



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
Departamento de Psicologia e Sociologia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM PSICOLOGIA NA ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE
ACONSELHAMENTO

Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima

Nuno Machado – N.º 20100590

ORIENTADORES: Professora Doutora Odete Nunes

Dr.^a Cláudia Castro

Professora Doutora Mónica Pires

Universidade Autónoma de Lisboa

Mestre Paula Agostinho

Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

Lisboa, Janeiro de 2014

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
Departamento de Psicologia e Sociologia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM PSICOLOGIA NA ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA

Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima

Nuno Machado – N.º 20100590

ORIENTADORES: Professora Doutora Odete Nunes

Dr.^a Cláudia Castro

Professora Doutora Mónica Pires

Universidade Autónoma de Lisboa

Mestre Paula Agostinho

Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

Lisboa, Janeiro de 2014

Agradecimentos

À Mestre Paula Agostinho, orientadora no local de estágio, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade e generosidade reveladas ao longo da duração do estágio, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

À minha família por me ter apoiado incondicionalmente e motivado durante todos os períodos acadêmicos por que passei.

À minha companheira de 9 anos que me acompanhou durante os momentos bons e os menos bons, sempre com paciência, tolerância e compreensão perante a minha pessoa.

E finalmente aos meus amigos que estiveram sempre disponíveis para me animar e ajudar a “descomprimir” dos momentos ansiogênicos a que o percurso acadêmico nos submete.

Resumo

O presente relatório, conducente ao grau de mestre em Psicologia, na Especialização em Psicologia, Psicologia Clínica e de Acompanhamento tem como objetivo dar a conhecer o trabalho desenvolvido durante o estágio curricular a que nos propusemos realizar no Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima (CPNSF), ao longo de aproximadamente 8 meses sob a orientação da Mestre Paula Agostinho.

O primeiro sítio de estágio escolhido por nós foi o Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria em Lisboa, por motivos burocráticos acabámos a estagiar no CPNSF o que se veio a revelar um excelente lugar para o nosso estágio e permitiu-nos uma maior compreensão da importância de lidar com uma população envelhecida.

O trabalho desenvolvido incidu com as utentes institucionalizadas, do sexo feminino com idades compreendidas entre os 68 e 93 anos de raça caucasiana que integravam os Grupos de Psicopedagógicos I e II, cujas problemáticas se incluem num quadro de psicologia clínica. Uma parte significativa do universo do centro padece de demência.

Apresentamos, uma avaliação neuro psicológica, três casos, clínicos, dois relativamente às atividades desenvolvidas com utentes com rebaixamento de humor e sintomas de ansiedade, cuja seleção é justificada pela particularidade do acompanhamento ter durado todo estágio e que pela análise reflexiva resultante da avaliação clínica, permitiu o desenvolvimento e consolidação das competências técnicas. E um terceiro caso referente à reabilitação cognitiva.

Palavras-chave: Acompanhamento, Demência, Envelhecimento, Institucionalização, Reabilitação Cognitiva

Abstract

This report conducts us the title of master in psychology, to become a master in Counseling and Clinical psychology. This report is meant to explain the work developed during the curricular internship that we proposed to do at Nossa Senhora de Fátima Psicogeriatric Center (NSFPC), it had approximately 8 month duration and it was done under the guidance of psychology Master Dra. Paula Agostinho.

The first internship place that we choose was the psychiatry service of Hospital de Santa Maria in Lisbon, but due to bureaucratic issues we ended up doing the internship at the NSFPC which revealed itself a great place for our internship and allowed us to develop a larger understanding of the importance of interacting with an aged population.

All of the developed work done there took place with the Psicogeriatric center users, whose ages range from 68 to 93 years old, Caucasian and all integrating the psicopedagogic groups I and II whose issues are well bounded to clinical psychology.

We present a psycho-neurological evaluation, three clinical cases, two of them refer to the activities developed with users of the NSFPC with depressed humor and anxiety symptoms. The selection of these cases took in to consideration the fact they were the only two whose duration comprehended the whole internship. The reflexive analysis of the cases is also included and allowed for the developing and consolidation of technical skills. The third case is a cognitive rehabilitation.

Key-words: Counseling, Dementia, Aging, Institutionalization, Cognitive Rehabilitation

Índice

Agradecimentos	II
Resumo	II
<i>Abstract</i>	III
Introdução.....	1
PARTE I - CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DO ESTÁGIO	3
Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.....	4
Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima.....	6
Caracterização da população utente do Centro.....	9
Serviço de Psicologia.....	9
O papel do psicólogo clínico.....	9
PARTE II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E REVISÃO DE LITERATURA.....	11
Diferentes Problemáticas	12
Défice Cognitivo do Tipo Mnésico	12
Demência.....	15
Modificações do cérebro no doente com Doença de Alzheimer.....	15
Sintomas observáveis de demência.....	17
Depressão no Idoso: Um Transtorno Multifactorial	18
Multifactoriedade da depressão.....	19
Factores psicológicos e sociais.....	21
Marcadores, diagnóstico e dificuldades.....	21
Tratamento.....	25
Acompanhamento.....	25
PARTE III - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO.....	27
Plano do Estágio.....	28
Processo de Integração na Instituição.....	30
Análise dos Vários Modelos Teóricos para Contextualizar a Velhice e Compreensão da sua Problemática.....	30
Compreensão dos Processos Subjacentes à Reabilitação Cognitiva	31
Caso clínico I.....	32
Identificação de MA.....	32
Reabilitação cognitiva aplicada a MA.....	32
Memória de Palavras.....	32

Memória de Figuras.	33
Memória Verbal.....	34
Coordenação Visuo-Motora.	34
Aprendizagem Saccade.	35
Reflexão Clínica.	35
Sessões de Acompanhamento Psicológico	36
Caso clínico II.	37
Identificação de S.	37
Registo das sessões de acompanhamento.	39
Diagnóstico diferencial e reflexão clínica.	62
Síntese.....	69
Caso clínico III.....	70
Identificação de ER.....	70
Registo das sessões de acompanhamento.	71
Diagnóstico diferencial e reflexão clínica.....	90
Síntese.....	96
Participação na Intervenção no GPP I & GPP II.....	98
Grupo psicopedagógico I.	98
Grupo psicopedagógico II.	103
Realização da Avaliação Psicológica na Velhice.....	105
Avaliação psicológica aplicada a V.....	106
Identificação de V.....	106
WAIS – III.	106
Campos em que apresenta facilidades.	106
Campos em que apresenta dificuldades..	106
Interpretação da variação entre Quociente de Inteligência Verbal e Executiva..	106
Interpretação dos resultados nos subtestes.	106
Mini Exame do Estado Mental – MEEM.....	106
Reflexão clínica.	106
Conclusão	110
Referências Bibliográficas	114
Anexos.....	118
Anexo A – Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima: Estrutura Física	119

Anexo B – Tabelas e Gráficos RehaCom da Utente M.A.	121
Anexo C – Transcrições das Sessões de Acompanhamento de S.	127
Anexo D – Transcrições das Sessões de Acompanhamento de ER.	132
Anexo E – Avaliação Neuropsicológica.	137

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Plano de Estágio.....	29
Tabela 2 – Biopatografia de S.....	38
Tabela 3 – Biopatografia de ER.....	71

Introdução

É relevante referir que este não foi o local que escolhemos inicialmente, pois devido a burocracias não pudemos estagiar na nossa primeira escolha: Serviço de Psiquiatria do Hospital Santa Maria. Com os atrasos do sítio da primeira escolha, fomos dito que o único local disponível era o CPNSF. Mas aceitámos o desafio abertamente e sem preconceitos.

Este relatório de estágio, realizado para a obtenção do grau de mestre em Psicologia, na Especialização em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, pela Universidade Autónoma de Lisboa – Luís de Camões, tem como principal objetivo dar a conhecer o trabalho de, aproximadamente, 500 horas de estágio académico realizado na Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (CIHSCJ), bem como expor algumas reflexões sobre as aprendizagens pessoais e profissionais ao longo do mesmo.

A orientação deste estágio foi da responsabilidade da Mestre Paula Agostinho responsável pelo serviço de psicologia da instituição. A orientação por parte da Universidade Autónoma de Lisboa coube à Professora Doutora Odete Nunes, à Dr.^a Cláudia Castro e à Professora Doutora Mónica Pires.

O estágio teve início no dia 13 de novembro de 2011 e terminou a 23 de junho de 2012.

No início, foi acordado com a Mestre Paula Agostinho que seria cumprido um horário de três dias semanais: segunda e quarta-feira das 10:00h às 18:00h., e sexta-feira

das 9:00h às 14:00h, podendo haver alterações em função das necessidades da instituição.

O presente relatório será estruturado em três partes. A primeira irá dar a conhecer a instituição e abordar o papel do psicólogo inserido na comunidade terapêutica e as problemáticas inerentes à sua atividade. A segunda parte integrará o enquadramento teórico e a revisão da literatura realizada e que será o suporte de toda a atividade desenvolvida e a terceira parte expõe o trabalho direto e indireto desenvolvido no âmbito do estágio, onde se incluirá a apresentação de dois casos clínicos e de outras atividades desenvolvidas. Na conclusão serão ainda apresentadas algumas reflexões pessoais acerca da experiência deste estágio, dificuldades sentidas e contributo do mesmo para a nossa prática profissional.

PARTE I

**CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO E SERVIÇO DE
PSICOLOGIA**

Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (CIHSCJ) foi fundada a 31 de Maio de 1887 na cidade de Madrid (Ciempozuelos), sendo o fundador Bento Menni (sacerdote italiano da Ordem de São João de Deus) e pelas co-fundadoras Maria Josefa Recio e Maria Angustias Gimenez.

A instituição religiosa surgiu em resposta a situações de abandono e exclusão social dos indivíduos portadores de doença mental existentes na época.

A Missão da Congregação manteve-se fiel através dos tempos, proporcionando apoio humano e técnico aos doentes portadores de perturbações mentais, deficiência física, psíquica e desprotegidos, o que impulsionou a sua expansão pelo mundo, encontrando-se províncias canônicas e civis por 24 países da Europa, América, África e Ásia, com o Governo-Geral sediado em Roma.

As religiosas e os seus colaboradores são responsáveis pela implementação e desenvolvimento da missão apostólica da congregação “assistência aos doentes mentais, deficientes físicos e psíquicos, idosos com problemas psíquicos e doentes com outras patologias”, proporcionando aos doentes e pessoas acolhidas nos seus centros de acolhimento uma oferta assistencial de cuidados de saúde integral que inclui os aspetos físicos, psíquicos, sociais e espirituais, com carácter eminentemente humanizador, com qualidade no cuidado e respeito aos direitos da pessoa em todas as suas dimensões.

A opção preferencial privilegia as pessoas economicamente mais desfavorecidas e as com maior necessidade, sendo que a sua atividade assistencial é orientada pelo respeito e defesa da vida, princípios de ética e moral católica.

As áreas assistenciais da CIHSCJ incluem:

- Atendimento psiquiátrico intra – hospitalar: incluem centros de longo, médio e curto internamento, que têm como objetivos o tratamento da sintomatologia aguda e posterior e a reabilitação de pacientes adultos com transtornos mentais graves que exijam cuidados em regime de hospitalização;
- Atendimento psiquiátrico extra – hospitalar: incluem centros vocacionados para doentes mentais, que embora possam estar no seio familiar necessitam do apoio de estruturas comunitárias (centros de dia, hospitais de dia e apartamentos terapêuticos);
- Centros de psicoterapia: prestam serviços de saúde mental, adaptados às características inerentes às pessoas idosas;
- Centros de acolhimento para deficientes psíquicos e com danos cerebrais: os centros dispõem de meios e técnicas que possibilitam o maior desenvolvimento possível das capacidades das pessoas deficientes, adequadas às idades, com estratégias de educação especial, centros ocupacionais e centros de emprego protegido.

Todas as pessoas envolvidas: doentes, famílias, colaboradores voluntários, benfeitores e religiosas formam a comunidade hospitaleira, que suporta a prática assistencial e garante que o trabalho desenvolvido pela equipa agregue o carisma hospitaleiro das irmãs com eficiência profissional.

Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima

Fundado em 1948 no Concelho de Cascais (Parede), inicialmente como Hospital Ortopédico Infantil, a partir de 1985 foi reestruturado em CPNSF com a missão orientada para a prestação de cuidados de saúde a pessoas idosas portadoras de problemas de saúde mental, cuja intervenção psico - terapêutica vai de encontro à promoção, prevenção, cura e reabilitação de indivíduos, cujas alterações se inserem no foro da psiquiatria e da saúde mental.

A gestão do CPNSF está a cargo das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e integra a rede de Instituições Particulares de Solidariedade Social.

O Centro tem cobertura nacional, podendo ser referenciados doentes oriundos de qualquer área geográfica do país, desde que cumpram com os critérios de admissão e internamento: ser pessoa idosa do sexo feminino com idade superior a 65 anos e ser preferencialmente portadora de doença mental e/ou doença psíquica.

A equipa interdisciplinar responsável pela prestação de cuidados de saúde integra profissionais de medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, terapia ocupacional, fisioterapia e assistência profissional, que contribuem para o desenvolvimento de um plano de atuação orientado para a situação clínica do doente.

Os programas específicos de intervenção terapêutica tem por base o modelo de assistência integral, com vista não só à melhoria da qualidade de vida do indivíduo mas também do apoio à família, podendo os utentes ficarem em regime de longo internamento, curto internamento e de Unidade de Dia.

Os planos individuais de intervenção integram diferentes áreas, que vão desde a avaliação psicopatológica, controlo dos sintomas, reabilitação funcional e cognitiva,

terapia psicomotora, reabilitação física e relaxamento, até às atividades de manutenção cognitiva, de expressão e recreação.

O CPNSF da Parede é constituído por dois edifícios (ANEXO A). O mais antigo tem quatro pisos e constitui-se como o corpo da própria instituição, os quais serão de seguida especificados:

- R/C: Receção; Secretaria; duas Salas de Reuniões; Gabinete de Psicologia; Capela; instalações sanitárias dos funcionários; dois Elevadores; Lavandaria; Farmácia; Cozinha; Jardim; Sala de costura; Vestiários dos funcionários; Sala de estar; Átrio interior;
- 1º Andar: Sala de Refeições; Gabinete de Serviço Social; Gabinete Médico; duas Salas de Estar; três instalações sanitárias dos utentes; Bar; Esplanada; Quartos e Enfermarias; Unidade de Curto Internamento; Sala de Trabalho de Enfermagem; Gabinete do Voluntariado; dois elevadores; Copa;
- 2º Andar: dois elevadores; Quartos e Enfermarias; duas Salas de Estar; Gabinete do Serviço Pastoral da Saúde; Gabinete da Direção; duas instalações sanitárias; Copa
- 3º Andar: Sala de Terapia Ocupacional; Ginásio de Fisioterapia; duas instalações sanitárias; Sala de Reiki; elevador.

O segundo edifício tem construção recente e constitui a residência da comunidade das Irmãs Hospitaleiras. A zona circundante é constituída por um vasto jardim repleto de árvores e flores, um alpendre, do qual muitas utentes usufruem. No interior do Centro, existem inúmeros espaços com plantas e pequenos jardins.

A Missão do CPNSF é assegurar a prestação de cuidados a utentes do foro psicogeriátrico em três grandes áreas de intervenção:

- Promoção de uma vida bio – psico e social saudável, pela implantação de projetos de intervenção;
- Humanização através de uma relação assistencial personalizada;
- Intervenção de avaliação e reabilitação de forma a diminuir os efeitos negativos das perturbações mentais no idoso.
 - Para cada utente é realizado um plano de intervenção terapêutico multidisciplinar, cuja oferta de serviços inclui:
 - Serviços assistenciais: psicologia, médicos, enfermagem, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional e de Reiki;
 - Atividades religiosas;
 - Serviços sócio - terapêuticos: bar, cabeleireiro, salas de estar para convívio e terapia ocupacional, ginásio, sala de reuniões, bibliotecas para profissionais e para os utentes, gabinetes para atendimento;
 - Serviços Gerais: cozinha, lavandaria e costura.

As modalidades de internamento do CPNSF variam entre:

- Curto internamento, com quatro leitos, tem como objetivo proporcionar descanso aos cuidadores ou reabilitação, cuja permanência dos utentes pode variar entre um a três meses;
- Longo internamento possui 81 leitos distribuídos por duas unidades de internamento.

Caracterização da população utente do Centro.

A população existente no Centro à altura da realização do estágio era constituída por 86 utentes, exclusivamente do género feminino, com idades superiores a 65 anos, na sua maioria portadoras de transtornos mentais.

As patologias predominantes na população são: Demências, Transtornos Afetivos e Transtornos Ansiosos.

Serviço de Psicologia.

A coordenação do serviço está a cargo da Mestre Paula Agostinho, Psicóloga Clínica e Mestre em Psicossomática.

Os projetos que o CPNSF tem vindo a desenvolver no campo da psicologia, integram-se nas seguintes áreas:

- Intervenção Psicoterapêutica;
- Grupos Psicopedagógicos;
- Reabilitação Ocupacional;
- Reabilitação física;
- Atividades de animação sócio – culturais;
- Grupos Psicoeducacionais, orientados para as famílias.

O papel do psicólogo clínico.

O CPNSF tem muito a beneficiar com a intervenção de psicólogos clínicos e de acompanhamento na equipa multidisciplinar.

A população que aqui vive sofre predominantemente de demência e outras patologias que degeneram as capacidades cognitivas e o funcionamento emocional.

Assim, as funções predominantes do psicólogo clínico são:

- Minimizar e atrasar o melhor possível estas patologias;
- Ajudar as utentes a lidar com as consequências dos efeitos das patologias no seu quotidiano;
- Minimizar o impacto da institucionalização;
- Promover a profilaxia mental.

A implementação de programas de prevenção associados ao desenvolvimento de projetos de intervenção multidisciplinar no âmbito da abordagem dos problemas do foro mental e físico em que o comportamento e o estilo de vida estejam envolvidos e/ou afetados, é fundamental para a promoção de estilos de vida saudáveis e, consequentemente, minimizar o impacto das patologias e institucionalização na qualidade de vida desses utentes.

PARTE II

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E REVISÃO DE LITERATURA

Diferentes Problemáticas

No corpo teórico do presente relatório serão abordados os conceitos considerados pertinentes para um melhor entendimento das diferentes problemáticas da população sobre o qual as atividades do estágio incidirão, que habilitarão à compreensão das alterações bio-psico-sociais subjacentes ao envelhecimento do *Homo Sapiens Sapiens*, para potenciar a intervenção no campo da Psicologia Clínica neste processo ontológico irreversível e inevitável.

Tentar-se-á entender melhor os múltiplos fatores de depressão numa população envelhecida, bem como de que forma as mudanças que ocorrem bio-psico-socialmente nesta população, podem catalisar um rebaixamento do humor e compreender o abrandamento e até mesmo a sua reversão através do acompanhamento psicológico.

Défi ce Cognitivo do Tipo Mnésico

O ponto mais significativo, numa perspetiva neuropsicológica da instituição, é o elevado número de utentes com demência. Consideraremos demência como uma deterioração da função intelectual ou cognitiva, com pouco ou nenhum distúrbio da consciência ou perceção (Raymond, Maurice, & Allan, 1998). Isso orienta-nos para a necessidade de um estudo aprofundado das várias demências e de como psicólogos clínicos devemos lidar com toda a complexidade e profundidade no campo desta patologia.

Assim, tornou-se fundamental aferir e distinguir que limitações mnésicas são um epifenómeno do desenvolvimento normal da vida do *Homo Sapiens Sapiens* e que limitações mnésicas são síndromes orgânicos de demência.

É comum as pessoas idosas apresentarem uma limitação da memória de trabalho, cuja manifestação observável ocorre por exemplo na condução do discurso. É-lhes particularmente difícil realizar simultaneamente várias operações, tratar uma mensagem oral, ligá-la a uma informação anterior ou à memória semântica e efetuar as inferências que contribuem para manter a coerência do discurso (Habib, 2000). Outras modificações do funcionamento da memória que parecem ocorrer com a chegada do envelhecimento são uma diminuição dos recursos disponíveis para alternar rapidamente entre várias estratégias de processamento, dificuldade em lembrarem-se cronologicamente da ocorrência de dois acontecimentos (debilidade da memória para a ordem cronológica) e dificuldade em levar a cabo ações calendarizadas (esquecerem-se de lembrar). Na gênese destas situações poderá estar o enfraquecimento da função do lobo frontal (Squire & Kandel, 2002).

Um estudo simples relatado por Habib (2000) baseado na aplicação de uma prova chamada “tarefa de completar palavras”, que consiste na apresentação a um indivíduo de uma lista de palavras para aprender. Seguiu-se a apresentação de uma série de 3 palavras algumas das quais formam o começo das palavras anteriormente mostradas. Admite-se que houve aprendizagem implícita quando o indivíduo não se lembra especificamente de uma palavra da lista e na prova de completar as palavras utiliza essa palavra de preferência a outras eventualmente mais frequentes. Constatou-se melhores desempenhos em contexto de recordação referenciada *versus* em contexto de recordação livre. As capacidades de memória verbal explícita diminuem progressivamente com a idade e as capacidades de memória verbal implícita permanecem mais estáveis.

Outro estudo que favorece a compreensão das modificações do funcionamento/desempenho da memória com o avançar da idade foi realizado por

Hasker Davis e Kelli Klebe citado por Squire e Kandel (2002). Consistiu na realização de dois testes de memória em 469 pessoas saudáveis com idades entre os 20 e os 89 anos. No primeiro teste os indivíduos ouviram 15 palavras comuns e tentavam recordar o maior número de palavras da lista. Esta sequência de palavras e respetiva (tentativa de) memorização foi repetida quatro vezes, sendo a respetiva ordem de apresentação sempre diferente. A capacidade de reconhecimento foi testada através da apresentação de 30 palavras, metade das quais faziam parte da lista. Foi pedido para decidirem que palavras pertenciam à lista do estudo. No primeiro teste o desempenho das pessoas com idades entre os 70 e os 89 anos foi nitidamente inferior ao das pessoas mais novas, pelo contrário no segundo teste (reconhecimento) a diferença relacionada com a idade é muito menor.

Este resultado é particularmente interessante ao revelar que no decorrer dos anos o ato de reconhecer – recolção com ajuda de um contexto - tende a tornar-se de execução bastante mais fácil do que o recordar, mas também que parece seguir uma distribuição normal na população.

