamento psicoterapêutico, tendo-se realizado um contrato terapêutico de acompanhamento semanal de modo a auxiliar a compreensão das suas problemáticas que se faziam sentir.

Sessão de 27-11-2013

Iniciou a sessão falando do dia a dia. Completamente autónoma, tomando ela própria as suas decisões e que por vezes altera a medicação prescrita, por sua iniciativa.

Sente-se feliz por ir passar o Natal com a família reunida. A neta (casada com um Australiano) vem passar o Natal a Portugal. «*Agradece a Deus a sua inteligência*» (sic).

Relativamente ao filho, médico, 64 anos de idade, casado, reformado, colabora com paixão e dedicação na Santa Casa da Misericórdia, referindo que recebe apenas um valor simbólico. Relembra as doenças dos filhos, referindo que «*A crença em Deus salvou-os*» (sic).

Não tem desenvolvido relações de amizade no Centro, mas ajuda muitas pessoas, rezando e pedindo a Deus por elas, nomeadamente algumas irmãs. Sente-se bem por orar e saber que ajuda os outros, pedindo a Deus que não haja «*quedas espirituais nem quedas corporais*» (sic).

Se pudesse mudar alguma coisa, queria ver todos bem e se possível ela própria para poder ajudar os outros.

Comentário e reflexão:

A temática familiar é algo que a utente aborda com grande frequência nas sessões, por norma fala sempre das contrariedades que os membros da família já ultrapassaram, ou estão de momento a ultrapassar, ou menciona os seus sucessos e conquistas.

Nota-se que o seu conforto encontra-se muito correlacionado com a dinâmica familiar e o bem-estar desta, por exemplo nesta sessão é notório que a utente se sente feliz por ir passar o Natal com a família, em outras sessões é saliente o mal-estar que certas situações, como o neto não ter uma pensão de alimentos abastada.

Denota-se uma grande dependência emocional por parte da utente em relação aos

membros familiares. Dependência esta que vamos abordar e aprofundar mais ao longo deste caso.

Em seguida é saliente a temática da religião. A utente apoia-se muito na religião, sendo importante na sua vida, sendo mesmo um pilar essencial. A utente atribui à religião fatores como a inteligência da neta e muitos dos acontecimentos positivos que ocorreram na sua vida, como é o caso a cura das doenças que os filhos tiveram.

A utente constantemente atribui à religião os créditos por tudo que acontece de bom e positivo a si e à sua família, existindo uma certa recusa da realidade e neste caso das próprias capacidades da neta ou equipa médica que tratou dos filhos.

Apesar de não abordar a temática do jogo (que também é igualmente relevante) nesta sessão, menciona outro dado importante que é a sua falta de socialização. A utente apesar de estar institucionalizada há vários anos não tem laços relacionais com utentes e poucos com os técnicos do Centro.

É interessante reparar que embora mantenha uma vida social muito resguardada e se exclua da grande parte das atividades de grupo do Centro, tenta compensar ao orar pelos seus amigos e todos os funcionários do Centro. A utente usa a religião como maneira de colmatar as suas falhas, neste caso falhas sociais.

Repetidamente temos presente a religião, neste caso como meio de superar as suas fragilidade e falhas, pois onde ela falha socialmente ela ajuda rezando, pedindo a Deus que não haja «*quedas espirituais nem quedas corporais*» (sic).

Sessão de 11-12-2013

A utente iniciou a sessão queixando-se de dores nas costas, mas disse que não ia ao médico do Centro, porque o filho já lhe tinha dado as indicações do que deveria fazer: tomar Ben-u-ron à noite durante 1 semana – «*pode ser dores nervosas ou musculares*» (sic).

Refere também que se sente muito ansiosa, porque quer falar com a filha que a virá buscar para os preparativos de Natal.

Questionada acerca das doenças que teve desde a sua infância, recorda que enquanto jovem vomitou sangue, sendo «*curada pelo Divino Espirito Santo*» (sic). Recorda também ter estado internada, relembrando o internamento com pesar por ter estado isolada durante 6/7 dias, bem como de outra situação em que «*vomitou pus*» (sic), mas que nunca soube a origem. Em todas as situações de doença a utente relembra «*a sua crença em Deus e da sua cura divina*» (sic).

Recordou a história da sua infância. O pai morreu quando tinha 8 anos, «*teve a visão*

da morte» (sic). Viveu com a mãe no Pico até aos 12 anos. A família da mãe foi muito presente no seu crescimento. Não gostava de estudar, «*era cábula*» (sic), nunca tendo sido boa aluna, pois era muito distraída. Casou no Faial com 17, anos (marido tinha mais 11 anos), tendo sido muito feliz no Faial, com muitos amigos, «*maravilhoso*» (sic). O marido faleceu antes da entrada da utente no Centro.

Quando deu entrada no Centro vinha em estado depressivo, tendo sido esse o motivo principal do seu internamento.

Questionada acerca da medicação tomada atualmente, refere que não sabe bem, pensa ser para tensão arterial e tonturas.

Finalmente relatou de novo rotinas no Centro. Prefere isolar-se do que estar junto às utentes que sofrem de doença mental, «*pede desculpa a Deus*» (sic).

Comentário e reflexão:

Nesta sessão, torna-se evidente a temática da família como um assunto ansiogénico. A utente encontrava-se muito ansiosa para falar com a filha, não existindo motivo aparente para tal, pois não se tratava de algo mau que tivesse acontecido, simplesmente queria que esta a fosse buscar para os preparativos de Natal.

É bastante notória a constante preocupação e ansiedade com assuntos aparentemente banais, sendo este apenas mais um exemplo que reforça a noção de que a utente encontra-se muito dependente dos familiares mais próximos.

Quando questionada sobre doenças que teve na sua vida, a utente remete a questão para termos religiosos, dizendo sempre que foi curada por intervenção divina numa constante necessidade de atribuir a Deus a responsabilidade de todas as ocorrências da sua vida, sendo este o grande orientador e benfeitor na sua vida.

O relato sobre a vida familiar é essencial nesta sessão. O falecimento do seu pai quando ela era muito nova, com 8 anos, marcou-a bastante e, como tal, tem uma conotação espiritual, o pai «*teve a visão da morte*» (sic). Estas memórias fazem ressurgir muita dor e sofrimento, encontrando-se essa dor espelhada em todos os episódios que conta sobre a sua infância.

É interessante reparar que mais tarde vai casar com um homem que é razoavelmente mais velho que ela (11 anos), tal faz-nos questionar se não se encontrava à procura de uma certa figura paternal neste homem, como uma maneira de ajudar a lidar com a falta do pai. Quando o marido falece, a utente descompensa, dando entrada no Centro com um quadro depressivo.

Sessão de 05-03-2014

Iniciamos a sessão com saudação habitual. Pergunto se pretende abordar algum assunto em especial, manifestando preocupação com a neta, apesar ter tido a visita da filha e do neto.

Relembrou da vida académica e profissional da sua neta, assim como da vida amorosa, a casa que comprou, etc. Transmitiu felicidade no seu rosto enquanto conversava sobre a sua neta.

De seguida, a utente falou acerca do significado do carnaval, da 4ª feira de Cinzas e da 6ª feira Santa. Realçou o facto de não comer carne nestes dias em honra do sofrimento de Jesus.

Terminamos a sessão com grande tranquilidade desabafando algumas preocupações, contudo sempre calma e bem-disposta.

Comentário e reflexão:

Outro assunto muito recorrente é a constante preocupação da utente com os seus familiares mais próximos (filhos e netos). Encontra-se sempre ansiosa quer seja com causa apropriada (ex.: o filho não deu notícias durante 10 dias) ou sem causa aparente, como é aqui o caso (pois a neta tinha-a visitado há pouco tempo e estava tudo bem com esta).

