



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

INTERVENÇÕES EM PSICOLOGIA CLÍNICA
COM PESSOAS IDOSAS

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

Autora: Cláudia Sofia Furtado de Melo Gomes

Orientadora: Maria Edite de Oliveira

Número da candidata: 20160776

Outubro de 2021

Lisboa

Agradecimentos

Chego ao fim de mais uma etapa, um sonho que se realizou. Nem sempre foi fácil, como em tudo, houve grandes altos e baixos também, foi necessário muito esforço, muita dedicação, muita persistência e sobretudo foi necessário resiliência. Contudo, ao longo desta caminhada, a presença e apoio de algumas pessoas foram essenciais para o meu crescimento a nível pessoal e profissional.

Começo por agradecer à minha mãe, a minha melhor amiga, pela educação que me deu, por todo o amor incondicional, por sempre me fazer ver mais longe e pensar “fora da caixa”, por nunca ter deixado de acreditar e por me apoiar sempre acima de tudo, fosse no que fosse.

À minha tia, que sempre deu a sua força, sempre apostou, acreditou e apoiou em todos os momentos e fez-me crer que tudo é possível, basta acreditar!

Obrigada por toda a vossa dedicação e amor, por me terem ajudado a tornar tudo isto possível!

Quero agradecer a uma grande amiga, Margarida, por me ter apoiado, mesmo com toda a distância, foi das pessoas que esteve sempre “presente”. Obrigada por toda a sinceridade, partilha, confiança, amizade, por todos os desabafos e por seres essa pessoa maravilhosa que és!

À minha orientadora, Professora Doutora Edite Oliveira, pela sua disponibilidade, boa disposição, apoio, paciência e pela sua orientação neste trabalho!

Ao meu orientador de estágio, por todos os ensinamentos que me transmitiu, por confiar em mim, no meu trabalho, pela sua paciência, disponibilidade e por todo o apoio. Obrigada por toda a diferença que faz, por toda a leveza e boa disposição que transmite!

Aos utentes, a minha fonte de inspiração, por toda a experiência das suas vidas, porque aprendemos uns com os outros todos os dias e porque, por eles, eu quero sempre lutar para me

tornar uma melhor profissional, dia após dia. Obrigada por toda a confiança que depositaram.
Serei sempre grata!

A toda a equipa do local de estágio, por me terem recebido e me possibilitarem esta experiência, partilhando bons momentos.

Por último, agradeço a todos os meus amigos e colegas da universidade que tive oportunidade de conhecer ao longo deste percurso, com quem partilhei tantas experiências e vivências!

Agradeço também a todos os docentes, por todos os conhecimentos e ensinamentos ao longo destes cinco anos!

Resumo

O envelhecimento está subjacente à própria vida, é uma etapa que jamais pode ser contornável.

Esta etapa surge como uma última fase da vida, trazendo uma panóplia de mudanças, a nível social e de saúde, que por sua vez podem ser impactantes para o indivíduo, a nível emocional e psicológico.

Todo este processo depende de vários fatores, como o estilo de vida, o contexto e a genética, pelo que se trata sempre de algo muito complexo, no que toca à qualidade de vida e às doenças que podem surgir nestas idades.

Consequentemente ao processo de envelhecimento, há uma série de questões a ter em conta ao abordar este tema, todas as patologias, as alterações a que o sujeito é exposto, não só em termos da sua saúde física, como também ao nível emocional e social e o quanto tudo isto pode ser desafiante para o indivíduo, que começa a compreender que toda a sua vida está a sofrer grandes mudanças e a vários níveis.

Neste relatório, serão abordados os processos de envelhecimentos e as dinâmicas que lhe estão subjacentes no contexto específico da Institucionalização. Por outro lado, tentaremos mostrar a eficácia da intervenção psicológica nesta etapa de desenvolvimento.

Serão abordadas temáticas como, a importância de um envelhecimento ativo, os diversos tipos de demência que surgem nestas idades e como, a reabilitação neuropsicológica em especial, pode ser algo relevante no retardamento das patologias da população sénior e contribuir para uma melhoria da sua qualidade de vida.

O presente relatório apresenta também alguns casos clínicos, em que o modelo de intervenção psicológico utilizado foi a Abordagem Centrada na Pessoa, bem como avaliações neuropsicológicas e atividades organizadas no âmbito da reabilitação neuropsicológica.

Palavras-chave: Envelhecimento; Neuropsicologia; Psicogeriatría; Demência; Reabilitação Neuropsicológica.

Abstract

Aging underlies life itself; it is a stage that can never be avoided.

This stage appears as the last phase of life, bringing a myriad of changes at a social and health levels, which in turn can be impactful to the individual, at an emotional and psychological level.

This whole process depends on several factors, such as lifestyle, context, and genetics, so it's always something very complex when it comes to quality of life and the diseases that can arise at these ages.

Consequently to the aging process, there are a number of issues to be taken into account when approaching this subject - all the pathologies, the changes to which the subject is exposed, not only in terms of physical health, but also at the emotional and social level, and how challenging all this can be for the individual, who begins to understand that his entire life is undergoing major changes at various levels.

In this report, we will discuss the aging process and its underlying dynamics in the specific context of Institutionalization. On the other hand, we will try to show the effectiveness of psychological intervention in this stage of development.

Themes such as the importance of active aging, the various types of dementia that occur at this age and how neuropsychological rehabilitation, in particular, can be relevant in delaying the pathologies of the senior population and contribute to an improvement in their quality of life will be addressed.

This report also presents some clinical cases, in which the psychological intervention model used was the Person-Centered Approach, as well as neuropsychological assessments and activities organized within the scope of neuropsychological rehabilitation.

Keywords: Aging; Neuropsychology; Psychogeriatrics; Dementia; Neuropsychological Rehabilitation.

Índice

Introdução.....	9
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1.1. Envelhecimento.....	13
1.2. Envelhecimento ativo.....	14
1.3. Neuropsicologia	15
1.4. Psicogerontologia.....	16
1.5. Psicogeriatria.....	18
1.6. Tipos de memória	18
1.7. Défice Cognitivo Ligeiro	20
1.8. Demência	23
1.8.1. Tipos de demência	24
• Demência tipo Alzheimer	24
• Demência Fronto-Temporal.....	25
• Demência associada a Doença de Parkinson	25
• Demência de Corpos de Lewy	26
• Demência associada a Doença de Huntington	27
• Demência Vascular	29
• Transtorno Neurocognitivo major devido a etiologias múltiplas	29
2- Outras patologias	30
2.1 Síndrome de Sundowning	30
2.2 Depressão Geriátrica.....	31
3- Reabilitação neuropsicológica	33
3.1 Estimulação Cognitiva	33
3.2 Terapia de Reminiscência	34

4- Impacto do SARS-CoV-2 na população sénior	37
PARTE II – TRABALHO DE ESTÁGIO.....	39
1 Objetivos gerais e específicos do estágio.....	40
2- Plano de atividades	41
3- Cronograma de estágio	48
4- Atividades desenvolvidas no estágio	48
5- Casos clínicos	52
5.1 - Avaliações neuropsicológicas	52
5.2 – Apresentação dos Casos Clínicos.....	56
5.3- Outros casos clínicos.....	82
6- Discussão e reflexão final sobre o estágio	85
Referências bibliográficas.....	90
ANEXOS	97

Índice de Abreviaturas

DCL – Déficit Cognitivo Ligeiro

DH – Doença de Huntington

DV – Demência Vascular

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Introdução

O presente trabalho, apresenta o relatório de estágio curricular, realizado num Lar de idosos situado na ilha de São Miguel (Açores), inserido no segundo ano de Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa realizado no ano letivo de 2020/2021.

Este foi um estágio curricular autoproposto, uma vez que, pessoalmente, é de grande interesse o trabalho com população sénior, bem como no estudo das psicopatologias que surgem maioritariamente nestas idades.

Relativamente à caracterização do Lar, este foi inaugurado no ano de 2010, conta com 47 utentes, com idades compreendidas entre os 57 e os 99 anos, sendo que 33 dos utentes são do sexo feminino e 14 do sexo masculino. Para além dos utentes, é constituído, ainda, por 42 funcionários, nomeadamente, três médicos e seis enfermeiros que trabalham em dois turnos diários. Sendo que, em cada turno estão sempre presentes 2 ou 3 enfermeiros, a rede de apoio ao idoso dispõe de 22 funcionários distribuídos por três turnos.

Os diagnósticos clínicos e psicopatologias predominantes no lar são, casos de défice cognitivo ligeiro e quadros de demência, sendo que muitas das vezes estes últimos estão associados a quadros de depressão geriátrica.

No contexto de um Lar de idosos, a Psicologia Clínica incide sobre a área da Psicogeriatria, ligada à Gerontologia que se dedica ao estudo da população idosa. Desta forma, o pretendido neste contexto foi proporcionar aos utentes, atividades, como a estimulação cognitiva bem como acompanhamentos de intervenção psicológica, para que possa haver uma melhoria significativa no seu dia-a-dia. Apesar das diversas patologias observadas nesta população, o objetivo principal é o desaceleramento dessas mesmas doenças, principalmente no caso dos quadros demenciais, sendo que é a patologia predominante neste contexto. Do ponto de vista da Psicogeriatria, o objetivo foi a realização de diversas atividades de

estimulação cognitiva, atividades que se enquadram na Terapia de Reminiscência, para fornecer ao utente uma nova perspetiva desta nova etapa da sua vida e acompanhá-lo neste sentido, nas mudanças que irão surgindo e que na sua maioria são vistas como grandes obstáculos para a população sénior. É importante compreender as necessidades de cada utente, as suas maiores dificuldades e proporcionar-lhes a melhor ajuda possível.

Foram realizadas avaliações psicológicas para compreender algumas das suas dificuldades com o propósito de trabalhar as mesmas, através de atividades de estimulação cognitiva e intervenção psicológica e mais tarde perceber quais os efeitos positivos dessa intervenção, nestes utentes, como forma preventiva dos quadros demenciais.

Este lar visa a promoção do bem-estar dos idosos a nível social, mental e físico, contribuindo para uma melhoria das suas vidas e para uma maior qualidade de vida também das suas famílias (Santa Casa da Misericórdia de Mora, 2020).

Os valores desta instituição são partilhados por tantas outras, sendo que visa proporcionar uma **qualidade de vida** à população sénior, à **motivação** da mesma, **prestação de cuidados e apoio**, ao **comprometimento** para com os idosos, tendo presente o **respeito pelos Direitos Humanos** e a **ética profissional** (Centro de Bem Estar Social, 2016).

Tem como missão compreender e satisfazer as necessidades dos seus utentes para corresponder às suas expetativas, bem como dos seus familiares. Além disto, procura adequar sempre os seus serviços e dispor de toda uma equipa com formação adequada para que os utentes usufruam de uma melhor prestação de cuidados (Centro de Bem Estar Social, 2016).

O papel do Psicólogo em lares passa muito por oferecer uma melhor qualidade de vida aos idosos, desmistificando alguns conceitos e ideias erróneas. É essencial um conhecimento pessoal dos utentes, através dos seus familiares bem como de outros profissionais de saúde. Tendo em conta isto, o psicólogo desempenha o papel de acompanhar o idoso de forma a auxiliá-lo nesta fase da vida, atendendo às suas necessidades (Santana & Beluco, 2017).

É também bastante importante haver diálogo entre o psicólogo e os utentes, para um melhor entendimento das questões da sua vida, bem como com os seus familiares, contribuindo para uma maior autonomia por parte do idoso e para uma maior qualidade nas relações familiares (Santana e Beluco, 2017).

O psicólogo tem também um papel fundamental no que toca a proporcionar aos idosos uma maior interação com o meio social, estabelecendo ligações com novas pessoas e possibilitando também atividades, com o objetivo de melhorar a sua saúde mental e física e evitar o desenvolvimento da depressão que é bastante comum nesta fase da vida (Santana & Beluco, 2017).

O psicólogo também pode possibilitar aos utentes, através da terapia, mesmo em conjunto com os familiares ou amigos, conhecimentos importantes para viver de uma melhor forma, contribuindo para diminuir o cansaço, a ansiedade, o medo de abandono, oferecendo neste sentido melhorias a nível emocional (Santana & Beluco, 2017).

Este estágio curricular teve início no dia 28 de outubro de 2020 e terminou no dia 30 de junho de 2021, pelo que o total de horas realizadas foi de 636.

O relatório está dividido em duas partes, a primeira refere-se ao enquadramento teórico, em que toda a pesquisa bibliográfica se centra nas temáticas abordadas no estágio e a segunda, em que são apresentados os objetivos do estágio, bem como as atividades que foram realizadas e os casos clínicos, com as respetivas avaliações neuropsicológicas e reflexões individuais dos casos.

Por fim, é apresentada uma reflexão final do estágio que engloba uma discussão dos casos e do trabalho realizado.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1.Envelhecimento

Entende-se por envelhecimento, um processo que abarca diversas mudanças fisiológicas no indivíduo e que o conduzem à morte, sendo este um processo que não pode ser revertido e que coloca a saúde do sujeito cada vez mais vulnerável (Rao, 2018).

Segundo Rao (2018), existe o envelhecimento cronológico que se associa à idade do indivíduo e o envelhecimento biológico que diz respeito às alterações a nível molecular e celular com o passar dos anos e que levam a uma degradação constante da saúde do sujeito. O que diferencia o envelhecimento cronológico do biológico é que este último pode ser desacelerado (Rao, 2018).

Ao falarmos de envelhecimento, englobamos uma série de alterações na vida de uma pessoa. O processo de envelhecimento abarca múltiplas questões, sendo um processo contínuo, que apesar de ocorrer numa última fase da vida, também passa por algumas aprendizagens e crescimento em termos pessoais. Este processo, que é o envelhecimento, está dependente de diversos fatores, biológicos, o estilo de vida que o sujeito tem e todo o contexto no qual a pessoa se insere. As alterações que se podem compreender no envelhecimento dependem do comportamento ao longo da vida de um sujeito e isto está interligado com a aprendizagem e com a senescência. Schroots e Birren (1980) citados por Lima (2010), falam de envelhecimento biológico que se baseia no agravamento do estado de saúde de uma pessoa e que se associa à sua possibilidade de falecer. Aqui é importante referir o termo de senescência que é o envelhecimento psicológico de uma pessoa e que engloba todas as alterações psicológicas visíveis no sujeito, sendo estas a memória e a forma como a pessoa lida ao tomar decisões (Lima, 2010).

Todo o processo de envelhecimento ocorre numa constante interação com o interior da pessoa, isto é, com os fatores genéticos e com o meio exterior ligado à forma como vive a vida, o contexto em que vive e a educação. A complexidade deste processo é que na maioria das

vezes há toda uma panóplia de padrões de envelhecimento entre os indivíduos, por diversos fatores, pelo seu estado de saúde ou porque efetivamente se reformou e isso pode originar no indivíduo um grande abalo a nível emocional acerca das suas competências e dos seus limites na sua vida social (Lima, 2010).

1.2. Envelhecimento ativo

Quando estamos em contato com a população idosa é possível compreendermos que o envelhecimento pode ocorrer de diversas formas, um envelhecimento mais ativo não depende apenas do fator da saúde do indivíduo, mas sim também das suas relações, emoções, do seu comportamento, do contexto de vida em que se insere no momento e do seu estilo de vida, isto é, até ao presente (Ribeiro & Paúl, 2011).