As atuais técnicas de investigação neuropsicológicas permitem aferir algumas das modificações neuropsicológicas (quer normais quer patológicas) que ocorrem com a idade, como é o caso do estudo levado a cabo por Mark West citado por Squire e Kandel (2002) onde utilizando recentes técnicas de contagem de células, aplicou-as na contagem dos neurónios. West concluiu que a região CA1 do hipocampo, não apresenta uma perda significativa com a idade, o mesmo acontece com o córtex entorrinal. Porém assistiu-se a uma redução significativa dos neurónios de certas partes da circunvalação dentada e do subículo. A perda nestas áreas, que compõem o sistema de circuitos de formação do hipocampo, pode contribuir para o esquecimento senescente benigno. Squire e Kandel (2002) referem que com o envelhecimento ocorre uma diminuição dos

modeladores no hipocampo com origem em células cerebrais que libertam acetilcolina, noradrenalina, serotonina e dopamina. Assim a deterioração observada no hipocampo e a perda simultânea de plasticidade sináptica podem, em parte, resultar da perda dos contributos de neuro moduladores e de anomalias estruturais.

Demência

A demência é uma patologia que parece estar relacionada com o aumento da esperança média de vida, proporcionada atualmente graças às melhorias exponenciais na medicina. O relatório de 2009 da *Alzheimer's Diseases Internacional* estima que havia no Planeta Terra cerca de 35 milhões de pessoas a padecer da demência, projetando ainda que a cada 20 anos este número duplicará. Estes números contextualizam a importância do estudo multidisciplinar.

Modificações do cérebro no doente com Doença de Alzheimer.

Uma melhor compreensão dos processos psico neurológicos da demência passa pela compreensão dos processos neurológicos da memória. Para isso é indispensável abordar o conceito de potenciação a longo prazo (PLP) e da depressão a longo prazo (DLP), – que nada tem a ver com a depressão clínica do humor). A PLP é uma forma de neuro plasticidade estudada primeiro por T.Bliss e Lomo (1973). De forma muito sintética é o termo utilizado para descrever o fortalecimento das conexões sinápticas, sendo induzido através da estimulação de alta frequência. O enfraquecimento das ligações sinápticas tem o nome de DLP e é originada através de uma estimulação de baixa frequência. Wang, Megill, He, Kirkwood e Lee (2012) referem que a ocorrência da PLP e DLP ocorre em diversas áreas do cérebro e partilham vários mecanismos de indução, expressão e manutenção com mecanismos de consolidação das várias formas de memória. Além disso, as alterações na transição sináptica com características

idênticas às da PLP e DLP foram observadas *in vivo* durante vários paradigmas de aprendizagem. Isto parece sugerir que a PLP e a DLP podem ser os substratos celulares da formação da memória.

Bach, Barad, Son, Zhuo, Lu, Shih, Mansuy, Hawkins e Kandel citados por Lynch (2004) publicaram um estudo sobre o processamento da memória espacial em ratos envelhecidos, no qual correlacionaram défices no processamento de informação espacial com défices na PLP na zona CA1 do hipocampo. Animais levemente afetados registaram uma leve ocorrência de PLP, os severamente afetados não registaram qualquer ocorrência de PLP.

Para Lynch (2004), diversas partes do cérebro estão em funcionamento durante a consolidação de diversas formas de aprendizagem/memorização, mas o hipocampo é considerado fundamental na formação da memória declarativa, mais especificamente na síntese das memórias semânticas e episódicas. Scoville e Milner citado por Lynch (2004) demonstraram que a excisão do hipocampo (caso HM) resulta numa fortíssima amnésia anterógrada. Esta descoberta é consistente com estudos utilizando tomografia de emissão de positrões (TEP) que correlacionam modificações no fluxo de oxigénio do hipocampo durante determinadas funções que envolvem aprendizagem/memorização (Lynch, 2004). Collingridge, Kehl e McLennan (1983) demonstraram a importância dos neuroreceptores e respetivo neurotransmissor N-methyl- D-aspartate (NMDA) para a ocorrência de PLP na zona CA1 do hipocampo. Este facto é particularmente relevante devido a algumas modificações fisiológicas que ocorrem na Doença de Alzheimer (DA), como veremos já a seguir.

Sintomas observáveis de demência.

O primeiro aspeto a ter em consideração no diagnóstico da DA dentro do campo de ação da psicologia clínica é o do comportamento observável (a), anamnese (b) e o pedido de ajuda (c). Os últimos dois pontos requerem particular atenção, pois pode ser preciso contactar familiares próximos ou se for o caso, o prestador de cuidados.

No âmbito do ponto (a) Raymond et al. (1998) consideram que os sinais comportamentais observáveis de demência são primariamente detetados por um familiar ou um empregador, parecendo haver uma falta de interesse e iniciativa no trabalho, negligência nas tarefas rotineiras ou abandono de objetivos agradáveis. Esses sintomas são por vezes atribuídos à fadiga ou ao aborrecimento. Segue-se normalmente dificuldade em fazer as contas, esquecem o propósito de uma ida à rua, podem-se esquecer de eventos sociais ocorridos recentemente. O curso normal é de que o paciente deixe de compreender temas e conversas complexas, eventualmente perde-se no decorrer de trajetos habituais. A linguagem tende a ser comprometida desde o início da doença, o vocabulário torna-se restrito e a conversação torna-se repetitiva e incoerente.

Noutros casos, a anormalidade inicial pode ter como génese o campo emocional, manifestando-se por instabilidade/labilidade emocional como surtos de raiva, choro ou mesmo agressividade sem motivo aparente, sendo frequente que oscilem no sentido da depressão. Uns tornam-se mais brincalhões, outros mais irritados. A direção da alteração de humor depende mais da personalidade do doente do que o carácter da doença, apesar de por vezes ser observado o contrário. Segue-se a incapacidade de reter memórias remotas e reconhecer familiares. Por fim permanecem no leito a maior parte do tempo, concentrados nos seus pensamentos e bastante desconectados do ambiente envolvente acabando por morrer de pneumonia ou outra qualquer infeção intercorrente.

Os que não morrem desta maneira acabam completamente descorticados adotando uma postura de paraplegia em flexão. Apesar de tudo isto, os vários tipos de doenças degenerativas não afetam o cérebro por igual e por isso é normal que os sintomas e a cronologia dos mesmos varie de paciente para paciente (Raymond et al., 1998).

Sobre o ponto (c) Raymond et al. (1998) referem ainda que, certos pacientes procuram o médico/psicólogo com queixas físicas como vertigem, “turvação” mental, cefaleias indefiníveis. A incapacidade do paciente conseguir fornecer uma descrição coerente dos seus sintomas poderá levantar suspeita de demência. Deve então ser dada especial atenção ao pedido de ajuda e sua constelação de queixas, por vezes não pelas queixas em específico mas pela forma como o pedido é elaborado, a coerência do discurso e organização mental.

Depressão no Idoso: Um Transtorno Multifactorial

Hoje em dia pode dividir-se a depressão no idoso quanto à cronologia da manifestação dos primeiros sintomas, pode ter a sua primeira manifestação no início da vida – depressão de início precoce - e reaparecer na velhice. Outro tipo é aquele em que os primeiros sintomas de depressão manifestam-se apenas na velhice – depressão de início tardio (Tam & Chiu, 2011).

Um ponto importante desta divisão é que os sintomas variam devido às causas biopsicossociais podendo a origem subjacente dos sintomas serem muito distintas. De forma a proporcionar um tratamento adequado é necessário compreender as diferentes variáveis que operam no campo da patologia (depressão neste caso específico).

Tam e Chiu (2011) referem ainda que embora alguns estudos não corroborem esta perspetiva, a maioria demonstrou que a depressão de início tardio está associada a

uma maior mortalidade, morbidade médica. A depressão de início tardio apresenta uma maior co-morbidade de doença cerebrovascular bem como alguns fatores genéticos que podem variar comparativamente à depressão de início precoce (Tam & Chiu, 2011). Comparando pacientes idosos com depressão de início precoce sem fatores vasculares de risco com pacientes idosos com depressão de início tardio com fatores vasculares de risco, conclui-se que os segundos apresentam maior incapacidade nas funções frontais, insight mais pobre, maior lentificação psicomotora, menos agitação e culpa, uma maior incapacidade (Tam & Chiu, 2011).

Multifactoriedade da depressão.

“O debate sobre a distinção entre depressão endógena e depressão exógena continuam na ordem do dia, ainda que argumentos bem fundamentados se insurjam contra tal divisão” (Braconnier, Corbobesse, Deshamps, Gaillard-Janin & Saint-Georges, 2007).

Uma possível abordagem inicial da compreensão da depressão é entender em que medida é genética ou hereditária, que parte deriva do meio e como esta dualidade interage entre si. Um estudo com doentes sofredores de depressão major de início tardio exibiu uma elevada frequência de mutação C677T na enzima MTHFR (Metileno tetrahidrofilato redutase) quando comparados com os grupos de controlo. Esta mutação poderá colocar as pessoas de idade avançada em risco de desenvolver depressão major associada a lesões vasculares (depressão vascular) (Hickie, Scott, Naismith, Ward, Turner, Parkar, & Mitchel (2001).

A depressão é um transtorno com várias causas que interagem entre si no campo da saúde integral da pessoa. Outro parâmetro importante a abordar na depressão são possíveis disfunções neurológicas, sobre este assunto o foco tem sido sobre o sistema

serotoninérgico (rede de neurônios 5-HT). Embora a atividade serotoninérgica, em particular a ativação rede 5-HT 2^a, decresça dramaticamente em várias regiões do cérebro até à idade adulta, da idade adulta à velhice este decréscimo é muito menor, (Blazer & Hybels, 2005).

Ainda sobre este assunto, Sheline, Mintun e Moerlein (2002) elaboraram um estudo onde concluíram que os recetores 5-HT 2A nos sujeitos normais sofreram um decréscimo significativo entre a idade de jovem adulto até à meia-idade (70% dos níveis apresentados aos 20 anos até à 5^a década).

Nem sempre as causas são diretamente neurológicas, pode por vezes ocorrer modificações no funcionamento das células glia e isso afetar o funcionamento das redes neurológicas. Lesões de depressão vascular na matéria frontal branca estão associadas a um aumento nos *rácios* de Mioinositol-Creatina e Colina-Creatina, ora estas modificações biológicas podem sugerir mudanças neurológicas nas células da glia, o que por sua vez irá afetar o funcionamento neurológico frontal (Kumar, Thomas, Lavretsky, Yue, Huda, Curran & Mega, (2002).

Outro parâmetro a considerar na multifactorialidade da depressão é a endocrinologia, a sua relação com a depressão e o sistema nervoso central. É conhecido que a desregulação endócrina pode induzir mudanças anatómicas e a sintomas de depressão de início tardio. Isto sugere um ciclo vicioso descendente para sintomas depressivos crónicos e moderados a severos (Blazer & Hybels, 2005).

O *stress* reunido durante o ciclo de vida poderá originar uma acumulação da secreção de cortisol, o que por sua vez induz a uma gradual diminuição dos neurónios preexistentes no hipocampo, (Sapolsky, 1996). O cortisol inibe a neurogênese, o que

origina uma redução do volume do hipocampo e possivelmente mediando o resto dos sintomas cognitivos da depressão (Sapolsky, 2001).

Ainda sobre o mesmo assunto, Blazer e Hybels (2005) consideram que as múltiplas causas, biológicas, psicológicas e sociais não competem com outros transtornos típicos de uma idade avançada, antes pelo contrário, complementam-se, sendo muitas vezes transacionais. Por exemplo a vulnerabilidade a estímulos *stressantes* derivam frequentemente de mecanismos biológicos subjacentes e que interagem com fatores de risco sociais (Blazer & Hybels, 2005).

Fatores psicológicos e sociais.

A depressão tem sido associada com a dor em idosos institucionalizados (Blazer, 2003).

Quanto menor o contato mantido por um idoso com a sociedade, maior a tendência para pensar na morte e quanto menos oportunidades de *counselling* tiver maior é a probabilidade de se tornar deprimido (Charles, 2001).

A investigação direcionada para os relacionamentos conjugais e a depressão em pessoas idosas demonstra que os idosos que não vivem com os cônjuges tendem a ser mais deprimidos versus os que ainda vivem. Estes apresentam menor probabilidade de sofrer de depressão (Shin & Lee, 2002).

Marcadores, diagnóstico e dificuldades.

Para Berger, Small, Forsell, e Winblad (1998) a depressão é um dos problemas psiquiátricos mais comuns entre os idosos. Assim sendo, é um parâmetro indissociável deste relatório. Relacionado com este problema está a dificuldade do diagnóstico da depressão no idoso, porque nem o prestador de cuidados, nem o próprio idoso

reconhecem os sintomas, uma vez que surgem no contexto dos muitos problemas físicos vivenciados por adultos de idade avançada. Frequentemente as queixas de depressão não são levadas a sério, por serem consideradas consequência normal do envelhecimento (Gentry, 2002).

O estado de saúde biológico afeta indiretamente a autoestima e reduz a amplitude da autonomia de uma pessoa, o que conduz frequentemente a uma diminuição da sensação de autoestima, em particular nas sociedades que tendem a supervalorizar a autonomia da pessoa (Goodwin & Olfson, 2002), mas não apenas indiretamente. A depressão pode ocorrer como o resultado de doença vascular cerebral em uma subpopulação de idosos (Kales, Maixner, & Mellow, 2005). Os mesmos autores consideram ainda que a depressão pode reduzir a adesão aos regimes de tratamento de doenças. No caso das doenças vasculares como a hipertensão, problemas cardíacos ou diabetes podem agravar os danos ao sistema nervoso, diminuir a amplitude da autonomia sentida pela pessoa o que por sua vez pode induzir uma redução da autoestima e estamos perante um ciclo vicioso.

Relacionado com este aspeto, Kales et al. (2005) referem que foi confirmado um elevado risco para doentes que sofreram enfartes, estão em risco persistente de depressão mesmo dois anos depois do enfarte.

A agravar a situação está o facto de o humor triste, tão característico da depressão, ser menos prominente nos idosos deprimidos do que nos jovens, em contra partida certas queixas somáticas como falta de energia e perda de interesse são possíveis indicadores de depressão no idoso (Gotfries, 1998). Foi mesmo considerado que, parâmetros como perturbações do sono e preocupações com a saúde sejam marcadores válidos de depressão no idoso (Norris & Woehr, 1998). Torna-se assim muito

importante aferir que, os sintomas somáticos são potenciais marcadores de depressão no idoso, uma vez que o perfil de sintomas da depressão parece mudar com a idade. Aparentemente, com o avançar da idade os sintomas somáticos tornam-se as queixas mais frequentes e não tanto os emocionais. É preciso também dar atenção a marcadores cognitivos que podem ser mal interpretados como forma de demência pois ambas partilham alguns sintomas (Boswell & Stoudemire, 1996). Sintomas depressivos podem ser comuns em idosos com demência, mesmo ligeira e do tipo Alzheimer (Rubin, Veiel, Kinscherf, Morris, & Storadnt, 2001).

Alguns potenciais marcadores que podem indicar depressão incluem: visitas frequentes ao médico, queixas frequentes de dor, fadiga, insónias, dores de cabeça, mudanças no apetite, sintomas não explicados de perturbações gastrointestinais, sinais de isolamento social e aumento de dependência/diminuição de autonomia (Birrer & Vemuri, 2004). Para os mesmos autores, um recobro anormalmente longo de uma cirurgia ou outra condição médica, bem como recusa de tratamento clínico ou resistência a alta de um internamento, podem ser sinais de depressão.

É seguro afirmar que muitos profissionais de saúde consideram por vezes a depressão no idoso como um possível epifenómeno do processo de envelhecimento, mas para Birrer e Vemuri (2004) a depressão não é uma parte normal do envelhecimento. É menos provável que pacientes mais velhos refiram ter vivenciado um humor triste ou deprimido, quando comparados com pacientes mais novos (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003).

Sobre este processo Boswell e Stoudemire (1996) consideram que, os fatores de risco nos idosos são a história de depressão, doenças crónicas, ser do género feminino, estar solteiro ou divorciado, doença cerebral, a utilização de certos medicamentos e

acontecimentos de vida stressantes. Estes autores consideram ainda que 15% dos adultos viúvos desenvolvem depressão durante um ano ou menos após a morte do cônjuge.

Idosos com historial de depressão apresentam fortes indícios de diminuição ou enfraquecimento de certas funções cognitivas, atrofia cerebral, hipertrofia nos ventrículos cerebrais, leuco encefalopatia, bem como alterações relevantes e profundas na matéria branca encefálica, lesões no lóbulo frontal, lesões nos gânglios basais esquerdos bem como atrofia cortical e subcortical (Jones & Rifler, 1994).

Certos autores consideram ainda que na ontologia da demência é de esperar que até dois terços dos doentes desenvolvam depressão (Steinberg, Shao, Zandi, Lyketsos, Welsh-Bohme, Norton, Tschanz, (2007).

A distímia é mais comum nos pacientes idosos do que a depressão major, podendo surgir por exposição a estímulos rotineiros de *stress* (Birrer & Vemuri, 2004).

Uma potencial consequência da depressão ou outras perturbações do humor é o suicídio, isto, tal como a depressão, também apresenta dificuldades de diagnóstico e ação. Adultos de idade mais avançada com risco de suicídio apresentam um desafio aos médicos, pois é frequente ser subvalorizado (Sousa, 2009). Os sintomas que estes pacientes tendem a apresentar raramente são graves e a agravar a ajuda em tempo útil está o facto de tenderem para não procurar ajuda de profissionais de saúde mental (Conwell, Dubestein, & Caine, 2002).

Estudos retrospectivos demonstraram que em todos os suicídios geriátricos analisados, 71-91% das pessoas tinham um transtorno mental grave no momento do suicídio. Transtornos relacionados com perturbações do humor, tais como a depressão

major recorrente, distímia e depressão subclínica, aumentam o risco para o suicídio (Harwood, Hawton & Jacoby, 2001).

Alguns potenciais marcadores de risco de suicídio nos idosos, a que se deve ter particular atenção, identificados em alguns estudos são: viver sozinho (Cheng, Chen, T., Chen, C. & Jenkins, 2000), o desemprego, a falta de rendimento estável, o estar afastado dos filhos e a invalidez física (Duberstein, Conwell, Conner, Eberly, & Caine, 2004)

Tratamento.

Acontecimentos de vida *stressantes*, conflitos familiares e a redução ou mesmo a total ausência de suporte social dificilmente (ou não serão mesmo) afetados pela medicação ou tratamentos somáticos, respondem a uma intervenção psicológica (Birrer & Vemuri, 2004).

O tratamento para doentes idosos com depressão deve envolver dimensões biopsicossociais, ter como alvo o humor, a cognição e a capacidade da pessoa de ser/manter-se funcional, todas em simultâneo (Tam & Chiu, 2011).

Nierenberg e McColl (1996) consideram que o potencial benefício da psicoterapia não é reduzido com o aumento da idade do cliente. Idosos mais “velhos” manifestam frequente uma melhor adesão ao tratamento, taxas de desistências mais baixas e respondem mais positivamente á psicoterapia quando comparados a clientes mais novos.

Acompanhamento.

A relação Eu-Tu, uma constatação de que o encontro, o instante da terapia não acontece entre um cientista e o seu objeto de investigação num mero vínculo Eu-Isso,

em terceira pessoa, pelo contrário, realiza-se entre duas pessoas mediadas pelas relações de ajuda (Zuben, 1984), no que se refere à sua capacidade de prever as etapas conducentes a um confronto mais decisivo com a sua própria realidade.

Na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), as motivações pessoais para tal são o facto de: (a) ser a corrente da psicologia que estudamos à mais anos e em maior profundidade, (b) a que nos faz mais sentido, (c) que mais respeita a pluralidade da pessoa, (d) permite ao *Homo Sapiens Sapiens* ser ele próprio.

“Na perspetiva da Abordagem Centrada na Pessoa, prestar ajuda ou estabelecer uma relação de ajuda não significa dar soluções ou indicar estratégias já elaboradas pela parte do técnico. Significa, sim criar condições relacionais que permitam ao Outro (o que pede) descobrir o caminho que, em sintonia com a sua subjetividade, lhe permita ser criativo e coerente nas soluções que descobre para ultrapassar as dificuldades ou os problemas. Este processo de autodescoberta dos seus próprios recursos leva-o a adquirir mais confiança, a ser mais autónomo e, conseqüentemente, mais responsável.” (p.61) (Nunes, n.d.).

Uma ferramenta fulcral no ACP é a compreensão empática, permitindo ao psicólogo ver o mundo do outro tal como ele o vê. Brodley (2001) considera que realça as perceções, reações e sentimentos do cliente, e como pessoa é uma força ativa de reações. A autora refere ainda que a essência da compreensão empática envolve o reconhecimento das comunicações que o cliente faz, como expressões de si próprio enquanto fonte de significados, reações, intenções, perspetivas e sentimentos quer na transação com o seu self quer com o mundo externo, objetivo.

PARTE III

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO

Plano do Estágio

A planificação é fundamental para manter em perspectiva quais as atividades a serem efetuadas, manter um registo, de forma a potenciar e a conduzir tais atividades através de pesquisa bibliográfica orientada. Mantendo uma representação gráfica e topológica dos objetivos, torna-se mais fácil saber quais os campos teóricos a desenvolver de forma a catalisar o decorrer do exercício clínico. Resumindo, a planificação é fundamental para minimizar os potenciais erros que possam ocorrer na prática, permitindo uma monitorização dos tópicos a estudar de forma a facilitar um estudo adequado e pertinente às necessidades do exercício clínico.

A tabela seguinte apresenta a definição dos objetivos do estágio bem como a planificação das atividades que irão dar consecução aos objetivos.

Por forma a relatar todas as atividades desenvolvidas durante o estágio, irá ser realizada uma análise de cada objetivo delineado, bem com uma apresentação dos instrumentos aplicados, os estudos de casos clínicos e as sessões de acompanhamento e a sua relevância para o nosso processo de aprendizagem e consolidação de competências no âmbito da especialidade de psicologia clínica e acompanhamento.