Parece sempre preocupada com a sua família, estando permanentemente focada nas suas problemáticas e possíveis problemas. Foi com esta temática que iniciou a maioria das suas sessões de psicoterapia. Preocupa-se com a situação financeira e de saúde mental do neto, com a saúde da filha e do filho, etc. Manifesta uma grande dependência relacional das figuras familiares.

Searles (1965) refere que o paciente psicótico busca uma relação simbiótica, usando como seus os recursos egóicos do outro. Poderá ser o que está a ocorrer aqui, uma grande dependência das figuras familiares como maneira de superar a escassez dos seus próprios recursos.

Esta grande preocupação pode ser ao mesmo tempo motivada pelas vicissitudes da sua patologia (ex.: a dependência relacional e a desrealização das situações), como pode ser uma maneira de se manter conectada à realidade, pois é uma forma de se manter focada.

As suas preocupações familiares são ultrapassadas com as orações diárias. A religião aparece como mecanismo para lidar com a ansiedade e como forma de a deixar calma e tranquila, iniciando a sessão agitada e preocupada e terminando a sessão serena, após ter falado sobre as suas problemáticas e sobre a religião, que tem um efeito apaziguador sobre

ela.

Sessão de 12-03-2014

Começa a sessão a falar do euromilhões, precisava que lhe saísse um prémio, por mais pequeno que fosse.

De seguida lembrou-se que estamos no mês de S. José, evocando alguns Santos e fazendo o paralelismo com os filhos e netos, que têm todos nomes de Santos. Todos os dias vai à capela orar pelos seus familiares, amigos e todos os funcionários do Centro.

Terminamos a sessão com grande tranquilidade, combinando o passeio que irá ter lugar na parte de tarde.

Comentário e reflexão:

Nesta sessão podemos denotar o seu interesse pelo jogo, sendo este o tópico “especial” com que ela inicia a sessão de psicoterapia. É bastante recorrente a manifestação da necessidade de ganhar um prémio, e como tal ela gasta a maioria da sua “mesada” em raspadinhas e euromilhões.

A filha é quem faz a gestão do seu dinheiro e dá-lhe 20.00 € de 15 em 15 dias para os seus gastos diários, notando-se a necessidade de gerir os fundos monetários da utente, demonstrando a sua dificuldade em gerir o seu próprio dinheiro

Este grande interesse pelo jogo e pelas compras parece estar mais ligado à sua natureza obsessiva, como maneira de controlar a realidade e a tornar mais suportável. Sendo, igualmente, uma maneira de lidar com os eventos ansiogénicos.

Outra maneira de lidar com os eventos stressantes, e sempre presente nos acompanhamentos psicológicos (não sendo diferente nesta sessão), é a sua fixação com a religião. Trás novamente para a sessão a sua grande crença católica e como esta se reflete até na dinâmica familiar, uma vez que todos os filhos têm nomes de Santos. Existe uma grande necessidade em ter presente a crença religiosa em todos os aspetos da sua vida.

É notória a forma como tenta ultrapassar a sua insegurança e os seus medos através do ato de oração, pois ao rezar as suas fragilidades e fraquezas são minimizadas através da oração, sendo esta forma que encontrou para superar as suas angústias, os problemas da família e amigos.

Mantém uma vida social muito protegida e exclui-se de grande parte das atividades de grupo do Centro, compensando ao rezar pelos seus familiares, amigos e todos os funcionários do Centro. É recorrente o uso da religião como maneira de colmatar as suas falhas, neste caso

sociais, preferindo isolar-se a estar junto das outras utentes. Contudo, pede desculpa a Deus pela sua conduta.

7.6. Análise e Discussão Clínica

Após a avaliação psicológica e respetivo acompanhamento psicológico, são várias as relações que podemos tecer em relação a este caso clínico. Sendo imprescindível compreender as consequências dos seus eventos de vida e a sua forma de funcionamento mental, para se entender os aspetos mais salientes da utente.

Funcionamento Cognitivo

Conclui-se que não apresenta comprometimento cognitivo, tendo uma boa capacidade de orientação espaço-temporal, de atenção, de cálculo e boa memória a curto prazo. Demonstra, contudo, dificuldades ao nível da capacidade viso-espacial.

Funcionamento/Organização Psicótica

A salientar é a sintomatologia psicótica que as provas de avaliação de personalidade e psicopatologia demonstram, tal como o discurso e comportamento da utente.

A perturbação psicótica tem o seu ponto de partida a nível das frustrações mais precoces (Bergeret, 2000). A criança está desde o início voltada para a relação e quando há uma falha relacional e empática há uma retirada do mundo relacional, gerando-se uma desconfiança básica, em que o outro aparece como ameaçador (Matos, 1996).

A identificação é o vínculo mais estruturante do indivíduo e é na intersubjetividade que nasce o “eu” e o “objeto”. Na génese do funcionamento psicótico, esta base ficou lesionada no indivíduo através: da personalidade patológica dos pais; de carências graves na função empática e contentora das angústias e da sexualidade primitiva, de modo a permitir a estruturação egóica e construção do aparelho psíquico; dificuldades dos pais em permitir e favorecer a agressividade necessária para romper o invólucro simbiótico e em representar a lei da exogamia; sistemas familiares patogénicos (geralmente com ideologias idiossincráticas mais bizarras e fechados à realidade social externa) e carácter patogénico e disruptivo de acontecimentos traumáticos (ex. privações intensas dos cuidadores, situações de abusos, rejeição consciente e/ou inconsciente por parte das figuras parentais, etc.) (Badaracco, 1986).

Um “eu” que se tenha fixado e tenha permanecido bloqueado desde cedo, ou regredido, pré organiza-se segundo uma linha estrutural psicótica (Bergeret, 2000).

O falecimento do seu pai foi um marco muito relevante e traumático na sua vida,

podendo ter sido o desencadear da patologia. Apesar de salientar que recebeu muito apoio da mãe e da família materna, o falecimento do pai continua a ser um evento que até hoje acarreta muita dor e sofrimento, denotando-se, assim, uma grande angústia. A evidência dessa dor é visível em todos os episódios que conta sobre a sua infância, revelando uma fixação nesta época da sua vida.

Em diversos textos encontramos a conceituação da metáfora paterna e da inscrição do Nome-do-Pai. De acordo com Nazar (2008), o Nome-do-Pai é o representante da lei e gere o desejo, sendo uma substituição do Desejo-da-Mãe. Segundo Alberti (2004), *«(...) para que o desejo da mãe possa alcançar algo que almeja é preciso que o sujeito tenha uma referência a um pai que pode relativizar, mediatizar e barrar o próprio desejo da mãe. Diz-se então que para esse sujeito, o Nome-do-Pai se inscreveu no Outro que é primordialmente materno»* (p.18).

Quando não ocorre esta operação da metáfora paterna, o Nome-do-Pai fica excluído do simbólico, este é o início da estruturação da psicose. Sem esta função paterna, não há simbolização da sensação primordial do indivíduo no que diz respeito à mãe. Como tal, o indivíduo não se libera do Outro, ficando submisso às suas vontades e não consegue escapar do lugar que o Outro lhe indica, pois esse Outro não foi interdito pelo Nome-do-Pai (Nazar, 2008).