Segundo a OMS, citado por Ribeiro & Paúl (2011), envelhecimento ativo denomina-se como uma forma saudável de envelhecimento que no momento se alonga por mais fatores, nomeadamente, psicológicos, contextuais e socioeconómicos. Desta forma, este conceito induz que a qualidade de vida do idoso passa não só pela sua saúde, mas por um conjunto de outros determinantes que influenciam o seu bem-estar como por exemplo, o seu envolvimento em atividades que impliquem a interação com outros indivíduos, a sua independência física, desenvolver-se em áreas ligadas à economia, espiritualidade e cultura. Foram então considerados pela OMS os seguintes fatores determinantes do desenvolvimento ativo, são eles, o **fator pessoal**, que abrange questões da genética e psíquicos, o **fator comportamental**, que inclui o estilo de vida adotado pelo indivíduo em relação aos seus cuidados pessoais, o **fator económico**, que está ligado a algum tipo de trabalho seguro a que o indivíduo se possa dedicar e aos apoios económicos e reforma que recebe, o **fator do meio físico**, isto é, se este está num meio que lhe é possível apanhar algum meio de transporte, ou se reside num lugar que lhe proporcione segurança, se tem acesso a alimentação adequada e saudável, entre outros, o **fator social**, que está associado à sua segurança, a apoios e à sua escolaridade e por último, os

serviços sociais e de saúde, a que a pessoa dispõe e tem direito e que contribuem para um reforço da sua saúde (Ribeiro & Paúl, 2011).

Como conclusão, é essencial referir que um envelhecimento ativo abarca também os direitos humanos nos idosos incluindo a noção de independência, respeito, prestação de cuidados e participação, propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU), referindo ainda três aspetos essenciais, a **saúde**, **participação social** e a **segurança** da população idosa (Ribeiro & Paúl, 2011).

1.3. Neuropsicologia

A Neuropsicologia inclui múltiplos conceitos que a definem precisamente como sendo uma ciência que engloba várias disciplinas e técnicas, sendo estas a neurofisiologia, a neuroquímica, a neuroanatomia, a farmacologia, a psicologia clínica, a psicometria e a psicopatologia (Hazin et al., 2018).

Podemos constatar que a neuropsicologia abrange três âmbitos: é essencial no diagnóstico de défices cognitivos em casos em que são identificadas lesões cerebrais; por outro lado é também uma ciência que abrange conhecimentos de anatomia e clínica, que facilitam o entendimento acerca das funções cognitivas; por último, é fundamental para um melhor entendimento acerca do funcionamento cognitivo do ser humano, na medida em que, a partir da realização de avaliações em pacientes com lesões cerebrais, bem como em indivíduos que não apresentam qualquer défice, permite que haja mais informação, baseadas em teorias cognitivas (Siéroff, 2009, citado por Hazin et al., 2018).

Na Neuropsicologia, a intervenção surge através de dois processos complementares, sendo estes as avaliações neuropsicológicas para um melhor entendimento das capacidades e dificuldades cognitivas num indivíduo e posteriormente a reabilitação neurocognitiva na tentativa de recuperação das suas funções cognitivas. É importante referir que as avaliações

consistem, de uma forma geral, na análise das funções executivas, da memória, da planificação e da organização de conteúdos, memória visuo-espacial, processamento e aquisição de novas informações. Com isto, o que se pretende posteriormente é proceder a um programa de intervenção que promova a melhoria das competências do doente tendo em conta a sua problemática em específico (Hazin et al., 2018).

1.4. Psicogerontologia

O envelhecimento da população é cada vez mais abundante na sociedade uma vez que a esperança média de vida tem vindo a aumentar, este aumento verificou-se nas décadas de 1949 e 1970 em que houve um grande aumento da população envelhecida, isto deve-se também aos avanços da medicina e da tecnologia. Segundo Freitas e colaboradores (2002), citado por D'Agostin & Budni (2019), o sistema biológico que mais se compromete no envelhecimento é o sistema nervoso central. Neste momento é estimado que 46,8 milhões de pessoas sofram de algum tipo de demência a nível global (D'Agostin & Budni, 2019).

Tem-se observado um aumento considerável no número de transtornos psiquiátricos e conseqüentemente um aumento do consumo de substâncias medicamentosas que são receitadas geralmente sem tempo pré-definido (D'Agostin & Budni, 2019).

A saúde mental é algo fundamental para a qualidade de vida de qualquer indivíduo, no entanto, ainda são raros os tratamentos neste campo da saúde mental, sendo que na maioria das vezes o que prevalece é ainda a preocupação apenas com a saúde física. O ideal seria haver um maior desempenho neste sentido, de forma a corresponder aos transtornos mentais nos idosos e a um acompanhamento regular nestes casos (D'Agostin & Budni, 2019).

O envelhecimento na maioria dos casos compromete áreas cerebrais específicas que são essenciais, nomeadamente o hipocampo e a área pré-frontal. Desta forma estima-se que estes

transtornos afetam 20% da população sénior com idade superior a 65 anos (Freitas, 2016, citado por D'Agostin & Budni, 2019).

A Gerontologia define-se como uma ciência que estuda as características da população sénior e revela-se importante para uma melhor compreensão do envelhecimento e de todas as suas características, tendo um papel fundamental também na compreensão do indivíduo a nível biopsicossocial. Para além disto, é uma ciência que trabalha de forma multidisciplinar abarcando um conjunto de diversas disciplinas, procurando aprofundar uma panóplia de particularidades neste processo (Freitas et al., 2002 citado por Morais, 2009)

A Psicogerontologia Junguiana visa a compreensão do indivíduo na sua integridade e na sua mudança constantes em termos de essência, sendo que numa fase de envelhecimento é importante o idoso perceber a sua capacidade de adaptação face às novas dificuldades e problemas e ao direito que tem de ser pessoa e de se reintegrar a nível social. É essencial compreender e olhar o outro de forma reflexiva, dada a dificuldade que é o processo de envelhecimento em si, quer pela vulnerabilidade emocional quer física, em que se encontram. Por outro lado, procura ultrapassar as mesmas com uma forma diferente de encarar todas estas dificuldades proporcionando momentos de reflexão e de um melhor entendimento e suporte para aceitar esta nova realidade de uma forma mais agradável (Silva & Oliveira, 2020).

Para a Psicogerontologia, num processo de envelhecimento há uma transformação a nível do foco em que a personalidade começa a transparecer aspetos inconscientes e é por isto, que por vezes, o idoso começa a recordar-se da sua história numa primeira fase da sua vida e começa a reconstruir novos conteúdos através da sua experiência passando por um processo de transformação denominado, pela Psicogerontologia Junguiana de metanoia, que significa a alteração de identidade através do que é agora vivenciado pelo idoso (Silva & Oliveira, 2020).

É importante dar um novo significado à vida numa fase de envelhecimento, face às dificuldades que esta nova etapa inclui. É essencial o apoio social, todo este processo de

integração, reedificação, análise e transmutação por que passa o idoso deve ser tido em conta. São estes os aspetos essenciais aos olhos da psicogerontologia para a promoção de uma melhor qualidade de vida da população sénior (Silva & Oliveira, 2020).

1.5. Psicogeriatría

O envelhecimento é um processo que como já mencionado, é de grande complexidade e passa por diversas fases e transformações pessoais no indivíduo quer ao nível molecular quer ao nível morfofisiológico e que progride continuamente (Pereira, et al., 2009).

A Geriatria como ciência é recente e dedica-se à compreensão de fatores clínicos e da prestação de cuidados que sejam essenciais no processo de envelhecimento, isto engloba todas as alterações mentais, físicas, funcionais e contextuais. Mais do que apenas a preocupação com o físico da população sénior, a Geriatria surge num contexto multidisciplinar pretendendo proporcionar aos idosos qualidade de vida e todos os cuidados necessários que possibilitem alguma autonomia no seu dia a dia (Pereira, et al., 2009).

1.6. Tipos de memória

Existem diversos tipos de memória sendo, por vezes, difícil de fazer a distinção entre eles. Quanto à sua duração e funcionalidade, distinguimos, memória de curto prazo, memória de trabalho e memória de longo prazo (Cowan, 2008).

A memória de curto e longo prazo distinguem-se em dois aspetos importantes, nomeadamente, o declínio temporal e a limitação da capacidade de armazenamento de informação. Estes aspetos estão mais associados à memória de curto prazo (Cowan, 2008).

No que se refere à memória de trabalho, esta pode ser considerada em três vertentes, a memória de curto prazo dirigida a funções cognitivas, o sistema complexo que retém a

informação, transferindo a mesma para memória de curto prazo e por fim, a atenção como um fator importante para adquirir informação e controlar a memória a curto prazo (Cowan, 2008).

A memória de longo prazo, pode definir-se como, o armazenamento de memórias e eventos de vida de longa data. Contudo, é difícil assumir que, o ser humano consegue armazenar todas as memórias da sua vida mesmo que com defeitos (Cowan, 2008).

A memória de curto prazo, é um processo de captação de nova informação por um determinado período de tempo (Cowan, 2008).

Segundo Squire, citado por Pais et al.,(2008), a memória a longo prazo pode ser segmentada em outros dois tipos de memória, nomeadamente a memória implícita, que engloba as capacidades do sujeito a nível motor, comportamentos de habituação a determinados estímulos e o *priming* que é a recordação de informações. Outro tipo de memória ainda dentro da memória a longo prazo é a memória explícita, que se subdivide em memória episódica e semântica.

Em relação à memória episódica, também reconhecida como autobiográfica, trata-se de um tipo de memória baseada em acontecimentos marcantes da vida da pessoa, que por sua vez se compõe em termos espaciais e temporais e muitas vezes ao aceder a este tipo de informação, ou seja, ao recordar alguns eventos passados, estes podem não ser lembrados de forma exata como aconteceram, sendo que na demência este tipo de memória é das primeiras a ser prejudicada (Pais et al., 2008).

Por sua vez, a memória semântica, ao contrário da memória episódica, não reconhece contexto espacial ou temporal, esta memória relaciona-se a todas as noções que o sujeito aprendeu ao longo da vida sobre tudo o que o rodeia, como definições, significados e informação no geral (Pais et al., 2008).

Por último, de acordo com Pais et al., (2008), temos ainda a metamemória, que se traduz na capacidade de o indivíduo avaliar a sua memória atual bem como as suas habilidades

mentais, sendo importante referir que esta, varia muito consoante a personalidade e o estado da pessoa; e a memória prospetiva que possibilita o individuo ver-se no futuro e a idealizar os seus objetivos, bem como a planear compromissos.

1.7. Défice Cognitivo Ligeiro

Entende-se por Défice Cognitivo Ligeiro, o estado de progressão anterior à doença de Alzheimer, uma vez que há modificações em termos cognitivos sobretudo a nível mnésico, sendo que pode interferir também ao nível da linguagem e da atenção. No entanto, nesta primeira fase sem transformações a nível funcional. É importante referir que os idosos que possuem um Défice Cognitivo Ligeiro, têm a noção das suas alterações a nível cognitivo, o que não acontece já num quadro demencial em que o individuo apresenta anosognosia, isto é, a ausência de consciência da doença. Indivíduos com Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) correm um elevado risco de desenvolver a longo prazo algum tipo de demência (Grilo, 2014).

A sintomatologia de DCL, abrange a ausência de capacidade de memorização, mesmo na concretização de testes. Contudo, observa-se que há ainda uma capacidade para desempenhar tarefas da vida diária e de outras funções (Grilo, 2014).

O DCL deve-se a uma degradação da memória e de outras funções executivas, geralmente associado ao processo de envelhecimento. Contudo, algumas pessoas experienciam este tipo de problemas que envolvem o seu desempenho cognitivo sem estar associado ao processo de envelhecimento, apresentando com isto, um quadro por vezes mais complexo e sem evidências de demência (Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer, 2021).

Portanto, o DCL apresenta alguns sintomas como, deterioração das capacidades cognitivas da pessoa, a nível do seu pensamento e que acontece por vezes, numa idade em que não é justificável tais alterações. No entanto, distingue-se de um quadro demencial, porque as

peessoas com DCL conseguem ser autónomas, apesar de apresentarem algumas falhas mnésicas e/ou outro comprometimento cognitivo. Geralmente estas pessoas experienciam dificuldades a nível da memória, atenção, percepção visuo-espacial, linguagem e pensamento (Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer, 2021).

O diagnóstico de DCL é por vezes complexo, uma vez que depende de outros fatores como, outros problemas de saúde que podem estar associados (Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer, 2021).

O seu diagnóstico é possível através da utilização de instrumentos de avaliação (Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer, 2021).

É essencial, numa primeira consulta, que haja um diálogo entre a pessoa e o médico e se possível, com algum familiar ou amigo para que se perceba as principais dificuldades que a pessoa sente, tal como outras questões pertinentes como problemas de saúde ou ingestão de medicamentos (Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer, 2021).

No diagnóstico são também muitas vezes utilizados outros exames complementares, como a Tomografia Computorizada (TAC) e a Ressonância Magnética (RM) para compreender as modificações a nível da estrutura do cérebro, sendo que, por vezes são utilizadas a Tomografia por Emissão de Positrões (PET) e a medição dos níveis proteicos no líquido cefalorraquidiano (LCR). Todos estes exames são importantes para compreender outras causas, que possam estar associadas ao DCL (Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer, 2021).

De um modo geral, as pessoas que tem DCL estão mais sujeitas a evoluir para uma Demência, mais concretamente Doença de Alzheimer, porém isto não acontece em todos os casos, sendo que por vezes, após muito tempo, pode-se evoluir para um quadro demencial. Em

cada ano, geralmente entre 10 a 15% da população com DCL evolue para um quadro demencial (Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer, 2021).

Existem dois tipos de défice cognitivo ligeiro, sendo estes o amnésico e não-amnésico. O DCL amnésico caracteriza-se sobretudo por falhas mnésicas, sendo o mais comum e que com o tempo, pode dar origem à Doença de Alzheimer. No DCL não-amnésico é comum haver dificuldades a nível da atenção e/ou linguagem, sendo que no caso, pode progredir mais tarde para Demência Frontotemporal, Doença de Alzheimer atípica, Demência Vascular ou Demência de Corpos de Lewy (Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer, 2021).

No que toca ao tratamento do DCL não existe, no presente, nenhuma medicação que se mostre inteiramente eficaz. Porém, alguns estudos revelam que medicamentos inibidores da colinesterase podem atenuar a progressão da DCL. Geralmente o que é mais utilizado é a estimulação cognitiva bem como outros programas desenvolvidos por alguns investigadores que possibilitam estas pessoas a desenvolverem estratégias para combater o DCL. Constata-se que este tipo de terapêutica pode ser eficaz na melhoria da qualidade de vida, humor, memória e atenção destes pacientes (Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer, 2021).

O exercício físico, uma boa alimentação e o tratamento de doenças como a diabetes, colesterol e tensão alta, podem ser significativos no retardamento da evolução para a demência (Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer, 2021).

É necessário também compreender que o DCL pode desencadear outros problemas psiquiátricos, como ansiedade, perturbações do sono ou mesmo depressão, estando propensas também a mais stress e alterações de humor, uma vez que tem noção do seu défice cognitivo e que isto poderá comprometer a sua cognição ou evoluir para uma demência. Por isso é importante um acompanhamento destas pessoas para que elas possam adotar estratégias,

combatendo o DCL, para manterem uma boa qualidade de vida (Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer, 2021).

1.8. Demência

A demência trata-se de uma síndrome progressiva que envolve um conjunto de patologias que tem como consequência a decadência de múltiplas capacidades e funções cognitivas num indivíduo (Cerejeira & Lagarto, 2014).

Atualmente, a demência é uma das principais patologias no envelhecimento e também uma das maiores preocupações para o setor da saúde e, muitas vezes, para os familiares que adquirem o papel de cuidadores (Cerejeira & Lagarto, 2014).

Existem uma panóplia de outras doenças que estão subjacentes à possível origem da demência. Esta está associada ao desgaste progressivo de capacidades cognitivas, como a memória e a lógica do indivíduo (Gonzaga et al.,2008).

A demência Tipo Alzheimer é atualmente a mais conhecida e comum. Existem, no entanto, outros tipos de demência como a demência vascular, demência fronto-temporal, demência dos corpos de Lewy, a demência associada à doença de Parkinson e à Doença de Huntington (Gonzaga et al.,2008).