Tabela 1
Plano de Estágio

Objetivos e atividades a desenvolver
<p>1 - Garantir a adequada integração na Instituição</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar as tarefas a desempenhar e cooperar frequentemente no convívio com as utentes e colaboradores da Instituição • Iniciar as atividades de estágio de forma a adquirir e demonstrar maior naturalidade e integração, numa fase mais tardia do estágio
<p>2 - Analisar os vários modelos teóricos para contextualização da velhice e compreensão da sua problemática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar pesquisa bibliográfica sobre: Modelo fenomenológico, Modelo centrado na pessoa, Modelos de modificações biológicas com o decorrer da idade, particularidades da entrevista psicológica na velhice • Estudar os manuais de utilização do programa RehaCom
<p>3 – Compreender os processos subjacentes à reabilitação cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar e compreender as sessões de RehaCom operadas pela Psicóloga orientadora • Avaliar as funções cognitivas durante a duração e a participação da utente no programa de estimulação cognitiva • Redação de registos das sessões e posterior reflexão
<p>4 – Realizar sessões de acompanhamento psicológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar a nossa compreensão do modelo de Acompanhamento Centrado na Pessoa e a sua aplicação direta nas sessões (através de pesquisa bibliográfica) • Participação ecológica (observar algumas sessões dirigidas pela orientadora de estágio sem interferir) • Atender dois casos por semana (duração aproximada de uma hora por sessão) • Aferir quais os casos em que se deve proceder a uma Avaliação Psicológica e quais os instrumentos psicométricos mais adequados para o caso específico • Elaboração de hipóteses clínicas a nível de diagnóstico diferencial e estimar que parâmetros pode o acompanhamento melhorar na utente • Redação de registos das sessões e posterior reflexão • Desenvolver a capacidade de compreensão empática • Aprimorar uma postura não diretiva, sem julgar, moralizar e aceitando incondicionalmente as pessoas seguidas nos acompanhamentos.
<p>5 - Participar na intervenção dos Grupos Psicopedagógicos (GPPI & GPPII)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entender as especificidades dos grupos e efetuar a devida pesquisa bibliográfica na área da dinâmica de grupos aplicada à velhice • Participação ecológica (observar algumas sessões dirigidas pela orientadora de estágio sem interferir) • Realizar uma caracterização semanal dos participantes através da redação de registos sistemáticos das sessões para entender progressivamente as necessidades de cada utente e do grupo adequando de forma contínua e sistemática os exercícios ao GPP I & GPP II
<p>6- Realizar uma avaliação Psicológica na velhice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aferir quais os instrumentos psicométricos mais pertinentes e adequados aos transtornos mentais predominantes na população de utentes do centro • Compreender como processar, fazer sentido das pontuações brutas e “processadas” dos instrumentos psicométricos utilizados.

Processo de Integração na Instituição

Esta fase teve a duração de aproximadamente um mês. Fomos recebidos pela Madre Superiora e a psicóloga orientadora Paula Agostinho. Falou-se sobre a instituição e as tarefas a desempenhar no decorrer do estágio. Durante este mês inicial, a nossa participação foi de observação ecológica, tentando não interferir, mas absorver o máximo de informação sobre cada tarefa, quais os objetivos, como desempenhar as devidas tarefas. Simultaneamente tentámos dar-nos a conhecer melhor, integrarmo-nos nos grupos e com as pessoas individualmente.

Igualmente importante foi ir conhecendo a topografia do edifício, circuitos internos e externos (Anexo A), uma vez que frequentemente durante o estágio houve a necessidade de orientar presencialmente utentes para acompanhamentos e em particular para participarem no GPP I. Sentimos que toda a instituição se esforçou por catalisar a nossa integração.

Análise dos Vários Modelos Teóricos para Contextualizar a Velhice e Compreensão da sua Problemática

Uma das primeiras dificuldades com que nos deparamos, ou um campo que requiriu um esforço extraordinário foi compreender a fenomenologia do envelhecimento, entender quais as principais mudanças biofisiológicas inerentes à velhice, as alterações na forma de lidar e com o ambiente onde estão inseridos. Por exemplo: a limitada amplitude de movimentos, a acuidade auditiva e visual diminuída, a perda de autonomia. Refletindo profundamente sobre este campo, seria interessante a utilização de um fato de caracterização que restringisse todos os parâmetros atrás mencionados, de forma a simular cognitivamente e fisicamente as limitações biológicas que advêm com o avanço da idade. Tentei simular cognitivamente estas restrições, e que

impacto ou reação que ocorre na mente da pessoa idosa. Isto para melhor desenvolver a capacidade de compreensão empática do idoso uma vez que estas consequências do avanço da idade são consequência pelas quais não passámos devido à nossa idade, não podendo por isso acedermos a elas diretamente mas apenas por “simulação cognitiva”.

Este objetivo foi complementado com pesquisa bibliográfica pertinente e adequada. Esta pesquisa recaiu sobre a abordagem centrada na pessoa. A nossa motivação para esta orientação não foi apenas académica, ou seja não se prendeu apenas com o fato de ter sido a abordagem maioritariamente lecionada durante a nossa formação, mas sim por nos parecer a mais adequada a uma população à qual foi removida a maior parte da autonomia. Aplicar modelos diretivos e relativamente “invasivos” parece-nos excessivo, passível de gerar uma certa reação negativa nas utentes. A abordagem centrada na pessoa permite à utente ganhar uma certa autonomia perdida uma vez que durante as sessões ou simplesmente ao interagirem connosco elas podem abordar os assuntos que sentem ser pertinentes e que as preocupam, fazê-lo ao seu ritmo, ao seu compasso.

Compreensão dos Processos Subjacentes à Reabilitação Cognitiva

Por detrás da reabilitação cognitiva encontra-se a impressionante capacidade do cérebro mudar parcialmente a sua arquitetura e funcionamento (plasticidade neuronal), processos altamente complexos e intrincados. Compreender que funções cognitivas são efetivamente melhoradas com um exercício x ou y é também algo importante. É relevante referirmos que pode ser um processo extenuante e frustrante quer para o psicólogo quer para a pessoa que se submete ao processo da reabilitação cognitiva. Assim sendo, existe toda uma forma de estar que o psicólogo deve adotar para minimizar qualquer potencial frustração do paciente. É necessário estar o mais

consciente possível das respostas emocionais da pessoa que se submete ao processo de reabilitação cognitiva e encontrar um equilíbrio entre o tipo de exercício, as necessidades e capacidades da pessoa e a sua resposta emocional (incluindo frustração).

Caso clínico I

Identificação de MA.

Nome: MA

Data de Nascimento: 21 / 12 /1932

Naturalidade: Fundão

Etnia: Caucasiana

Estado Civil: Viúva

Residência: Parede

Escolaridade: A necessária para lecionar até à 4ª classe

Profissão: Reformada

Reabilitação cognitiva aplicada a MA (utilizando o programa RehaCom V5.0).

Memória de Palavras.

Este exercício consiste em pedir à pessoa para observar uma lista de palavras durante o tempo que necessitar. De seguida surge um fluxo de palavras, a uma velocidade constante, composto por palavras incluídas e não incluídas na lista. É pedido à pessoa que carregue num botão à medida que identifica uma palavra da lista – com algumas utentes era pedido que identificassem as palavras da lista verbalmente e nós

carregávamos no botão. Este exercício pretende melhorar o desempenho da codificação e descodificação da memória semântica e verbal.

Ao observar o Gráfico 1 do Anexo B, observamos que existe um decréscimo no nível de dificuldade do exercício em janeiro e fevereiro, seguido de um aumento do nível de dificuldade que se mantém no nível 16 durante o resto dos meses. Não é fácil tirar conclusões profundas destes resultados, mas parece ter havido uma melhoria do desempenho de MA no campo da memória semântica e verbal.

Memória de Figuras.

Este exercício consiste em pedir à pessoa para observar uma lista de imagens (fotografias) durante o tempo que necessitar. De seguida, surge um fluxo de palavras, a uma velocidade constante, composto por palavras que não constam na lista e as respetivas palavras da lista (o nome do item de cada fotografia). É pedido à pessoa que carregue num botão à medida que identifica uma palavra da lista. Com algumas utentes era solicitado que identificassem as palavras da lista verbalmente e nós carregávamos no botão.

Este exercício tem como objetivo melhorar o desempenho da memória de trabalho, memória de curto prazo e memória visual da pessoa.

O Gráfico 2 do Anexo B mostra que o desempenho de MA decresce durante os primeiros quatro meses e sobe no quinto para tornar a descer no sexto e sétimo, mantendo-se em valores abaixo dos iniciais, no oitavo e nono mês.

A instabilidade do desempenho de MA dificulta conclusões coesas mas um parâmetro que unifica o desempenho de MA neste exercício é o decréscimo gradual do mesmo poder ser interpretado como um declínio orgânico para o desempenho das

tarefas cognitivas atrás referidas relacionadas com o exercício, um aumento de ansiedade desde o início do nosso estágio.

Memória Verbal.

Muito à semelhança dos testes de avaliação da Língua Portuguesa, este exercício consiste em mostrar, sem limite de tempo, um texto que contém informação de várias qualidades. De seguida surgem no ecrã questões referentes ao conteúdo do texto, juntamente com várias opções de resposta. É então pedido a quem resolve o exercício, que escolha a resposta que considera mais adequada à questão.

Este exercício tem o potencial de melhorar pelo menos o desempenho da memória de trabalho e a memória semântica.

Os resultados de MA neste exercício não são animadores. Com o passar do tempo a utente reduziu a dificuldade de nível 7 para nível 6. As origens de tal redução podem ter várias causas, tais como ansiedade, uma origem orgânica embora talvez improvável, mas a causa mais plausível é a amostra não ser estatisticamente significativa, conforme se pode analisar no Gráfico 3 do Anexo B.

Coordenação Visuo-Motora.

Neste exercício MA tem de controlar um manípulo (*joystick*) que por sua vez movimenta um ícone no ecrã seguindo coordenadas (x, y) de um referencial cartesiano. Surge no ecrã outro ícone que se movimenta num eixo de coordenadas x (isto no nível de dificuldade 1, com o aumento do nível este item move-se em todo o referencial). O objetivo do exercício é que a pessoa mantenha o ícone movimentado pelo manípulo em cima do ícone que se move espontaneamente, durante o máximo de tempo possível.

Este exercício induz o sistema nervoso de quem o desempenha a analisar

visualmente um estímulo base e de seguida decidir/computar os movimentos finos dos vários músculos necessários à movimentação do manípulo, obrigando o organismo a sincronizar os dois estímulos: o visual e o motor.

Neste exercício podemos ver que MA não teve qualquer evolução durante o estágio. Isto traduz-se em dificuldades de coordenação visuo-motora significativas, pelo menos de coordenação de movimentos finos, conforme se pode verificar no Gráfico 4 do Anexo B.

Aprendizagem Saccade.

A aprendizagem Saccade consiste na forma de aumentar a capacidade mental cerebral de lateralização (direita esquerda). No exercício surge um fundo que pode ser a linha do horizonte de uma paisagem ou de uma cidade, de seguida surge um estímulo visual que pode ser um carro, um avião ou outro qualquer veículo no lado esquerdo ou direito, após a pessoa carregar no botão que corresponde ao seu lado direito ou esquerdo consoante o sítio onde surgiu o estímulo. Após o *software* reconhecer que houve uma resposta faz aparecer o próximo estímulo e o ciclo vai-se repetindo até o *software* terminar o exercício.

Ao observar o Gráfico 5 do Anexo B, é flagrante que a evolução é constante, mas é constante num nível elevado do exercício, o que se traduz em uma lateralização eficaz. Podemos dizer que o desempenho do exercício tem um cariz mais profilático de que reabilitativo.

Reflexão Clínica.

É difícil extrapolar conclusões profundas a partir dos resultados obtidos com a utilização do programa RehaCom, pois a maior parte dos resultados são instáveis e pareceu-nos que a amostra é reduzida, exceto na coordenação visuo-motora em que o desempenho de MA é constante no nível 1 de dificuldade (o mais fácil). Assim, podemos afirmar que MA tem dificuldades consideráveis na coordenação visuo-motora e que a aplicação regular deste exercício não tem melhorado o seu desempenho, pelo que é difícil concluir, apenas pela utilização dos exercícios do RehaCom, se os baixos desempenhos estão relacionados com elevados níveis de ansiedade, alguma síndrome orgânica de demência ou simples falta de colaboração e adesão de MA à estimulação cognitiva.

Sessões de Acompanhamento Psicológico

O acompanhamento semanal de utentes foi provavelmente a tarefa/responsabilidade que mais ansiedade e dúvidas nos geraram inicialmente. Nas primeiras sessões sentimo-nos inseguros e com receio de agravar, de alguma forma, a situação ou não estar atento a pormenores importantes.

Com o tempo de interação prática fomos aplicando o conhecimento teórico e desenvolvendo uma naturalidade que pensamos ser impossível de obter de outra forma, tentando estar consciente das nossas emoções e reações ao que as pessoas foram progressivamente referindo. Foi, sem dúvida, um percurso de consolidação de aprendizagens teóricas com a prática.

Com o decorrer do tempo, com o apoio de intensiva pesquisa bibliográfica e da orientadora clínica, bem como o seminário de estágio, fomos gradualmente adquirindo uma maior confiança nas nossas ações no campo do acompanhamento, com a

observação de múltiplas sessões pela Dr. Paula Agostinho e o seu *feedback* sobre o nosso desempenho e identificação das áreas a melhorar.

Os casos clínicos estão organizados com a identificação da pessoa em causa, uma tabela biopatográfica de forma a tipificar os pontos mais relevantes da vida dos sujeitos, os registos das sessões e finalmente uma conclusão clínica onde se inclui a análise do diagnóstico diferencial.

Caso clínico II.

Identificação de S

Nome: S

Data de Nascimento: 21 / 12 /1927

Naturalidade: Póvoa do Varzim

Etnia: Caucasiana

Estado Civil: Viúva

Residência: Parede

Escolaridade: Curso Comercial (Mecanógrafa)

Profissão: Reformada

Tabela 2

Biopatografia de S

Acontecimentos de Vida	Idade cronológica	Patologias/Reações Psicológicas
<ul style="list-style-type: none"> Pai emigra para o Brasil (Nunca mais se contataram) 	09 Meses	
<ul style="list-style-type: none"> Emigra para Moçambique – Depois da mãe. 	07 Anos	
<ul style="list-style-type: none"> “Quando lá cheguei – Moçambique – fui para um colégio de freiras, era pobre mas tinha um bom ambiente.” 	07 Anos	Considera ter sido um bom período da sua infância.
<ul style="list-style-type: none"> Concluiu o Curso de Comercial de Mecanógrafa. 	18 Anos	Inicia a carreira profissional
<ul style="list-style-type: none"> Casou-se pela primeira vez 	20 Anos	
<ul style="list-style-type: none"> Nasce o primeiro filho 	25 Anos	
<ul style="list-style-type: none"> Nasce o segundo filho 	28 Anos	
<ul style="list-style-type: none"> “Urinava muito durante a noite, decidi uma noite urinar no bidé. Abri a luz e a urina estava cheia de sangue. Comecei a chorar.” 	30 Anos	Diagnóstico de Tuberculose Renal. - Este diagnóstico deixou a Sra. S muito ansiosa durante o início do diagnóstico e tratamento.
<ul style="list-style-type: none"> Casa-se a segunda vez 	45 Anos	
<ul style="list-style-type: none"> Regressa a Portugal – Oeiras 	47 Anos	Passa por todas as vivências negativas características da descolonização, um período muito difícil para si
<ul style="list-style-type: none"> Operada a um tumor na tiroide “do tamanho de uma ervilha”- Excisão da tiroide. 	65 Anos	
<ul style="list-style-type: none"> Internada por enfarte do miocárdio 	78 Anos	
<ul style="list-style-type: none"> Morre o segundo marido 	80 Anos	Inicia-se o seu processo de luto
<ul style="list-style-type: none"> Decide ir viver para o lar onde se encontra a residir. 	83 Anos	

Registo das sessões de acompanhamento.

Sessão # 1 – 02/03/12

Esta sessão decorreu com a participação da psicóloga Dra. Paula Agostinho.

Sessão # 2 - 07/03/12

A utente entra na sala ainda de forma um pouco tímida, com uma expressão facial que consideramos congruente com um humor rebaixado.

Perguntamos se a utente desejava falar sobre algum assunto em particular. Começou a chorar: “Não me lembro de nada do que aconteceu quando fui internada, melhor, lembro-me de cair e ouvir e sentir um barulho como um pote de barro a partir-se. Desde aquele momento até aos últimos dias de internamento...” desenvolveu, enquanto parava para limpar as lágrimas e o nariz, “ Perto do início do ano caí no meu quarto estive internada cerca de 2 semanas, e não me lembro de nada, não tenho qualquer recordação deste período de tempo”.

Explicámos que por vezes após um forte traumatismo na cabeça pode surgir o que se chama de amnésia anterógrada e que se caracteriza por uma incapacidade de recordar os acontecimentos posteriores ao trauma. A utente ficou mais calma, apesar de apresentar ocasionalmente tremores nas mãos.

Acrescenta: “Sabe, por vezes sinto alguma fraqueza nas pernas e desde a queda que tenho tremores nas mãos, mas não me impedem de fazer nada. Pelo menos até agora não reparei em nada. (...) Olhe, no mês passado fui ao nefrologista, fui ver se estava tudo bem. Vou de táxi até ao hospital, demora muito e é caro, fico cansada de médicos e viagens ”.

Finaliza fazendo questão de explicar que deixou de andar de transportes públicos (exceto táxis) e que tem muito medo de cair, deixou inclusive de ir à máquina multibanco que fica a dois quartões do centro psicogeriátrico por causa do receio de ter uma queda.

Nesta sessão foram abordados três pontos significativos da fenomenologia da utente:

- a) A utente está ainda muito perturbada com o acidente e o posterior estado comatoso, é bastante visível que a amnésia anterógrada que ocorreu durante o período de convalescência ainda afeta muito o seu humor;
- b) A utente parece saturada dos procedimentos e consultas médicas, e de toda a logística necessária;
- c) O receio que tem de cair, como este receio condiciona o quotidiano da utente e como isto induziu a uma redução da sua mobilidade e amplitude da sua autonomia levando a uma potencial frustração bem como aumentar a intensidade da ansiedade.

Sessão # 3 - 14/03/12

A utente entra na sala com uma expressão corporal que interpretámos como baixo ânimo. Dissemos-lhe que nos parecia estar com o ânimo em baixo, não parecia bem-disposta. “Quer falar do que a preocupa?” - Perguntámos.

“ (...) Depois de cair comecei a tremer muito das mãos, tenho artroses, tive com o Sr. Doutor e ele explicou-me. E como já lhe disse tive uma tuberculose renal, assim tenho de ter cuidado com os níveis de creatinina, o nefrologista proibiu-me de tomar anti-inflamatórios ou analgésicos para as dores das artroses só posso tomar paracetamol e às vezes já não ajuda muito a tirar as dores. (...). O pior é que não consigo fazer os

meus trabalhos manuais, isto deixa-me triste, por vezes tenho muitas dores e não consigo, é muito chato, porque, sabe? Ajuda-me a distrair. E muitas amigas me pedem para voltar a fazer trabalhos manuais e lá vou respondendo: Mais tarde, quando tiver menos dores, de momento dói-me muito, não consigo mesmo”.

Perto do fim da sessão a utente queixa-se de comichões no couro cabeludo, continua referindo que já gastou algum dinheiro em pomadas e champôs receitados pelo dermatologista, mas que estas não surtiram efeito: “Não é doloroso mas é incomodativo”, diz a utente.

Explicou-se que as artroses e as irritações cutâneas a que se refere, são processos inflamatórios e como tal estão relacionados com o sistema nervoso, pois este último modula a resposta inflamatória, se estamos sob um maior *stress* que o normal, o sistema imunológico é afetado negativamente facilitando qualquer fragilidade potencial que estava em latência.

Nesta sessão a utente queixa-se de uma “bateria” de doenças das quais padece. É de salientar que o facto de sofrer de artrite reumatoide e como isto afeta a sua dinâmica mental. É uma condição que lhe causa dores, limita grandemente a amplitude de movimentos das mãos e reduz a coordenação fina das mãos. Isto afeta diretamente uma atividade de que a utente gosta muito, isto por sua vez parece induzir um estado de frustração que deriva também de não poder participar numa das poucas atividades que ainda a satisfazem.

Lamenta também a inflamação do couro cabeludo. Como já foi referido, a arterite reumatoide e a inflamação do couro cabeludo poderão estar relacionadas com o *stress* que a utente foi sujeita com o traumatismo inicial e todas as suas sequelas. Isto foi explicado à utente numa linguagem adequada e compreensível.

Sessão # 4 - 21/03/12

A utente apresenta uma expressão triste e as suas mãos tremem visivelmente.

Começa por mencionar que ainda fica muito perturbada quando pensa na queda que deu, no período em que esteve internada e na amnésia – ainda não tem qualquer memória do período de internamento.

Continua dizendo que a única memória que tem é: “só me lembro de cair, e quando cheguei ao chão e senti um barulho assim como se fosse um pote de barro a estilhaçar. Imagino que fosse a minha cabeça.” Começou a chorar e continuou: “Veja lá, só hoje é que recebi o relatório médico para mostrar ao nefrologista. Sempre que perguntava às enfermeiras o que é que se tinha passado comigo nunca me deram uma resposta satisfatória, parece até que evitam o assunto gostava de compreender o que se passou comigo, talvez até me podia ajudar a lembrar. (...) as minhas amigas perguntam-me o que se passou e nem lhes posso responder.” - Volta a chorar. (...)”Não acho certo levarem este tempo todo para me entregarem o relatório, o pior é que durante esta espera, ninguém parece ser capaz de me explicar satisfatoriamente o que se passou comigo.”

Nesta sessão a utente focou-se no impacto que, o não conseguir entender o que se passou, tem sobre ela própria e o facto de não saber concretamente o que se passou com ela nos campos clínico e nemésico. Este impacto parece gerador de frustração, ansiedade e tristeza – despoletada pela pergunta de colegas e amigas (O que se passou consigo?).

Outro ponto relevante é a demora referida pela utente aquando da elaboração do relatório médico elaborado pelos profissionais do gabinete médico, o que a prostrou

ainda mais. A determinação em mostrá-lo ao seu médico nefrologista é um sólido indicador do desespero em que a Sra. S se encontra.

Sessão # 5 - 28/03/12

A utente inicia a sessão a explicar que tem de tomar várias injeções por mês: “e estas injeções nem se vendem na farmácia, vêm por encomenda para o gabinete de enfermagem, é onde depois me dão as injeções. São muito dolorosas mas já estou habituada. Já foram tantas... (...)”.

- Eu: “Sente-se saturada com a frequência das injeções, contudo aceita”.

- S: “Sim bastante, contraí isto em moçambique com cerca de 30 anos de idade. Comecei a ir à casa de banho urinar com mais frequência, o tempo foi passando e eu ia acordando mais e mais para urinar, só que geralmente ia às escuras. Um dia lembrei-me de urinar no bidé. Quando acendi a luz reparei que o bidé estava cheio de sangue. Olhe, comecei a chorar baba e ranho, só podia ser algo grave. Fui chamar o meu marido que pegou em mim e levou-me imediatamente para o hospital. Levaram uma semana a descobrir o que estava mal. Foi preciso inocularem um rato de laboratório. O médico responsável pela cobaia chegou a pedir se eu podia levar a cobaia para casa. Queria ir de férias. Durante esse fim-de-semana tratei do ratinho, alimentei-o. Às vezes incomodava-me pensar que ia ser morto por minha causa, coitadinho do ratinho que até era fofinho. Infetaram-no e mataram-no por minha causa (suspiro) mas bem, teve de ser. Finalmente foi morto, analisaram-no e diagnosticaram-me com tuberculose renal. (...) Comecei o tratamento mas estava nervosa, fiquei assim durante dias até que tive uma conversa com o médico, era um grande médico. Ele tranquilizou-me e explicou que apesar de não ter cura, tem tratamento.”