O facto de ter sido muito protegida, faz-nos questionar sobre o quão resguardada a utente foi nesta relação mãe-filha (se houve espaço para fazer um luto e para manifestar agressividade) e o quão simbiótica esta relação era (reforçada pelo facto que o pai ter falecido quando ela era nova). Se, de facto, a relação entre a utente e a mãe fosse simbiótica, isso seria uma impossibilidade para a utente, como criança, de ser considerada como um objeto distinto da “mãe sujeito”. Isso corresponderia a uma falha da organização narcísica primária, que dificulta a separação e diferenciação do Ego. Esta relação, mais ou menos fusional com a mãe, segundo as variedades da psicose, será permanentemente repetida (Bergeret, 2000).

Searles (1965) refere que o paciente psicótico busca uma relação simbiótica, usando como seus os recursos egóicos do outro, como se revivesse a experiência mãe-filho.

Não temos dados suficientes sobre a relação da utente com a mãe para averiguar esta observação, mas dado o discurso da utente nas sessões de acompanhamento psicológico, onde manifesta uma grande dependência relacional com as figuras familiares, parece repetir um padrão familiar. No entanto, isto são meras deduções explicativas.

Por norma, os principais mecanismos de defesa psicóticos usados são: a projecção (da vida pulsional, agressividade primitiva e de partes do Self), a clivagem do Ego (que se opõem

à integração e sínteses egóicas, logo impedem a discriminação realidade-fantasia, dentro-fora e impedem a adaptação), fantasias onnipotentes (onde há um abalroamento do narcisismo e uma máxima sensação de vulnerabilidade), a recusa da realidade (ou retirada autística, negando os dados do exterior e construindo por delírio uma neo-realidade). Todos estes mecanismos concorrem para dar origem a fenómenos de despersonalização, de desdobramento da personalidade, ou ainda à simples desrealização (Bergeret, 2000; Matos, 1996).

P. Dubor (1971, citado por Bergeret, 2000) sintetizou os elementos profundos encontrados na linguagem do psicótico: a realidade não é plenamente investida, existindo um grau relativo de inadequação do desejo ao objeto, em que o afeto está mais ou menos dissociado da representação e as palavras são consideradas, a um certo nível, estranhas, alheias e ocas; é-lhes, por isso, difícil mobilizar um vazio que o psicótico não situa tanto entre o outro e ele, mas dentro da sua própria pessoa.

Já foi mencionada a presença destes mecanismos de defesa ao longo da avaliação psicológica, onde foram revelados fracos assentos na realidade. Há uma percepção delirante, afetividade muito contida porque a utente não tem capacidade de *insight* para a elaborar (pensar sobre ela) e faz um grande investimento nos contornos formais (F's), isso dá conta de um investimento nos limites, que no caso da utente são muito precários, mas é o que a vai mantendo em contacto com a realidade.

Neste caso, o ego retira-se de uma parte da realidade (retirada psicótica) ao serviço do Id. No entanto, o contacto com a realidade não é completamente perdido, há uma parte neurótica que mantém um contacto, os mecanismos de defesa imaturos e a fantasia onnipotente é que destroem a percepção da realidade (Matos, 1996). Diz Edith Jacobson (1967) que o psicótico tende a usar o mundo externo para prevenir a dissolução das estruturas egóicas e superegóicas, fazendo assim grandes esforços para forçar a realidade a assistir o Eu.

Como já foi mencionado o “desligamento” é a principal característica do funcionamento psicótico e deriva da lesão grave dos processos de ligação afetiva e simbólica numa etapa muito precoce do desenvolvimento. Existe um afastamento dos outros, da realidade externa e da própria vida interna (Matos, 1996). Este afastamento encontra-se muito presente no discurso da utente, quer nas provas de avaliação de personalidade, quer nas sessões de acompanhamento psicológico. Existe uma grande contenção do afeto e um grande isolamento social, as suas relações sociais são sempre distantes (apesar de ter um bom contacto) e a utente não participa em qualquer tipo de atividades de grupo no Centro.

Nos pacientes psicóticos existe um conflito causado pela realidade face às

necessidades pulsionais elementares, o que conduz a uma recusa de todas as partes dessa realidade que se tornaram demasiado perturbadoras; e eventualmente ao delírio, caso os fragmentos demasiado grandes da realidade tiverem sido negados, tornando-se indispensável à manutenção da vida reconstruir uma neo-realidade mais vantajosa, ainda que aberrante (Bergeret, 2000).

O paciente psicótico não pode desenvolver-se com autonomia e espontaneidade construindo uma identidade consistente. Constrói pseudo-identidades e sente que estas estão permanentemente postas à prova no contacto com a realidade. Assim, precisam de controlar essa realidade (formas obsessivas - denota-se uma natureza obsessiva na utente, em termos de obsessão pelo jogo e pela religião) ou de gerar uma neo-realidade (formas delirantes) pois estão permanentemente ameaçados na sua coesão interna (Badaracco, 1986).

O *self* é frágil e imaturo, como forma de evitar a angústia de autodestruição ou de desintegração que o ameaçam, faz identificações (identificações salva-vidas) ao objeto enlouquecedor, não podendo defender-se, nem desenvolver os seus aspetos verdadeiros, mimetiza-se. Estas identificações patológicas são clivadas da mente e constituem núcleos psicóticos internos (os objetos enlouquecedores que são sentidos como invasivos). O psicótico, ao não poder ser pessoa (que apenas existe através de identificações alienantes, sem capacidade de estar só, nem em intimidade) constitui-se personagem. O emergir da enorme carência objetal ameaça o *self* com uma angústia de morte. Agarra-se então a essas identificações patológicas que, ainda que despertam ódio e temor, são vitais para garantir a sua sobrevivência psíquica (Badaracco, 1986).

Especificidades das psicoterapias com pacientes psicóticos

A relação com o terapeuta é prematura, precipitada e intensamente dependente. O psicótico não introduz o outro na sua vida mental, fala como se o terapeuta soubesse tanto dos seus fatos de vida como ele, ou com uma enorme reserva, negando-se mesmo a revelar o que quer que seja (Badaracco, 1986).

Estes pacientes não funcionam com representações, é habitual haver nestes pacientes uma grave falta de simbolização, não tiveram acesso ao significado, a palavra é a coisa em si e por isso o seu embate é sentido como um abaloamento (Badaracco, 1986; Matos, 2005).

Os mecanismos de identificação projetiva levam a que o terapeuta seja alvo de conteúdos ameaçadores e angústias ou terrores inomináveis, uma vez que o analista não assume o papel e objeto interno, mas torna-se ele mesmo (Badaracco, 1986). O paciente ao defender-se, clivando o objeto, faz com que o retorno do clivado surja através de delírios,

alucinações, ataques de pânico e de raiva, o que dificulta muito a tarefa do analista, que é interpretar estes sinais, pois eles são desprovidos de qualquer elemento que os associe à consciência do sujeito. O analista tem dificuldade em responder de forma adequada a estes episódios, o que faz com que a contratransferência seja, habitualmente, negativa, quando não agressiva (Matos, 2005).

O analista terá de se adaptar às necessidades do paciente, este e o analista devem completar-se, só depois o paciente pode introjetar o objeto bom (neste caso o analista), mantendo a sua constância estruturante, no interior de si. Segue-se a “simbiose terapêutica”, este é um período de intensas trocas intersubjetivas no par analítico, de harmoniosa reciprocidade e progressiva afinação afetiva. Igualmente expande-se o amor e conhecimento, a solidariedade e a diferença (Badaracco, 1986; Matos, 2005).

Daqui podemos dar início ao processo de individualização-separação, o paciente torna-se cada vez mais ele próprio, agora com um bom objeto internalizado, e precisará cada vez menos do analista, pois o seu *self* agora é mais coeso e autónomo (Matos, 2005; Gouveia Franco, 2005). De acordo com Coimbra de Matos (2005), paralelamente, o processo analítico conduz a uma restauração narcísica e diferenciação identitária.