É importante perceber que os quadros demenciais não estão apenas associados à velhice e que é algo que pode ocorrer também em pessoas com idade não geriátrica. Não obstante, dado que, atualmente, a população mundial se encontra envelhecida, a demência é cada vez mais uma doença comum numa fase tardia da vida (Gonzaga et al.,2008).

Com isto, é possível perceber, ainda que careça de algumas certezas, que a probabilidade de um sujeito vir a ter demência devido a fatores biológicos também se relaciona com o modo como o mesmo viveu ao longo da sua vida. Os quadros demenciais têm formas bastante diferentes em termos da sua evolução em cada indivíduo e, apesar de serem visíveis algumas

causas de risco, existem outras causas que, apesar de incertas, podem estar articuladas ao agravamento da doença, como por exemplo a escolarização, a idade e a genética (Gonzaga et al.,2008).

Relativamente a outros fatores de risco para a saúde, são consideráveis sobretudo problemas vasculares, a hipertensão arterial, obesidade, doenças cardíacas, diabetes, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ser fumador, possuir hiperlipidémia, entre outras (Gonzaga et al.,2008).

São considerados importantes para prevenção das demências, os fatores psicossociais bem como o estilo de vida do indivíduo, nomeadamente, os seus *hobbies* e outras atividades em que participa que também permita interação social, a sua escolaridade e a atividade física que pratica (Gonzaga et al.,2008).

Em relação ao diagnóstico das demências, este torna-se bastante complexo pois estas podem confundir-se entre si, em termos sintomáticos e, até, com o próprio envelhecimento dito normal. É necessário uma história clínica precisa acerca dos variados aspetos importantes a nível da saúde do paciente, bem como também da história familiar (Gonzaga et al.,2008).

1.8.1. Tipos de demência

- **Demência tipo Alzheimer (DTA)**

A DTA é a mais frequente das demências ocupando entre 50-60% dos casos. Esta doença caracteriza-se pelo aparecimento de placas senis ou placas amilóides e emaranhados neurofibrilares (acumulação de proteína Tau), sendo que numa fase inicial ocorrem lesões nas estruturas mediais do lobo temporal e numa fase mais avançada desta doença acaba por atingir o neocórtex (Cerejeira & Lagarto, 2014).

Na doença de Alzheimer, muitas vezes referida como demência amnésica, a memória é que sofre grandes alterações, nomeadamente a memória episódica que é onde se verificam as

maiores alterações, sendo que no início desta doença encontram-se estáveis a memória semântica e implícita agravando-se tardiamente, sendo que a memória de trabalho também sofre alterações dependendo da situação na qual o doente se encontra (Gonzaga et al.,2008).

Doentes de Alzheimer revelam maiores problemas ao nível da memória do que propriamente no decifrar de informação, sendo que se verifica mais alterações no armazenamento e aprendizagem de novas informações (Gonzaga et al.,2008).

- **Demência Fronto-Temporal**

Este tipo de demência é a segunda mais comum e muitas vezes inicia-se antes dos 65 anos, é causada pelo comprometimento dos lobos frontais e/ou temporais mantendo as partes posteriores do cérebro (Cerejeira & Lagarto, 2014).

Na demência fronto-temporal, estão associadas três síndromes, nomeadamente, a variante comportamental, a afasia progressiva não-fluente e a demência semântica (Cerejeira & Lagarto, 2014).

Este é um tipo de demência que tem uma progressão lenta e que por sua vez pode ser facilmente confundida com a Doença de Alzheimer a longo prazo. As principais alterações que se revelam na Demência Fronto-Temporal são, mudanças do comportamento, da linguagem, das funções executivas e da memória, contudo não se registam alterações significativas nas capacidades gnósticas e práticas (Gonzaga et al.,2008).

- **Demência associada à Doença de Parkinson**

A doença de Parkinson é também, atualmente, uma das doenças mais frequentes, sendo que a sua sintomatologia passa por tremores, lentificação de movimentos (bradicinesia), rigidez e ausência de equilíbrio, sendo também observáveis na doença de Parkinson, a depressão,

psicose ou ainda alterações cognitivas significativas que podem conduzir à demência (Gonzaga et al.,2008).

No caso do Parkinsonismo, é importante perceber se as alterações da cognição ocorrem após 12 meses do surgimento das mudanças na motricidade ou se ocorrem nos primeiros 12 meses, pois no primeiro caso é demência associada ao Parkinsonismo e no segundo caso já é referente à demência de corpos de Lewy (Gonzaga et al.,2008).

Ainda que em alguns casos estes doentes não apresentem ainda um quadro demencial, são geralmente observáveis alterações cognitivas, nomeadamente, na memória e funções executivas. Quando já se trata de um caso de demência, é evidente que a recolha de novas informações ainda esteja minimamente conservada. A recuperação a curto prazo nestes doentes já é difícil, assim como também a informação remota (Gonzaga et al.,2008).

- **Demência de Corpos de Lewy**

Segundo, Calle (2006) & Walker, et al. (2015) citado por Gomes & Vecchia (2019), a Demência de Corpos de Lewy distingue-se de outras pois contém corpos neurais de α -sinucleína, espalhados pelo córtex e por áreas subcorticais.

Estes Corpos de Lewy, são compostos de proteínas de α -sinucleína na sua maioria, mas também de ubiquitina e neurofilamentares (Teixeira & Cardoso, 2005, citado por Gomes & Vecchia, 2019).

Na demência de Corpos de Lewy, é necessário que haja evidências de défices da cognição, como dificuldades no desempenho de funções executivas, problemas de atenção e processamento visual (Monteiro et al. 2020).

É importante referir que neste tipo de demência estão presentes características típicas da doença de Parkinson. São estas, alterações no comportamento, alucinações visuais e alterações da vigília.

Em 85% dos pacientes com Demência de Corpos de Lewy está presente o parkinsonismo, sendo observável nestes doentes, rigidez dos membros, tremores e bradicinesia (Monteiro et al. 2020).

Desta forma apenas deve ser diagnosticada Demência de Corpos de Lewy quando é visível um quadro demencial antes ou durante o surgimento do parkinsonismo, enquanto na Demência associada a doença de Parkinson, o quadro demencial é já observável quando a Doença de Parkinson está previamente diagnosticada (Monteiro et al. 2020).

- **Demência associada à Doença de Huntington**

Segundo Pelicia et al., (2019), a Doença de Huntington (DH), também conhecida como Coreia de Huntington, é uma doença neurodegenerativa genética que se origina devido ao aumento de nucleotídeos citosina-adenina-guanina no gene que gera a proteína huntingtina. Esta proteína em excesso origina então a Doença de Huntington e até aos dias de hoje não existe uma cura.

Os sintomas da DH podem ocorrer entre os 30 e 50 anos de idades, porém ela aparece cada mais de forma precoce (Pelicia et al., 2019).

Esta é uma doença rara, de origem genética e neurodegenerativa, que afeta por sua vez o sistema nervoso central e causa mudanças a nível motor, psiquiátrico e cognitivo (Pelicia et al., 2019).

A Doença de Huntington causa a eliminação de células nervosas do núcleo estriado cerebral que por sua vez é onde se situa o neurotransmissor ácido gama-aminobutírico (GABA) e é devido a esta alteração que o doente começa a sentir alterações motoras e um défice na cognição. Na evolução desta doença, poderão surgir problemas na fala, estados depressivos, apatia, irritação, problemas a engolir, agitação, perturbações obsessivo-compulsivas, ansiedade e alterações a nível sexual (Pelicia, et al., 2019).

Numa fase mais tardia da doença, podem ocorrer espasmos e rigidez dos membros, o que conseqüentemente levam a que estes doentes deixem de andar (Pelicia et al., 2019).

Os sintomas psiquiátricos mais comuns nos pacientes de DH são alterações da personalidade, psicoses e transtornos de humor (Pelicia et al., 2019).

De acordo com Arcos et al., (2020), os sintomas psiquiátricos da Doença de Huntington mais comuns são, ansiedade, transtornos obsessivo-compulsivos, depressão e sintomas idênticos de Esquizofrenia.

Em alguns casos é observável sintomas psicóticos, sendo que estes estão relacionados com a idade do doente (Arcos et al., 2020).

Para fazer o diagnóstico de DH é realizado um teste genético, quando não há histórico familiar da doença, este teste permite verificar a existência de alterações do gene da proteína huntingtina. É também utilizado avaliação psicológica para complementar e perceber se existem alterações provenientes da DH (Pelicia et al., 2019).

Geralmente, sintomas físicos como contrações em alguma parte do corpo são as primeiras evidências e motivo para procurar ajuda de um profissional, pelo que, se estes sintomas ocorrerem de forma súbita podem indicar que seja DH. Em relação a sintomas psicológicos, estes geralmente são mais visíveis num estado mais evoluído da doença (Pelicia et al., 2019).

O diagnóstico desta doença é difícil de se realizar, por se assemelhar a outras patologias como a Doença de Parkinson e de Alzheimer, é portanto fundamental realizar uma anamnese, exames de neuroimagem e exames físicos para um diagnóstico mais preciso (Pelicia et al., 2019).

- **Demência Vascular**

A Demência Vascular (DV) define-se pelo aparecimento de lesões vasculares cerebrais que afetam a memória, bem como outras capacidades cognitivas. Estas lesões são provocadas por enfarte ou por lesões da substância branca no cérebro, sendo que, o início deste tipo de demência geralmente ocorre nos primeiros 3 meses após o AVC (Custodio et al., 2018).

A Demência Vascular, tem como critérios de diagnóstico, o déficit de cognição que interfere no desempenho das funções executivas do paciente, a utilização de testes que analisem o comprometimento de funções executivas, atenção, linguagem, funções visuo-espaciais e memória, e por último défices a nível motor ou sensorial, que estão subjacentes ao acidente vascular (Custodio et al., 2018).

Para o diagnóstico deste tipo de demência, é essencial perceber após o acidente vascular cerebral quando se iniciaram as alterações cognitivas, bem como ter exames complementares, como Ressonância Magnética (RM) para se compreender se há lesões da substância branca. O surgimento de substância branca em algumas áreas cerebrais, como no lobo subcortical e temporal podem ser indícios de demência vascular em jovens (Custodio et al., 2018).

- **Transtorno Neurocognitivo major devido a etiologias múltiplas**

O Transtorno Neurocognitivo major devido a etiologias múltiplas, também conhecido como demência por etiologias múltiplas, diz respeito a quadros clínicos mais complicados, que envolvem diversas patologias, como o caso do vírus da imunodeficiência humana (HIV), Doença de Alzheimer, problemas vasculares ou Demência por Corpos de Lewy. Todas estas patologias estão associadas a problemas cognitivos e comportamentais (Almondes & Lima, 2020).

Define-se Transtorno neuro-cognitivo major devido a etiologias múltiplas quando, através de testes e exames complementares, estão presentes outras etiologias relacionadas com

o transtorno neuro-cognitivo, isto é, as alterações cognitivas podem advir de vários transtornos mentais (APA, 2014).

2- Outras patologias

2.1 Síndrome de Sundowning

De acordo com, Khachiyants, Trinkle, Son & Kim (2011), a síndrome de Sundowning define-se como a apresentação de sintomas neuropsiquiátricos como ansiedade, irritação, confusão, andar, inquietação ao final da tarde ou à noite e está associada a pacientes com quadros demenciais.

A Síndrome de Sundowning está relacionada com a alteração do ritmo circadiano, alterações cognitivas, bem como com fatores sociais e ambientais (Khachivants et al., 2011).

De uma perspectiva Neurofisiológica, esta síndrome ocorre devido a uma degradação do núcleo supraquiasmático no hipotálamo e pela perda de melatonina (Khachivants et al., 2011).

De forma a combater esta síndrome, verificou-se que a terapia de luz brilhante, a utilização de fármacos inibidores de acetilcolinesterase, antipsicóticos e a mudança de alguns comportamentos, podem contribuir para uma melhoria da qualidade de vida (Khachivants et al., 2011).

A síndrome de Sundowning não é particularmente reconhecida no DSM-IV, uma vez que apenas reconhece esta diversidade de sintomas neuropsiquiátricos que surgem em pacientes que estão institucionalizados, tem défice cognitivo ou apresentem demência (Khachivants et al., 2011).

Pacientes em que são visíveis estas alterações podem apresentar ainda alterações do humor, alucinações visuais e auditivas, desconfiança, gemidos e pensamentos delirantes (Khachivants et al., 2011).

Segundo Forbes, Blake, Thiessen, Peacock & Hawranik (2014), as alterações no sistema nervoso central (SNC) explicam as mudanças no sono em pacientes com quadros demenciais, pelo que a terapia de luz pode ser fundamental para a melhoria dos sintomas neuropsiquiátricos.

Há diversos estudos que tentam provar a eficácia da terapia de luz, no entanto ainda é prematuro afirmar que ela realmente pode ter um impacto positivo na Síndrome de Sundowning. É importante uma pesquisa sólida sobre como adequar esta terapia em termos de intensidade da luz, frequência, em que hora é realizada a terapia bem como os quadros demenciais a que se destina (Forbes et al., 2014).

A Terapia da Luz pode ser realizada de diversas formas, usando uma caixa de luz que esteja dentro do campo visual do paciente, luzes no teto, viseiras com luzes ou mesmo luz natural. Esta terapia pode ser realizada várias vezes ao longo do dia (Forbes, et al., 2014).

Como já referido anteriormente, é utilizado também fármacos como hipnóticos, antipsicóticos, benzodiazepinas e antidepressivos, é por isso que surge a Terapia da Luz, como um tratamento alternativo dado os efeitos secundários da medicação (Forbes, et al., 2014).

2.2 Depressão Geriátrica

Cada vez mais é notável um envelhecimento global da população e, subjacente a este facto, está o aumento de doenças neurodegenerativas bem como o desenvolvimento da depressão nesta população. De um modo geral, a depressão já é uma das doenças em destaque a nível mundial, sendo esta de difícil diagnóstico devido à diversidade de indícios dispares que se identifica em cada indivíduo (Nascimento et al., 2013).

De acordo com Kvaal et al. (2008) & Van der Weele et al. (2009), citado por Yu, et al., (2021), a sintomatologia depressiva e ansiosa geralmente ocorre numa idade mais avançada.

O que se relaciona com a sintomatologia ansiosa ou depressiva na maior parte dos casos são inquietação, manifestações psicossomáticas, alterações no sono e o comprometimento da concentração (Lowe et al., 2008 & Sherbourne et al., 2012, citado por Yu et al., 2021).

Define-se depressão como uma condição de mudanças de humor constantes que pode variar entre tristeza, apatia, raiva, stress, ausência do sentimento de prazer e transformações ao nível cognitivo, motor e orgânico. A depressão é marcada por um prolongamento de uma tristeza normativa a elevados níveis de tristeza, o que acontece a longo prazo é que esta sintomatologia acaba por interferir nas variadas áreas da vida do indivíduo, isto é, no campo afetivo, profissional e social (Nascimento et al., 2013).

No que toca à depressão na população idosa, esta acaba por estar subjacente à ansiedade, sendo que é notável mudanças nas horas de sono, na alimentação, falta de energia, perda de atenção, tristeza e muitas vezes pensamentos acerca do fim da vida (Nascimento et al., 2013).

Em situações em que a população idosa se encontra a residir em instituições por vezes há um agravamento desta sintomatologia, pois o idoso está num contexto em que terá que lidar com uma variedade de situações a que não estava sujeito antes, como o estar rodeado de outras pessoas que lhe são estranhas e algumas vezes sente-se dependente e longe do mundo, sentindo-se também esquecido. É importante referir que a depressão também surge na população idosa pois esta encontra-se numa fase diferente da sua vida, em que já não é capaz de desempenhar as mesmas funções, devido à incapacidade física e por já não poder exercer a sua profissão ou por se sentir cada vez mais debilitada (Nascimento et al., 2013).