A utente prossegue com uma preocupação significativa, o receio de vir a fazer hemodiálise: “Tenho um amigo que já faz hemodiálise há uns anos grandes, ultimamente tenho pensado muito nele. Credo tem os braços cheios de hematomas. Ainda outro dia estive a conversar com ele e contou-me como era desconfortável ficar sentado horas a fio naqueles cadeirões”.

- Eu: “Parece-me que tem um receio grande de vir a ter de fazer hemodiálise, parecia estar ansiosa enquanto abordava este assunto”.

A utente confirmou que realmente é um medo que se tem agravado com o tempo.

- S:“ (...) mesmo se tivesse de fazer hemodiálise não sei o que faria.”

Perguntámos se a utente já tinha abordado esta questão com o seu médico nefrologista uma vez que é a pessoa mais indicada para lhe explicar esta situação e qual a probabilidade de vir a ter de fazer hemodiálise. A utente passou a explicar que já falou com ele e ele deixou claro que é muito improvável mesmo assim parece ter quase uma fobia ao pensamento de vir a fazer hemodiálise.

Nesta sessão a utente explicou detalhadamente como lhe foi diagnosticado tuberculose renal e o modo como lidou com a situação. É de salientar que a utente considera o acompanhamento médico do campo da tuberculose renal adequado e muito satisfatório.

Um ponto muito relevante discutido nesta sessão foi o medo que a utente tem de vir a sofrer da necessidade de fazer hemodiálise. Igualmente importante é o facto de a utente ficar muito ansiosa ao falar de hemodiálise apesar do médico nefrologista lhe ter explicado que apesar de ter tuberculose renal não pertence a nenhum grupo de risco.

Sessão # 6 - 11/04/12

A utente inicia a sessão referindo que ainda treme das mãos e como isso a está ainda a preocupar. “À coisa de um mês que venho a comparar a minha assinatura com as mais antigas e parecem-me diferentes. Enfim... Já fui ao psiquiatra do centro que me receitou uns comprimidinhos pequeninos, mas não tenho notado melhoras.”

Referimos à utente que se não sentisse melhoras deveria discutir isso em maior pormenor com o seu médico psiquiatra. É relevante referir que sem contar com este fármaco a utente já ingere diariamente aproximadamente 10 comprimidos diferentes, junta-se a isso, inaladores para a asma e injeções por causa da tuberculose. Explicámos a importância de saber as possíveis interações de todos estes medicamentos ou melhor, que devia falar com o médico que a acompanha para saber se necessita mesmo de todos estes fármacos. Explicámos ainda que faz bem em ir praticando a assinatura, é uma forma de ir desenvolvendo a coordenação visuo-motora.

Conta de forma um pouco desconfortável – como já foi atendida pelo médico de clínica geral do centro psicogeriatrico por causa dos tremores nas mãos. Mostrou-lhe as mãos e disse-lhe que desde que se deu a queda e esteve internada passaram a tremer muito. A intervenção do médico foi dizer que isto é normal.

- Eu: “Sente que o atendimento que recebeu pelo médico de clínica geral não foi sensível às suas necessidades, talvez tenha sentido algum facilitismo e isto deixa-a com menos confiança nas suas consultas e de forma geral não a faz sentir bem. Percebi?”.

A utente concordou e adicionou “quando procuramos um médico é porque precisamos de ajuda. Quando nos tratam assim como que a despachar e sem dar importância aquilo de que nos queixamos, não gostamos.”

Nesta sessão existem vários pontos merecedores de alguma reflexão.

É a primeira vez que a utente refere que os tremores das mãos afetam diretamente a sua assinatura. É uma situação que a perturba. Explicou que não considera normal e como a preocupa se tiver de ir a algum sítio onde tenha de ir assinar papéis e lhe digam que a assinatura não é a mesma e até que ponto isto a deixaria desconfortável.

Outra experiência relevante para a utente é a forma como vivenciou o atendimento do médico de clínica geral do centro. Refere que experienciou o atendimento como que a “despachar”, não sentiu que o seu problema tivesse recebido a devida atenção.

Sessão # 7 - 18/04/12

A utente fala da sua casa, de quando lá viveu, começando por explicar onde residia. Era próxima de um jardim onde costumava ir passear. A importância que o marido tinha na sua vida. Prossegue referindo como foi residir sozinha.

Refere duas situações relacionadas com a sua asma, as duas já depois da morte do marido, em que teve de ir até ao hospital e em ambas estas situações quem a ajudou foi a vizinha da frente. Durante toda a sessão a utente elogiava frequentemente a vizinha da frente, chamou-lhe a ambulância e fazia-lhe alguma companhia. Continua explicando que o receio de ficar sozinha em casa foi crescendo até que um dia caiu na casa de banho e foi a vizinha que tinha as chaves e lhe acudiu. Este momento foi decisivo na biografia da utente pois, de acordo com ela, marca o ponto da sua vida após o qual procurou pela primeira vez um centro geriátrico para futura residência. Refere que até este momento tinha conseguido viver na dúvida, mas depois daquela queda, começou a pensar com muita frequência no que poderia acontecer se estivesse sozinha, “ (...) podia ser muito grave, isto tirava-me a paz de espírito” diz a utente.

Continua referindo como no lar sente um apoio sólido que a deixa descansada. Volta a abordar o campo do atendimento que recebeu pelo médico de clínica geral do centro geriátrico, descrito na sessão anterior.

Menciona que, ultimamente tem-se questionado se terá tomado a melhor decisão em vir para o centro ou se teria sido melhor contratar uma pessoa para estar com ela em casa, que vivesse com ela ou mesmo passasse o dia com ela. Mas conclui a sessão afirmando que “ para estar bem é aqui no centro, agora é aqui a minha casa.”

Nesta sessão é bastante manifesta a necessidade da utente em refletir sobre se ter abandonado a sua casa para vir para o lar terá sido a melhor opção. De um lado, coloca o estar na sua casa, lugar onde passou uma grande fração da sua vida e por onde passaram muitas das suas memórias, do outro lado coloca a sustentabilidade de viver sozinha em casa e de como faria se lhe acontecesse algum acidente. Um conflito motivacional negativo e positivo: a vulnerabilidade de estar sozinha em casa versus o apoio multidisciplinar, social e as amizades que encontrou no centro. Uma troca do “lar doce lar” pelo sentimento de segurança da institucionalização.

Sessão # 8 - 27/04/12

Nesta sessão a utente menciona a falta de apetite, sente que o que come não tem grande sabor, refere que vê as outras senhoras no refeitório a comer bem e algumas até repetem a dose de comida. Diz que faz precisamente o contrário, pede às auxiliares ou a alguma irmã que esteja de serviço no refeitório, para lhe servir uma porção de comida mais reduzida do que a padrão.

“Às vezes até me fico a sentir mal em comer tão pouco, gostava de comer mais. Olhe, ainda esta manhã, pedi uma sandes de pão com manteiga e um copo de leite com

chocolate. Só comi metade da sandes e acabei por pedir à senhora do bar para me guardar a outra metade.”

Tentámos compreender em maior profundidade a queixa em si e a sua cronologia. A utente passou a explicar que nos últimos cinco anos a comida passou a perder o sabor. Tentámos perceber se o problema poderia estar na confeção da comida no centro psicogeriatrico, em que amplitude a comida do centro era diferente da que ingeria em casa.

A utente explicou que eram bastante diferentes, em casa era bastante mais condimentada, confeccionava pratos de caril e pratos africanos como muamba. Uma vez aferida essa situação passámos a explicar que apesar da diferente confeção da comida, com o avançar da idade algumas pessoas tendem a perder sensibilidade no palato, além disso os problemas de tiroide de que a utente padece, tem bastante potencial para afetar o apetite. Não conseguimos ter certeza absoluta desta situação mas era bem possível. Quando a pessoa tem o humor rebaixado, estão mais tristes, o apetite também é afetado e tende a reduzir.

Finalmente, explicámos que nós já comemos comida do centro psicogeriatrico por termos ouvido outras queixas sobre a fraca qualidade da confeção da comida do lar - não da matéria-prima utilizada. Ou seja, independentemente da idade da utente e de qualquer possível redução da atividade neurológica no campo do palato, a comida do lar é efetivamente de sabor “deslavado” e muito diferente das preferências da utente.

Retorquimos: “Mas entendo que apesar de todas as explicações que lhe dei, o facto de ter o desejo de ter melhor apetite não muda e que continua com uma certa tristeza e/ou frustração por não conseguir fazê-lo.”

Nesta sessão a utente traz uma situação que tem origem na interação entre os seus gostos subjetivos à idade e à institucionalização. Ou seja, a utente não detém qualquer controle ou influência sobre as ementas. Existe então uma discrepância muito grande entre os pratos que aprecia e os que lhe são servidos diariamente. Temos mais uma consequência nefasta da institucionalização, a remoção de controlo de um campo significativo do dia-a-dia da pessoa: o que deseja comer e como deseja que seja confeccionado levando à frustração e outras emoções negativas.

Sessão # 9 - 02/05/12

Por motivos de saúde não prestamos acompanhamento à utente.

Sessão #10 - 09/05/12

A utente inicia a sessão por falar das dificuldades que tem em adormecer e desenvolve: “Sabe, existe uma televisão velha pra lá no quarto, até já pedi a um senhor que conserta coisas aqui no centro para me ver se teria concerto, ele foi lá ver o que podia fazer e disse que não conseguia arranjar. O que acha de ter televisão no quarto acha que pode ser útil, ajudar nas minhas insónias?”

- Eu:” Com moderação pode ser positivo e providenciar uma certa amplitude de estimulação visual auditiva e cognitiva. Pode ser uma forma interessante de sentir o tempo passar mais depressa e evitar certos pensamentos menos bons que possam surgir com as insónias. Está a pensar comprar uma?”

- S: “ Outro dia estiveram uns familiares no meu quarto e perguntaram porque não tinha televisão no quarto e queriam oferecer-me uma daquelas fininhas e modernas até fiquei bastante entusiasmada. Fui falar toda contente com a irmã responsável pelo andar do meu quarto e disse-me que não autorizava, não lhe parecia uma boa ideia.”

- Eu: “ Parece ter ficado desanimada com a resposta da irmã, como se sentiu?”

- S: “ Olhe, não acho nada justo, fiquei bem triste e ainda para mais, uma colega de quarto tem uma televisão portátil pequenina e lá vai vendo com aqueles auscultadores pequeninos. É verdade que existe uma televisão na sala de convívio mas não posso estar a ver enquanto adormeço, não é? Nem ver o que quero quando quero.”

Nesta sessão é de salientar que a utente tem algum nível de apoio familiar. Tiveram a sensibilidade de reparar que não tinha televisão no quarto e quiseram proporcionar-lhe esta comodidade. Enquanto a utente contou este episódio fê-lo com uma expressão feliz e quando falou da negação dessa possibilidade por parte da irmã responsável pelo seu piso exibiu uma expressão de tristeza. Estamos perante outra consequência direta da institucionalização, se a utente estivesse em sua casa poderia ter televisões onde quisesse e quantas quisesse, é uma situação onde uma vontade significativa da utente é negada, isto é génese de iniquidade para a utente, para mais quando uma colega de quarto tem uma televisão.

Sessão # 11- 16/05/12

Fomos buscar a utente ao quarto e passámos por uma das enfermarias, a utente pediu para ir lá um pouco, foi falar com uma senhora que aparentava sofrer de alguma doença degenerativa. A utente falou com ela uns dez ou quinze minutos e enquanto nos dirigimos para o gabinete de acompanhamento explicou-nos que aquela senhora é mãe de uma companheira de um filho do seu falecido marido. “Gosto de ajudar no que posso.”

“Sinto a falta do meu marido, éramos muito amigos - chora por breves instantes - sinto a falta dos passeios que dávamos, veja lá que até sinto a falta de cuidar dele, fui eu que tratei dele até morrer foi cansativo mas valeu a pena.”

- Eu: “Era uma parte importante da sua vida, alguém único e especial e dedicou-se a ele até os seus últimos dias, às vezes sente a sua falta, não sempre mas existem momentos difíceis para si devido à saudade que sente dele. E nos momentos mais difíceis, saber que já não pode estar com ele deixa-a muito triste.”

- S: “Sim, quando penso nele fico bastante triste. Em cima disso vão-me aparecendo doenças atrás de doenças e depois, aquele período em que estive internada e não me consigo lembrar de nada e as senhoras aqui do centro, que me iam dar algum apoio, perguntavam o que se passou e eu não me conseguia recordar”, refere a utente a chorar.

A utente aborda nesta sessão dois pontos relevantes para melhor entender a sua fenomenologia:

- a) Como tem vindo a reagir após o falecimento do marido (com surtos de tristeza). Sobre este assunto percebe-se ainda que tinha uma sólida relação com o segundo marido e como a sua morte é um momento que pode marcar o início de um humor rebaixado;
- b) Importante considerar o facto de se aperceber que boa parte do seu estado emocional passa pela sua condição de saúde.

Sessão # 12 - 21/05/12

Nesta sessão a utente chegou com uma expressão facial indicativa de preocupação, ou angústia. Confrontamo-la e perguntámos se queria desenvolver o assunto.

- S: “Realmente, ando preocupada. Nestes últimos dias acordo frequentemente para ir à casa de banho fazer xixi. Além de ser incomodativo, preocupa-me que seja alguma coisa relacionada com os meus problemas nos rins, já fui duas vezes ao gabinete

de enfermagem e pediram-me para urinar num copinho, esperei um pouco e disseram-me que estava tudo bem. Mas incomoda-me, como é que podem saber isso assim tão rápido, quer dizer, eu não sei mas não me parece terem assim o equipamento para este tipo de análises”

- Eu: “Anda preocupada com o aumento da frequência de vezes que tem de ir à casa de banho durante a noite. Acorda, não descansa em condições e em cima disso está preocupada com a possibilidade de haver relação com algum problema renal. Como se estas preocupações não fossem suficientes, tem alguma preocupação ou desconforto com as análises ou testes feitos no gabinete de enfermagem.”

- S:” É por ai, deito-me às 21:30h e acordo três vezes durante a noite. O problema é que tenho medo de cair e não quero incomodar as outras pessoas, isto acontece já de madrugada.”

- Eu: “Fica desconfortável com ter de ir à noite até à casa de banho, preocupa-a dar uma queda grave e fica dividida entre pedir ajuda e incomodar as pessoas e isso deixa-a desconfortável.”

- S:” É verdade, tenho realmente muito medo de dar uma queda e me magoe com gravidade. No outro dia fui ao meu apartamento, estava no elevador que estava sem luz e tive medo de dar uma queda. Às vezes tenho mesmo muito medo de cair e não apenas quando me levanto de noite para ir à casa de banho.”

Nesta sessão a utente abordou pela primeira vez o receio generalizado que tem em dar uma queda e desenvolve em como a afeta, ou melhor, como se tem tornado mais amplo e tem estado mais presente, além disso deve andar a descansar de forma insuficiente já que acorda em média três vezes por noite. Paralelamente a esta situação está o aumento da frequência de micção. Ora já vimos em sessões anteriores que a Sra.

S tem um medo bastante intenso de vir a fazer hemodiálise, esta maior frequência de micção irá provavelmente potenciar este receio, isto associado à pobre qualidade de sono e receio de cair, é génese de inquietação e angústia para a utente.

Sessão # 13- 30/05/13

Nesta sessão a utente parece-nos estar bem-disposta, ela inicia a sessão com uma preocupação: “Ontem tive uma conversa com outra senhora aqui do centro acerca de um programa de televisão e nunca me consegui lembrar do nome da atriz em causa. Depois em momentos desses admito que começo a ficar preocupada com a doença de Alzheimer. Vejo para aqui tantas senhoras com esta doença, sem saberem onde estão e entravadas nas cadeiras de rodas.”

- Eu: “Preocupa-a não se lembrar do nome da atriz em questão, ou melhor, o facto de não se lembrar do nome da atriz traz-lhe pensamentos negativos sobre a possibilidade de vir a padecer da doença de Alzheimer ou mesmo ficar dependente de alguém para a sua mobilidade. Compreendi?”

- S:” É mesmo isso. Para qualquer lado que olhe vejo pessoas que precisam de ajuda, eu lá vou ajudando no que posso mas às vezes entristece-me não poder fazer mais além disso. Como já falámos, ao ver isto todos os dias, ultimamente, não consigo parar de pensar que me pode acontecer o mesmo, então quando me acontecem umas falhas de memória fico logo muito preocupada e não consigo parar de pensar todos os dias se vou ficar assim.”

Explicámos-lhe que nos parecem ser pequenas falhas de memória congruentes com o tipo de enfraquecimento mnésico que pode ocorrer com o avançar da idade dentro de parâmetros em nada incapacitantes e que a doença de Alzheimer não aparece de repente aos 80 anos. Por esta altura já teriam de haver outros indícios, mas que

entendo o seu receio e que o facto de estar exposta a tantos estímulos relacionados com a perda de funções cognitivas cria-lhe receios e traz-lhe constantemente este pensamento à “tona”. Desenvolvemos um pouco a importância de continuar a ser autónoma no máximo de situações possíveis e como isso melhora ou mantém a coordenação visuo-motora e as capacidades cognitivas superiores. Tarefas simples como conversar, ir ao hospital por si, coisas simples do dia-a-dia que talvez até uma certa idade tomamos por garantidas, mas que a partir de uma certa idade nos podem preocupar.

Nesta sessão a utente abordou assuntos que nos parecem ser receios normais e consequências do avançar da idade. Reflexões provavelmente impossíveis de “fugir” ou evitar ao se atingir uma certa idade, se a isso juntarmos o contexto diário em que a utente se insere, mais difícil é evitá-los. Este contexto é o quotidiano do centro psicogeriátrico onde vive atualmente, onde diariamente lida com utentes que padecem de várias demências bastante acentuadas.

Apesar de óbvio, pareceu-nos importante salientar que na sua casa não teria este contato e possivelmente não teria este tipo de padrão de pensamento, assim sendo, pareceu-nos que estas dúvidas podem ser uma consequência da institucionalização. Ou seja, o ambiente do centro potencia uma estimulação direta, cuja consequência é a dúvida sobre o tempo que lhe resta de funcionalidade e autonomia.

Sessão # 14 - 16/06/12

A utente apresenta uma expressão não muito bem-humorada. Perguntámos se se passava alguma coisa em especial ou se existia algum assunto que a utente quisesse referir. Começou por dizer que tinha estado a falar com o filho mais velho ao telefone, mas que ela já tem dificuldades em falar inglês e ele em falar português e que nenhum

dos netos fala português. Continua salientando as dificuldades de comunicação que estas barreiras linguísticas trazem.

- Eu:” Sente-se afastada dos seus netos e dos seus filhos, gostaria de os ver mais frequentemente mas isso é-lhe difícil. Além disso, quando fala com eles sente que é difícil comunicar, o que a deixa mais triste e talvez até frustrada.”

A utente prossegue falando do filho mais novo e como ele quis ir estudar agronomia em Moçambique, o marido conseguiu falar com o Reitor da escola conseguindo com isso que ele fosse admitido. Certo dia a utente foi chamada à escola e o reitor passou a explicar que ocasionalmente o seu filho desaparecia de algumas aulas de campo e tinha efetivamente perdido por faltas, ao que a utente retorquiu: “Mas não está incluído na responsabilidade do professor regressar com os alunos todos? Ele ficou sem palavras. Mas são águas passadas e agora ambos os meus filhos estão bem na vida.”

Perguntámos à utente se alguma vez tinha ponderado ir a África do Sul encontrar-se com os filhos. Ela disse que já tinha pensado nisso mas teria de pagar seguro de saúde, o voo. Seriam muitas horas e eles têm as suas vidas. Ainda que tem receio de ir a África do Sul devido à elevada taxa de criminalidade violenta.

Nesta sessão a utente falou dos filhos e dos netos. Percebe-se como a família é significativa para a senhora S e que ao estar separada deles pela barreira linguística e geográfica é assombrada por emoções de tristeza e saudade. Talvez impotente perante estas condicionantes e a sua idade avançada.

Esta saudade e distância que tem dos filhos juntamente com a sua idade avançada parece ser uma preocupação significativa para a utente e bastante relevante para melhor entender o seu funcionamento fenomenológico.

Sessão # 15 - 20/06/12

Nesta sessão a utente esteve centrada em bons momentos que passou na vida.

Refere que quando vivia em Moçambique morava próximo do trabalho, como isso a agradava imenso e o quanto gostava da sua profissão e local de trabalho. Falou dos dias quentes, do ar condicionado, da sua casa e do seu trabalho. Continuou a falar das suas memórias em Moçambique, de como aquele tempo a agradava.

Explica que antes era mais extrovertida, fala de como eram as suas idas ao cinema, que ia a “boites” e a matinés e que bebia um copo ou dois de vinho, quando saía com as suas amigas.

Mencionou uns cães que teve com o primeiro marido e que acabou por vendê-los a um senhor após grande insistência deste. “ O senhor insistiu muito e acabámos por vendê-los por uma boa maquia. Acabei a sentir-me culpada, mas prontos, sei que os cães foram muito bem tratados. Mas apesar disso nunca mais quis ter cães.”

A utente prossegue explicando como adquiriu a casa em Portugal Continental. Visitou várias casas com o segundo marido e a que acabou a comprar foi a mais barata. Continua falando das “grandes patuscadas que fizemos lá no terraço, a casa tinha um grande terraço e costumavam ir os pais do meu falecido marido, alguns dos seus filhos e comíamos sardinhas na brasa. Ai como adorava sardinhas, era mesmo sôfrega por sardinhas ora veja lá que cheguei a ir ao centro de saúde retirar uma espinha que tinha ficado na garganta.”

Durante o resto da sessão a utente manteve a boa disposição rindo frequentemente.

Nesta sessão a utente abordou temas ou memórias/reminiscências de bons momentos que passou em Moçambique e em Portugal Continental. É das poucas sessões até à data (se não mesmo a única) em que a utente fala de estórias de vida positivas.

É relevante mencionarmos que a forma como acabou por adquirir a casa com o segundo marido pode ser indicador de uma relação equitativa, além disso o episódio dos churrascos no terraço parece indicar uma relação de proximidade com a família do mesmo.

Sessão # 16 - 27/06/12

Sugerimos à utente que esta sessão decorresse no jardim do centro, um espaço com privacidade e muito agradável. Esta escolha deveu-se ao excelente dia que fez e por considerarmos que poderia ser benéfico para a utente um pouco de novidade e ar fresco.