Obsessão com a Religião

Nos indivíduos psicóticos o Superego não chegou, de forma alguma, a um papel organizador ou conflitual de base e o Ego não está completo, encontra-se fragmentado (Bergeret, 2000). Questionamo-nos se a sua crença obsessiva na religião (atender a todas as missas, eucaristia, o teor religioso e moral em todas as sessões de psicoterapia, etc.) não será uma forma de colmatar esta fragilidade do Superego, surgindo assim como uma linha orientadora de moralidade.

De acordo com a visão psicopatológica, o fanatismo parece estar relacionado com uma tentativa de fuga da realidade (Lima, 2002). Poderíamos considerar que a obsessão religiosa demonstrada pela utente seria uma forma de escapar à realidade, uma vez que a utente tem dificuldades em lidar com a mesma.

Numa outra perspetiva, a psicanalítica, o fanatismo poderia apontar para a hipótese de um "complexo paterno" de origem. Uma vez que existe uma autoridade absoluta e invisível, um “Pai”, que comanda e exerce o seu poder (Freud, 1911). Já mencionamos anteriormente que o falecimento do pai da utente foi um marco traumático na vida desta, como tal esta poderá ter recorrido à religião como forma de lidar com o sucedido, arranjando assim um “substituto” para este pai que faleceu.

No entanto, não se pode falar de fanatismo no caso da utente, pois para ser considerado fanatismo era necessário apresentar todos os seguintes sintomas: (1) o sujeito ou grupo julgam estar em posse de uma certeza que recusa o teste da realidade; (2) tenta impor, de forma tirânica, a sua crença como sendo única e verdadeira; (3) coloca a causa suprema acima da sua própria vida e a dos outros; (4) isola-se do resto da sociedade e da família; (5) deixa de conseguir estabelecer uma comunicação com lógica e bom senso, tal também é notável nas ações do quotidiano e (6) perde a noção de respeito e humanidade para com os outros (Alves, 2001, Mrech 1999 & Nasio, 1993 citado por Lima, 2002).

Por outro lado, de acordo com Pierre (2001), a religião pode ajudar como mecanismo de *copping* focado na emoção, ajudando a manejar os aspetos emocionais de um evento ansiogénico em pacientes psicóticos. Fornecendo assim alguns recursos para lidar com as angústias e eventos stressantes sentidos, recursos esses que os pacientes psicóticos careciam. É de notar que as fragilidades e fraquezas da utente são minimizadas através da oração, sendo esta forma que a utente encontrou para superar as suas angústias, os problemas da família e amigos.

Desta forma, podemos olhar para esta obsessão com a religião sob diversos prismas, desde a necessidade de colmatar a fragilidade do Superego, passando por ser uma forma de escapar à realidade. Podendo ainda ser uma maneira de superar a perda da figura paternal ou apenas um mecanismo para lidar com as angústias e eventos stressantes.

Obsessão pelo jogo e compras

Já abordamos anteriormente a necessidade, em pacientes psicóticos, de controlar a realidade através de formas obsessivas e que, como tal, denota-se uma natureza obsessiva na utente, em termos de obsessão pelo jogo e pela religião.

De acordo com o DSM-IV (2002) a utente não se encaixa em todos os critérios diagnósticos para jogo patológico. No entanto, devemos salientar um dos critérios que menciona o jogo como forma de fugir de problemas. Novamente deparamo-nos com a necessidade de a utente controlar a realidade e as vicissitudes que esta acarreta, usando, neste caso, o jogo como forma de ludibriar a realidade.

Constantemente são evidenciadas as formas que a utente utiliza para controlar e sustentar a realidade, quer seja através da religião, ou da compra recorrente de raspadinhas, euromilhões e revistas.

Abordagem do Caso à Luz da Abordagem Centrada na Pessoa

Partindo sempre de uma abordagem focada nas seis dimensões relacionais – *pessoal, interpessoal, grupal, organizacional, institucional-societária e noética*, são trabalhados os conflitos intrapsíquicos, na perspetiva das dimensões pessoal e intrapessoal, através da abordagem psicoterapêutica centrada na pessoa (Hipólito, 2011).

Foi possível detetar ao longo das sessões de acompanhamento psicológico e na avaliação psicológica realizada, a presença de diversos pontos de conflito pessoais e interpessoais. A utente apresenta sinais de funcionamento psicótico, recorrendo à religião constantemente como uma boia de salvamento e como linhas de guia para viver, e recorre ao jogo como forma de lidar com a realidade.

Já foi abordado, previamente, as potencialidades da pessoa só se conseguem atualizar se forem criadas condições ótimas, de natureza biológica/psicológica (Hipólito, 2011). No entanto, verifica-se, através da análise do caso, que as condições ótimas não foram sempre criadas, pelo que surgiram traumas, quer nas suas potencialidades, quer nas suas atualizações. Estes traumas manifestam-se na sua obsessão com a religião e com o jogo.

No entanto, é notável reparar como estas obsessões são meios de cooperação desenvolvidos para lidar com a sua situação atual. A este propósito, Hipólito (2011) refere que a existência de traumatismos ao longo da existência desencadeia no indivíduo o desenvolvimento de “forças de autocura”. No caso da utente, ao voltar-se para a religião, a utente encontrou uma maneira de lidar e aceitar a sua situação de vida, encontrando-se dessa forma conformada com a institucionalização e todos os seus aspetos.

Como já foi referido na ACP, o sintoma pode ser visto como a melhor forma de adaptar às circunstâncias do presente, de manter o melhor equilíbrio possível, naquele momento, para que o cliente continue com a sua vida (Nunes, 1998). Foi o que aconteceu neste caso clínico, a utente recorre a algo que permiti-lhe viver uma vida pacífica e acomodada.

Tendo sido adotada a abordagem centrada na pessoa, o apoio psicológico foi individualizado, trabalhando-se o aqui e agora, com uma abordagem não-diretiva, centrada na pessoa, achando sempre que a utente sabia quais as melhores resoluções para os seus problemas (Rogers, 1983). Foi com esta linha de pensamento em mente que se efetuou o acompanhamento psicológico, o *counsellor* colocava-se no quadro de referência do cliente, dando ênfase ao conteúdo emocional e promovendo o seu crescimento pessoal e não apenas a solução do problema (Scheffer, 1976).

Procurou-se dar apoio à utente a nível de diversas áreas e em diversos contextos

terapêuticos, de forma a atenuar as problemáticas que sentia. Chegou-se à conclusão que a melhor maneira de ajudar a utente seria através de um trabalho de cooperação entre psicólogo e cliente, sendo para isso necessário a consideração positiva incondicional (receber e aceitar a pessoa como ela é e expressar um afeto positivo por ela existir, não sendo necessário que ela faça ou seja isto ou aquilo), a empatia (capacidade de se colocar no lugar do cliente, ver o mundo pelos olhos deles e sentir como ele sente, o paciente receberá esta manifestação como uma profunda e reconfortante experiência de estar sendo compreendido, não julgado) e a congruência (habilidade de expressar de modo objetivo seus sentimentos e percepções, de modo a permitir ao cliente as experiências de reflexão e conclusão sobre si mesmo) (Rogers, 1961).

7.7. Reflexão final do caso

Tentou-se estabelecer uma aliança terapêutica desde a primeira sessão, escutando ativamente, adotando uma atitude empática para com o que preocupava a utente e exibindo uma postura isenta de juízos de valor.