3 - Reabilitação neuropsicológica

3.1 Estimulação Cognitiva

Ao longo do tempo foram conseguidas diversas descobertas acerca do processo de envelhecimento e sabe-se que este passa por uma diversidade de transformações, a nível fisiológico, pelo decréscimo da quantidade de sinapses; a nível morfológico, pela redução da quantidade e produção de neurónios; a nível bioquímico, que se traduz na decadência de capacidades cognitivas e por sua vez mnésicas e ao nível psicológico (Dias & Lima, 2011).

Com estas descobertas, é possível proporcionar à população idosa uma melhor qualidade das suas vidas, dentro do que é possível, e procurar responder às suas necessidades. A memória, sendo essencial nas nossas vidas, é uma das principais preocupações dos idosos, uma vez que a maior parte revela problemas nesta função. A estimulação cognitiva promove, pelo menos, um retardamento de défices ou mesmo demências nos idosos, conduzindo-os também a uma melhor qualidade da sua vida, estimulando a sua memória e possibilitando uma maior plasticidade neuronal (Dias & Lima, 2011).

Segundo Souza et al., (2019), o processo de envelhecimento está comprometido com a perda das capacidades cognitivas do indivíduo e que a estimulação cognitiva pode ser uma mais valia no mantimento e até na melhoria das capacidades cognitivas na população sénior. A estimulação cognitiva trata-se de um programa que abrange vários exercícios e procedimentos com o objetivo de trabalhar diversas áreas cognitivas baseando-se em pontos particulares e pode ser realizado de forma individual ou em grupo (Souza et al., 2019).

De acordo com, Souza et al., (2019), foram analisados diversos estudos que comprovam a eficácia da estimulação cognitiva como um procedimento crucial para um melhor processo de envelhecimento. Apesar de ser algo considerado muitas vezes desafiante, pois por vezes a estimulação cognitiva é algo de difícil aderência por parte de alguns idosos, apesar da

diversificação de instrumentos e utensílios é observável que é algo benéfico em diferentes aspectos para esta população (Souza et al., 2019).

De acordo com estes autores é possível identificar com a intervenção de estimulação cognitiva melhorias significativas em relação à memória e ao humor, pois esta técnica permite não só o retardamento da patologia em questão como promove momentos de interação social e isso é benéfico para o indivíduo.

Segundo Irigaray, Gomes Filho e Schneider (2012), citado por Souza et al., (2019), foi notável a diminuição de sintomatologia ansiosa e depressiva em idosos que faziam parte do grupo da sessão de estimulação cognitiva experimental, pois permitia que estes se relacionassem e interagissem entre si.

Em outros estudos foi possível observar melhorias em termos da memória episódica, memória de trabalho, atenção, memória de curto prazo, funções executivas, aprendizagem e memória episódica, no entanto, nem sempre são observadas melhorias significativas sendo importante referir que há ainda poucos estudos sobre este tipo de intervenção (Souza et al., 2019).

Porém e de uma forma geral, a maioria dos estudos revela melhorias relevantes após a prática de estimulação cognitiva, sendo por isso considerada um tipo de intervenção eficiente e que pode fazer a diferença no cotidiano do indivíduo a vários níveis: a nível da sua vida social, do seu humor, do retardamento das patologias e perseveração das suas competências cognitivas (Souza et al., 2019).

3.2 Terapia de Reminiscência

Entende-se por reminiscência a associação feita, por um indivíduo, de uma determinada experiência a algum sentimento de sofrimento ou de entusiasmo. Desta forma, a reminiscência permite que o indivíduo traga de volta à memória eventos passados e isto dar-lhe-á uma

perspetiva melhor do que mudou nos últimos tempos, ajudando a que o idoso compreenda melhor o sucedido, adaptando-se de uma melhor forma às circunstâncias em que se encontra. Esta terapia pode ser desenvolvida a nível individual ou grupal, em grupos de dois ou até em grupos maiores. É possível encontrar algumas diferenças de género, é notável que as mulheres normalmente pensam mais acerca do seu passado, contudo, isto acontece porque efetivamente as mulheres muitas vezes procuram lembrar-se de eventos passados como resposta para problemas que possam estar a passar, enquanto que os homens procuram fugir do presente e dos problemas (Gonçalves et al., 2008).

A Terapia de Reminiscência passa então por ser uma técnica guiada por um terapeuta que busca recuperar as memórias passadas do individuo, num determinado período de tempo, propiciando melhorias a nível da sua autoestima, autoeficácia e melhorar a sua qualidade de vida (Gonçalves et al., 2008).

Cada vez é mais significativo o número de pessoas com demência. Tendo em conta os limites da eficiência dos medicamentos é necessário e essencial outro tipo de terapias como suporte a este tipo de patologias. Neste âmbito as intervenções psicossociais tendo tido relevo para a melhoria significativa da vida destes doentes bem como para os seus cuidadores (Lopes et al., 2013).

A terapia de reminiscência surge como uma terapia não farmacológica e que já é empregue em lares, hospitais, centros de dia bem como em outros contextos, sendo que esta terapia tem por base a reaquisição de memórias significativas do seu passado (Lopes et al., 2013).

Segundo Lopes et al., (2013), estudos sobre a reminiscência indicam que este tipo de intervenção, que envolve o incentivo das capacidades dos utentes, mostra resultados positivos no que toca ao seu estado psíquico.

No que diz respeito aos métodos de intervenção, estes são diversos e podem ser compostos por atividades através da escrita sobre si próprio, em que o utente tem a liberdade de escrever acerca de si e eventos da sua vida mais significativos ou mesmo através de materiais disponíveis na internet (Lopes et al., 2013).

A reminiscência permite ao individuo a recuperação de memória remota, eventos de vida mais marcantes, quando aplicada de forma mais simples através por exemplo da escrita, é proporcionado ao individuo uma oportunidade de se comunicar e interagir, recordar eventos da sua vida que serão importantes para o seu desempenho, motivação, autoestima, sendo ainda que é possível reduzir níveis de ansiedade uma vez que é proporcionado ao doente estados positivos momentâneos como o relaxamento, o prazer e alegria, uma vez que todo o processo consiste em recordar informações suas significativas e que estas podem ser relevantes na sua vida (Lopes et al., 2013).

De acordo com Henriques et al., (2020), foi realizado um estudo que consistia na realização da Terapia de Reminiscência de forma individual, composto por 26 sessões cada uma com a duração de 50 minutos realizada duas vezes por semana. Este programa teve a duração de 13 semanas sendo que foi utilizado o “Livro do Passado e do Presente” como atividade. Este livro é constituído por duas partes, uma sobre o passado e outra referente ao futuro e possui imagens que remetem a determinados eventos ou situações normais diárias de vida. Os resultados obtidos ao longo desta intervenção foi que as intervenções individuais têm melhor resultado, pois há uma maior proximidade entre o terapeuta e o utente, bem como uma maior atenção por parte do terapeuta em relação com o outro e com tudo o que é trabalhado nas sessões, desencadeando uma maior colaboração por parte do participante. O facto de haver um acesso livre às memórias do passado desencadeia melhorias positivas, a nível do seu humor bem como das suas funções cognitivas que são objetivos fulcrais da Terapia de Reminiscência, contribuindo desta forma para um retardamento de défices cognitivos.

4- Impacto do SARS-CoV-2 na população sénior

De acordo com Fenz et al., (2020) citado por Teixeira et al., (2020), a Covid-19, surgiu na China, mais concretamente em Wuhan a 31 de dezembro de 2019, tornando-se meses depois numa pandemia, afetando vários países. Como forma de combater este vírus foram adotadas medidas de prevenção, como o distanciamento social, a importância de várias medidas de higiene, o uso de máscaras e desinfetante (Teixeira, et al., 2020).

Com a propagação do vírus, foi necessário o encerramento de alguns estabelecimentos e instituições, o isolamento de pessoas que poderiam ser portadoras ou estar contaminadas com o vírus, bem como a quarentena e aconselhamento para a população apenas sair de casa quando necessário (Mesa et al., 2020 citado por Teixeira et al., 2020).

Face ao avanço da pandemia, uma das principais preocupações foi evitar que o aumento do número de casos tivesse impacto na população idosa, tendo em conta que o sistema imunitário desta população é frágil, tentando, ainda assim, proteger os seus direitos e ter em conta o seu bem-estar (Teixeira et al., 2020).

Segundo Silva et al., (2020), face à pandemia e como prevenção para o principal grupo de risco, os indivíduos com mais de 65 anos de idade, eram aconselhados ao isolamento social.

Verifica-se que os idosos que cumprem o distanciamento social mas que coabitam com familiares ou que convivem ocasionalmente com amigos não têm um impacto tão grande a nível do isolamento. Porém, os idosos institucionalizados ou os que vivem sozinhos e que ficam longe das suas famílias acabam por vivenciar um maior impacto deste isolamento (Silva et al., 2020).

Tem vindo a ser notória a importância da tecnologia no combate ao isolamento, pois as famílias e os idosos mantiveram contacto, sendo algo fundamental e que demonstrou na população sénior que aderiu à tecnologia uma diminuição de sintomatologia depressiva, um

melhor desempenho cognitivo e melhorias ao nível da motricidade fina, relativamente aos idosos que não utilizaram a tecnologia (Silva et al., 2020).

Estima-se que mesmo após o término da situação pandémica seja, conseqüentemente, evidente a existência de diversos problemas psicológicos dos quais ansiedade, stress, medo da morte, entre outros, pelo que é possível perceber um aumento de alguns distúrbios psicológicos como a perturbação de stress pós-traumático e depressão (Silva et al., 2020).

De acordo com Silva et al., (2020) a sociedade, posteriormente à pandemia, poderá reduzir o contato, o que por sua vez irá surtir efeito na população sénior, que ficará condicionada pelo isolamento social, diminuindo a interação com a família e passando mais tempo em casa, o que condicionará também a sua atividade física, que é extremamente importante para a saúde.

Com isto, é importante reforçar a importância da vitamina D para problemas ósseos, bem como para idosos que evidenciam sintomatologia depressiva e uma vez que esta população acaba por ficar mais tempo nas suas casas, não tem tanta exposição ao sol (Silva et al., 2020).

Por fim, outros fatores a considerar devido ao isolamento são a redução de cuidados de saúde por receio de ir a hospitais uma vez que há um maior risco de contaminação e as mudanças no padrão de sono, pelo que muitas vezes nesta população se relaciona a problemas emocionais, depressão ou outras doenças crónicas (Silva et al., 2020).

PARTE II – TRABALHO DE ESTÁGIO

1 -Objetivos gerais e específicos do estágio

Os objetivos do estágio curricular passaram principalmente por pôr em prática os conhecimentos adquiridos ao longo dos últimos anos de formação pela primeira vez, de forma a consolidar esses mesmos conhecimentos que antes se apresentavam mais complexos por se situarem numa componente mais teórica.

No contexto da psicologia clínica num lar de idosos, pretende-se aplicar o conhecimento teórico previamente adquirido mas também adquirir competências práticas em termos não só das avaliações neuropsicológicas, bem como das atividades que nesta população podem ser enriquecedoras para o retardamento de algumas patologias. Sendo também essencial reconhecer os erros como uma oportunidade de aprendizagem e aquisição de novas ferramentas e novas perspetivas que conduzirão a uma experiência mais enriquecedora.

Como objetivos específicos do estágio, no contexto da psicogeriatrica, elencamos os seguintes:

1) Adquirir novos conhecimentos acerca de instrumentos de avaliação nesta faixa etária, e compreender como podem ser benéficos para a compreensão do avanço da doença por exemplo em casos demenciais, como também na comorbilidade com a depressão geriátrica.

2) Utilizar estes instrumentos de avaliação para análise de melhorias promovidas pela reabilitação cognitiva.

3) Aprofundar conhecimentos acerca da Estimulação Cognitiva, como atividade que pode retardar a evolução de diversos tipos de demência;

4) Adquirir experiência na realização de entrevistas clínicas e estudos de caso e aprofundar mais conhecimentos sobre a Terapia de Reminiscência. Perceber de que forma esta pode ser realmente útil para um melhor enquadramento do utente no seu presente, como forma de proporcionar diferentes perspetivas desta etapa de vida e auxiliar o sujeito a recordar-se de memórias mais antigas como pontos de referência que o ajudarão a sentir-se melhor,

proporcionando uma melhoria na sua qualidade de vida e autoconfiança, desenvolvendo neste âmbito materiais para as atividades.

5) Aperfeiçoar e desenvolver competências em estar em relação com o outro, isto é, pôr em prática as seis condições essenciais na Terapia Centrada no Cliente, sendo estas, o contato psicológico com o paciente, a incongruência por parte do outro, a congruência do terapeuta, o olhar incondicional pelo outro, a compreensão empática e o entendimento por parte do paciente sobre o papel do terapeuta ao longo da terapia (Wood et al., 1994).

Em conclusão, é fulcral aprender a estar em relação terapêutica, compreender incondicionalmente e sem julgamento do outro, respeitando-o e procurando compreender as suas emoções devolvendo respostas empáticas com o propósito de proporcionar a melhor compreensão possível e atendendo ao que é relevante para o outro, respeitando o seu espaço e desenvolver também aptidões no que toca à forma como nos sentimos perante as fragilidades do outro e como por vezes estas podem tornar-se difíceis, em termos emocionais, para o terapeuta.

2- Plano de atividades

Atividades individuais

1. Estimulação Cognitiva

Objetivos gerais:

Os objetivos gerais da Estimulação Cognitiva são a promoção de melhorias significativas no quotidiano dos utentes que sofrem de demência, promovendo desta forma alguma autonomia e independência e claro o retardamento da evolução da doença. É também uma forma de compreender as necessidades de cada utente, procurando atuar nas mesmas, destacando assim também as capacidades do individuo. A Estimulação Cognitiva foi realizada

individualmente, com a utilização de exercícios que trabalham nomeadamente a atenção, a memória, a praxia, a gnosis, a linguagem e funções executivas.

Objetivos específicos:

- Promover melhorias mnésicas;
- Trabalhar a atenção;
- Compreender as dificuldades de cada utente;
- Contribuir para uma melhoria de vida do utente;
- Promover melhorias no raciocínio e linguagem;
- Melhorar a percepção visual e espacial;
- Combater dificuldades a nível do desempenho de funções executivas.

2. Terapia de Reminiscência

Foram elaboradas duas atividades, sendo estas, “O Livro da minha Vida”, que se baseia na elaboração de um caderno com registo de vários eventos da vida do utente e a Reminiscência através dos aromas, em que foram feitos vários saquinhos com ervas aromáticas diferentes. Estes saquinhos eram apresentados aos utentes para ver se conseguiam identificar qual eram as ervas e que memórias estas despertavam.

Objetivos gerais:

Os objetivos gerais da Terapia de Reminiscência são a recuperação de memórias da vida do sujeito, através de estímulos e melhorar a forma como a pessoa se sente ao recuperar algumas memórias significativas para o momento, promovendo desta forma o bem-estar do doente.

Objetivos específicos:

- Recuperação de memórias significativas;
- Melhoria da qualidade de vida do utente e das suas capacidades de cognição;
- Diminuição de estados depressivos;
- Promoção de uma melhor comunicação do utente;
- Melhorias ao nível da auto-perceção do utente e melhor compreensão da situação que se encontra no momento.

Atividades em grupo

1) Jogo do novelo de lã

Descrição da atividade:

Neste jogo os utentes são colocados em roda sentados e têm de passar um novelo de lã de uns para os outros, sendo que antes devem atar a lã no seu pulso e só depois é que poderão passar o novelo para outra pessoa, podendo fazer uma pergunta para a outra pessoa a quem irão passar o novelo de lã. O objetivo deste jogo é essencialmente, promover algum convívio entre os utentes e um momento de bem-estar, em que é proporcionado saberem também um pouco mais sobre os seus colegas e não se sentirem tão sozinhos, chegando ao fim do jogo a ideia transmitida é que todos estamos “ligados” uns aos outros.