A utente continuou o tema da sessão passada, foi assim durante o decorrer da sessão, manteve-se centrada em vivências que teve em Moçambique.

Falou de como foi a sua estadia, mas desta vez focou a sua atenção na descolonização das ex-colónias portuguesas em particular, Moçambique. “Foi um processo difícil houve muita gente que perdeu a casa e todos os seus bens e pessoas que conhecia chegaram a ser mortos.”

Continua explicando como conseguiu trazer pouco mais que um casaco de pele de leopardo e mesmo assim tiveram de subornar o guarda da alfândega, ilustrando assim o quão difícil era trazer ou preservar e transportar os bens materiais para os portugueses

que foram forçados a sair de Moçambique. No fim explica que acabou por vender o casaco.

Volta a falar sobre como muitas pessoas que conheceu perderam tudo, terrenos, bens imobiliários e até pequenos bens ao tentarem sair do país. Questionando-se se as coisas não poderiam ter sido de outra maneira. Considerava que ambas as partes deveriam ter agido de maneira diferente, “ as coisas feitas da maneira que foram causaram muito sofrimento a muita gente”, mas considera que foi bem recebida e integrada em Portugal Continental.

Nesta sessão a utente aborda o assunto da descolonização pela primeira vez. Aqui temos finalmente a noção de como foi marcante toda a estória que vivenciou em Moçambique. A tristeza e o sofrimento que lhe causou e que aparentemente ainda perduram em alguns momentos.

Para finalizar, parece-nos que o diferente *setting* em que decorreu a sessão poderá ter facilitado esta temática, pois era um dia quente e luminoso num jardim muito agradável. De qualquer forma, é importante referir que a utente apreciou a mudança.

Sessão # 17 - 06/07/12

A utente começa por referir que partiu o aparelho auditivo. Enquanto o dizia estava sorridente e bem-disposta, prosseguiu a explicar como tinha acontecido: “Todos os dias quando me deito tiro o aparelho auditivo e coloco-o na mesa-de-cabeceira. Foi o que fiz ou o que pensava ter feito. De manhã acordei, estiquei as mãos para o colocar no ouvido mas não o encontrava. Comecei a ficar preocupada. Até as minhas colegas de quarto me ajudaram a procurar o aparelho. Passados uns bons 15 minutos de estarmos todas à procura reparei numa fenda entre a mesa-de-cabeceira e a parede e lá estava na caixinha esmagado, todo partido até parecia que lhe tinham posto o pé em cima, mas

enquanto estávamos todas à procura mexemos na mesa-de-cabeceira e devemos tê-lo esmagado entre a parede e a mesa. Olha, já aconteceu agora resta-me comprar um novo.”

Tal como no início, a utente explicou todo o decorrer de forma bem-disposta. Depois explicou que no espaço entre a última sessão e esta se deslocou à loja dos aparelhos auditivos, fez alguns testes escolheram o aparelho mais adequado. Disse ainda que queria um aparelho dos pequenos que ficam todos dentro da orelha, mesmo que sendo mais caro.

Recuou duas décadas e explicou como os seus problemas auditivos são antigos. Foi operada ao ouvido, tinha um tímpano furado disseram-lhe dois otorrinos, quando foi operada concluíram que o problema era outro. Utiliza aparelho auditivo já há muitos anos.

Nesta sessão compreendeu-se que a utente já está familiarizada com a utilização de aparelhos auditivos. Pela forma como descreve o incidente, sorrindo e rindo, pode-se considerar que a utente tem apresentado um humor estável havendo mesmo uma diferença muito significativa das primeiras sessões, pois era frequente a utente chorar pelo menos uma vez em muitas das sessões anteriores.

É relevante referir a solidariedade espontânea que ocorreu quando a utente procurou o aparelho, as colegas de quarto foram muito prestáveis e talvez por isso a utente estivesse de bom humor apesar da perda do equipamento. É de mencionar que o facto de querer um aparelho dos mais pequenos demonstra um certo grau de preocupação com o aspeto físico

Sessão # 18 -11/07/12

Nesta sessão, começámos por referir à utente que se trata da nossa penúltima sessão.

A utente referiu que têm sido bastante agradáveis e úteis as sessões de acompanhamento.

Passa então a falar das veias salientes e varizes que tem na parte superior dos pés, refere que apareceram nos últimos anos (aproximadamente oito anos) diz que a incomodam esteticamente, mas não só. Às vezes está deitada e os pés começam a doer-lhe, como se fossem câibras. Umhas dores muito fortes que duram largos minutos e chega a ter de chamar alguém do gabinete de enfermagem. Menciona também que já foi atendida por um médico angiologista e que este lhe disse para aplicar um creme gordo, o que a utente tem feito com a regularidade prescrita. A utente adianta que pelo menos o atendimento é participado pela ADSE, o que a parece deixar com um maior sentimento de equidade. O táxi é à sua conta e vai de táxi porque tem um grande receio de dar uma queda.

Nesta sessão a utente esteve focada em mais um problema de saúde, mais um tratamento, mais uma deslocação, mais uma despesa, mais tempo perdido. Mas mais do que isso pensamos que esta condição/doença é mais uma que se soma às outras, um empilhar de doenças que parecem ser para senhora S génese de uma reação na sua mente, que por sua vez rebaixa o seu estado de humor.

Sessão # 19 - 19/07/12

Esta foi a última sessão que tive com a senhora S e foi supervisionada pela Dra. Paula Agostinho.

Iniciámos a sessão referindo que se tratava da nossa sessão final. A utente disse que gostou muito do acompanhamento. Prosseguiu referindo que tinha vindo da sua casa e que lá estavam muitas contas para pagar, queixou-se que continuam a enviar as contas para a sua antiga residência e não para o centro psicogeriatrico, onde reside atualmente.

Retorquimos: “Parece-me abalada, talvez até um pouco triste, poderá estar relacionado com o facto de ter ido a sua casa ou de ter as contas em atraso, talvez os dois.”

- S:” Para mim é aborrecido as contas continuarem a chegar à minha casa e apesar de ir lá com alguma frequência fica cada vez mais difícil lá ir e desta vez esqueci-me de levar a bengala. Mas o pior aconteceu no banco, fui lá de táxi. O gerente pediu a minha assinatura e disse-me que não era a mesma e que já não estava igual à minha assinatura que consta no bilhete de identidade.”

Ao relatar este episódio a utente começou a chorar, de tal forma que foi mesmo preciso um momento para a utente se acalmar e prosseguir a sessão. Ao se acalmar, continuou e referiu então que desde a queda que deu e o episódio do coma tem vindo a tremer das mãos e que os comprimidos receitados para este efeito não tem tido qualquer eficácia.

Continuou explicando como o gerente do banco a tentou tranquilizar dizendo que naquela situação não haveria problema uma vez que já conheciam a senhora S, mas devia mudar a assinatura do seu bilhete de identificação pois poderia ter problema noutras situações. E continuou dizendo que tinha conseguido fazer tudo aquilo para que tinha saído.

Sendo a última sessão pedimos-lhe que tentasse indicar em qual ponto do acompanhamento que lhe prestámos foi útil. Explicou que tinha sido muito positivo a nível do ânimo, as sessões melhoraram-lhe o humor e tornaram-lhe o quotidiano mais fácil, apesar de tudo refere que ainda não se sente curada apesar de sentir as sessões como uma ajuda.

Nesta sessão existem vários pontos a salientar e refletir de um modo geral, em certos aspetos relacionados com os efeitos biológicos da anciania. O que consideramos mais significativo é o da assinatura no balcão do banco. Ao referir esta situação a utente começou a chorar até praticamente ao fim da sessão em períodos intercalados. É significativo referir que a utente não se sente curada e por vezes entra em estados de sofrimento.

Diagnóstico diferencial e reflexão clínica.

A Sra. S não apresenta qualquer sintoma psicótico nem perturbações do pensamento como delírios e alucinações. Pode-se, por isso, excluir facilmente qualquer perturbação psicótica e esquizofrénica F20-F29 do CID 10. A ter alguma perturbação incluída no CID 10, estamos francamente inclinados para que seja um transtorno do humor ou ansioso.

Comecemos então por analisar:

. F30 Episódio maníaco está totalmente fora do campo dos seus sintomas. Assim, podemos também excluir F31 transtorno afetivo bipolar.

. F32 Episódio depressivo: no CID 10 pode-se ler “ o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma

fatigabilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços leves é comum. Outros sintomas comuns são:

- (a) Concentração e atenção reduzidas;
- (b) Autoestima e autoconfiança reduzidas;
- (c) Ideias de culpa e inutilidade (mesmo em um tipo leve de episódio);
- (d) Visões desoladas e pessimistas do futuro;
- (e) Ideias ou atos auto lesivos ou de suicídio;
- (f) Sono perturbado;
- (g) Apetite diminuído;

(a) Ora ao refletir sobre as sessões com S, não existem queixas de redução do foco ou tenacidade de atenção. Penso que pelo conteúdo das sessões não existe informação para aferir através de indução ou mesmo interpretação e que permita afirmar que S sofreu uma redução da concentração e atenção.

(b) Quanto à autoestima e autoconfiança parece existir algumas evidências indiretas de que a autoconfiança de S sofreu uma diminuição e que se relaciona com o aumento do receio de S cair e magoar-se, ou seja existe uma relação inversa entre a autoconfiança de S e o medo de cair, que tem vindo a reduzir quer a sua autonomia quer a autoconfiança.

(c) Não existem evidências da existência de ideias de culpa e inutilidade.

(d) Não identificamos indícios de visões desoladas e pessimistas do futuro.

(e) Não existem quaisquer sinais de ideias ou atos auto lesivos ou de suicídio.

(f) Existem provas diretas de que S tem sono perturbado, mais especificamente problemas em adormecer.

(g) Existem indícios diretos de apetite perturbado. Logo na primeira sessão S queixa-se de apetite reduzido.

Segue-se a análise dos possíveis diagnósticos:

F32.0 Episódio depressivo leve - este diagnóstico é uma possibilidade, mas improvável devido à duração dos sintomas, ora vejamos:

- S parece apresentar um humor deprimido, consideramos marcador para este sintoma, as frequentes crises de choro durante as primeiras sessões e depois nas últimas sessões.
- A perda de interesse não é possível aferir, ou talvez seja possível aferir que não.

A maior atividade que parece interessar a S são os trabalhos manuais e neste domínio vemos que S mantém o interesse e prazer em fazê-los ou praticá-los. S não se queixa de fadiga, queixa-se de fraqueza nas pernas mas não sabemos se pode ser considerado marcador de fadigabilidade aumentada. Quanto aos sintomas da *checklist* de F32 estão presentes o 3 b), o c) e o g).

A duração mínima tem se ser superior a duas semanas. Ora podemos ver que é claramente superior a duas semanas. Além disso, S está angustiada com pelo menos um dos sintomas, a falta do apetite. Apesar de dos três sintomas (humor deprimido, perda de interesse e fadigabilidade aumentada), só é possível aferir diretamente o primeiro, ficando a dúvida sobre o terceiro. Por isso a força deste diagnóstico parece-nos ser média.

Assim, podemos concluir que F32.0 Episódio depressivo leve é uma possibilidade com alguma força.

F32.1 Episódio depressivo moderado - este diagnóstico parece improvável devido ao número de sintomas que devem estar presentes. São recomendados preferencialmente quatro dos sintomas de F32 e apenas estão presentes três. Têm de estar ainda presentes, três a quatro dos sintomas de F32.0 e apenas registamos evidências concretas para um ou talvez dois sintomas ou marcadores.

A duração mínima do episódio deve ser de duas semanas e isto confere.

A força ou probabilidade deste diagnóstico relativamente a F32.0 parece-nos ainda menor.

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos - a angústia parece estar presente, mas ao observar as diretrizes diagnósticas, constatamos que são requeridos todos os três sintomas típicos de F32.0 e F32.1 e pelo menos quatro dos requisitos de F32. Uma vez que apenas são identificáveis três dos sete marcadores de F32, podemos automaticamente excluir este diagnóstico.

O medo de cair que a utente apresenta afeta e condiciona de forma direta o seu comportamento que pode ter tido origem ou pelo menos um agravamento significativo após a queda que deu no início do ano e que a conduziu a um coma.

S iniciou o acompanhamento com queixas de amnésia antrógrada, falta de apetite, e um humor manifestamente rebaixado ou deprimido. A incapacidade de recollecção mnésica do que se passou durante o seu recobro, parece deixar S afetada emocionalmente. Em várias situações ao falar desta vivência, S chorava durante as sessões. Quando as amigas e colegas do centro psicogeriátrico lhe perguntavam o que se

tinha passado com ela, isto era o suficiente para, pelo menos nas sessões, despoletar um período de choro, o que por sua vez é um sólido indicador do seu estado emocional.

Muito importante, é a elevada carga de doenças que a utente gere diariamente, independentemente de serem tecnicamente muitas ou poucas doenças, bem como as consequências destas patologias nas suas atividades diárias. É certo que na sua fenomenologia S está saturada de procedimentos médicos, deslocações em táxis para consultas médicas e exames. Acresce ainda, a grande carga medicamentosa, aproximadamente 12 fármacos diferentes diariamente e umas injeções para os rins administradas duas ou três vezes por mês. Além das disfunções biológicas, consequência direta das patologias, existe todo um conjunto de consequências ou reações na sua mente. Estas consequências são gèneses na sua mente de reações nada positivas, são encargos económicos, perda de tempo e o receio de cair. Em cima disto, acumula-se o tremor nas mãos tão significativo que até a sua assinatura mudou, já não é a mesma e como vimos na última sessão, isto foi a origem de uma severa reação emocional manifestada por um intenso episódio de choro que afetou a capacidade de discurso da utente por uns bons cinco ou 10 minutos.

S refere que após uma ida ao médico, as dores de que se queixava nas mãos tinham origem na artrite reumatoide, para além das dores causadas diretamente pela resposta inflamatória do organismo as articulações das mãos, outra consequência foi a impossibilidade de continuar (pelo menos durante o agravamento da resposta inflamatória) os trabalhos manuais, o que para S é uma severa limitação pois é das suas atividades prediletas. A consequência desta cessação forçada é a frustração que, por sua vez, agrava os estados ansiosos e tende a deprimir o humor.

Quando S foi ao médico de clínica geral do centro psicogeriátrico, este menosprezou a importância que os tremores das mãos tinham para S ao dizer “isto é normal não tem importância”. Ora S questionou e ponderou em várias sessões se a escolha mais adequada para si terá sido ir para o centro *versus* ter contratado alguém para ficar com ela em sua casa e acabou a decidir viver no centro por questões de saúde, em especial uma queda que deu na banheira quando estava sozinha em casa. Veio por motivos de saúde e tem as suas necessidades pato-biológicas e psicológicas menosprezadas pelo atendimento médico do centro (isto ocorre numa amplitude parcial, pois este episódio ocorreu com o médico de clínica geral e o centro apresenta uma equipa médica multidisciplinar).

Outra patologia que parece ter consequência negativa sobre o estado emocional e mental de S é o aumento de frequência de micção noturna. Isto induz uma fraca qualidade do seu sono e descanso, força ainda a tomada de decisão entre pedir ajuda a alguém do gabinete de enfermagem ou levantar-se por si e ir à casa de banho sozinha enfrentando o receio latente que tem de dar uma queda que, como foi visto posteriormente nas sessões, trata-se de um receio que condiciona o comportamento, a mobilidade e a autonomia da utente.

Assim sendo, tudo aquilo que reduz a autonomia das utentes deve ser seriamente analisado. Mas uma vez que analisamos o caso de S no âmbito da autonomia, é válido referir que foi proibida de ter uma televisão no seu quarto e passou por várias situações com a alimentação, uma vez que a ementa sai frequentemente fora dos seus gostos pessoais (e outras utentes que acompanhei por algumas sessões e cujos casos não são reportados neste relatório queixaram-se da fraca confeção dos pratos, não da matéria-prima utilizada mas da confeção *per si*). S chegou a ser “obrigada” a comer toda a porção de uma refeição por uma freira que se encontrava de serviço no refeitório,

culminando este episódio num “disparo” dos seus níveis de ansiedade acompanhado de choro. S já apresentava um apetite reduzido. Ao ser exposta a estes estímulos ansiogénicos no refeitório, juntamente com a desregulação hormonal da tiroide gera-se um ciclo vicioso na redução no apetite, ou seja, estamos perante a ocorrência de um condicionamento com consequências negativas, ao ser exposta ao contexto/estímulo ambiental (refeitório) onde aconteceu este episódio é natural que os níveis de ansiedade aumentem.

Os níveis de ansiedade são inversamente proporcionais ao apetite até porque o sistema digestivo pode ser considerado um segundo “cérebro”, devido ao elevado número de conexões e *clusters* neuronais. Ainda no âmbito da falta de apetite de S, é necessário considerar a disfunção que tem na tiroide. Foi operada à tiroide devido a um tumor e toma diariamente tiroxinas. A tiroide regula diretamente o metabolismo e o apetite. Então para melhor entender esta queixa temos de considerar uma dimensão biológica relacionada com as modificações no funcionamento da tiroide e uma dimensão psicológica, a ansiedade.

Outro ponto significativo na análise do caso S, é a sua interação com a sua família direta: filhos e netos. S passou uma parte considerável da sua vida em Moçambique (até à descolonização), os seus filhos nasceram em Moçambique e desenvolveram-se no contexto do Continente Africano, fizeram toda a sua vida lá, vivem em África do Sul e lá permanecem. Os netos nem falam português e os filhos já o falaram melhor. S diz-nos que “o meu inglês está enferrujado”. Tem receio de ir a África do Sul por motivos de saúde e de segurança. A família raramente vem a Portugal. Esta barreira geográfica e linguística gera saudade e frustração em S.

Um receio manifestado em várias sessões é o da perspectiva de vir a fazer hemodiálise, apesar do médico nefrologista que segue S ter-lhe assegurado que é muito improvável que tal aconteça, mas é sem dúvida um receio presente na sua mente e pensamos que quando surge lhe causa tristeza e catalisa a ansiedade.

Síntese.

- Medo de cair, o que condiciona o seu quotidiano;
- Medo de vir a fazer hemodiálise, apesar do seu nefrologista lhe ter assegurado que tal é muito improvável, como qualquer medo, quando assombra a sua mente gera ansiedade;
- Medo de ficar demente e incapacitada, como muitas utentes do centro e como qualquer medo, quando assombra a sua mente, gera ansiedade;
- Labilidade emocional, exibida ao longo do acompanhamento através de frequentes episódios de choro durante as sessões;
- Falta de apetite, queixa inicial e que se manteve mais ou menos constante durante todo o acompanhamento;
- Tremores nas mãos, além de doloroso condicionam as suas atividades preferidas, os trabalhos manuais, o crochet;
- Artrose Reumatoide nas mãos;
- Dificuldade em adormecer e consequente ruminação de pensamentos que lhe causam ansiedade e potencial desespero;
- Saudade dos filhos e netos (família direta).

Caso clínico III.**Identificação de ER**

Nome: ER

Data de Nascimento: 18 / 10 /1933

Naturalidade: Cabo Verde

Etnia: Caucasiana

Estado Civil: Viúva

Residência: Parede

Escolaridade: 4ª Classe

Profissão: Reformada

Tabela 3

Biopatografia de ER

Acontecimentos de Vida	Idade cronológica	Patologias
• Morte da filha	71 Anos	Saudade, luto
• Remodelação da sua antiga residência por uma ex-namorada do filho	76 Anos	Perda de identidade com a sua residência
• É diagnosticado doença de Parkinson ao seu irmão, como consequência é-lhe revogada a carta de condução	78 Anos	Saudade do irmão, contato ainda menos frequente com familiares. Possivelmente humor rebaixado
• Queixas mnésicas	79 Anos	Dúvida, medo de padecer de alguma doença degenerativa
• Morte repentina de uma utente sua conhecida	79 Anos	Dúvidas sobre a vida além da morte, surgimento de dúvidas existenciais, referindo pela primeira vez que está cansada de viver

Registo das sessões de acompanhamento.

Sessão # 1 - 15/02/12

Esta sessão inicial foi conduzida pela Dra. Paula Agostinho.

ER chegou ao gabinete e falou da partida do filho do concelho da Parede para o concelho de Almada: “Agora existe tanto mar entre nós”.

Queixa-se ainda da fraca memória, explicando dois acontecimentos que lhe aconteceram e que a conduziram a esta consulta na quadra natalícia. Diz ter chegado ao quarto e encontrado algumas das prendas que tinha recebido abertas, mas não tem qualquer memória de as ter aberto ficando deveras intrigada com isso. O outro

acontecimento, explica, foi ter-lhe desaparecido algum dinheiro do quarto e novamente afirma não ter qualquer memória de ter gasto o dinheiro.

- ER: “Não sei se fui eu que abri as prendas e mexi no dinheiro e não me recordo ou se alguém mexeu e eu não sei.”

Nesta sessão começámos a entender algum do sofrimento e preocupações de ER. O aumento da distância da residência do filho traz algumas consequências para ER uma delas é uma redução da frequência das visitas, uma vez que este passou a residir a uma distância significativamente maior.

Os acontecimentos relacionados com o desaparecimento do dinheiro e as prendas desembulhadas trazem sempre problemas na fenomenologia de ER, ou seja, caso ela própria tenha aberto as prendas e gasto o dinheiro estará perante problemas ou falhas mnésicas, caso tenha sido alguma auxiliar ou outra funcionária do centro psicogeriátrico, estamos, certamente, perante uma situação desconfortável de invasão à privacidade, uma situação onde não basta ER estar sujeita às consequências nefastas da institucionalização, ainda se encontra exposta a uma invasão de privacidade e falta de segurança remetendo a sua existência para um ou mais degraus para baixo na pirâmide de Maslow, o que certamente perturba o organismo de ER representando uma quebra de segurança material com todas as reações mentais subjacentes.

Sessão # 2 - 22/02/12

A utente inicia a sessão referindo que esteve em casa do irmão: “O neto dele não me parece normal da cabeça, mas onde quero chegar é que não me lembro se estive lá uma vez ou duas esta semana.”

Perguntámos à utente se haveria alguma forma de confirmar.

- ER: “O meu filho pode-me confirmar isso, mas por causa da última greve dos transportes não consegui falar com ele”.

Respondemos-lhe: “ Ok, recorda-se de algum acontecimento com especial significado para si ou que a tenha perturbado no espaço desta última semana?”

A utente refere que não ocorreu nada de especial, pelo que de seguida perguntámos: “Tirando os acontecimentos do desaparecer do dinheiro, das prendas abertas durante a quadra natalícia e agora esta situação na casa do seu irmão, tem mais alguma queixa ou situação no que diz respeito à sua memória?” A utente respondeu que não se queixava de outra situação de memória.