Após a avaliação psicológica ficou bastante claro que era crucial o acompanhamento psicoterapêutico desta utente, devido ao seu fraco investimento na realidade externa, à sua frágil delimitação do espaço psíquico e a sua afetividade contida. O diagnóstico do funcionamento tipo psicótico é reforçado pelo diagnóstico do psiquiatra, no entanto o contato e a relação que a utente estabelece com as pessoas é adequado, sendo uma pessoa bem resolvida e que demonstrou um modo de funcionamento normal, recorrendo à religião como algo reconfortante.

Depois de sugerido o acompanhamento psicológico, elaborou-se um contrato terapêutico de acompanhamento semanal de modo a trabalhar as problemáticas.

Optou-se por uma Abordagem Centrada na Pessoa (Rogers, 1961) e nas suas necessidades criando-se um espaço onde a utente podia falar abertamente, de forma a sentir-se apoiada, compreendida e estimada, nas suas características e problemática, sem qualquer juízo de valor:-

O psicólogo adaptou-se às necessidades da utente, de forma a providenciar um bom objeto, para posteriormente proceder ao processo acima descrito (ver *Especificidades das psicoterapias com pacientes psicóticos*).

Neste processo tentou-se trabalhar questões como a afetividade contida, providenciando um local para a utente expressar-se e falar sobre o que sente. Esta incapacidade de elaboração acaba por se refletir na sua diminuta maleabilidade psíquica para

se adaptar a situações, encontrando-se constantemente ansiosa e recorrendo à religião para a acalmar.

Tentou-se igualmente providenciar alguma contenção psíquica devido à sua frágil delimitação do espaço psíquico. Trabalhou-se, identicamente, o investimento na realidade, tendo sempre em atenção as características da utente, neste caso a sua forte crença religiosa, de forma a respeitar esta.

A utente passou por eventos de vida que deixaram sequelas, aparentemente, não resolvidas. Pondera-se que estes acontecimentos possam estar no núcleo da sua sintomatologia psicótica e como tal são assuntos a ser trabalhados.

Como já foi mencionado, o acompanhamento psicológico realizou-se de modo a trabalhar da melhor forma com as características da utente e o seu funcionamento, providenciando um local onde ela podia falar abertamente e onde podia manifestar as suas emoções.

Espera-se que a psicoterapia lhe tenha providenciado algumas ferramentas e recursos, bem como um espaço onde ela possa ter desenvolvido capacidades de elaboração.

Reflexão pessoal

O acompanhamento psicológico desta utente foi outro processo muito satisfatório a nível pessoal, pois ajudou, igualmente, a aprofundar capacidades essenciais à prática de psicologia.

Uma dessas capacidades foi a minha empatia e a escuta ativa, o que me permitiu elaborar uma aliança terapêutica com a utente, o que por sua vez possibilitou um bom trabalho terapêutico.

Outra habilidade desenvolvida foi a aceitação incondicional do outro, esta manifestava-se ao não tecer juízos de valor devido à carga religiosa excessiva que a utente trazia para as sessões, aceitando sempre as suas explicações e motivações religiosas. Paralelamente, era estimulada a resistência à fadiga.

Tal como já foi mencionado, a tarefa de entrar no mundo interior e ser um quadro de referência da utente não é fácil. Uma pessoa tem de aprofundar as suas competências de sensibilidade e descentração, de forma a transmitir uma sensação de compreensão e aceitação à utente.

Em conclusão, foi um grande momento de aprendizagem, que possibilitou o conhecimento aprofundado de uma pessoa e todas as suas vertentes.

III PARTE

8. Avaliação Final e Discussão

O aumento da esperança de vida e a melhoria do estado de saúde das pessoas idosas é a base para que envelhecimento da população seja um fenómeno observado na maioria dos países. Nesse sentido, cabe à sociedade e em especial às ciências da área da saúde mental, investigar contributos para proporcionar melhorias quanto à qualidade de vida dos idosos (Oliveira, 2008).

Na sequência das teorias do envelhecimento bem-sucedido, buscamos, o que nos refere Oliveira (2008), um indivíduo “pró-ativo” que regula a sua capacidade de vida através da definição de objetivos. Fomentar o interesse nos idosos sobre qualidade de vida é garantia de satisfação e de bem-estar. A noção de qualidade de vida relaciona-se com o sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidade para sair da inércia, satisfação com a vida, alegria, autonomia, recursos e direitos para “gozar” a vida em pleno.

Identificar as virtudes do envelhecimento é um desafio a desenvolver ao longo dos tempos. Viver de maneira positiva é uma questão existencial própria do ser humano, e identificar as condições que permitem envelhecer com boa qualidade de vida é tarefa de várias disciplinas no âmbito das ciências biológicas, da psicologia e demais ciências sociais (Neri, 2007).

O envelhecimento bem-sucedido responde à vida com satisfação e enquadra-se no contexto do desenvolvimento positivo. Será bem-sucedido quando o indivíduo produz algo e percebe a acrescentar algo à sua vivência (Fonseca, 2006).

O que consideramos como idade é muito relativo e não é regido somente pelo tempo, ou pelos dias da nossa existência. Os idosos são dotados de uma capacidade de empenhamento e investimento nos seus projetos, nos seus valores e na sua vontade. É preciso oferecer-lhes essa oportunidade (Fonseca, 2006).

Frequentemente, devido a dificuldades a nível físico e psíquico, consequências da deterioração do organismo, torna-se difícil para a pessoa idosa cuidar de si própria ou para a pessoa que cuida do idoso. Surge, assim, o recurso a instituições que supram as necessidades sentidas (Sono, Oshima & Ito, 2008; Fernandes, 2002).

Como já foi mencionado, o Centro Piscogeriatrico Nossa Senhora de Fátima acolhe senhoras idosas com patologias do foro psiquiátrico. Como tal, o trabalho desenvolvido enquadra-se na área da psicogeriatrica, recorrendo à intervenção psicológica para atender às diversas patologias do foro mental apresentadas pelas utentes, bem como reabilitação

cognitiva a pacientes demenciais ou com défices cognitivos, tentando assim melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, tal como a sua saúde mental.

No que diz respeito aos grupos psicopedagógicos trabalhei com o Grupo II, que corresponde a um grupo independente, que inclui as seguintes características psicopatológicas: a esquizofrenia, a depressão, psicoses, neuroses, etc. O objetivo principal era a realização de atividades que estimulassem as capacidades cognitivas das utentes, trabalhando áreas como a comunicação e relação interpessoal. O meu papel passava pelo planeamento, preparação, dinamização e registo das sessões, uma vez que, após o final de cada reunião, era realizado um registo para posterior reflexão.

No decorrer do estágio, tive também oportunidade de acompanhar três casos de reabilitação cognitiva. O caso aqui exposto apresentava sintomatologia depressiva com sintomas de ansiedade associados. A utente manteve o seu nível cognitivo, o que pode estar relacionado com a prática semanal de exercícios de estimulação cognitiva através do programa informático *Rehacom*.

Relativamente aos dois casos de acompanhamento psicológico, ambas tinham perturbações de humor. O caso clínico da utente G. consistia num quadro de depressão *major*, motivada por um luto patológico. A relação terapêutica estabelecida permitiu a criação de um espaço onde a utente podia falar abertamente sobre as suas problemáticas.

O caso clínico da utente M. consistia num quadro de sintomatologia psicótica. Sendo notável a sua fragilidade ao nível dos limites do espaço psíquico, bem como o fraco investimento na realidade externa. A utente apresentava uma obsessão com a religião e com o jogo.