Objetivos específicos:

- Promove a união entre os utentes;
- Promoção de momentos de descontração e bem-estar;
- Diminuir a sensação de se sentirem sozinhos e isolados;
- Melhoria do humor;

- Proporciona um melhor convívio entre os utentes.

2) Jogo “quebra gelo”

Descrição da atividade:

Neste jogo, é fornecido aos utentes um dado feito de cartão com diferentes texturas e um pouco maior que o dado tradicional. O que é proposto é que cada utente lance o dado e dependendo do número que sair (de 1 a 6) é feita uma questão, sendo que, o lado 1 tem a questão “Se pudesse ir para algum sítio no mundo, onde iria?”, o lado 2 “Se ficasse preso numa ilha deserta, quais as 3 coisas que gostava de ter consigo?”, o lado 3 “Se pudesse comer apenas um tipo de comida para o resto da vida o que escolhia?”, o lado 4, “Se ganhasse 1 milhão de euros, o que fazia?”, o lado 5 “Se pudesse passar o dia com alguém famoso, quem escolhia?” e finalmente o lado 6 “Se pudesse pedir 3 desejos, o que pediria?”. Este jogo tem como objetivo principal também promover o convívio entre os utentes de forma a partilharem ideias suas em grupo e também a atenção e raciocínio.

Objetivos específicos:

- Promoção de momentos de bem-estar e convívio entre os utentes;
- Promover a atenção e concentração;
- Incentivar a participação dos utentes;
- Estimular a criatividade dos utentes.

3. Jogo “Vamos recordar?”

Descrição da atividade:

Neste jogo, cada utente tem uma rolha com cores diferentes, semelhante a um jogo de tabuleiro, cada um lança o dado para mover a sua rolha e saber para que casa irá.

Cada casa do jogo corresponde a uma pergunta de cultura geral, que estão escritas em vários cartões e apenas tem 3 tentativas para responder. Quando o jogador errar na questão, não poderá lançar o dado na próxima rodada.

Objetivos:

- Promover o convívio e competitividade entre os utentes;
- Proporcionar momentos de bem-estar;
- Estimular a memória e atenção do utente;
- Favorecer melhorias na auto-estima.

Atividades em grupo propostas pelo lar – atividades de animação sociocultural

I. Criação de um calendário do ano 2021

Os utentes participaram na criação de um calendário do ano de 2021 e em todos os meses terão de construir o mês em que estão bem como a estação do ano.

Objetivos:

- Promover a orientação espaço-temporal;
- Favorecer a orientação para a realidade.

II. Atividade desportiva: Respiração e aquecimento corporal

Esta atividade é realizada com música e os utentes estão sentados em cadeiras numa roda, cada vez que é parada a música estes devem fazer os movimentos com os braços como é solicitado.

Objetivos:

- Controlar a respiração ao longo do exercício;
- Promover a concentração e boa disposição;
- Favorecer o convívio entre os utentes.

III. Jogo com bolas de ping pong e jogo de bowling

A atividade do jogo com bolas de ping pong, é realizado apenas com dois utentes que competem entre si, o jogo é composto por dois conjuntos de copos, cada jogador tem 5 copos com cores diferentes, em que terão de acertar nos mesmos sendo que cada posicionamento dos copos tem pontos distintos.

O jogo de bowling é composto por uma bola e seis garrafas coloridas, em que os utentes têm de derrubar as garrafas com a bola, com o intuito de acertar no maior número possível de garrafas para obter mais pontos.

Objetivos:

- Proporcionar momentos de relaxamento, lazer e entretenimento;
- Trabalhar os membros superiores do corpo;
- Promove a atenção e raciocínio.

IV. “Macaca sénior”

Neste jogo os utentes sentados ou em pé, terão de retirar de um saco um número, dependendo do número que sair o jogador deve recolher com uma cana com um fio e um íman na ponta a colher que estará nos cartões no chão devidamente numerados.

Objetivos:

- Estimular a cognição através dos números e cores;
- Estimular a motricidade grossa;
- Trabalhar a perceção visual.

V. Jogo da paciência

O jogo da paciência é realizado com dois utentes de cada vez, em que cada um irá ter um rolo de papel higiénico que será estendido no chão e que conterà um objeto, desta forma, o jogador que conseguir em primeiro lugar enrolar o papel higiénico e conseguir obter o objeto vence o jogo.

Objetivos:

- Proporcionar momentos de lazer e boa disposição;
- Promover a competitividade entre os utentes.

3- Cronograma de estágio

Na tabela seguinte é apresentado o cronograma de estágio onde são apresentadas todas as atividades referidas anteriormente.

Datas / Atividades	28/10-30/11	01/12-04/01/2021	04/01/2021-05/02/2021	05/02/2021-28/02/2021	01/03/2021-15/03/2021	16/03/2021-31/03/2021	01/04/2021-14/05/2021	17/05/2021-30/06/2021
Pesquisa bibliográfica	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Observação da dinâmica da instituição	✘	✘						
Participação em atividades de animação da instituição	✘	✘	✘	✘	✘	✘		
Sessões de Estimulação Cognitiva			✘	✘	✘	✘	✘	✘
Terapia de Reminiscência			✘	✘	✘	✘	✘	✘
Observação da hora de deitar dos utentes		✘	✘					
Acompanhamentos		✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Avaliações Psicológicas		✘	✘	✘				✘

4- Atividades desenvolvidas no estágio

- **Observação da dinâmica da instituição**

O estágio foi iniciado com um período de observação de toda a dinâmica da instituição, com a finalidade de compreender o seu funcionamento, entender todas as atividades ocupacionais realizadas com os utentes, conhecer toda a equipa bem como os utentes em

momentos de convívio e as suas necessidades para obter conhecimentos sobre metodologias e formas de intervenção a realizar mais tarde.

No período de observação, que teve uma duração de aproximadamente três semanas, não foi possível assistir a momentos de consulta com os utentes, no entanto, nestas semanas foi realizada alguma pesquisa bibliográfica e foi possível participar em algumas atividades ocupacionais.

Esta participação em atividades de animação sociocultural foi importante, na medida em que possibilitou conhecer melhor os utentes, bem como as suas dificuldades e a equipa.

No decorrer destas semanas também foram realizadas algumas entrevistas clínicas e alguma pesquisa sobre os instrumentos de avaliação que seriam mais apropriados para os casos clínicos, de modo a compreender o seu funcionamento.

Posteriormente, foi possível avançar com as avaliações e acompanhamentos.

- **Participação em atividades ocupacionais**

Na presente instituição, e com o surgimento do vírus SARS-CoV-2, o plano de atividades foi reduzido, para uma maior segurança desta população. As atividades que decorreram propostas pela instituição no âmbito da animação sociocultural, foram reduzidas relativamente às atividades antes realizadas na instituição. Uma vez que estas atividades são realizadas em grupo, houve uma diminuição do número de pessoas de forma a evitar o ajuntamento.

Contudo, foram realizadas atividades como, jogos de animação sociocultural, sessões de filmes, atividades ocupacionais com alguma estimulação cognitiva e por vezes quando possível, alguns utentes saem para caminhadas em grupo. O pretendido foi participar em algumas destas atividades, de forma a chegar aos utentes e a partilhar destes momentos com os

mesmos, compreendendo as suas necessidades, contribuindo para uma melhor qualidade de vida destes e promovendo o convívio entre a equipa e utentes.

As atividades ocupacionais propostas pela parte da animação sociocultural da instituição foram por sua vez, atividades que promovem o convívio entre os utentes, algumas destas a estimulação cognitiva, atividades que implicam exercitar a motricidade e que promovem a atenção, memória, raciocínio e concentração.

- **Terapia de Reminiscência**

A Terapia de Reminiscência foi proposta como uma atividade que foi desenvolvida com alguns utentes individualmente. Esta terapia tem como objetivos principais a estimulação da memória, nomeadamente memórias do passado, principalmente em diagnósticos clínicos como a demência que, por sua vez, aparenta ter resultados bastante eficazes nestes doentes, que na maior parte das vezes se recordam de aspetos da sua vida mais antigos e que lhes dá outra perspetiva da sua vida no presente. Dentro da Terapia de Reminiscência, foram desenvolvidos alguns materiais para trabalhar neste âmbito, como a atividade “O livro da minha vida” em que foi feito um pequeno livro onde o utente, de forma livre e espontânea em sessão, escreve sobre várias fases da sua vida, como por exemplo, na infância, adolescência, vida adulta, ou outros temas escolhidos livremente pelo utente, no que se sentir mais confortável. Outra atividade que foi realizada foi o reconhecimento de aromas, em que os utentes, através do olfato, consigam aceder a memórias através deste estímulo, identificando primeiramente o cheiro e depois associá-lo a alguma memória ou vivência.

- **Estimulação Cognitiva**

Foram realizadas atividades de Estimulação Cognitiva com os utentes de forma individual e efetivamente uma avaliação da sua evolução e desempenho ao longo das mesmas.

A estimulação cognitiva é essencial no processo de um envelhecimento ativo e de uma melhoria da sua percepção sobre si mesmo, bem como da sua interação social.

Foram realizados exercícios que incluem trabalhar a memória, a atenção, o raciocínio, a linguagem, a percepção visuo-espacial e as suas competências executivas.

O pretendido foi fazer uma avaliação neuropsicológica prévia, antes do começo dos exercícios de estimulação cognitiva e posteriormente, após algumas sessões a repetição das avaliações neuropsicológicas com o objetivo de perceber a evolução nestes doentes.

As intervenções psicológicas com Estimulação Cognitiva foram realizadas a pacientes com quadros demenciais com o objetivo principal de retardar o avanço da sua patologia, que é o que se pretende analisar nas avaliações neuropsicológicas finais, isto é, se houve uma melhoria do seu desempenho e se realmente este tipo de intervenção teve um impacto positivo no seu quadro demencial.

- **Observação do deitar dos utentes**

A observação do deitar dos utentes, foi possível apenas por uma vez, de forma a compreender essa fase do seu dia, bem como as suas dificuldades de acordo com as suas psicopatologias e quais as problemáticas dos utentes nesse momento do seu dia.

Tendo em conta que em quadros demenciais e em contexto de lar, é frequente a ocorrência da Síndrome de Sundowning, em que o paciente sofre um período de agitação no final do dia ou à noite.

- **Intervenção de apoio psicológico e avaliações psicológicas**

Foram realizados dois acompanhamentos de intervenção psicológica com base na Terapia Centrada no Cliente e avaliações neuropsicológicas.

Os testes neuropsicológicos utilizados foram os seguintes, o MOCA (Montreal Cognitive Assessment), para avaliar alterações cognitivas significativas (Freitas et al., 2010);

as escalas para ansiedade e depressão de Hamilton, para uma melhor compreensão da sua existência, bem como a sua influência no desempenho cognitivo desta população.

Foram também utilizados o teste MIS (Memory Impairment Screen), para compreensão de alterações na memória verbal (Lezak et al., 2004); o TRVB (Teste de Retenção Visual de Benton), que se destina a avaliar alterações ao nível da memória visual e atenção, bem como competências visuoperceptivas (Benton, 1945); o INECO Frontal Screening, que visa analisar défices executivos, avaliando predominantemente o lobo pré-frontal (Nunes, 2012) e por fim, o TOL-DX (Torre de Londres) que analisa a capacidade de planeamento do indivíduo, bem como a adaptação a novas situações (Lezak et al., 2004).

5- Casos clínicos

5.1 Avaliações neuropsicológicas

MIS – Memory Impairment Screen

O teste Memory Impairment Screen (MIS), consiste em apresentar ao paciente uma folha com quatro itens de evocação. É pedido que o sujeito leia em voz alta todas as palavras e que mais tarde, após dois ou três minutos de abstração, as tente recordar de forma livre ou através de dicas por categoria que são apresentadas para cada item sempre que o sujeito não conseguir recuperar a informação de forma voluntária (Lezak et al., 2004).

A pontuação do teste é feita com o dobro do número de itens referidos pelo paciente na evocação livre em conjunto com os itens recuperados através de dica por categoria, sendo que a pontuação máxima deste teste corresponde a 8 pontos (Lezak et al., 2004).

Testes de torre: Londres, Hanói e Toronto

Os testes de Torre de Londres, Hanói e Toronto avaliam distúrbios de planeamento. Mais concretamente no teste da Torre de Londres, o paciente tem de ser capaz de ordenar as bolas de uma posição inicial em três varas, sendo que o examinador primeiro faz a ordem pretendida nas suas varas para que o sujeito repita apenas podendo movimentar uma bola de cada vez em cada vara. Este teste possui 12 itens em que a cada item há um aumento do grau de dificuldade e é dada a pontuação correta apenas quando o sujeito consegue fazer a posição pretendida com o número mínimo de movimentos (Lezak et al., 2004).

Este teste é muito utilizado para compreender a capacidade de planeamento ainda que também seja notável ao longo da execução do teste um papel fundamental a nível do córtex pré-frontal, bem como é importante também para analisar a memória de trabalho e visuoespacial, como também a inibição de resposta (Lezak et al., 2004).

Teste de Retenção Visual de Benton

O Teste de Retenção Visual de Benton tem como objetivo analisar no paciente a perceção visuo-espacial, as aptidões visuo-construtivas bem como a memória visual. Desta forma pode ser administrada a adultos, com o objetivo de compreender se há possibilidade de deterioração mental e em crianças analisa a concentração e atenção (Benton, 1945).

É complexo compreender através deste tipo de teste se existem possibilidades de haver lesões cerebrais, pois como é evidente há lesões que não são possíveis de observar neste tipo de prova. Contudo as lesões cerebrais podem evidenciar algumas dificuldades no que toca a perda de memória, na atenção e concentração e no controle de impulsos emocionais (Benton, 1945).

O TRVB contém 3 formas de apresentação, sendo estas a C, D e E, sendo que cada uma das mesmas pode ser composta por 10 lâminas (desenhos) e cada uma destas formas pode ter 4 tipos de administração, nomeadamente a A, B, C e D (Benton, 1945).

O teste realiza-se da seguinte forma, na administração A, são apresentadas as lâminas ao paciente, uma de cada vez, por apenas 10 segundos e é pedido em seguida que este desenha numa folha em branco, do tamanho idêntico ao da lâmina o que lhe foi mostrado. A cotação do teste é feita de forma qualitativa pela valorização dos erros que se subdivide em 6 categorias, são estas **Omissão, Distorção, Perseveração, Rotação, Deslocamento e Dimensão** e de forma quantitativa pelo número de desenhos que são realizados corretamente pelo paciente (Benton, 1945).

MoCA- Montreal Cognitive Assessment

O teste Montreal Cognitive Assessment (MoCA) trata-se de uma avaliação breve para rastreio cognitivo, inicialmente elaborado para rastrear o Défice Cognitivo Ligeiro (DCL), sendo que foi no decorrer de cinco anos melhorada a sua organização (Freitas et al., 2010).

O objetivo deste instrumento é a distinção de forma mais prática, em adultos com DCL e adultos que apresentam um envelhecimento cognitivo normativo, no entanto também é bastante eficaz na distinção de um DCL e da Demência de Doença de Alzheimer moderada (Freitas et al., 2010).

O instrumento é de apenas uma página que pretende avaliar oito domínios cognitivos, sendo que estão implícitas 5 das 6 tarefas geralmente utilizadas em rastreios para a demência. A execução do MoCA demora normalmente 10 minutos e tem uma classificação máxima de 30 (Freitas et al., 2010).

Neste teste é possível avaliar a memória, domínios que pretendem avaliar as funções executivas, a atenção, concentração, desempenho visuoespacial e memória de trabalho, sendo estas áreas afetadas em sujeitos que apresentam DCL (Freitas et al., 2010).