Respondemos: “Compreendo a sua preocupação e não querendo reduzir a importância que estes acontecimentos têm para si, sinto ser importante mencionar que não me parecem ser de sintomas de alguma doença degenerativa.” A utente referiu ficar mais tranquila com a minha opinião. Continua falando da neta e de como ela vive agora na casa que era sua e como uma ex-namorada do filho lhe mudou a casa toda. Refere que uma vez que lá foi, nem reconheceu a casa (sabia que era sua mas estava muito diferente, isto aconteceu no período em que o filho morou na sua casa com a ex-namorada).

Ainda nesta sessão refere que não gostou do que a ex-namorada do seu filho fez à sua casa e parece estar implícito que não gostou da permissão ou passividade do filho perante esta mudança.

Sessão # 3 - 03/03/12

A utente estava à porta do gabinete, entrou e iniciou-se a sessão. Começou por referir que a sua neta estuda direito e vive na sua casa, sente-se um pouco desapontada

pela neta estudar direito: “ sabe, os advogados são muito aldrabões e vigaristas. Mas é minha neta e gosto muito dela.”

- Eu: “Gosta da sua neta mas não da profissão que ela escolheu. Já tocou neste assunto com ela?”

- ER: “ Realmente, nunca falei com ela sobre este assunto.”

- Eu: “ Tenho a impressão que a dona ER pode não gostar da atitude ou maneira de ser de uma pessoa mas aceita isso e não comenta nada com a pessoa.”

- ER: “ É verdade. Basta vermos o caso do meu filho, já teve muitas namoradas e continua a ter, eu não gosto muito, mas não lhe digo nada.”

- Eu: “Desaprova o comportamento do seu filho no que diz respeito à frequente mudança de parceiras, no entanto não conversa sobre este assunto com ele.”

- ER: “ É mesmo isso. Mas sabe, o que me preocupa é o namorado da minha neta.”

A utente continua referindo que o parceiro da neta é formado em antropologia e trabalhava no aeroporto como segurança no *check in*, mas neste último mês não tem ido trabalhar e diz que pediu uma licença. Refere que já abordou esta questão com o seu filho e que este lhe disse que já não existe licenças deste tipo e ficaram com a impressão de que ele foi despedido.

Sessão # 4 - 07/03/12

Iniciámos a sessão com um pequeno resumo da sessão anterior.

A utente aprofundou a situação do seu filho, o facto de trocar frequentemente de parceira e quando questionada se sabia o que a incomoda nesta situação, explicou que

tem medo que ele acabe sozinho quando for mais velho, que não encontre uma parceira que o acompanhe durante a velhice.

Outro assunto desenvolvido durante esta sessão foi a situação do namorado da neta da utente. ER considera que deve ter sido despedido ou despediu-se.

- ER: “Ele fica em casa, é muito arrumado, trata da casa, passeia os dois cães e agora diz que vai estudar desporto”.

No decorrer da sessão a utente fala do que a preocupa sobre esta situação, tem temor que mais cedo ou mais tarde a neta termine a relação com o atual companheiro, pessoa por quem a utente simpatiza imenso.

Depois, ER explica que há cerca de dois anos fraturou o cóccix, caiu no duche e entretanto recuperou. “ (...) o pior é que quem me continua a dar banho é a mesma auxiliar que estava lá quando esta situação ocorreu e continuam a mandar a mesma auxiliar, não sei porquê mas não gosto dela.”

Fornece-nos uma pista importante sobre o seu quotidiano no centro psicogeriátrico e uma consequência do seu processo da institucionalização. ER sofreu um acidente quando supervisionada por uma auxiliar, não gosta dela mas não tem hipótese de escolha. Esta remoção de autonomia pode parecer irrelevante mas somada a outras faz um efeito bola de neve que se traduz no facto de não ter controlo sobre pequenas coisas do seu quotidiano, não fala sobre elas e permanecem na mesma gerando possível ou potencial frustração e ansiedade

Sessão # 5 - 14/03/12

Fomos buscar a utente à sala de terapia ocupacional, a utente parecia ansiosa.

Imediatamente após entrarmos no gabinete de psicologia explicou rapidamente que o seu neto não a veio buscar para o aniversário do bisneto. Perguntámos se a situação a deixava triste.

- ER: “Dececionada e preocupada, isto não é normal da parte dele, pode ter acontecido alguma coisa”.

- Eu: “ Deixa-a inquietada e desassossegada?”

- ER: “Sim, além disso fiquei de entregar os papéis do IRS até abril. Era suposto dá-los ao meu filho quando fosse ao aniversário do meu bisneto.”

- Eu: “Ok. Além de estar preocupada com o seu neto por este não lhe ter dito nada sobre o motivo que o levou a não a vir buscar está também preocupada com o prazo de entrega dos papéis do IRS.”

A utente concordou e adiantou que fica muito preocupada quando se atrasa com o prazo dos pagamentos. De seguida perguntou-nos se na nossa opinião a assistente social poderia ligar ao seu neto a saber o que se tinha passado.

- Eu: “Não tenho a certeza, mas penso que não se deve importar.”

- ER: “Sendo assim vou falar com ela. É o meu filho que geralmente me trata dos papéis do IRS, faz isso pelo computador e ele só cá vem no fim do mês quando precisa de dinheiro”

- Eu: Isto incomoda-a?

- ER: “Não, só preciso de dinheiro para pagar a mensalidade do lar e a fisioterapia. Preocupa-me sim, o companheiro da minha filha ir para África do Sul, ele é

negro e não fala português. Sabe, a minha filha era uma desvairada, teve muitos homens, passou por muitas mãos.”

A utente parece não querer falar mais sobre este assunto e evita-o mudando de assunto. Diz que o que a preocupa mesmo é a situação do namorado da neta (volta a repetir o que já disse sobre isto e diz de novo que o que não queria mesmo é que a neta termine a relação com o atual companheiro).

Nesta sessão a utente aborda vários assuntos mas de forma superficial, ou pelo menos sem aprofundar nenhum deles, mas todos eles parecem de grande importância para melhor entender a sua fenomenologia e, por conseguinte, ela própria. Ficamos com uma ideia clara sobre algumas das preocupações da utente, mas foi a aparente multitude de preocupações que me chamou a atenção, o que é demonstrativo de que pelo menos na semana da sessão, a utente está transtornada com um vasto número de assuntos, o que só a pode deixar ansiosa. Questionamos até que ponto esta ansiedade poderá estar relacionada com as queixas de memória que tem trazido para o gabinete e até que ponto o sistema límbico ou as respostas emocionais podem estar a interferir com um desempenho mnésico/cognitivo fluido e adequado.

Sessão # 6 - 23/03/12

A utente começa por referir de forma bastante feliz, que dentro de uma semana tem a festa da primeira comunhão da sua bisneta. Explicou que está muito feliz por assistir e estar presente neste momento da vida da bisneta.

- ER: “ Eles vêm-me buscar para passar uns dias em sua casa, penso que um fim-de-semana, de sexta-feira.” A utente proferiu esta frase com um ar muito desconfortável.

Então dissemos: “No início referiu estar contente e bastante feliz com a primeira comunhão da sua bisneta, mas agora quando referiu que a convidaram para passar o fim-de-semana em casa deles não parece ter ficado muito satisfeita concorda? Gostava de desenvolver este assunto?”

A utente disse que tinha partido o cóccix anteriormente numa queda que deu no banho e que tem receio de cair em casa deles, uma vez que não está habituada aos “cantos da casa” e por vezes sente-se desconfortável em pedir ajuda.

Dissemos-lhe: “Antecipa uma possível queda, isto faz com que necessite de pedir ajuda de forma a movimentar-se com mais confiança. No entanto, ter de pedir ajuda deixa-a desconfortável e dividida entre duas situações para si desconfortáveis, o receio de uma queda e o desconforto de pedir ajuda em um meio ambiente que não lhe é muito familiar. Compreendi?”

- ER: “Sim, é isso. Mas existe outra questão que me deixa desconfortável e sobre a qual não costumo falar, sofro de alguma incontinência e tenho receio de urinar na cama.”

Conversámos sobre este assunto e como estas situações deixam a utente ansiosa e num conflito entre passar o tempo perto de quem lhe é querido *versus* a ansiedade e receio de dar uma queda e a perspetiva de potencial enurese noturna.

Nesta sessão a utente revela algumas das suas preocupações presentes e como estas são consequência da idade, a queda (diminuição de coordenação visuo-motora), o cóccix fraturado (em parte devido à normal redução da densidade óssea consequência do envelhecimento por mais normal e saudável que este seja).

Sessão # 7 - 30/03/12

A utente foi passar o fim-de-semana a casa do neto para a festa da primeira comunhão da bisneta, não havendo por isso sessão.

Sessão # 8 - 01/04/12

Semana de férias não houve sessão de acompanhamento.

Sessão # 9 - 13/04/12

Começámos por perguntar como tinha sido o fim-de-semana em casa do neto, respondeu prontamente que decorreu tudo muito bem e sem problemas, avançou rapidamente para outro assunto.

A morte de uma utente do centro, referiu que estava surpresa com esta situação, tratou-se de uma morte repentina de uma das utentes mais novas do centro. Prossegue dizendo que gostava muito dela apesar de não conversarem com muita frequência, ambas as utentes eram participantes nas reuniões do GPP II. Apresenta-se perplexa e incrédula, considera estranho as circunstâncias, utiliza termos como uma morte “estúpida”, a colega da utente morreu por ter caído de uma janela.

ER refere que este acontecimento a fez pensar em como irá morrer, de que maneira acabará a sua vida, diz-se preocupada em como acabará a vida dela e não quando. Desenvolve este assunto dizendo que está ali no centro à espera da morte, à espera de morrer, chega a utilizar a expressão “cansada de viver”.

Dissemos então à utente: “Sente que o tempo que lhe resta de vida não trará nada de novo, nenhuma experiência de vida que a surpreenda ou entusiasme?”

A utente concordou e diz: “ Sabe, vou fazendo os meus trabalhos manuais, lá vou ocupando o meu tempo assim, enquanto estou a fazer crochet tenho a cabeça ocupada não penso em nada e isto dá-me alguns momentos agradáveis (...).“Recentemente uma preocupação que tem vindo mais vezes à minha cabeça é como vou morrer. É uma coisa em que tenho pensado muito nestes últimos dias. Parece-me que desde a morte da senhora X tem sido frequente estes pensamentos e vejo tantas senhoras com demência, DA em cadeiras de rodas. Acho que o que mais me preocupa é mesmo ficar travada numa cama a definhir até morrer lentamente.”

Explicámos à utente que nos parecia improvável que com a sua idade surja DA ou outra demência fulminante, pois são quadros clínicos que tendem a surgir até uma certa idade.

A utente esboçou um sorriso, mas não estava convencida. Perguntei se encontrou alguma tranquilidade nas minhas palavras. A sua resposta foi que encontrava alguma, mas que não eliminava totalmente as suas preocupações.

Esta sessão parece-nos particularmente saturada de preocupações intensas e muito relevantes para a compreensão da fenomenologia da senhora ER, pois aborda aqui pela primeira vez inquietudes pessoais, ou seja na maior parte das sessões anteriores abordou certas inquietudes que tinha, mas estas apresentavam como objeto o namorado da neta, os comportamentos amorosos do filho, entre outras. Nesta sessão, ela fala sobre inquietudes que têm como objeto a génese dela própria. Fala do receio de ficar incapacitada e definhir lentamente e do sentir-se à “espera de morrer”. Estas preocupações são, a nosso ver, epifenómenos da sua idade avançada, pois trata-se de pensamentos e reflexões das quais uma pessoa com a sua idade dificilmente poderá evitar. Devemos referir que o meio onde está inserida favorece este tipo de pensamento,

uma vez que se encontra rodeada de outras pessoas em todos os pontos do contínuo que são as demências.

Mais preocupante e importante, devido a um maior potencial patológico e possivelmente marcador de um certo rebaixamento do humor, é não sentir que a vida lhe reserva nada de novo, sentir-se quase saturada de viver.

Sessão # 10 - 20/04/12

Nesta sessão abordámos um tema que a utente nunca tinha falado: a sua falecida filha, que faleceu devido a um cancro do pâncreas. Refere que esta filha consumia algum álcool, na opinião da utente isto tinha sido a causa da doença que a levou à morte. Continuou a explicar como eram muito amigas e que gostava muito desta filha.

Disse: “ Pela forma como falou parece-me que às vezes sente a falta da sua filha.”

- ER: “ Sim, mas parece-me já ter ultrapassado o pior, se bem que às vezes quando me deito acabo a pensar um bocado nela. Não são pensamentos que tenha diariamente ou de forma frequente, mas quando me vêm ter à cabeça fico entristecida. Felizmente para mim já não os tenho com muita frequência.”

No que se pode considerar, na segunda parte da sessão, ER traz-nos outra inquietude. Fala sobre a possível existência (ou não) de vida após a morte. *Ipsis verbis* ER: “Tenho pensado, será que existe vida após a morte? Ou será que morremos e acaba tudo?”

Respondo: “É uma questão à qual ninguém tem resposta objetiva. No máximo algumas pessoas podem ter uma opinião. Na verdade já refleti bastante sobre este assunto mas, não consegui chegar nenhuma conclusão.”

ER: “Quando eu era mais nova não pensava sobre este assunto, mas com a idade tenho vindo a pensar nisto muito mais frequentemente.”

Nesta sessão ER traz-nos possivelmente a sua maior perda: a morte da sua filha. Um momento que a marcou muito, diremos que a prova disso é paradoxalmente o facto de pouco ter falado no assunto, apesar de ter falado no tema, fê-lo, diria, de “raspão”, de forma breve sem se alongar, refere que já não a preocupa muito, mas quando se deita e pensa na filha ainda sofre e fica angustiada.

Outro assunto muito importante e que percecionamos como sendo ansiogénico para a utente é o que acontecerá à alma ou à essência da pessoa após a morte. É uma questão que achamos estar relacionada com a morte da filha e trazida ao de cima pelo contexto da morte aparatosa da utente X.

Sessão # 11 - 27/04/12

Nesta sessão a utente não fala de assuntos novos, retoma a temática do namorado da neta, o facto de não ter emprego, ficar em casa durante o dia, cuida da casa, elogia.

- ER: “Ele é um moço muito arrumado, trata muito bem da minha neta e passeia os dois cães que eles têm.”

Mas à medida que a sessão se desenrola ela vai explicando que na verdade sente-se desconfortável por um homem ter este papel em casa, tratar da casa e a mulher trabalhar, mas ela própria refere que a sua preocupação neste campo é mesmo que a neta possa vir a acabar a relação com o atual companheiro.

O resto da sessão tem como temática, de novo, as muitas namoradas que o filho já teve, volta a falar da ex-companheira do filho que lhe remodelou a casa para “além do

seu reconhecimento”, explicando que a sua neta passou a habitar a sua casa após o filho terminar a relação com a ex-namorada, atrás referida.

Refletindo sobre esta sessão é flagrante que existem temáticas não resolvidas entre a utente e o filho, a forma como explicou a partida do filho e da ex-companheira da sua casa e a sua neta passar a viver lá, parece ser uma pequena vitória para a utente.

Sessão # 12 - 01/06/12

Não nos foi possível atender a utente na parte da manhã. Esperei pela tarde, mas a utente disse que estava com sono e precisava mesmo de dormir a sesta.

Sessão # 13 - 08/06/12

Comecei como vem sendo habitual por perguntar à senhora ER se tinha acontecido algo de novo ou relevante e se havia algum assunto que quisesse abordar.

A utente começou por falar do seu irmão, pessoa elegante, conduziu até um passado recente e costumava vir visitar ER com bastante frequência e que tem sentido a falta das suas visitas. Perguntei o porquê das visitas terem cessado.

- ER: “Foi-lhe diagnosticado aquela doença que faz tremer muito, não é Alzheimer. Sabe como se chama?”

- Eu: “Doença de Parkinson?”

- ER: “Exato, essa mesma. Isso fez com que lhe fosse revogada a carta de condução.”

A utente prossegue referindo que, em suma, sente a sua falta e por vezes sente a falta da mãe.

- ER: “Penso que não falei do facto de a minha mãe ter estado cá no centro, tal como eu.”

- Eu: “ Não, ainda não. Mas fale se lhe apetece.”

- ER: “Ela esteve cá no centro, eu vinha visitá-la e, talvez por isso, dou por mim a pensar nela, passo pelos mesmos sítios que ela. Às vezes tenho saudades da minha mãe.”

Refletindo sobre o cerne desta sessão surge uma maior compreensão do campo das preocupações da utente, a presença de algumas pessoas na sua vida, as quais, por um ou outro motivo, já não podem estar presentes devido a vicissitudes da vida.

Esta ausência e debilidade dos que lhe são queridos, é motivo de angústia e sofrimento, não parece ser uma constante no quotidiano de ER, mas em momentos de maior nostalgia o humor da utente é certamente afetado negativamente.

É interessante a constatação de um certo “eco mnésico” que ocorre ocasionalmente devido ao facto da mãe da utente também ter estado no mesmo centro psicogeriatrico.

Sessão # 14 - 15/06/12

A utente começou por falar da festa dos santos populares, explicando como gostou imenso, mas apanhou sol a mais e ficou mal disposta. ER: “Não foi nada de grave.”

Regressou à temática da vida após a morte e a falar do receio que tem de vir a sofrer de uma patologia incapacitante, temática já abordada anteriormente, no entanto, nesta sessão a utente manifestou uma certa ansiedade ao abordar o tema. Mencionámos

à utente que, pela sua expressão facial e um suspiro que soltou enquanto falava do assunto, ficámos com a impressão que era um assunto que a preocupa visceralmente.

ER concordou e disse:

“O que mais me preocupa nestes dias é como irei morrer, será durante o sono? Será de forma calma e serena? Às vezes quando me deito, penso repetidamente nisso até adormecer. Depois acordo e durante o dia nem penso mais nisso. Mas poder falar deste assunto à vontade, como faço consigo, é muito bom.”

Como reflexão desta sessão existem dois pontos relevantes:

a) ER refere que poder falar destes assuntos “à vontade” é muito positivo para si, o que implica que não fala deles noutros contextos, o que, a nosso ver, pode ser considerado (dentro de certa amplitude) um marcador da eficácia do acompanhamento;

b) Referir-se ao conteúdo da sessão (como será a sua morte), novamente, parece ser um epifenómeno da idade da utente, pois são questões inevitáveis se vivermos o suficiente. No entanto parecem ser (pelo menos para ER) assunto tabu fora do contexto do acompanhamento.

Sessão # 15 - 22/06/12

ER apresenta uma cara mais séria do que o costume. Inicia a sessão com um pensamento que tem tido: “será que vale a pena pedir uma segunda opinião sobre colocar um aparelho auditivo?” Desenvolve dizendo que perto da sua casa existe uma clínica auditiva, onde trabalha um médico e professor, e que após vários exames lhe tinha dito que a colocação de um aparelho auditivo nela não surtiria efeito.

- Eu: “Sente que a sua limitação auditiva a impede ou a limita na realização de certas atividades quotidianas?”

- ER: “ Eu não converso com quase ninguém sem ser consigo e isto as vezes é difícil, além disso, gosto muito de ver novelas e, como pode imaginar, torna-se impossível ver e entender se não consigo ouvir, tinha de ter a televisão muito alta e isso incomoda as outras utentes.”

Sentimos que a utente procurava uma resposta direta sobre se deveria pedir uma segunda opinião, pelo que respondemos: “ Parece-me que procura uma resposta direta, mas não lhe posso dizer se sim ou não. Entendo que a falta de audição limita as suas vivências do dia-a-dia e que isto lhe é difícil, mas penso que deve decidir por si, posso tentar ajudá-la mas não posso determinar o que deve fazer.” ER disse que ia então falar com a filha para decidir se vai ou não pedir uma segunda opinião.

Volta a falar do namorado da neta e da condição de desempregado.

Nesta sessão é possível verificar como a limitação auditiva da utente afeta a sua vivência quotidiana e como lhe retira a possibilidade de exercer simples atividades tidas como garantidas durante a maior parte da vida, uma situação em que a mente reage com sentimentos negativos e frustração devido a um problema de saúde.

Sessão # 16 - 29/06/12

Nesta sessão a utente regressa à temática da morte: “Olhe, desde ontem que tenho estado a pensar que realmente as pessoas vêm aqui, para o centro, esperar a morte. Gostava de morrer a dormir e não dar por nada. Mas enfim, já vivi muitos anos, enquanto estou viva o que me chateia é estar praticamente surda. Sabe é engraçado a minha mãe ter cá estado nos seus últimos dias, ou melhor engraçado é eu cá estar também.”

Fala dos seus antepassados, da sua avó, refere que ela é que a ensinou a fazer tricot e passa a falar do avô, era madeirense e bolchevique, foi o segundo marido da sua avó, tratava os “enteados netos bem”, a sua avó tinha 12 anos quando casou, ER considera que foi uma idade precoce.

No seguimento da sessão, a utente foi fazendo algumas perguntas sobre os meus avós, que idades têm, se estão vivos, nenhuma pergunta desadequada ou invasiva, mera curiosidade de, no nosso parecer, conhecer um pouco mais da pessoa por detrás do psicólogo.

Talvez por se tocar no tópico dos Açores, a utente lembrou-se de referir que o filho dela já lecionou língua portuguesa na ilha do Faial e volta a mencionar o desagrado que tem com o filho por ser (*ipsis verbis* ER) um “Dom Juan, criador de canários quase reformado.” Esta frase foi proferida com uma expressão facial indicadora de desagrado.

- Eu: “Disse esta frase com um ar desagradado. O que a incomoda nestas características do seu filho? Quer falar sobre isso?”

A utente referiu prontamente que tem receio de que ele acabe sozinho quando tiver a idade de ER, uma vez que troca frequentemente de companheira. Perguntámos o que pensava sobre os canários e a utente referiu que vivem numa gaiola muito grande e “sujam tudo”. Acrescenta ainda que por vezes dá por si a pensar em como é que o filho ocupará os seus dias depois de se reformar, mas que não é uma preocupação, apenas um pensamento que lhe vem ocasionalmente, uma curiosidade.

Finalmente, perto do fim da sessão disse que, como de costume, próximo do fim do mês o filho tinha-lhe ligado a dizer que ia lá passar no fim-de-semana para ir buscar

dinheiro, “(...) mas fico tão contente quando ele cá passa, que nem me importo que seja só para vir buscar dinheiro.”

Nesta sessão, a utente parece começar a ver com mais clareza o carácter finito das sessões de acompanhamento e reage procurando obter respostas a algumas curiosidades sobre nós.