Tentou-se estabelecer uma aliança terapêutica desde a primeira sessão, escutando ativamente, adotando uma atitude empática com a utente e exibindo uma postura isenta de juízos de valor.

A interação diária com as utentes e o trabalho desenvolvido com estas possibilitou uma aprendizagem profunda sobre o papel do psicólogo clínico em contexto psicogeriátrico, tendo adquirido a noção de que o psicólogo deve auxiliar no processo de envelhecimento, atendendo às necessidades apresentadas pelos utentes, através de acompanhamento psicológico individual ou em grupo, bem como pela reabilitação de funções cognitivas, ou qualquer outro tipo de intervenção que seja benéfico para utentes institucionalizados.

É importante atender às necessidades desta população fragilizada, na sua maioria. Recorrendo a equipas multidisciplinares de profissionais, de modo a colmatar as suas necessidades e promover um envelhecimento ativo.

Reflexão pessoal

De uma forma global, o balanço deste ano curricular e de estágio, foi positivo em várias vertentes. As expectativas e os objetivos propostos para o estágio, de desenvolvimento e aprofundamento de competências profissionais, de procurar auxiliar as pessoas idosas, ao mesmo tempo que aprendia com elas foram alcançados em grande parte.

Ao longo do estágio pude, igualmente, perceber quais são as minhas potencialidades e as minhas fragilidades enquanto psicóloga. De igual forma, entendi quais as áreas que precisam de ser trabalhadas, para poder ser a melhor profissional possível.

O facto de ser responsável e ter de tomar decisões sobre os instrumentos a utilizar na avaliação, a condução da avaliação e sobre as ilações retiradas da avaliação, promoveram a necessidade de ser mais proactiva, tal como a minha capacidade de interpretar casos clínicos. De igual forma senti necessidade de ser mais proactiva nas sessões de grupo psicopedagógico e de reabilitação cognitiva, onde foi necessário capacidade de planeamento, de forma a tornar as sessões interessantes e apelativas para todos os utentes.

Este estágio permitiu-me colocar em prática os vários conhecimentos teóricos que fui adquirindo ao longo da minha formação académica, bem como ajustá-los e aprofundá-los em função do contexto real de trabalho com o qual me fui deparando ao longo destes 8 meses. Esta foi, sem dúvida, uma oportunidade de enriquecimento da minha prestação nas diferentes dimensões que a profissão exige: técnica, científica e relacional. Em termos mais específicos, este estágio permitiu-me a evolução profissional em vários domínios: instrumentos de avaliação, definição de objetivos e planeamento de projetos terapêuticos, acompanhamento psicológico a nível individual e grupo, contato com várias psicopatologias e personalidades.

Mas, principalmente, evoluiu a minha capacidade de estar centrada na outra pessoa, de descentrar da minha pessoa e estar no aqui e agora, incondicionalmente, fazendo progredir a minha capacidade de aceitação, de empatia e de escuta ativa. O estabelecer de uma relação com outro utente implicou que respeitasse a sua forma de encarar a vida, assim como entender as suas limitações e necessidades, nunca fazendo juízos de valor.

Verificaram-se no entanto algumas dificuldades relacionadas com a integração na instituição, tal como aprender como o Centro trabalhava, conhecer as pessoas que faziam parte da equipa e conhecer as utentes. A avaliação psicológica exigiu de mim um continuado estudo sobre o material a utilizar e a sua interpretação/cotação.

Como se tratou de uma experiência tão rica, que permitiu fazer correlações entre prática e teoria. As competências adquiridas e fortalecidas neste âmbito contribuíram tanto para o meu desenvolvimento profissional como pessoal.

Assim, este ano curricular e de estágio tiveram muitos pontos positivos na sua concretização, mas também algumas dificuldades, que foram sendo ultrapassadas. Os objetivos propostos foram atingidos e superados. De realçar que, para o balanço positivo do meu estágio, muito contribuiu a receção e atenção que tive por parte da equipa, sempre preocupados com a minha pessoa, com o meu bem-estar e com o meu enriquecimento pessoal e profissional. Globalmente, todos os objetivos que me propus concretizar em conjunto com o Centro foram alcançados, embora lamente não ter tido a oportunidade de acompanhar mais diretamente outros casos.

Estágio Curricular é uma das etapas fundamentais e de preparação para o exercício profissional. Subentende-se como uma fase de integração abrangente de várias vivências e não só um período de aperfeiçoamento teórico. O estágio possibilitou uma formação prática e técnica na área profissional eleita e deseja-se que facilite a futura entrada no mercado de trabalho. É do entendimento geral, consolidado pelos orientadores, de que a teoria sem prática é incompleta e prejudicial, dificultando o acesso imediato ao mercado de trabalho. O estágio pretende colmatar este problema e tem como função possibilitar ao estudante o conhecimento prático das funções profissionais, associado ao contacto empírico com as matérias teóricas estudadas. Dentro desta ótica orientadora, considero que o meu estágio foi de encontro a estes objetivos, tendo superado as minhas expectativas iniciais.

Referências Bibliográficas

- A Doença de Alzheimer. (s.d.). Obtido em 10 de Julho de 2014, de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-30-14-a-doenca-de-alzheimer>
- Agostinho, P. (2000). *Envelhecimento e Psicossomática em Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicossomática. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Agostinho, P. (2004). Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, (6)1, 31-36.
- Alberti, S. (2004). *O adolescente e o Outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª edição). (J. N. Almeida, Trad.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anderson, N.D., Winocur, G., & Palmer, F. (2010). Principles of cognitive rehabilitation. In J. M. Gurd, U. Kischka, & J.C. Marshall (Eds). *The handbook of clinical neuropsychology* (50-77). Oxford: Oxford University Press.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Badaracco, J. G. (1986). Identification and its vicissitudes in the psychoses: The importance of the concept of the "maddening object.". *The International Journal of Psychoanalysis*, 67(2), 133-146.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of the life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Barbosa, I. Neto. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2.ª edição) Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barreto, J. (1988). *Aspecto Psicológico do Envelhecimento*. *Psicologia*, VI (2), 159-170

- Beal, C. (2006). *Loneliness in older Women: A review of the literature*. Issues in Mental Health Nursing, 27, 795-813
- Beaumont, G. (2000). Clinical neuropsychology in practice. *The Psychologist* (13)1, 16-33.
- Bergeret, J. (2000). *A Personalidade Normal e Patológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Boelen, P., Bout, J. & Hout, M. (2003). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1123-1136.
- Bozarth, J. (2001). *Terapia centrada na pessoa: um paradigma revolucionário*. Lisboa: Edual - Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Boy, Angelo V. (1989). Psychodiagnosis: A person-centered perspective. In Cain, J. D. (Eds). *Classics in The Person-Centered Review*, 4(2), 132-151.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology & Aging*, 5, 58-67
- Campos, R. (2012). *Textos sobre psicopatologia e diagnóstico psicodinâmico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carstensen, L.L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. In J.E. Jacobs (Ed.) *Nebraska symposium on motivation: 1992, Developmental Perspectives on Motivation*, 40, (pp.209–254). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M., & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.
- Catão, M. (2001). *Projeto de vida em construção na exclusão/inserção social*. São Paulo, Brasil: Edição Universitária.
- Cates, J. (1999). The art of assessment in psychology: Ethics, expertise, and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 631-641.
- Cerebral Arteriosclerosis. (29 de Setembro de 2011). Obtido em 10 de Julho de 2014, de National institute of neurological disorders and stroke: http://www.ninds.nih.gov/disorders/cerebral_arteriosclerosis/cerebral_arteriosclerosis.htm
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na Clínica do Adulto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, A. (2003). *Contornos bio-psico-sociais do envelhecimento*. Hospitalidade, 260, 10-13.