INECO Frontal Screening (IFS)

O INECO Frontal Screening (IFS) teve origem no Instituto de Neurologia Cognitiva em Buenos Aires por Torralva et al. (2009) citado por Nunes (2012).

Trata-se de uma avaliação neuropsicológica prática e específica para compreender défices executivos em patologias neurodegenerativas, ou seja, avalia o desempenho do lobo pré-frontal, sendo esta responsável pelas funções executivas, memória de trabalho, interação social e tomada de decisão (Nunes, 2012).

O IFS é composto por oito subtestes, nomeadamente Programação motora, Instruções conflituosas (Sensibilidade à interferência), Go-No Go (Controlo inibitório), Dígitos em Sentido Inverso, Memória de Trabalho Verbal, Memória de Trabalho Espacial, Interpretação de provérbios (capacidade de abstração) e por fim Controlo inibitório verbal (Nunes, 2012).

Escala de Depressão de Ansiedade de Hamilton

A Escala de Depressão de Hamilton foi criada nos finais da década de 50 e é das escalas mais usadas a nível mundial e vista como uma escala precisa na análise da gravidade da depressão sendo que muitas vezes é utilizada em termos de comparação com outras escalas para verificar a viabilidade das mesmas (Neto et al., 2001).

Esta escala foi elaborada por Hamilton e White em 1959, após vários estudos acerca de pessoas em contexto hospitalar que tinham sintomas depressivos (Neto et al., 2001).

A Escala de depressão de Hamilton inicialmente era composta por 21 itens, contudo depois o mesmo reduziu o número de itens para 17. Cada item tem uma pontuação que pode ir de zero a quatro, consoante o tipo de questão. No final, contabilizada a pontuação, esta pode ir de 0 a 25 pontos, sendo que este valor máximo corresponde a pacientes que se encontram extremamente deprimidos, indivíduos que tenham obtido entre 18 a 24 pontos encontram-se num grau moderado e entre 7 a 17 num grau que indica uma depressão mais atenuada (Neto et al., 2001).

A Escala de ansiedade de Hamilton é composta por 14 itens que se dividem em dois grupos nomeadamente um grupo de 7 itens relacionados com sintomas de humor ansioso (ansiedade psíquica) e outros sete que dizem respeito a sintomatologia física derivada da ansiedade, ou seja, ansiedade somática. As questões têm uma pontuação de 0 a 4, sendo que 0 corresponde a ausente, 1 brando, 2 moderado, 3 severo e 4 grave, o que possibilita uma pontuação máxima de 56 pontos (Souza et al., 2008).

5.2 – Apresentação dos Casos Clínicos

Caso Clínico – L

Identificação pessoal:

O utente “L”, é do sexo masculino, tem 88 anos e é de nacionalidade portuguesa.

Tirou o seu curso na escola industrial. O seu pai trabalhava na agricultura e a sua mãe era doméstica. O utente tem dois irmãos e está viúvo há cerca de três anos, tem dois filhos e três netas.

Apresentação do problema:

O utente mostra alterações significativas da memória e atenção e baixo desempenho em funções executivas, pelo que, anteriormente teve um diagnóstico de Demência Fronto-temporal.

Anamnese e história familiar

O utente nunca mencionou possíveis problemas de saúde associados à hereditariedade.

Relativamente a fatores psicológicos, o utente mostra-se sempre uma pessoa afetuosa, calma e por vezes emotiva, principalmente porque se recorda do falecimento da sua esposa, que foi algo marcante na sua vida.

No que toca às suas primeiras relações significativas, o utente fala inúmeras vezes do seu padrinho, com quem passava imensa parte do seu tempo, referindo que “ele não tinha filhos e roubava-me à minha mãe” (sic), mostrando ser umas das relações mais importantes que mantinha e que este seu padrinho o ensinava imensas quadras, que ainda hoje cita.

Refere também os seus pais e o facto de que, quando iniciou os seus estudos, custava-lhe muito despedir-se da sua mãe.

No que diz respeito a fatores sociais, o utente nunca revelou problemas de adaptação no período escolar e no seu emprego, referindo ter sempre um grande vínculo afetivo com a sua família e boas relações com colegas de trabalho e amigos.

Dados da observação

Em relação ao seu aspeto físico, mostra uma aparência geral adequada e cuidada. Contudo, aparenta ter pouco peso.

É bastante expressivo, tem uma postura descontraída e uma atitude calma, mostrando-se por vezes emotivo.

No que consta às suas funções psíquicas, o seu estado de consciência é vígil e uma postura calma e colaborativa.

O utente mostra estar desorientado no tempo e no espaço, confundindo datas e demonstrando, por vezes, não ter a noção de onde está.

Ao longo das sessões costuma ser interativo, o seu humor é de uma forma geral eutímico, emotivo e alegre, não revelando alterações perceptivas, isto é, ausência de alucinações, sendo que também não apresenta delírios.

Apresenta ter alterações cognitivas, como falhas mnésicas, alterações na memória de trabalho e atenção. No entanto, o utente não mostra alteração da linguagem, porém pode apresentar alteração da coerência do discurso devido às suas falhas mnésicas e ocasionais alterações da compreensão, devidas a hipoacusia. O utente demonstra baixa velocidade de processamento.

Tendo em conta o caso clínico do utente, foram aplicados a Escala de Depressão e Ansiedade de Hamilton para compreender se há alterações de humor ou sintomatologia ansiosa associada à sua doença atual ou ao facto de estar institucionalizado.

Foram também realizados a Tol-Dx – Torre de Londres, com a finalidade de perceber se há alterações significativas na planificação e adaptação a novas situações; o INECO Frontal Screening, para avaliar alterações nas funções executivas; o MoCA – Montreal Cognitive Assessment, com o objetivo de compreender se há alterações cognitivas significativas; o MIS – Memory Impairment Screen, para compreender se há alterações na memória verbal e por último, o Teste de Retenção Visual de Benton (TRVB), com a finalidade de compreender possíveis alterações ao nível da memória visual e atenção, bem como das competências visuoperceptivas.

Relatório de Avaliação Neuropsicológica (Primeiras avaliações)

- **Escala de Hamilton para a depressão e escala de avaliação da ansiedade de Hamilton**

Data: 23/12/2020

O utente mostrou-se colaborativo e revelou compreender as questões que eram feitas no decorrer da avaliação.

Na escala de depressão de Hamilton, obteve 8 pontos, o que indica um grau moderado de sintomatologia depressiva.

Na escala de ansiedade de Hamilton, o utente obteve um total de 9 pontos, o que também se enquadra num grau moderado de sintomatologia ansiosa.

Tendo em conta os resultados de ambos os testes, o utente apresenta resultados moderados de ansiedade e depressão, podendo estar associado ao facto de estar institucionalizado. Esta sintomatologia não parece ser explicativa nem influir no desempenho cognitivo do avaliado.

- **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**

Data: 22/12/2020

O utente apresenta um teste com uma pontuação abaixo do ponto de corte (≥ 26 pontos), sendo que obteve um total de 18 pontos, o que revela a existência de alterações cognitivas significativas no desempenho do teste.

O utente mostra maior dificuldade nos itens que correspondem à memória, à atenção e fluência verbal, nomeadamente, na atenção focada no exercício de bater com a palma da mão sempre que ouve a letra “A” e na lista de evocação de palavras, não havendo benefício da utilização de pista semântica ou escolha múltipla.

- **INECO Frontal Screening (IFS)**

Data: 23/12/2020

O avaliado obteve uma pontuação total de 11, sendo o máximo 30 pontos, pelo que, está abaixo do ponto de corte (≥ 25 pontos), desta forma é notável um défice severo nas funções executivas. Salientam-se dificuldades em atenção, controlo inibitório e abstração.

No que toca ao índice de memória de trabalho, obteve um total de 5 pontos, revelando um desempenho deficitário.

- **TOL-DX – Teste da Torre de Londres – Drexel (Culbertson & Zilmer, 2000)**

Data: 15/01/2021

Nesta prova, o avaliado obteve os seguintes resultados:

Nº de itens corretos: 4

Nº de movimentos em excesso: 83

Tempo de resolução: 1020 segundos

De acordo com Casanova, Úbeda et al. (2009), o avaliado obtém uma pontuação escalar de 12 com um percentil de 72-81. Tendo em conta a sua idade, este é um resultado positivo, apesar de o utente ter excedido o número total de movimentos na prova e ter cometido vários erros de tipo I e II.

Portanto, apesar de mostrar um bom desempenho no teste, é importante ter em conta que o avaliado teve dificuldades na execução do mesmo.

Podemos concluir que, apesar de o número de itens corretos obtidos e de uma pontuação escalar de 12, o utente pode revelar algumas dificuldades na resolução de problemas, adaptação

a novos desafios e flexibilidade mental, devido ao facto de um tempo de resolução alargado, bem como da necessidade de o avaliado fazer movimentos em excesso para executar a prova.

- **MIS – Memory Impairment Screen – Versão A (Buschke, 1999)**

Data: 23/02/2021

Nesta prova o utente faz uma leitura correta das palavras apresentadas, sendo que consegue identificá-las. Porém, após um intervalo de 2-3 minutos, apenas consegue recordar-se de 2 palavras por evocação livre e as restantes por recordação seletivamente facilitada. O avaliado obtém um total de 6 pontos, estando num ponto de corte de controlo, o que revela um bom desempenho na prova.

- **TRVB – Teste de Retenção Visual de Benton**

Data: 28/12/2020

O utente aparentou ter muitas dificuldades na memorização dos estímulos, conseguindo apenas uma reprodução correta num máximo de 10.

Estes resultados indicam uma falha severa da memória visual e dificuldades na formação de novas memórias. Podem estar presentes também algumas dificuldades visuoconstrutivas, facto que carece de avaliação mais detalhada.

Conclusão:

Tendo em conta os resultados das avaliações, é observável uma alteração da velocidade de processamento, dificuldades moderadas na flexibilidade mental, índice de memória de trabalho deficitário (funções executivas) e resultados moderados de depressão e ansiedade que podem estar ligados ao facto de estar institucionalizado.

O utente apresenta défices mnésicos no que toca ao acesso automático à informação, problemas na tomada de decisão e controlo de inibição, alterações significativas da atenção, concentração.

Diagnóstico:

Os resultados obtidos revelam uma alteração neuro-cognitiva major devido a etiologias múltiplas.

Uma perturbação neuro-cognitivo major devido a etiologias múltiplas ocorre quando é possível observar, através de exames complementares ou de testes, a existência de outras etiologias associadas ao transtorno neuro-cognitivo (APA, 2014).

Deste modo, uma perturbação neuro-cognitivo major devido a etiologias múltiplas acaba por ser mais complexo ao nível dos défices cognitivos que apresenta pelo facto de estes já não dizerem respeito a apenas um transtorno mental (APA, 2014).

Intervenção terapêutica:

Foram realizadas sessões de reabilitação neuropsicológica como, exercícios de estimulação cognitiva, duas vezes por semana e atividades no âmbito da Terapia de Reminiscência.

Relatório de Avaliação Neuropsicológica (Segundas avaliações)

- **Escala de Hamilton para a depressão e escala de avaliação da ansiedade de Hamilton**

Data: 24/06/2021

O utente mostrou colaboração, revelando compreender as questões no decorrer da avaliação.

Obteve na escala de depressão de Hamilton um total de 4 pontos, indicativo de um grau reduzido de sintomatologia depressiva.

Na escala de ansiedade de Hamilton, obteve um total de 9 pontos, que se enquadra num grau moderado de sintomatologia ansiosa.

Consoante os resultados destas duas escalas, há uma ligeira diminuição de sintomatologia depressiva, que pode estar associada às sessões de reabilitação neuropsicológica, surtindo efeito nas suas potencialidades. Contudo, a sua sintomatologia ansiosa manteve-se o que pode estar associada ao facto de estar institucionalizado.

Esta sintomatologia não parece ser explicativa, nem influir no desempenho cognitivo do utente.

- **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**

Data: 21/06/2021

O avaliado apresenta um teste com uma pontuação abaixo do ponto de corte (≥ 26 pontos), obtendo uma pontuação total de 20 pontos, o que indica alterações cognitivas significativas no desempenho do teste.

O utente revelou maior dificuldade em alguns itens que dizem respeito à atenção e linguagem, nomeadamente no exercício de atenção focada em que o avaliado deve bater com a palma da mão sempre que ouve a letra “A”.

- **INECO Frontal Screening (IFS)**

Data: 28/06/2021

O utente neste teste obteve uma pontuação total de 17 pontos, sendo o máximo 30 pontos, pelo que, se encontra abaixo do ponto de corte (≥ 25 pontos), com isto é notável um défice severo nas funções executivas, para além de ser evidente dificuldades na atenção e abstração.

No que diz respeito ao índice de memória de trabalho, obteve um total de 7 pontos, revelando um desempenho deficitário.

- **TOL-DX – Teste da Torre de Londres – Drexel (Culbertson & Zilmer, 2000)**

Data: 25/06/2021

Nesta prova, foram obtidos os seguintes resultados:

Nº de itens corretos: 5

Nº de movimentos em excesso: 86

Tempo de resolução: 19 minutos

De acordo com Casanova, Úbeda et al. (2009), o utente obteve uma pontuação escalar de 12 o que corresponde a um percentil de 72-81. Tendo em conta a sua idade é considerado um resultado dentro do normal.

O avaliado mostrou, porém, dificuldades na execução do teste, o que indica dificuldades na resolução de problemas, adaptação a novos desafios e flexibilidade mental.

- **MIS – Memory Impairment Screen – Versão A (Bushke, 1999)**

Data: 24/06/2021

Neste teste o utente consegue ler corretamente as palavras apresentadas, conseguindo também identificar a categoria de cada uma. Após o intervalo de 2-3 minutos, consegue recordar-se de duas palavras por recordação livre e as restantes por recordação seletivamente facilitada.

O avaliado obteve um total de 6 pontos, que se insere num ponto de corte de controlo, o que revela um bom desempenho na prova.

- **TRVB – Teste de Retenção Visual de Benton**

Data: 24/06/2021

O avaliado nesta prova revelou muitas dificuldades na memorização dos estímulos, obtendo apenas uma reprodução correta num total de 10 figuras e 9 erros de reprodução.

Estes resultados evidenciam uma falha severa de memória visual e dificuldades na formação de novas memórias, sendo também considerável dificuldades visuoestrutivas.

Conclusão:

De acordo com os resultados da segunda avaliação, estes não revelam alterações significativas comparativamente aos resultados dos primeiros testes. Contudo, não se verifica um agravamento do estado do doente.

Estes resultados indicam dificuldades moderadas na flexibilidade mental, uma alteração da velocidade de processamento e da sua memória de trabalho. O avaliado apresenta ainda, défices mnésicos, dificuldades no controlo de inibição, tomada de decisão, concentração e atenção.

No entanto, verificou-se que a sua sintomatologia depressiva se encontra num grau reduzido, segundo a Escala de Hamilton, pelo que a sua sintomatologia ansiosa mantém-se moderada.

Conceptualização do caso:

Segundo Goldstein (1939) citado por Hipólito (2011), todo o individuo tem a capacidade para se atualizar rumo ao seu próprio desenvolvimento, isto é, a tendência atualizante. No caso clínico “L”, ainda que este se encontre num quadro demencial e seja visível as suas limitações cognitivas, nomeadamente ao nível da memória e funções executivas, é perceptível que o utente mostra empenho e determinação em exercícios que lhe são propostos no âmbito da reabilitação cognitiva, para além disto gosta sempre de participar em outras atividades de animação sociocultural que são realizadas na instituição.

Apesar deste utente se encontrar com um quadro demencial severo e de, por vezes mostrar alguma ansiedade, consegue manter contato visual, participa em diversas atividades e mostra-se sempre colaborativo, como se fosse uma forma de contornar a sua situação atual.