Expressa também o prazer que tem com a presença do filho, isto é interessante porque a utente procurou inicialmente apoio psicológico por se queixar de problemas de memória, mas também referiu que estava triste com a mudança de casa para a margem sul. Ao expressar prazer na companhia do filho e sabendo que esta mudança reduziu o número de visitas que este faz à utente, surge a hipótese: até que ponto os problemas de memória de ER estão relacionados com o afastamento geográfico do filho.

Ou seja, poderá o impacto emocional do afastamento do seu filho interferir com o desempenho mnésico e cognitivo da utente?

Sessão # 17 - 06/07/12

A utente começa por referir que não tem nada para dizer. Após um curto silêncio esboça um sorriso relativamente envergonhado e pergunta se pode fazer uma pergunta.

Respondemos prontamente que sim. ER “Quanto tempo lhe falta para acabar o estágio?”. Referimos quanto tempo faltava e ER questionou-nos se pensávamos voltar aos Açores, quais eram os nossos planos. Prosseguimos, explicando-lhe, de forma geral, quais as opções que tínhamos ponderado.

Na sua essência, toda esta sessão decorreu com ER a colocar questões cujo âmbito recai sobre nós enquanto pessoa. É relevante referir que não considerámos nenhuma das questões desadequadas ou invasivas, pensamos que por nos estarmos a

aproximar do término do acompanhamento, o seu organismo organizou-se de forma a adquirir informação sobre nós, o que se tornaria impossível ou muito difícil de ocorrer depois de terminar o estágio.

Na linguagem de Martin Bubber, penso que houve um encontro, uma aproximação entre duas pessoas e não entre um técnico ou um cientista e o objeto de estudo.

Sessão # 18 - 13/07/12

ER começa por referir, como vem sendo costume, que não tem nada a dizer.

Perguntámos se, apesar de sentir que não tem nada a dizer, lhe faz sentido continuar as sessões. A utente respondeu prontamente que sim, é um espaço onde se sente bem e conversa como não o faz com mais ninguém. Perguntou quando acabávamos o mestrado e explicámos que o estágio terminava no fim de Julho de 2012, mas voltaria ao centro para resolver alguns assuntos que possam pendentes. A utente referiu que ia sentir a nossa falta, voltou a mencionar que o acompanhamento tem sido muito positivo, mas que ser acompanhada por estagiários tem uma desvantagem para ela, o sentimento de perda quando o acompanhamento termina e o contato com o estagiário cessa.

Sessão # 19 - 20/07/12

Este atendimento decorreu com a supervisão da Dra. Paula Agostinho. É o último atendimento que realizámos a ER.

A utente começou por referir que não tinha nada de novo a dizer, mas um minuto depois disse com uma expressão alegre que o filho já esteve na ilha Terceira e

na ilha do Pico (Açores): “O meu filho deu aulas no Faial e visitou a ilha Terceira e a ilha do Pico.”

Continuou, dizendo que ainda se queixa de falhas de memória, teve uma conversa com uma colega e não se recorda de uns factos relativamente recentes. Ainda neste campo, a utente falou de como, no dia anterior, tinha encontrado uma senhora que conhecia e já não a via há muitos anos, tinha sido internada no centro, mas atualmente não lhe fala. ER falou com a filha desta senhora, não conseguindo recordar se a conheceu em Moçambique ou na Guiné.

Perguntámos a ER se as falhas de memória que refere afetam o seu quotidiano, ER respondeu que não: “Durante o dia esqueço o que penso, à noite tenho dificuldade em adormecer e penso muito durante esse período”. As falhas de memória de ER não nos parecem ter uma epistemologia orgânica. Não tentámos esclarecer o conteúdo destes pensamentos, o que se traduz numa compreensão menos rica da sua fenomenologia e uma falha da nossa parte.

Outra falha significativa da nossa parte, foi não ter pedido a ER uma heteroavaliação do acompanhamento. Posteriormente, encontrámo-la e falámos do assunto. Referiu que foi um espaço onde pôde ser ela própria e conversar sobre assuntos que não falou com mais ninguém e de forma geral foi muito positivo, só que não considerava correto o acompanhamento com estagiários porque quando se vão embora fica triste com a ausência destes.

Diagnóstico diferencial e reflexão clínica.

ER chega ao gabinete de psicologia com queixas no funcionamento ou processamento mnésico e queixa-se da distância a que ficou do seu filho, após este se

ter mudado da Parede para Almada “agora existe tanto mar a separar-nos”. Tem, portanto, saudades do filho o que a deixa emocionalmente deprimida, apresentando queixas cognitivas e emocionais, no decorrer das sessões.

Na primeira sessão queixa-se de ter desaparecido dinheiro e de algumas prendas, que tinha recebido pelo natal, terem sido desembulhadas sem que tenha memória de ter sido ela.

De forma geral, ER não apresenta sintomas emocionais de depressão, no entanto, apresenta queixas cognitivas, como dúvidas se teve uma ou duas vezes, numa semana, em casa do seu neto. Apresenta uma visão desolada do futuro, “estou cansada de viver”, alínea (d) F32 CID 10, queixa-se, ainda, de problemas em adormecer, não se queixa da qualidade do sono, refere um certo grau de ruminação em certos pensamentos, pelo que podemos considerar ser referente à alínea (f) do transtorno F32 do CID 10. No entanto, ER parece manter o interesse nos trabalhos manuais, como o crochet. Durante as sessões, frequentemente ER faz pausas e suspiros profundos, o que é um potencial marcador de angústia.

Temos, pois, duas alíneas (d) & (f) de F32 remetendo para um episódio depressivo, aprofundando o diagnóstico chegamos ao F32.0 Episódio depressivo leve. É possível e adequado considerar, que a utente vive angustiada. Esta conclusão não é extrapolada dos conteúdos verbais das sessões mas sim pela componente não-verbal, uma vez que foi frequente assistir por parte de ER a frequentes pausas suspiros e talvez gestos como apertar as suas mãos em certas situações do acompanhamento.

O outro parâmetro necessário para aferir o diagnóstico para F32.0, é o impacto dos sintomas no trabalho. Ora, como ER não tem um trabalho e se encontra reformada,

a atividade que mais se assemelha e onde podemos aferir o impacto destes sintomas seria nos trabalhos manuais e ER não refere nenhum constrangimento neste sentido.

ER não parece angustiada com os sintomas, as suas queixas são mnésicas e de vivências do seu dia-a-dia, não parecem ser sobre sintomas *per si*.

Assim sendo, pode ser excluído o F32.0 Episódio depressivo leve, uma vez que os outros transtornos depressivos requerem sintomas mais intensos e de maior duração, parece-nos ser possível descartar outros transtornos depressivos.

Ao ler as sessões, verificamos que ER não evidencia qualquer sinal de mania ou hipomania pelo que podemos, portanto, excluir a classe e sub classes de F30 Mania.

Uma possibilidade de diagnóstico a considerar poderá ser o F34.1 Distímia: “Eles preocupam-se e queixam-se, dormem mal, sentem-se inadequados, são usualmente capazes de lidar com as exigências do dia-a-dia.” (Cid 10).

Ora ao longo das sessões, ER queixa-se da vida amorosa do filho, da neta ter seguido direito, do namorado da neta ter sido despedido ou ter-se despedido e querer seguir a área de desporto, da filha que passou por muitas mãos, do filho ter ido viver para a margem sul do Tejo.

Refere que, antes de dormir tende a entrar em ciclos de pensamento sobre assuntos que lhe dificultam o adormecer e, de forma geral, é uma utente funcional, aderindo a atividades quotidianas como trabalhos manuais, excursões ou outras atividades organizadas pelo centro psicogeriatrico.

“O aspeto essencial é uma depressão do humor muito duradora, a qual nunca, ou apenas muito raramente, é grave o bastante para preencher os critérios para transtorno depressivo recorrente. Começa usualmente no início da vida adulta e dura pelo menos

vários anos, as vezes indefinidamente. Quando o início ocorre mais tarde na vida, o transtorno é frequentemente a consequência de um episódio depressivo distinto associado à perda ou *stress* óbvio.” (Cid 10)

Não parece ter começado no início da vida (mas possivelmente por falha nossa, não temos informação dos estados emocionais anteriores à entrada no centro), podendo ser considerado de início tardio e possivelmente estar associado a uma representação de perda, a partida do filho para largos quilômetros do centro psicogeriátrico.

ER não apresenta qualquer perturbação do pensamento nem sintomas psicóticos, como delírios ou alucinações, sendo automaticamente excluídos F20 Esquizofrenia e F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios.

Concluindo, o diagnóstico mais provável no CID 10 (na nossa ótica) será F34.1 Distímia. Temos algumas dúvidas, pois pensamos que por ER não se queixar diretamente de sintomas emocionais o psicólogo deve lê-los e são de extrema importância no diagnóstico de clientes, mas isto é um campo que se desenvolve com a experiência, acreditamos que se vá desenvolvendo esta capacidade, com o tempo adquire-se uma maior sensibilidade e capacidade de diferenciação de sintomas que não são referidos pela outra pessoa.

Ainda neste campo, a autoanálise ou reflexão sobre o que o psicólogo pode pensar ser um sintoma pode ter consequências negativas porque, na verdade, é impossível conhecer por completo a fenomenologia de uma pessoa. Por isso, refreamo-nos ou, até mesmo, abtemo-nos por completo de tirar este tipo de conclusões e também por causa da nossa, muito limitada, experiência clínica.

Com toda a informação obtida, através de meses de acompanhamento a ER, ficámos com a opinião, ou hipótese, de que mais significativo do que o diagnóstico é entender o funcionamento da sua fenomenologia.

E neste sentido, parece-nos fundamental que a mudança de residência do filho para Almada, ficando esta a uma muito maior distância, leva a uma consequência direta que se traduz na redução de probabilidade da frequência de ER receber visitas do filho.

- ER: “Agora existe tanto mar entre nós”. Ficou demonstrado que ER valoriza muito a presença do filho. Nalgumas sessões referiu que o filho apenas lá vai no fim do mês e pede dinheiro, mas ER explica que isso não interessa pois fica muito contente com a sua visita e presença. É admissível assumir que, isto poderá causar em ER algumas emoções como angústia, saudade, um rebaixamento do humor ou, o mais provável, uma combinação dos três.

É já aceite, e relativamente compreendido, a correlação e modulação entre o sistema límbico (emocional) e o sistema neurológico, responsável pela cognição incluindo a codificação e subsequente descodificação e recolocção mnésica. Basicamente, a estimulação ansiogénica afeta negativamente o desempenho mnésico e cognitivo. Ora, isto são as queixas iniciais que ER nos traz na primeira sessão e vai abordando ao longo do acompanhamento, pensamos existir aí uma relação com significância.

Outro ponto que diminui o seu bem-estar e qualidade de vida é o da enurese noturna.

- ER: “ (...) questão que me deixa desconfortável e sobre qual não costumo falar, sofro de alguma incontinência e tenho receio de urinar na cama.” Esta situação deixa claramente ER desconfortável, nesta sessão concluímos que a sua enurese noturna teve

uma grande ponderação negativa no ir passar um fim-de-semana a casa do neto. A perda de amplitude de controlo da bexiga é sempre desagradável. É-o nas crianças e quando ocorre no idoso é vivido por eles como algo de muito embaraçoso. A antecipação desta situação (ainda mais num ambiente diferente do que estão habituados como a sua casa ou um centro geriátrico) é particularmente ansiogênico para a pessoa.

O aspeto que sempre nos preocupou em todas as sessões foi ER referir que a vida não lhe reserva nada de novo, que está cansada de viver. Isto remete-nos para a reflexão de que a vida de ER no centro psicogeriátrico é desinteressante e levanta a questão: que tipo de existência leva? Infelizmente, a própria, quando levanta a questão, responde que é uma vida sem novidade, sem contato (ou contato insatisfatório) com aqueles que ama e que são a sua família.

Relacionado com os problemas da existência quotidiana de ER, consideramos a perda de acuidade auditiva que tem aumentado progressivamente. Diz-nos que já não consegue seguir as telenovelas, na verdade não consegue seguir nenhum programa televisivo, mas pior parece ser a incapacidade, ou pelo menos a significativa dificuldade, que é para si manter uma conversa, refere mesmo, que presentemente apenas conversa connosco. Isto implica uma certa frustração causada por uma enorme dificuldade de comunicação, expressão e compreensão daqueles que a rodeiam nas suas rotinas quotidianas e fora delas.

A morte repentina e acidental de uma utente (era a utente mais jovem do centro psico geriátrico) parece despoletar em ER o pensamento e reflexão de como vai morrer - pensamento ansiogênico. O seu grande receio é ficar enterrada ou demente à espera da morte. A morte da filha foi um acontecimento muito negativo para ER e ecoa ainda na sua existência.

Vive incomodada/desagradada com o estilo de vida do filho (troca repetidamente de parceiras) e ER receia que quando ele tiver a sua idade acabe os dias sozinho sem uma companheira que o preze. No entanto gosta e valoriza muito a presença do filho.

Valorizou as sessões de acompanhamento, mas é de salientar, na conclusão da análise do caso ER, o impacto negativo que tem para si ser atendida por diversos estagiários, não lida bem com o término dos estágios nem com a cessação relativamente abrupta do acompanhamento, talvez pelo fim destas não ser de acordo com a sua necessidade, com o funcionamento da sua tendência auto atualizante, mas por ter um compasso externo e neste caso muito desadequado às pessoas atendidas, pois o acompanhamento parou devido ao calendário académico.

Finalmente, um bom exemplo de como a institucionalização a afeta de forma negativa é ter de continuar a tomar banho com a ajuda da mesma auxiliar que a ajudava quando ER caiu no duche e fraturou o cóccix. ER refere abertamente, que não gosta dela e preferia ter outra qualquer auxiliar a facilitar o seu banho matinal. Estamos perante uma situação em que ER nada pode fazer e parece-nos que todos os dias acorda, ansiosa e desagradada com este facto e daí só pode derivar frustração por estar totalmente fora do seu controlo uma situação com que tem de lidar diariamente.

Síntese.

A Sra. ER inicia o acompanhamento com queixas mnésicas, muito possivelmente devido à ansiedade que interfere com o adequado funcionamento dos processos mnésicos. Além disso, esta queixa coincide com a partida do filho da Parede para Almada.

Queixa-se da distância a que está do filho. “ (...) Existe tanto mar a separar-nos (...) ”, o que implica saudade do filho.

Não se queixa da qualidade do sono mas queixa se de dificuldade em adormecer e refere várias vezes ao longo do acompanhamento que ruma sobre pensamentos durante o período em que adormece e menciona que estes pensamentos a deixam ansiosa. Existem momentos, no dia-a-dia de ER, em que é afetada por ansiedade.

Durante todo o acompanhamento foi frequente ER fazer pausas, que iam de 30 a 60 segundos, associadas a suspiros e que poderá ser sinónimo de alguma ansiedade ou angústia.

A morte de uma filha parece ser um acontecimento que reverbera na sua existência atual.

A morte repentina e inesperada de uma utente parece ter despoletado em ER a reflexão de como será a sua morte, mais especificamente, se terá uma morte dolorosa ou morrerá durante o sono sem sofrer. Isto parece ser ansiogênico.

Parece viver incomodada com o estilo de vida do filho, com a frequente troca de parceiras. ER questiona-se se o seu filho terá uma relação estável com alguém que possa estar com ele e ajudá-lo quando este for idoso.

Continua a realizar os cuidados de higiene com a auxiliar que lhe deu banho quando caiu no duche e fraturou o cóccix, o que parece ser ilustrativo de alguma frustração, consequência direta da institucionalização, pois apesar de não gostar da situação nada pode fazer para alterá-la.

Participação na Intervenção no GPP I & GPP II

Uma vez que a composição dos GPP I & GPP II são diferentes, os objetivos e as abordagens terapêuticas diferem, o que implicou uma reestruturação da nossa abordagem nas intervenções implementadas, as quais serão referidas em separado.

Grupo psicopedagógico I.

Este grupo é caracterizado por ser constituído por elementos com limitações intelectuais, tendo as causas destas limitações origem em diversos tipos de demência, com idades compreendidas entre 73 e 93 anos.

As primeiras sessões consistiram na observação ecológica da intervenção da Dra. Paula Agostinho. Durante, cerca de três meses, a planificação e o decorrer das sessões ocorreram em conjunto com outra estagiária do Instituto de Psicologia Aplicada (ISPA). Isso foi bastante útil, pois permitiu uma adaptação gradual, quer a nível técnico quer a nível de conhecer as utentes individualmente como pessoas e o grupo como um todo.

As atividades, conduzidas conjuntamente por nós e pela colega, foram diferentes das que acabámos a planificar sozinhos após o término do estágio da colega. Pensamos que assumimos uma postura menos diretiva com o grupo e fomos reaplicando os exercícios que verificámos terem grande aceitação por parte das participantes.

Uma situação que nos deixou desconfortáveis e que nos obrigou a refletir e a agir foi o facto de duas utentes com debilidade mental, praticamente, não perderem uma sessão, demonstravam uma grande participação. A mais nova, portadora de trissomia 21, era por vezes desagradável para uma ou outra utente. Algumas das utentes sofrem de incontinência e não controlam os esfíncteres, pelo que usam fraldas e, por vezes,

apresentavam um odor desagradável. A utente com trissomia 21 referia frequentemente em voz alta, de forma bastante clara e direta, que a utente X ou Y “cheira mal”. Isso incomodava as utentes já bastante demênciadas. Uma das participantes chegou a dizer “ela é maldosa, está sempre a dizer que cheiro mal”. Era claro para nós e para a nossa colega que as intervenções frequentes do elemento mais novo, afetavam o bem-estar de alguns elementos do grupo.

Esta situação foi desconfortável e ocorreu com bastante frequência ao longo do estágio. Era bastante perceptível e notório o desagrado das utentes devido a essas intervenções. A utente com debilidade mental estava a ser congruente e autêntica consigo própria, sentia o mau cheiro e referia-o abertamente, embora que de forma desagradável. Tivemos de refletir sobre a melhor forma de resolver esta situação, qual a melhor forma de interferir. Isto foi feito em conjunto com a colega estagiária do ISPA, pois nessa altura éramos os dois responsáveis pelo GPP I.

Eventualmente, no fim de uma sessão, falámos em privado com a utente, tentámos que entende-se o impacto das suas palavras na outra pessoa. Ela refreou parcialmente o comportamento, mas, ocasionalmente, continuou a fazer as mesmas intervenções, apesar de a frequência ter reduzido, procurámos sempre chamar-lhe à atenção.

Podemos dizer que foi a primeira situação prática na qual entendemos que, por vezes, a construção de um grupo para efeito terapêutico é complicada, pois é difícil de prever as interações entre os diversos elementos, pelo que valorizamos a importância de estarmos preparados para intervir e facilitar situações menos agradáveis, coisa que não acontece nos acompanhamentos individuais.

Foi clinicamente enriquecedor o fato de sermos confrontados com o desagrado de várias pessoas do grupo, causado, apenas, por um elemento do mesmo. Obrigou-nos a refletir sobre o impacto que os acompanhamentos têm nos indivíduos/grupos e de como gerir certas situações menos agradáveis.

Muitas das utentes participantes apresentavam uma certa desorientação alopsíquica, não sabendo onde se encontravam, a data e a estação do ano. Por vezes, um ou outro elemento psicótico também participava, em especial uma utente que participou mais frequentemente nos últimos dois meses do estágio.

A referida utente manifestava uma particular e aparente constante desorientação alopsíquica, bem como um discurso delirante e totalmente descontextualizado com a realidade. Mencionamo-la por ser, provavelmente, o primeiro e mais longo contato que mantivemos com uma pessoa com este tipo de funcionamento. Na primeira interação sentimo-nos pouco à vontade, desconfortáveis, fazendo um esforço para entender e agir mais corretamente com aquela utente com características bastante *sui generis*.

Com alguma reflexão, a interação seguinte com esta utente, apresentámos um comportamento congruente, agindo com compreensão empática e regendo-nos pelo seu quadro de referências. Foi interessante constatar como a nossa naturalidade em interagir com o grupo e com esta utente foi evoluindo. Sentimos que era um espaço importante para as pessoas que participavam nestas sessões, esforçámo-nos por manter uma atitude congruente, positiva para com o outro, compreender os seus quadros de referência e a sua fenomenologia, aceitá-las como são, com as suas diferenças e limitações, para que o nosso comportamento não fosse percebido como uma ameaça ou causasse desconforto ou o sentimento de julgamento ou avaliação.

Algo que nos fascinou no GPP I, foi a, aparente, autenticidade e congruência daquelas pessoas, se estavam incomodadas com alguma coisa ou se não gostavam de um exercício particular manifestavam-no facilmente (umas mais que outras é certo). Esforçámo-nos ao máximo para lhes permitirmos serem elas próprias, obter *feedback* sobre as atividades que planificávamos e praticávamos com elas. Esta informação foi útil para melhor adequação das planificações posteriores. De forma geral, o relaxamento de Jacobson e a “dinâmica da bola” foram os exercícios que mais gostaram e aderiram.

A dinâmica da bola consiste em as utentes atirarem a bola para outra colega, aleatoriamente ou que seja da preferência de quem atira, mas antes disso devem dizer, após nossa indicação, o ano ou o mês ou a estação do ano e por vezes não era fácil que as participantes se orientassem alopsíquicamente. Nas primeiras vezes que utilizámos a “dinâmica da bola”, ainda pedimos que referissem o andar do centro psicogeriatrico em que nos encontrávamos, o concelho (Paredes) ou que, de forma geral, mencionassem algum ponto de referência sobre onde se encontravam, mas apercebemo-nos que lhes era particularmente difícil e que induzia a breves momentos de frustração em bastantes utentes. Parece que o facto de não saberem bem onde estão pode diminuir alguma da ansiedade causada pela institucionalização, possivelmente, até ser uma forma de *cooping* adaptativo às suas realidades quotidianas. Ao constatar um certo desagrado refletimos e cessamos de lhes pedir para tentarem orientar-se espacialmente.

No que diz respeito à orientação temporal as utentes parecem apresentar uma maior resiliência à frustração, quando falhavam a data ou a estação do ano pareciam usufruir da atividade sem sinais de consternação, ouviam-se risos, gargalhadas, algumas conversas e brincadeiras entre elas, registavam uma clara subida do humor e da satisfação no grupo.

É relevante mencionar que, de sessão em sessão, o número de elementos que participavam era muito variável, no entanto existiu sempre cerca de três elementos que participaram assídua e ativamente no período da planificação e decorrer das respetivas sessões. Estas três utentes manifestaram sempre interesse e agrado no decorrer das sessões.