- Cook, J., Gallagher-Thompson, D. & Hepple, J. (2005). Psicoterapia com Idosos. In J. Beck, G. Gabbard & J. Holmes (Eds.). *Compêndio de Psicoterapia de Oxford* (519-529). Porto Alegre: Artmed.
- Cromberg, R. U. (2000). *Paranóia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cumming, E. & Henry, E. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. New-York: Basic Books.
- Doença de Parkinson. (2012). Obtido em 10 de Julho de 2014, de Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson: <http://www.parkinson.pt/?lop=conteudo&op=7a614fd06c325499f1680b9896beedeb&id=c3992e9a68c5ae12bd18488bc579b30d>
- Doron, R., & Parot, F. (2001). Depressão. Em R. Doron, & F. Parot, *Dicionário de Psicologia* (p. 214). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ellenberger, H. (1958). A clinical introduction to psychiatric phenomenology and existencial analysis. In R. May, E. Angel, & H. Ellenberger, *Existence*. Nova Iorque: Simon & Schuster.
- Fernandes, T. (2002) *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009a). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). (2009b). *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Figueiredo, D (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Cadernos Climepsi Saúde 4. Lisboa: Climepsi
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state", a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* (12), 189-198.
- Fonseca, A. (1998). *Psiquiatria e Psicopatologia (Vol. II)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. (2002). Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 75-95.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Fontes, M. A. (s.d.). Possíveis alterações cognitivas decorrentes do AVC. Obtido em 2014 de 24 de Maio, de Plenamente: <http://www.plenamente.com.br/artigo/30/possiveis-alteracoes-cognitivas-decorrentes-avc.php#.U4MfWfldU0E>
- Franco, G. S. (2005). Estela, a psicose, um caminho entre pedras. *Análise Psicológica*, 4(XXIII), 381-390.
- Franco-Martín, M.A., & Orihuela-Villameriel, T. (2006). A reabilitação das funções cognitivas superiores na demência. In H. Firmino (ED.) *Psicogeriatría* (pp. 471-487). Coimbra: Psiquiatria Clínica
- Frankl, V. (1969). *The will to meaning*. Nova Iorque: Plumer.
- Freire, E., & Tambara, N. (2001). A terapia centrada na pessoa: os desafios da clínica. *A pessoa como centro: Revista de estudos Rogerianos*, 81-88.
- Freud, S. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de um caso de paranóia (dementia paranoides). In S. Freud, *Obras Completas* (12) (pp. 15 -105). Rio de Janeiro: Imago.
- Gabbard, G. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica*, baseado no DSM-IV (2ª ed.) Artimed
- Garcia, C. (1988). A Deterioração Mental dos Idosos. A tão falada Arterioesclerose Cerebral e a misteriosa Doença de Alzheimer. *Psicologia*, VI, (2), 197-206
- García, J. (2009). Psicologia de la vejez: el funcionamiento cognitivo. In R. Fernández-Ballesteros (Coord). *Gerontología social* (201-227). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gómez, N.C., & Brucet, J.M.V. (2008). Aplicación de las nuevas tecnologías en los programas de intervención cognitiva para personas com deteriro. *Alzheimer. Real Invest Demenc*, 38, 14-20.
- Graham, J. R. (2011). *MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology*. London: Oxford University Press.
- Guimarães Lopes. R. (1997). Antropologia do Envelhecer – Perspectiva Antropológico-existencial In *Jornadas de Psicologia da Escola Superior de Ciências de Saúde*, (pp.1-5) Porto.
- Guimarães Lopes. R. (Texto de Apoio) (1975). *Fenomenologia da Grupalidade*. Acessível na Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Guimarães Lopes, R. (1986). Antropologia integral. In Revista. “*O homem no seu mundo*”. Porto.
- Guimarães Lopes, R. (1996). Ansiedade. Ensaio de antropologia fenomenológica. In R. Guimarães Lopes, V. Mota, & C. Santos (Eds.), *A Escolha de Si-Próprio. Actas do II*

Encontro de Antropologia Fenomenológica e Existencial (pp. 73-94). Porto: Hospital do Conde de Ferreira.

- Guimarães Lopes, R. (2005). Gerontologia Preventiva. *Revista de Psiquiatria Conciliar e de Ligação*, 10(2)(pp.10-17).
- Guimarães Lopes, R. (2007). A psicologia curativa e os novos desafios da sociedade. Obtido em 12 de Agosto de 2014, de Centro Virtual de Divulgação e Estudo do Espiritismo: http://www.cvdee.org.br/evangelize/pdf/1_0372.pdf
- Guimarães Lopes, R. (2011). *A escolha de si-próprio*. Porto: Higiomed Edições.
- Jacobson, E. (1967). *Psychotic conflict and reality*. New York: International Universities Press.
- Havighurst, J. (1963). Succesfull Aging. Em R. H. Williams; C. Libbitts & W. Dona hue (Eds), *Process of Aging, Vol. I*, (p. 299). New York: Atherton Press.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. Lisboa: EDIUAL - Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Hipólito, J., & Nunes, O. (2000). *Patologia somática grave: Um olhar da abordagem centrada na pessoa*. A pessoa como centro: Revista de estudos Rogerianos, 95-101.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (2006a). *Folheto de Acolhimento*. [Brochura]. Lisboa: autor.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (2006b). *Identidade e Missão*. [Brochura]. Lisboa: autor.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (2006c). *Maria Josefa Recio Fundadora das irmãs hospitaleira do Sagrado Coração de Jesus*. [Brochura]. Lisboa: autor.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (2006d). *São Bento Menni Profeta da Hospitalidade*. [Brochura]. Lisboa: autor.
- Khoury , H., & Günther, I. (2006). Percepção de controle, qualidade de vida e velhice bem-sucedida. In D. Falcão, & C. Dias, *Maturidade e velhice: Pesquisas e intervenções psicológicas* (Vol. II, pp. 297-314). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Kirby M, Denihan A, Bruce I, Coakley D, Lawlor BA. (2001).The clock drawing test in primary care: sensitivity in dementia detection and specificity against normal and depressed elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, pp. 935-940.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1971). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Lehmann, S.W. (2003). *Psychiatric disorders in older women*. International Review of Psychiatry, 15, 269-279.
- Lima, R. d. (2002, Outubro). *O fanatismo religioso entre outros*. Retrieved Junho 25, 2014, from Espaço Académico: <http://www.espacoacademico.com.br/017/17ray.htm>
- Lobo, A., Launer, L.J., Fratiglioni, L., Andersen, K., Di Carlo, A., Breteler, M.M., Copeland, J.R., Dartigues, J.F., Jagger, C., Martinez-Lage, J., Soininen, H. & Hofman, A. (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 54 (5), S4-S9.
- Mac-Kay, A. P. M. (2003) *Linguagem e Gerontologia*. In: Ferreira, Piccolotto et al. *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca Ltda.
- Mata, Á., Santos, L., Maia, R., & Maia, E. (2010). Velhice e Projectos de vida: um estudo em idosos residentes do município de Natal. *Estudos interdisciplinares de envelhecimento*, 15(2), 165-175.
- Manton, K. G. (2001). Demography of populations and global aging: Societal implications of the old-old. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 21, 1-18.
- Matos, A.C. (1988). A neurose obsessiva. In A.C. Matos, *Artigos publicados nas revistas "Jornal do Médico" "O Médico"* (pp. 125-149).
- Matos, A.C. (2002). *Desespero*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. C. (2005). Transferência e nova relação na psicose. *Psilogos – Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*, 1(2), 83-90.
- Matos, A. C. (2006). Percursos da identidade: processos transformadores. In A. C. Matos, *Psicanalise e Psicoterapia Psicanalitica* (pp. 215-224). Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. C. (2007). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. C. (2012). *Mais amor menos doença*. Lisboa: Climepsi Editores.
- McDougall, J. (1983). *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1991). *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes.
- McWilliams, N. (2005). *Psychoanalytic Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Monteiro, Ivandro Soares (2012). *Depressão, Por que é que uns deprimem e outros não?*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Monteiro, H., Neto, F. (2008). *Universidade da terceira idade – da solidão aos motivos para sua frequência*. (1ª ed.). Oliveira de Azeméis: Livpsic Editora.