Ao longo da vida, o individuo está exposto a traumas, sendo que estes podem afetar de forma negativa nas capacidades da pessoa e no seu desenvolvimento (Hipólito, 2011).

No caso de “L”, como este apresenta um défice de memória significativo, aparentemente não consegue recordar-se de diversos eventos da sua vida, eventos que possam ter sido traumáticos ou até mesmo positivos, no entanto, o utente mostra diariamente o quanto foi doloroso para si o falecimento da sua esposa, como algo marcante na sua vida e que lhe causa muita ansiedade, referindo várias vezes “eu estou nervoso, a minha mulher já foi para o céu, deixou-me aqui sozinho” (sic). Devido à sua patologia atual, o utente não está orientado no tempo, não tem noção de há quanto tempo a sua mulher faleceu ou mesmo como faleceu, porém, foi algo que teve um grande impacto na sua vida e que refere por várias vezes no seu dia a dia.

De acordo com Hipólito (2011), todo o indivíduo tem um *self* real ou organísmico e um *self* desejado. O *self* real diz respeito à forma como o sujeito se vê a ele mesmo e o *self* desejado que se relaciona com o que o indivíduo ambiciona ser ou como seria aceite pelo meio em que se insere. Quando a percepção destes dois *Self's* se encontram demasiado em desequilíbrio, ocorre a dissociação, que surge de diversas formas, como uma baixa autoestima e problemas emocionais (Hipólito, 2011).

Geralmente, esta dissociação do *Self* pode ocorrer devido às condições de valor que são impostas pelos outros, tudo o que o outro percebe e impõe ao indivíduo (Hipólito, 2011).

Relativamente ao utente, tendo em conta a sua doença atual, o seu *self* real poderá encontrar-se em conflito com o *self* desejado, uma vez que devido à demência, a ideia que tem de si mesmo (o seu *self* real), bem como todos os eventos que tiveram impacto ao nível das suas potencialidades, poderão estar distorcidos devido ao comprometimento da sua cognição. Posto isto, o seu *self* desejado, poderá estar igualmente aquém do que o utente experiencia neste momento e da percepção da sua realidade atual.

O seu *self* real, pode assumir-se como memórias longínquas que tem de si próprio e de como era a sua vida ou de que está institucionalizado e sente ansiedade devido ao falecimento da sua esposa e por em alguns momentos se aperceber das suas dificuldades cognitivas.

Segundo Hipólito (2011), em seguimento das condições de valor impostas pelo meio, o indivíduo pode ter um *locus* de controlo interno, em que o sujeito se sente responsável pelas suas decisões e pela forma como se sente ou um *locus* de controlo externo, em que o indivíduo não se responsabiliza pelas suas ações e geralmente coloca nos outros a responsabilidade do que ocorre na sua vida.

Relativamente ao utente “L”, apesar do seu comprometimento cognitivo, apresenta um *locus* de controlo interno, responsabilizando-se a si mesmo e não ao outro pelo que ocorre na sua vida, tomando decisões por si próprio. Evidentemente que devido à sua doença atual, não

consegue ser autónomo em todas as suas ações, no entanto, o utente revela uma postura geralmente pacífica em relação aos outros que o rodeiam e há sua vida atual, apesar de ser difícil para si o falecimento da sua esposa, procura no fundo adaptar-se à sua realidade, aceitando-a.

Reflexão final:

Em relação ao caso clínico “L”, os seus acompanhamentos iniciaram-se em novembro, logo de seguida as avaliações neuropsicológicas, para iniciar as sessões de reabilitação neuropsicológica. O objetivo foi proceder a uma avaliação antes das sessões de reabilitação neuropsicológica e, após as mesmas, perceber se houberam melhorias significativas no que toca ao retardamento do seu quadro clínico.

No caso do utente, este tinha sido anteriormente diagnosticado com Demência Frontotemporal, no entanto, após a aplicação dos testes, o utente revela um transtorno neuro-cognitivo major devido a etiologias múltiplas, pois a origem dos défices cognitivos já não advém apenas de um único transtorno mental.

De acordo com ambos os momentos de avaliação neuropsicológica, o utente revela alterações significativas da cognição, como alteração da velocidade de processamento, dificuldades moderadas na flexibilidade mental, bem como défices mnésicos, índice de memória de trabalho deficitário e problemas ao nível da concentração e atenção.

Contudo, em ambas as avaliações o utente mostra uma sintomatologia ansiosa moderada, porém apesar de não serem valores muito significativos, no segundo momento de avaliação é visível que o seu quadro de sintomatologia depressiva é reduzido.

Esta sintomatologia pode estar associada ao facto de o utente se encontrar institucionalizado, sendo por vezes observável que esta sintomatologia interfere no desempenho cognitivo em tarefas de reabilitação neuropsicológica.

O utente, no que diz respeito ao segundo momento de avaliação, não revelou resultados muito diferentes dos obtidos no primeiro momento, contudo é possível que as sessões possam ter contribuído para o retardamento do seu comprometimento cognitivo, preservando as suas capacidades e sobretudo, contribuindo para o seu bem-estar.

No que se refere a este caso, tendo em conta o seu quadro demencial, é sobretudo complexo manter uma relação terapêutica, pelo que através da estimulação cognitiva e da Terapia de Reminiscência, foi possível atender às suas dificuldades numa perspetiva de auxiliar o utente a preservar as suas potencialidades, mantendo uma relação de ajuda desta forma.

Foram concretizadas 67 sessões de reabilitação neuropsicológica, (pelo que as primeiras e últimas sessões foram avaliações) eram realizadas duas sessões de estimulação cognitiva semanalmente e uma sessão de Terapia de Reminiscência. No que diz respeito à estimulação cognitiva, cada sessão tinha um objetivo específico a trabalhar – memória, atenção, praxias, gnosias, linguagem e funções executivas – através de exercícios de escrita.

Relativamente à Terapia de Reminiscência, foram realizadas diversas sessões, algumas em que era proposto ao utente escrever acerca de momentos da sua vida (Atividade “O Livro da minha vida”), em que, do ponto de vista terapêutico, teve resultados positivos no humor do utente e em despertar por vezes memórias da sua vida, algumas já esquecidas e como era importante para si quando tal ocorria, revelando ao longo do tempo algumas melhorias ao nível do seu bem-estar.

Ainda no âmbito da Reminiscência, a atividade com aromas, foi realizada várias vezes, contudo não foram obtidos resultados muito significativos, talvez devido ao quadro demencial avançado do utente. Apesar de que, quando eram apresentados os diversos aromas, conseguiu identificar alguns e obter algumas memórias através dos diferentes cheiros. Esta prática não despertou no utente alterações significativas no seu humor ou no acesso a memórias da sua vida.

Caso Clínico – A

Identificação pessoal:

A utente “A”, do sexo feminino, tem 78 anos, é de nacionalidade portuguesa e tirou o seu curso no magistério primário, pelo que foi professora do ensino básico.

A sua mãe era doméstica e o seu pai comerciante, teve dois irmãos, um destes já faleceu.

É viúva, tem dois filhos e uma filha, dois netos e três netas.

Apresentação do problema:

A paciente demonstra estados depressivos devido ao falecimento do marido em dezembro de 2020.

Anamnese e história familiar

Relativamente a fatores desenvolvimentais a utente revela não ter havido problemas a nível da gestação, momento do parto ou a nível do seu desenvolvimento no geral. A nível de fatores biológicos, a utente refere que na sua família a única doença mais frequente e que é hereditária é a demência.

No que toca a fatores psicológicos, A., ao falar na sua história de vida e no decorrer de algumas sessões de intervenção psicológica, refere ter sido sempre feliz e otimista, sempre soube ver o lado bom de todas as coisas.

Revelou várias relações significativas na sua vida, como a relação que tinha com o seu padrinho que referiu ter sido o seu “primeiro desgosto” quando faleceu, passava muito tempo com ele admirando-o muito. Identificava-se com a sua forma de ser e de ver a vida.

Referiu ter ainda, uma boa relação com os seus pais, de quem gostava muito, e com quem mantinha uma união muito forte.

Também refere duas amigas que estiveram presentes na sua vida, das quais, uma no liceu e a outra sua vizinha, com quem passava muito tempo na sua casa, citando a utente que “era como família”. Estas duas amizades foram muito importantes, sendo que eram muito chegadas e fizeram parte, tanto da sua infância e adolescência, como também, da sua vida adulta.

Com o seu marido, manteve um relacionamento de amor e amizade. No presente, os dois encontravam-se institucionalizados no lar pelo facto de o seu marido se encontrar com demência.

Uma vez que o marido desta utente faleceu enquanto esta se encontrava internada em recuperação de uma fratura na perna e posteriormente em isolamento profilático devido ao Covid-19, a mesma sente-se culpada pelo facto de, durante este período de ausência, o marido ter piorado, acabando por falecer enquanto esta ainda se encontrava em isolamento. Desta forma, presentemente, a utente cita diversas vezes que “ele piorou porque sentiu que eu não estava ali e não sabia o que me tinha acontecido”.

Após o seu falecimento, sente que a sua vida parou, sentindo um enorme vazio. Emociona-se facilmente ao falar da perda mas, ao mesmo tempo, sente alegria ao recordar os momentos passados, fazendo-lhe bem no sentido de lidar melhor com o sucedido.

Em relação a fatores sociais, a utente não revela problemas de adaptação no período escolar, nem no seu emprego. Refere sempre uma boa relação no trabalho, pelo seu rigor no ensinar, criando assim laços de amizades com diversas pessoas.

Dados de observação

No que toca ao seu aspeto físico a utente mostra uma aparência geral cuidada, devido a ter partido a perna esteve alguns meses sem conseguir andar. A sua expressão tende a ser triste, dada a situação do falecimento do marido. Apresenta ocasional choro fácil e uma atitude

depressiva, mantendo, apesar disso, uma postura adequada. Em relação ao seu afeto e humor, a utente mostra-se emocionada e com humor depressivo.

Em relação às suas funções psíquicas, mostra-se lúcida e vígil. Está orientada no tempo, espaço e pessoa. O seu discurso é coerente e fluente e o seu processo de pensamento é normal para a idade. A sua atenção, memória, linguagem e psicomotricidade estão preservadas estando, no entanto, a sua mobilidade afetada, devido a ter partido uma perna.

Foram aplicados a Escala de depressão e ansiedade de Hamilton, com a finalidade de compreender as suas alterações de humor e os seus estados depressivos, o teste Tol-Dx – Torre de Londres para compreender se há alterações na planificação e adaptação a novos desafios; o MoCA – Montreal Cognitive Assessment, para compreender se há existência de alterações cognitivas significativas; o INECO Frontal Screening para avaliar alterações nas funções executivas; o teste MIS – Memory Impairment Screen para compreender se há alterações na memória verbal e o TRVB – Teste de Retenção Visual de Benton para avaliar alterações ao nível da memória visual, atenção e competências visuoperceptivas.

Relatório de Avaliação neuropsicológica (Primeiras avaliações)

- **Escala de Hamilton para a depressão e escala de avaliação da ansiedade de Hamilton**

Data: 27/1/2021

A utente mostrou-se colaborativa no decorrer da avaliação e compreendeu todas as questões, sendo que o total obtido na escala de depressão foi de 9 pontos, equivalente a um grau moderado de sintomatologia depressiva.

Na escala de ansiedade de Hamilton, a avaliada obteve um total de 13 pontos, o que também se insere num grau moderado de sintomatologia ansiosa.

Estes valores podem estar associados ao facto de estar institucionalizada e ao falecimento recente do marido, não influenciando no seu desempenho cognitivo.

- **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**

Data: 16/2/2021

A utente apresenta um teste com uma pontuação acima do ponto de corte (≥ 26 pontos), sendo que o resultado obtido foi de um total de 27 pontos, o que exclui a existência de alterações cognitivas significativas.

Os itens em que a utente mostrou maior dificuldade de execução foram, no item de atenção nas contas de subtração e no exercício de linguagem com repetição de frases, mostrando um bom desempenho global na prova.

- **INECO Frontal Screening (IFS)**

Data: 4/3/2021

A avaliada obteve uma pontuação com um total de 21 pontos num máximo de 30 pontos, sendo este valor abaixo do ponto de corte correspondente a 25 pontos, o que poderá ser um indicador de dificuldades a nível do seu desempenho na resolução de problemas, inibição e interpretação.

O seu índice de memória de trabalho foi de um total de 4 pontos, revelando um desempenho deficitário.

No entanto, estes resultados, não demonstram alterações significativas, sendo valores normais para a sua idade.

- **TOL-DX – Teste da Torre de Londres – Drexel (Culbertson & Zilmer, 2000)**

Data: 12/3/2021

Nesta prova, a avaliada obteve os seguintes resultados:

Nº de itens corretos: 4

Nº de movimentos em excesso: 100

Tempo de resolução: 1083 segundos

Segundo Casanova, Úbela et al. (2009), tendo em conta a idade da avaliada, esta obtém uma pontuação escalar de 11, num percentil de 60-71, demonstrando ser um resultado positivo.

No entanto, a avaliada mostra dificuldades ao longo da prova, sendo que se verifica um total de movimentos em excesso acrescido, um tempo de resolução total alargado, como pelo facto de a utente ter cometido vários erros de tipo I e II.

Podemos concluir que, apesar da pontuação escalar se demonstrar um bom resultado, a utente teve que cometer vários erros e movimentos em excesso para executar a prova. Deste modo, pode considerar-se algumas dificuldades na resolução de problemas e adaptação a novos desafios.

- **MIS – Memory Impairment Screen – Versão A (Buschke, 1999)**

Data: 4/3/2021

A avaliada no decorrer da prova fez uma leitura correta das palavras apresentadas, conseguindo identificar as mesmas.

Após um intervalo de 2-3 minutos, conseguiu recordar-se de todas as palavras, sem ser necessário a recordação seletivamente facilitada.

No final obteve um total de 8 pontos, que corresponde a um valor máximo, revelando um bom desempenho na prova.

- **TRVB – Teste de Retenção Visual de Benton**

Data: 4/3/2021

A utente não revelou ter muitas dificuldades ao longo da prova, obtendo um total de 5 reproduções corretas dos estímulos apresentados e um total de 3 erros de reprodução, sendo que, o máximo de reproduções corresponde a 10.

Os resultados obtidos não revelam alterações significativas de memória visual e de dificuldades na formação de novas memórias.

Conclusão:

A utente revela ter um quadro de sintomatologia depressiva e ansiosa moderado, podendo estar associado ao falecimento do marido e ao facto de estar institucionalizada. Não mostra alterações cognitivas significativas.

Os testes em que foram notáveis mais dificuldades foram o Tol-Dx – Torre de Londres e INECO Frontal Screening. No entanto, mesmo nestes testes, a utente não mostra dificuldades significativas na resolução de problemas, adaptação a novos desafios, flexibilidade mental e inibição.

Diagnóstico:

Os resultados obtidos nos testes não evidenciam alterações significativas da cognição, uma vez que, tendo em conta a sua idade, são resultados normais.

O teste em que revela um menor desempenho foi no INECO Frontal Screening, pelo que revela algumas dificuldades a nível do desempenho de funções executivas, ainda que não tenha revelado alterações significativas.

O resultado obtido na Escala de depressão e ansiedade de Hamilton, evidenciam uma sintomatologia ansiosa e depressiva moderada, que poderá estar associada à sua institucionalização e ao falecimento do seu marido, não mostrando influir no seu desempenho cognitivo.

Intervenção terapêutica:

Devido à sua situação, e por revelar sintomatologia depressiva e ansiosa moderada, associada ao falecimento do marido, foram realizadas sessões de intervenção psicológica uma vez por semana, dado que esta sintomatologia não parece influir no seu desempenho cognitivo.