Todas as utentes, com exceção de uma, tinham de ser ajudadas a ir até à sala onde decorriam as reuniões. Algo interessante e que nos fez pensar sobre a forma como as utentes eram mantidas no dia-a-dia foi o facto de, pelo menos, uma das utentes estava frequentemente imobilizada (amarrada com uma cinta apropriada para o efeito) a uma cadeira. Quando passávamos por ela, fora do âmbito do grupo psicopedagógico, pediam-nos várias vezes para remover a cinta, algo que não podíamos fazer. No entanto, quando reuníamos os elementos da reunião removíamos a cinta e ela ia, autonomamente, com a colega para a sala. Aliás, quase todos os elementos deste grupo se entreajudavam e desta autonomia parcial pareceu-nos advir alguma satisfação, na nossa ótica, devido a pelo menos dois fatores: a) por se entreajudarem e b) por terem a autonomia de se dirigirem do ponto x a y sem ajuda externa ao grupo.

Todas as quartas-feiras chegávamos por volta das 14 horas à sala de convívio e notificava as utentes que tinham reunião e todas as quartas-feiras 95% ou mais dos elementos do grupo perguntavam para que servia a reunião. De início era um pouco frustrante, mas ao chegarmos à sala e iniciarmos a conversa e/ou os exercícios, observávamos nas suas expressões alegria e satisfação e com o passar das reuniões esta frustração deu lugar à compreensão da importância daquele espaço para a existência das utentes.

Outro episódio que ocorreu no contexto do GPP I teve lugar durante uma reunião que decorreu com apenas três participantes. Estávamos a fazer a dinâmica e, após vários lançamentos entre elas, umas das utentes, já com mais de 90 anos, estava a explicar às outras utentes como deveriam efetuar o lançamento da bola. Achámos estranho, pensámos mesmo que talvez a utente não soubesse o que estava a dizer ou fazer. Por coincidência, poucos minutos depois, entrou um homem de meia-idade na sala e perguntou a esta mesma utente quem ele era, ao que a utente retorquiu que era o seu irmão. O homem explicou-lhe que era seu filho (da utente). Esta ficou com um ar de surpresa. É relevante referir que com a presença do homem na sala, assistimos a uma elevação do humor na utente. No fim da sessão de grupo tivemos uma breve conversa com o homem, ele explicou-nos que ela foi durante décadas professora de educação física.

Este episódio é relevante porque fez-nos refletir sobre dois parâmetros:

a) Os pressupostos que surgem de primeiras impressões devem sempre ser revistos mentalmente;

b) Apesar de a utente não reconhecer o homem como o seu filho duas coisas foram observáveis, a elevação do humor da utente com a simples presença do sujeito na sala e o fato de reconhecer um certo grau de afinidade com ele.

Grupo psicopedagógico II.

A nossa atividade com o GPP II teve início em dezembro de 2011 e estendeu-se até abril de 2012. Assistimos primeiro a algumas sessões conduzidas pela psicóloga orientadora Paula Agostinho. Facilitámos as restantes com outro colega estagiário,

ficando responsáveis pela planificação e condução do GPP II. Pautámo-nos por uma atitude centrada na pessoa e procurámos promover a familiarização entre as utentes.

O término da nossa participação neste grupo deveu-se ao facto da colega estagiária com quem colaborava no GPP I, ter terminado o seu estágio. A Dra. Paula Agostinho reorganizou a gestão dos grupos ficando eu responsável pelo GPP I e o colega pelo GPP II.

Este grupo apresenta diferenças significativas do GPP I. As pessoas que o constituem apresenta uma autonomia significativamente maior, maior amplitude de movimentos, menores défices cognitivos (quase inexistentes), maior capacidade de comunicação, de autoanálise e maior orientação alopsíquica. Todas estas diferenças têm uma implicação direta nas atividades e nos objetivos a serem definidos.

Se no GPP I, o vetor que orienta os objetivos se dirige para a coordenação visuo-motora, melhoria da orientação alopsíquica e promoção de certas valências cognitivas específicas, no GPP II este vetor orienta o decorrer das sessões no sentido do encontro entre as utentes e a promover um maior à vontade entre o Eu-Tu, nos elementos do grupo.

Paradoxalmente, apesar da elevada densidade populacional do centro, as conversas do dia-a-dia pessoais entre as utentes parecem ser reduzidas. Não queremos com isto dizer que as utentes não conversam normalmente, mas constatámos que muitos dos elementos do GPP II, apesar de saberem da existência uns dos outros, não se conhecem bem. Ao repararmos nesta situação, o planeamento das sessões foi orientado para a facilitação do conhecimento pessoal entre as utentes que compõem o GPP II, uma forma de promover o encontro entre o Eu-Tu. Constatámos que, à medida que as sessões avançavam, mais as utentes interagiam entre si fora do espaço da reunião.

O GGP II é um espaço onde as utentes, de forma natural e espontânea, conversam sobre preocupações, alegrias, atividades que fizeram e sobre elas próprias.

Neste grupo 90% ou mais das utentes dirigem-se até ao espaço da reunião por elas próprias sem necessitarem de apoio. Além disso, em contraste com o GPP I, todos os elementos que constituem o grupo participavam na totalidade em todas as sessões e era muito frequente na quarta-feira (dia da reunião) várias utentes perguntarem se haveria reunião naquele dia. Notávamos que perguntavam com alguma ansiedade por antecipação, em algumas utentes sentíamos que era quase uma lufada de ar fresco, novidade, apesar de ser uma atividade rotineira, uma vez por semana, os assuntos discutidos eram bastante heterogénicos e isto por si só ajuda a dinamizar o quotidiano das utentes.

Realização da Avaliação Psicológica na Velhice

Este objetivo implica compreender as limitações cognitivas e sensoriais características da faixa etária da população do centro, ou seja, ter em atenção que certos elementos do CPNSF têm défices auditivos e/ou visual mais ou menos acentuados. Isto implica, maior atenção por parte do psicólogo que aplica os instrumentos psicométricos pois baixos resultados poderiam ter origem nestes défices e induzir a uma avaliação incorreta.

Avaliação psicológica aplicada a V (Anexo E).**Identificação de V.**

Nome: V

Data de Nascimento: 21 / 12 /1931

Naturalidade: Cascais

Etnia: Caucasiana

Estado Civil: Viúva

Residência: Parede

Escolaridade: Curso Superior de Belas Artes

Profissão: Reformada

A senhora V deu entrada no CPGNSF para recobro de uma cirurgia à anca. Foi entalada repetidamente na porta automática do supermercado Pingo Doce da Parede.

Apresentou, durante a maior parte do tempo, um discurso coerente, mas nalgumas partes, o discurso pareceu desorganizado e bizarro. Isto levantou a necessidade de uma avaliação psicológica, de modo a tentar aferir se a utente estava afetada por alguma forma de demência e, se sim, determinar o estágio de desenvolvimento da mesma.

Por este motivo foram aplicados testes psicométricos de parâmetros predominantemente cognitivos.

WAIS-III.

Q.I. Abaixo da média

Maior facilidade nos subtestes verbais quando comparados com os subtestes de realização.

Campos em que apresenta facilidades: visto nas pontuações escalares.

Manipulativa (Execução.)

Figuras Incompletas

Matrizes

Verbal.

Vocabulário

Dígitos

Campos em que apresenta dificuldades.

Manipulativa (Execução).

Quebra-Cabeças

Cubos

Verbal.

Letras & Numerosa

Aritmética

Interpretação da variação entre Quociente de Inteligência Verbal (QIV) e Quociente de Inteligência Executiva (QIE).

QIV > QIE: A utente apresenta uma diferença de oito pontos entre o QIV e o QIE sendo uma diferença significativa mas moderada para o grupo etário em questão. Esta variação, pode refletir lentidão psicomotora, coordenação visuo-motora e processamento com qualidade e eficiência reduzida, défice orgânico ou de organização perceptiva, depressão e/ou ansiedade, melhores habilidades intelectuais verbais (Cunha, 2003).

Interpretação dos resultados nos subtestes.

Sendo a variação entre QIV e QIE inferior a 10 pontos comparar-se-á os subtestes em conjunto.

Mini Exame do Estado Mental – MEEM.

(Aplicado em 26 de Fevereiro de 2012)

A utente apresenta um declínio cognitivo acentuado.

Orientação aloespacial muito debilitada e ineficiente.

Memória de curto prazo funcional.

Incapaz de executar os parâmetros de cálculo do MEEM.

Memória de trabalho ineficaz e afetada.

Capacidade de identificar os objetos exibidos.

Capacidade de leitura intacta.

Reflexão clínica.

V apresenta resultados abaixo da média nos desempenhos cognitivos e de cálculo, podendo estas pontuações reduzidas serem causadas por elevados níveis de ansiedade, síndrome orgânico ou outra razão não aferida.

Durante as sessões V apresentava alguma confusão cronológica. Consideramos que o declínio das suas capacidades cognitivas se acentuou durante a estadia no centro psicogeriátrico. Após a sua ida para casa, a Dra. Paula Agostinho contactou a filha de V para saber como a última se encontrava. Parece ter havido uma recuperação cognitiva, o que levou à reflexão sobre a consequência da institucionalização na pessoa, em particular na velhice.

Conclusão

Um dos pontos mais significativos da pesquisa bibliográfica, realizada no decurso do estágio e a elaboração deste relatório, foi o entendimento dos processos neuropsicológicos da DA, alguns dos processos ontológicos do envelhecimento e a forma como se articulavam no entendimento fenomenológico de algumas das utentes atendidas nas sessões de acompanhamento.

Este estágio foi bastante enriquecedor e permitiu-nos o desenvolvimento de competências no âmbito do acompanhamento psicológico e noutras áreas da psicologia clínica e de aconselhamento, o que nos possibilitou consolidar o conhecimento teórico com a prática clínica. Desde os primeiros dias, percebemos que foi o local ideal para realizar o nosso estágio, pois sentimos sempre grande apoio e autonomia, sempre suportada pela adequada monitorização/supervisão. Com o decorrer do estágio fomos percebendo a importância dos psicólogos clínicos junta desta população.

No caso dos acompanhamentos, a nossa maior preocupação foi a de aplicar corretamente o conhecimento sobre o modelo ACP, onde tentámos de forma constante não improvisar ou inventar e a fazê-lo de forma adequada. Nesse sentido, tivemos todo o apoio da Dra. Paula Agostinho e os seminários de estágio lecionados na UAL, para esclarecer dúvidas e incertezas teórico-práticas com que nos fomos deparando. A Dra. Paula Agostinho apresentava soluções ou respostas com uma orientação teórica do foro psicanalítico, o que é normal na sua formação base. Os seminários de estágio foram particularmente úteis no esclarecimento das dúvidas na vertente de ACP.

Com o decorrer dos acompanhamentos, fomos compreendendo alguns dos processos mentais por detrás das queixas das utentes. Fomos adquirindo um maior à vontade e facilidade em aplicar a compreensão empática e à medida que isto foi

acontecendo, fomos também constatando que de cada vez que era aplicada, quer ER quer S iam desenvolvendo os assuntos relacionados como as bonecas russas (*matrioskas*), em que os assuntos iam sendo desenvolvidos sempre com maior profundidade mas sempre relacionados com o anterior. Podemos afirmar que é a constatação de alguma teoria ACP, revelando a importância da não diretividade no processo de acompanhamento.

Os acompanhamentos tiveram ainda outro efeito bastante duradouro: o de tentarmos entender o que constitui valor na existência humana, pois, se tudo correr bem no nosso desenvolvimento, chegaremos aos 70, 80 ou mais anos de vida. Nesta fase da nossa existência, já não existem os nossos pais, avós ou tios, a mobilidade é reduzida, possíveis fraquezas ou pré-disposições genéticas ou do fenótipo são exacerbadas com a idade e a existência será muito diferente daquela que vivemos presentemente. Ficámos fascinados pela compreensão dos valores ou parâmetros da existência que permanecem com a idade e o que parece permanecer e ter significado com o avanço da idade são as experiências, as memórias de décadas passadas, as amizades e alguns familiares, é o que tem valor nestas idades avançadas.

Sentimos que aprendemos muito sobre o modelo ACP, a sua “aplicação” e sobre nós próprios. Conhecermos aquelas pessoas e sermos capazes de lhes proporcionar um espaço onde pudessem ser elas próprias, sem haver juízos de valor, avaliações ou opiniões sobre os seus assuntos, foi extremamente elucidativo e pedagógico.

Sentimos que as opiniões são tão subjetivas quanto o número de pessoas existente na Terra e podem toldar o percurso de vida de outros, tendo o potencial (negativo) de afastar as pessoas de si próprias, da sua congruência e autenticidade, tão importante para um desenvolvimento e uma existência saudável.

Aquelas pessoas deixaram a sua casa, a maior parte dos seus bens materiais, viam os filhos apenas ocasionalmente e tinham pouco contato com amigos de toda uma vida, isso parece ter uma pesada consequência, humor rebaixado e ansiedade.

Este fascínio pelo essencial da vida, parece-nos ter sido a conclusão mais importante de todo o estágio, um raciocínio e uma reflexão que não tem preço, até parece difícil exprimi-lo por palavras faladas ou escritas, na verdade ao escrever este parágrafo sentimos a reverberação de tal pensamento e suas conclusões, perceber as consequências biopsicossociais das últimas décadas do contínuo da existência humana.

Uma situação que de início nos deixava, ocasionalmente, desconfortáveis ou menos à vontade era a interação com pessoas dementes. Inicialmente não sabíamos se deveríamos contrariá-las ou embarcar nas suas viagens delirantes. Com alguma prática e um crescente entendimento do modelo ACP, entendemos seguir os seus quadros de referências e que nada de produtivo e terapêutico adviria de não respeitarmos o compasso destas pessoas.

Aplicámos e aprofundámos conhecimentos de ciência cognitiva ao trabalhar com utentes no campo da reabilitação cognitiva, embora tenhamos reparado, após algumas sessões, que não se pode ter uma postura de técnico aplicando um exercício de forma fria e desconectada das emoções, cognições e personalidade daquele que resolve o exercício. O tempo de aplicação pode ser usado como forma de desenvolver o *rapport*, utilizar a compreensão empática em prol do desenvolvimento e a relação de ajuda com a pessoa. O desempenho dos exercícios, além do potencial de reabilitação têm uma função de diagnóstico, é possível perscrutar as funções cognitivas e com isso melhor entendermos o seu dia-a-dia e as suas dificuldades cognitivas. Resumidamente, a

reabilitação cognitiva é um espaço que permite fazer várias coisas e não deve ser encarada meramente como uma aplicação técnica.

Uma das possíveis conclusões a tirar das pessoas cujos desempenhos (no RehaCom) eram medíocres ou começavam elevados mas iam diminuindo com o passar do tempo, é um enfraquecimento da PLP.

Dos Grupos Psicopedagógicos adveio o conhecimento sobre a fenomenologia das utentes e de nós próprios. Experienciámos alguma ressonância de experiências pessoais com membros idosos da nossa própria família, isso requereu calma e reflexão, servindo para uma autoanálise e introspeção sobre as vivências pessoais e de como podem, em potencial, afetar o nosso desempenho nos afazeres da psicologia clínica e da relação de ajuda. Em particular, o grupo formado por pessoas de todos os pontos do contínuo da demência fez com que ficássemos fascinados com a autenticidade e congruência que encontrámos nesta população.

Na avaliação neuropsicológica foi, muito provavelmente, onde tivemos mais dificuldades, devido à extensão do WAIS-III, pois quando aplicado a pessoas com idades avançadas pode ser uma maratona, tendo o potencial para colocar a pessoa testada sobre bastante tensão e *stress*, o que pode ter origem na situação em que o testando é colocado, de estar a ser testado diretamente, podendo pensar ou sentir que tem de estar à altura das expectativas do testador. Tivemos também algumas dificuldades na conversão e análise dos resultados na aplicação de testes psicométricos, o que nos pareceu normal dado o reduzido número de testes que aplicamos ao longo da vida académica (este foi o primeiro WAIS-III). Neste sentido, foi muito útil para entender as nossas limitações nesta área da Psicologia Clínica.

Referências Bibliográficas

- Alexopoulos, G. (2005). Depression on the elderly. *Lancet*;365, 1961-1970.
- Alexopoulos, G., Meyers, B., & Young, R. (1997). Clinically defined vascular depression. *American Journal of Psychiatry*, 154, 562-565.
- Alexopoulos, G., Vrontou, C., & Kakuma, T. (1996). Disability in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry*, 877-885.
- Berger, A., Small, B., Forsell, Y., & Winblad, B. B. (1998). Preclinical symptoms of major depression in very old age: A prospective longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1039-1043.
- Birrer, P. R., & Vemuri, P. S. (2004). Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. *American Family Physician Vol.69 N° 10*, 75-82.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, Vol.58A, No.3, 249-265.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in late life. *Psychological Medicine*, 35, 1-12.
- Boswell, E., & Stoudemire, A. (1996). Major Depression in the primary care setting. *American Journal of Medicine*, 101: 3S-9S.
- Braconnier, A., Corbobsesse, E., Deschamps, F., N., D., Gaillard- Janin, N., & Saint-Georges, C. (2007). *Manual de psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Brodley, B. (2001). Compreensão Empática: Observações de uma Prática Centrada no Cliente. *A Pessoa Como Centro, Outono - Novembro* , 9-36.
- Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Charles, F. (2001). Suicide in the elderly. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 366-376.
- Cheng, A.T, Chen, T., Chen, C., & Jenkins, R. (2000). Psychiatric and psychological risk factors for suicide: case control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry* 177, 360-365.
- Collingridge, G., Kehl, S. J., & H.Mclennan. (1983). EXCITATORY AMINOACIDS IN SYNAPTIC TRANSMISSION IN THE SCHAEFER COLLATERAL-COMMISSURAL PATHWAY OF THE RAT HIPPOCAMPUS. *Journal of Physiology*, 33-46.

- Constantine, L. (2010). The interface between depression and dementia: Where are we with this important frontier? *American Journal Geriatric Psychiatry*, n.d.
- Conwell, Y., Dubenstein, P., & Caine, E. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry* 52, 193-204.
- Duberstein, P., Conwell, Y., Conner, K., Eberly, S., & Caine, E. (2004). Suicide at 50 years age and older : percieved physical illness, family discord and financial strain. *Psychological Medicine* 44, 137-146.
- Gentry, R. (2002). Somatic Complaints in Older Adults: Aging Process or Symptoms of Depression . *Psi Chi , Journal Of Undergraduate Reaserch Vol. 7 No. 4* , 176-184.
- Goodwin, R., & Olfson, M. (2002). Self perception of poor health and suicidal ideation in medical patients. *Psychological Medicine*, 32, 1293-1299.
- Gotfries, C. G. (1998). Is there a difference between elderly and younger patients with regard to the symptomatology and aetiology of depression? *International Clinical Psychopharmacology*, 13 (suppl.5), 13-18.
- Habib, M. (2000). *Bases Neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Harwood, D., Hawton, K. H., & Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorders associated with suicide inolder adults :a descriptive and case control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16, 155-165.
- Hickie, I., Scott, E., Naismith, S., Ward, P., Turner, K., Parkar, G., & Mitchel, P. W. (2001). Late-onset depression: genetic vascular and clinical contributions. *Psychological Medicine* , 31, 1403-1412.
- Jacoby, R., Levy, R., & Bird, J. (1981). Computed tomography and the outcome of affective disorder: a follow-up study of elderly patients. *British Journal of Psychiatry*, 139, 283-292.
- Jones, B., & Rifler, B. (1994). Depression Coexisting With Dementia. Evaluation and Treatment. *Medical Clinics of North America*, Vol. 78, 823-840.
- Kales, H. C., Maixner, D., & Mellow, A. M. (2005). Cerebrovascular Diseise and Late-Life Depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13:2, 88-97.
- Kumar, A., Thomas, A., Lavretsky, H., Yue, K., Huda, A., Curran, J., . . . Mega, M. T. (2002). Frontal white matter biochemical abnormalities in late-life major depression detected with proton magnetic resonance spectroscopy. *American Journal of Psychiatry*, 159, 630-636.
- Lynch, M. (2004). Long -term potentiation and memory. *Physiological Reviews*, vol.84, no.1 , 87-136.

- n.d. (2012, Agosto). *hospitaleirasbrasil.org*. Retrieved from Irmãs Hospitaleiras: hospitaleirasbrasil.org
- Nierenberg, A., & McColl, R. (1996). Management options for refractory depression. *American Journal of Medicine*, Vol. 101 45S-52S.
- Norris, M., & Woehr, M. (1998). Differentiating somatic symptoms in the elderly: Depression, Aging or Illness? *Journal of Mental Health and Aging*, 4, 347-359.
- Nunes, O. (n.d.). Uma Abordagem Sobre Relação de Ajuda. *A Pessoa como Centro*, 59-64.
- Paermelee, P., Katz, I., & Lawton, M. (1991). The relation of pain to depression among institutionalized aged. *Journal of Gerontology*; 46, 15-21.
- Raymond D., A., Maurice, V., & Allan, H. R. (1998). *Neurologia*. Rio de Janeiro: MCgrawHill.
- Rubin, E., Veiel, L., Kinscherf, D., Morris, J., & Storadnt, M. (2001). Clinically significant depressive symptoms and very mild to mild dementia of the Alzheimer type. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16, 694-701.
- Sapolsky, R. (1996). Why stress is bad for your brain. *Science*, 273, 749-750.
- Sapolsky, R. (2001). Depression, antidepressants, and the shrinking hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 98, 1230-12323.
- Sheline, Y., Mintun, M., & Moerlein, S. S. (2002). Greater loss of 5-HT 2A receptors in midlife than in late life. *American Journal of Psychiatry*, 159, 430-435.
- Shin, E., & Lee, I. (2002). The study of factors of family and behavioral modes affecting the elder depression. *Journal of Welfare for the aged*, 147-168.
- Sousa, A. (2009). Geriatric Suicide : A Brief Clinical Review. *Indian Journal of Gerontology*, Vol.23, No.1, 19-25.
- Squire, L. R., & R.Kandel, E. (2002). *Memória Da mente às moléculas*. Porto: Porto Editora, LDA.
- Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., Lyketsos, C., Welsh-Bohmer, K., Norton, M., . . . Tschanz, J. (2007). Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *American Journal Geriatric Psychiatry*, Jul.
- T.V.Bliss, & Lomo, T. (1973). Long -lasting potentiation of synaptic transmission in the dentate area of the anaesthetized rabbit following stimulation of the perforant path. *Journal of Physiology vol.232, no. 2, 331-356*.

- Tam, C., & Chiu, H. (2011). Depression and Suicide in the Elderly. *The Hong Kong Medical Diary Vol. 16 NO.9 September*, n.d.
- Wang, H., Megill, A., He, K., Kirkwood, A., & Lee, H.-K. (2012). Consequences of inhibiting amyloid precursor protein (APP) processing enzymes on synaptic function and plasticity.
- Zuben, N. A. (1984). *Fenomenologia e Psicologia*. São Paulo: Editora Cortez.

Anexos