- Morganti F. (2004) Virtual interaction in cognitive neuropsychology. *Studies in Health Technology and Informatics*, 99, p. 55-70.
- Moroney, J.T., Bagiella, E., Desmond, D.W., Hachinski, V.C., Mölsä, P.K., Gustafson, L., Brun, A., Fischer, P., Erkinjuntti, T., Rosen, W., Paik, M.C., Tatemichi, T.K. (1997). Meta-Analysis of the Hachinski Ischemic Score in Pathologically Verified Dementias. *Neurology*, 49, 1096-105.
- Neary, D., Snowden, J., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S., et al. (1998). Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51, 1546-1554.
- Nazar, T. (2008). *Psicanálise e pesquisa: a função paterna. RJ, Cia. De Freud: Escola Lacaniana de Psicanálise.*
- Neary, D., Snowden, J.S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S., Freedman, M., Kertesz, A., Robert, P.H., Albert, M., Boone, K., Miller, B.L., Cummings, J. & Benson, D.F. (1996) Consensus Guidelines for the Clinical and Pathologic Diagnosis of Dementia with Lewy Bodies (DLB): Report of the Consortium on DLB International Workshop. *Neurology* 47, 1113-24.
- Neri, A. L. (Org.). (2007). *Qualidade de vida e idade madura*. (7ª ed.) Campinas: São Paulo: Papirus Editora.
- Neto, J., Tamelini, M., & Forlenza, O. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 119-130.
- Nichols, D., & Kaufman, A. (2011). *Essentials of MMPI-2 Assessment*. London: Wiley.
- Nunes, M. O. (1998). *Psicoterapia de tempo limitado e terapia centrada no cliente*. Monografia de fim de curso, ISPA.
- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento do idoso*. Porto: Livpsic/ Legis Editora.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. (1ª ed.). Lisboa: Fim do Século
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e directrizes diagnósticas*. (D. Caetano, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde. (2002), *Active ageing: a policy Framework*, Genebra, World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Gender, health and ageing*. Geneva, Switzerland: World Health Organization

- Oulès, J. (1978). As Neuroses na Terceira Idade. In *Psicopatologia da Terceira Idade*. (pp. 93-126) Lisboa: Vitoria.
- Pães de Sousa, M. (1979). Aspectos Psicopatológicos da Depressão na 3ª Idade. *Hospitalidade*, 260, 167-168
- Paúl, M. C., & Fonseca, A. M. (1999). A saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 345-362.
- Pedinielli, J.L & Bertagne, P. (2005). Psicopatologia das neuroses. In *As neuroses*. (pp.32-42). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pierre, J. (2001). Faith or delusion: at the crossroads of religion and psychosis. *Journal of Psychiatric Practice* 7(3), 163-172.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinho, L. (2008). *Demência: a marcha diagnóstica* no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. Covilhã: Universidade da Beira Interior: Faculdade de Ciências da Saúde.
- Pires, P. (2003/2004). O psicofagnóstico em contexto do counselling centrado na pessoa. A pessoa como centro - *Revista de estudos rogerianos* (11 e 12), 71-88.
- Queiroz, N., & Neri, A. (Maio de 2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 292-299.
- Rappaport, H., Fossler, R., Bross, L., & Gilden, D. (1993). Future time, death anxiety and life purpose among older adults. *Death studies*, 369-379.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica* 4 (XXV), 543-557.
- Rogers, C. (1946). *Manual de Counselling*. Lisboa: Encontro.
- Rogers, C. R. (1951). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Edial.
- Rogers, C. (1961). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais.
- Rogers, C. (1983). *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU.
- Román, G.C. (2002). Defining Dementia: Clinical Criteria for the Dignosis of Vascular Dementia. *Acta Neurol Scand* 106 (Suppl. 178), 6-9.
- Rosen, H.J.; Hartikainen, K.M.; Jagust, W. et al. (2002). Utility of Clinical Criteria in Differentiating Frontotemporal Lobar Degeneration (FTLD) from AD. *Neurology* 58, 1608-15.

- Rosen, W. G., Mohs, R. C. & Davis, K. L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatric*, 141, 1356-1364.
- Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2ª edição). New York: John Wiley & Sons, Inc..
- Scheeffter, R. (1976). *Aconselhamento Psicológico* (6 ed.). São Paulo: Atlas.
- Schoenmakers B, Buntinx F, Devroey D, Van Casteren V, et al. (2009). *The process of definitive institutionalization of community dwelling demented vs non demented elderly: data obtained from a network of sentinel general practitioners*. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24(5), 523-531.
- Schuhfried – Qualität durch Kompetenz (2009). *RehaCom: Cognitive rehabilitation catalog*.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Searles, H. F. (1965). Phases of patient-therapist interaction in the psychotherapy of chronic schizophrenia. In H. F. Searles, *Collected papers on schizophrenia and related subjects* (pp. 521–559). New York: International Universities Press.
- Smith, H. M. (2007). Psychological service needs of older women. *Psychological Services*, 4 (4), 277-286.
- Spar, J., & Rue, A. (2002). *Guia prático clímpesi de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climpesi Editores.
- Soares, A.V. et al. (2003). Estudo comparativo sobre a propensão de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados através do nível de mobilidade funcional. *Fisioterapia Brasil*, 4 (1), 12-16.
- Soares, V. & McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!...avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1), 101-112.
- Sono T, Oshima I, Ito J. (2008). Family needs and related factors in caring for a family member with mental illness: adopting assertive community treatment in Japan where family caregivers play a large role in community care. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62(5), 584-90.
- Straub, R., (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed
- Thomése, F., van Tilburg, T., van Groenou, M. B., & Knipscheer, K. (2005). Network dynamics in later life. In M. L. Johnson, V. L. Bengtson, P. G. Coleman, & T. B. L.

Kirkwood (Eds.), *The Cambridge handbook of age and aging* (pp. 463-468). Cambridge: Cambridge University Press.

- VandenBos, G. R. (1998). Life-span developmental perspectives on aging: an introductory overview. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology* (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Yesavage, J., & Brink, T. (1983). Development and validation of geriatric depression scale. *Journal Psychiatry Rresearch* (17), 37-49.
- 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*, 24, 602-609.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale—3rd*. Edition San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Wink, P. (2006). Everyday life in the third age. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 26, 243-261.

**ANEXO I: Avaliação Neuropsicológica e respetiva Reabilitação Cognitiva -
Caso Clínico – A.**

ANEXO II: Avaliação Neuropsicológica e respetiva Reabilitação Cognitiva -
Caso Clínico – L.

ANEXO III: Avaliação Neuropsicológica e respetiva Reabilitação Cognitiva -
Caso Clínico - E.

ANEXO IV: Planeamento de algumas das atividades para o Grupo
Psicopedagógico II

ANEXO V: Provas Aplicadas no Caso Clínico - Utente G.

ANEXO VI: Provas Aplicadas no Caso Clínico - Utente M.