Relatório de avaliação neuropsicológica (segundas avaliações)

- **Escala de Hamilton para a depressão e escala de avaliação da ansiedade de Hamilton**

Data: 29/06/2021

A avaliada compreendeu todas as questões ao longo da avaliação, mostrando-se colaborativa, pelo que na escala de depressão de Hamilton obteve um total de 7 pontos, que se insere num grau reduzido de sintomatologia depressiva.

No que diz respeito à escala de ansiedade de Hamilton, a utente obteve um total de 8 pontos, equivalente a um grau moderado de sintomatologia ansiosa.

Estes valores não parecem influir no seu desempenho cognitivo e podem estar associados ao recente falecimento do seu marido e também a toda a situação pandémica, por se sentir mais isolada.

- **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**

Data: 22/06/2021

A avaliada teve uma pontuação total de 29, encontrando-se acima do ponto de corte (\geq 26 pontos), o que indica ausência de alterações cognitivas significativas.

A utente mostra apenas dificuldades nos exercícios de cálculo, revelando um bom desempenho global na prova.

- **INECO Frontal Screening (IFS)**

Data: 30/06/2021

A utente obteve uma pontuação com um total de 20 pontos num máximo de 30, sendo que este valor se encontra abaixo do ponto de corte (\geq 25 pontos), o que poderá indicar dificuldades a nível do seu desempenho na resolução de problemas, inibição e interpretação.

O seu índice de memória de trabalho foi de 3 pontos, indicando um desempenho deficitário.

Contudo, os resultados obtidos, não revelam alterações significativas, uma vez que para a sua idade são valores normais.

- **TOL-DX – Teste da Torre de Londres – Drexel (Culbertson & Zilmer, 2000)**

Data: 28/06/2021

Nesta prova, a avaliada obteve os seguintes resultados:

Nº de itens corretos: 8

Nº de movimentos em excesso: 25

Tempo de resolução: 8 minutos

De acordo com Casanova, Úbela et al. (2009), a utente obteve uma pontuação escalar de 18, que se insere num percentil de 99, demonstrando ser um resultado bastante positivo.

Tendo em conta a sua idade, a avaliada não revelou dificuldades significativas no decorrer da prova, pelo que o número de movimentos em excesso foi de apenas 25, o tempo de resolução foi normal e não cometeu qualquer tipo de erro.

Portanto, a utente revelou um excelente desempenho na prova, obtendo uma boa pontuação escalar, sendo que não cometeu erros ou movimentos em excesso para executar a prova.

Com isto, não são reveladas dificuldades na resolução de problemas e adaptação a novos desafios.

- **MIS – Memory Impairment Screen – Versão A (Buschke, 1999)**

Data: 22/06/2021

Nesta prova, a utente fez uma leitura correta de todas as palavras apresentadas, conseguindo identificá-las.

Após o intervalo de 2-3 minutos, conseguiu recordar-se de todas as palavras, sem ser necessário a recordação seletivamente facilitada.

Desta forma, a avaliada obteve um total de 8 pontos, correspondente a um valor máximo, revelando um bom desempenho global na prova.

- **TRVB – Teste de Retenção Visual de Benton**

Data: 25/06/2021

A avaliada não aparentou ter dificuldades significativas no desempenho desta prova. Obteve um total de 6 reproduções corretas dos estímulos apresentados e um total de 2 erros de reprodução, pelo que, o máximo de reproduções corresponde a 10.

Tendo em conta os resultados obtidos, não são consideradas alterações significativas ao nível da memória visual e de dificuldades na formação de novas memórias.

Conclusão:

Tendo em conta os resultados das primeiras avaliações, foram verificadas apenas algumas diferenças significativas.

A avaliada revela um quadro de sintomatologia depressiva reduzida, no que se refere aos segundos resultados da Escala de depressão de Hamilton. Porém, mantém um quadro de sintomatologia ansiosa moderada, como se conclui na primeira avaliação, o que poderá estar ligado ao falecimento do marido e ao facto de estar institucionalizada, com a agravante do contexto pandémico.

A utente não mostra alterações cognitivas significativas em ambos os momentos de avaliação, revelando melhorias no desempenho do teste Tol-DX – Torre de Londres, em que num segundo momento de avaliação, não cometeu erros e cumpriu com o tempo estipulado por item, conseguindo resolver todas as questões com um número de movimentos em excesso mínimo, pelo que não são consideradas dificuldades ao nível da resolução de problemas e adaptação a novos desafios.

Conceptualização do caso:

Tendo em conta a Teoria Psicoafetiva de Hipólito (2011), que defende que o ser humano possui de uma Tendência Formativa, sendo esta comum à Terapia Centrada no Cliente, que se baseia na capacidade de o indivíduo se desenvolver ao longo do seu processo de vida, considerado por Rogers como tendência atualizante (Rogers, citado por Hipólito, 2011).

No caso desta utente é possível observar que, apesar do que sucedeu com o marido (falecimento) ter sido algo que a afetou muito a nível emocional, referindo “foi como se a minha vida tivesse acabado agora” (sic), há uma tendência para tentar, pelo menos, aceitar o sucedido e elevar a sua potencialidade. Para a utente, recordar-se do passado, de todos os momentos felizes que teve com o marido e com os seus filhos, é uma forma de se recompor e recordar o amor que vivia, sendo para si gratificante tudo o que experienciou, trazendo-lhe alguma alegria para o presente recordar esses momentos e falar acerca deles.

Em todo o caso, o indivíduo precisa de criar as condições necessárias para esta tendência atualizante, pelo que sempre está exposto a traumas (Rogers, citado por Hipólito, 2011).

No caso de “A”, houveram vários momentos da sua vida - perda da sua mãe e do seu padrinho - que descreve como momentos difíceis de ultrapassar para si, vivenciando-os como possíveis obstáculos ao seu desenvolvimento, isto é, possíveis traumas sentidos pela utente. Contudo, explica que são perdas diferentes. Perder o seu marido foi para si como se a sua vida tivesse terminado e tudo deixou de fazer sentido, revelando ter sido um trauma mais recente na sua história.

Segundo Hipólito (2011), o indivíduo constrói o seu *Self*, que o distingue da realidade externa, bem como o *locus* de controlo interno ou externo que surge em função do desenvolvimento do *Self*.

Relativamente à paciente, esta revela uma dissociação do *Self*, pois o seu *Self* real está longe do *Self* desejado, uma vez que para si o ideal seria ter estado ao lado do seu marido e

culpa-se porque teve o acidente em que fraturou a perna e teve que ficar internada, impossibilitada de ver o marido e dias depois este veio a falecer. Culpa-se muito por não ter estado ao lado dele e por este poder ter sentido a sua falta, piorando o seu estado.

No entanto, revela um *locus* de controlo interno pelo facto de que deposita a responsabilidade do sucedido em si própria, não procurando fatores externos que o justifiquem indicando que a situação podia ter ocorrido de uma forma diferente se não fosse o seu acidente.

Reflexão final:

No caso clínico de “A”, os acompanhamentos de intervenção psicológica tiveram início em dezembro, algumas semanas após o falecimento do seu marido. Foram realizadas as avaliações neuropsicológicas nas primeiras sessões, com o objetivo de compreender se existiam alterações cognitivas significativas que pudessem ser relevantes para dar início aos acompanhamentos, de forma a responder da melhor forma às suas necessidades.

Uma vez que, não foram encontradas alterações relevantes da cognição neste caso, não foram realizadas sessões de reabilitação neuropsicológica com a utente e sim, acompanhamentos de intervenção psicológica, pelo que no total foram realizadas 26 sessões.

No caso da utente “A”, o objetivo das sessões foi melhorar a sua sintomatologia depressiva e ansiosa, uma vez que passou por um momento traumático com o falecimento do seu marido. Episódio este que, falava diversas vezes em sessão, quando de início era difícil lidar com a perda. A utente gostava de relatar eventos de vida do seu passado, com o marido e com os filhos, revelando ser algo que a ajudava a lidar com a sua perda.

Ao longo dos meses e das sessões, a utente revelou melhorias, que a própria verbalizava. Inicialmente foi difícil conviver com outros utentes, mantendo-se no seu quarto alguns meses após o falecimento do marido. Depois de algum tempo, conseguiu melhorar esta questão, apesar de referir várias vezes, que a sua vida nunca mais seria a mesma e de se emocionar.

Lidar com a perda de um/a companheiro/a é frequente no processo de envelhecimento, sendo algo doloroso e traumático em todo o momento. Ao longo das sessões, verificou-se que, este será sempre um evento marcante, que causa muito sofrimento à utente, contudo foi notável uma ligeira melhoria e aceitação do sucedido por parte da mesma.

Passar por toda esta situação, estando institucionalizada e num contexto de pandemia, em que as saídas do lar foram mais restritas, foi muito desafiante, sentindo-se por vezes muito só, impossibilitada de receber o apoio dos filhos, num momento tão complicado da sua vida.

5.3- Outros casos clínicos

	Caso clínico – S	Caso clínico – M
Identificação	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo feminino - Portuguesa -86 anos -Viúva - Tem dois filhos - Professora do ensino básico 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo feminino - Portuguesa - 75 anos - Viúva - Tem uma filha
Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> - Humor depressivo, refere por vezes que “a minha vida foi triste” (sic.) - O marido foi alguém muito importante na sua vida e com quem manteve uma boa relação. - Refere que um dos momentos difíceis para si foi o ter-se despedido dos seus pais e irmão quando estes 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta uma postura calma, ponderada e de ajudar os que a rodeiam. - Apresenta um diagnóstico de Doença de Alzheimer, pelo que apresenta anosognosia, não tem consciência da doença e a sua

foram para outro país, porém a utente manteve-se nos Açores para prosseguir os seus estudos. Sendo que mais tarde o seu irmão e pai acabaram por falecer.

- É difícil para si toda a situação pandémica atual pois os seus filhos vivem fora dos Açores, em sítios onde há maior risco de transmissão do Covid-19.

- A utente sofre de muitas dores, devido a vários problemas de saúde, facto que a deixa emocionalmente afetada, uma vez que estes impossibilitam a sua autonomia.

- Refere sempre ter tido bons relacionamentos, a nível do seu percurso escolar, bem como profissional.

postura na instituição é de ajudar os outros que estão doentes.

- As primeiras relações significativas foram os seus pais, irmã e marido.

- Refere por várias vezes que trabalhava muito no emprego que tinha com o marido e que espera regressar a casa brevemente.

- Por vezes, reforça o facto de que apesar de ter uma boa relação com a irmã, esta sempre teve um feitio mais difícil e poderá ter ficado institucionalizada porque a irmã assim o quis e não lhe pediu permissão.

- Devido à doença atual a utente não referencia a sua filha ou as suas netas.

- Demonstra sempre ter tido bons relacionamentos, quando se refere à sua vida profissional.

Dados de observação	<ul style="list-style-type: none"> - Aparência geral cuidada, dificuldade em movimentar-se devido a diversos problemas de saúde, como Doença de Parkinson. - A sua expressão fisionómica aparenta tristeza e cansaço, a sua atitude é depressiva e de desinteresse por si própria. - No que respeita às funções psíquicas, a utente encontra-se vígil, porém desorientada em tempo e pessoa e orientada no espaço. - Ausência de alucinações, o seu desempenho cognitivo global é normal, tendo em conta a sua idade, apesar de evidenciar alterações mnésicas e executivas. - A sua linguagem está preservada, contudo apresenta problemas na psicomotricidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aparência geral cuidada, apresentando uma postura assertiva e uma atitude calma, apesar de por vezes ter momentos em que se sente confusa e ansiosa por voltar a casa. - No que se refere às funções psíquicas, a utente encontra-se vígil, porém desorientado no espaço e tempo. - Por vezes apresenta alucinações e ausência de delírios. Evidencia ainda falhas mnésicas acentuadas e problemas de atenção e concentração. - A sua linguagem e psicomotricidade estão preservadas.
Intervenção terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> - Foram realizadas sessões de intervenção psicológicas semanais considerando a sua sintomatologia depressiva e por evidenciar ligeiras alterações da cognição. 	<ul style="list-style-type: none"> - Foram realizadas sessões de reabilitação cognitiva, como estimulação cognitiva duas vezes por semana e atividades no âmbito da Terapia de Reminiscência.

6- Discussão e reflexão final sobre o estágio

No contexto de lar, o psicólogo clínico depara-se com diversas questões no que toca a trabalhar diretamente com a população sénior, na medida em que esta fase da vida engloba várias problemáticas ao nível da saúde dos utentes, das psicopatologias que surgem, as mudanças sociais e emocionais.

O papel que o psicólogo clínico desempenha neste contexto é essencial para, principalmente, proporcionar uma melhor qualidade de vida aos utentes, procurando auxiliar nos seus maiores obstáculos (Santana & Beluco, 2017).

A intervenção psicológica realizada foi com base na Abordagem Centrada no Cliente, pelo que em alguns casos foram feitas sessões de reabilitação neuropsicológica com a utilização de exercícios de estimulação cognitiva e com a elaboração de atividades no âmbito da Terapia de Reminiscência.

Trabalhar com a população sénior exige compreender, numa primeira instância, quais são os maiores desafios que enfrentam nesta fase da vida, perceber quais são os seus limites e as suas potencialidades, aceitando, incondicionalmente, o que partilham e a sua perceção da realidade, sendo que, em muitos casos, a realidade destes indivíduos está já comprometida a um quadro demencial.

Todas as atividades elaboradas no âmbito da reabilitação neuropsicológica tiveram como objetivo fulcral atender às necessidades dos utentes que se encontravam com demência, contribuindo para o retardamento da doença.

No caso clínico de “L”, foi essencial a realização de sessões de reabilitação neuropsicológica, uma vez que o utente apresenta um diagnóstico de uma Perturbação neuro-cognitiva major por etiologias múltiplas. Apesar de não serem evidentes mudanças significativas nos resultados das segundas avaliações neuropsicológicas, comparativamente aos

resultados das primeiras avaliações, o utente mostra uma diferença gradual ao longo dos meses, no que diz respeito ao seu humor e à sua forma de estar no dia-a-dia.

De acordo com Wilson (2003) citado por Rodrigues (2013), a reabilitação neuropsicológica pode ser realizada de diversas formas e possibilita ao indivíduo melhorias ao nível emocional, social e cognitivo. Desta forma, proporciona aos sujeitos com perturbações uma melhoria no seu quotidiano e alguma independência.

Ainda que seja muito difícil obter resultados significativos pois, por vezes, depende do caso e da sua gravidade, é importante ter em conta a técnica de intervenção mais apropriada (Rodrigues, 2013).

Tendo em conta o caso clínico “L”, foi importante toda esta rotina realizada semanalmente, não só do ponto de vista da estimulação cognitiva, mas também da relação de ajuda que se estabeleceu.

No entanto, relativamente ao caso clínico “L”, como não foram observáveis melhorias significativas nas avaliações finais, possivelmente seria necessário outro tipo de intervenção ao nível da estimulação cognitiva mais adequada. Porém, tendo em conta o seu quadro clínico, ou seja, o estado avançado da demência, seria difícil obter reversão da sintomatologia.

Nesta fase da vida, principalmente em pacientes institucionalizados, está presente uma sensação de solidão. Neste sentido, o surgimento da pandemia pelo Covid-19 tornou-se uma agravante não só pelo facto de as visitas e saídas dos utentes serem mais condicionadas, como também pela redução de atividades realizadas na instituição.

No que se refere ao caso clínico “A”, foram realizados acompanhamentos de intervenção psicológica e avaliações neuropsicológicas iniciais e finais.

Neste caso, a utente não apresentava alterações ao nível da cognição e os acompanhamentos iniciaram algumas semanas após o falecimento do seu marido.

Ao longo das sessões a utente referiu, na maior parte das vezes, o falecimento do marido, dado que foi dos momentos mais difíceis para si e, por isso, algo trabalhado no decorrer dos meses.

De acordo com Hipólito (2011), os traumas podem surgir diversas vezes ao longo da vida, podendo estes ser a nível social, biológico ou psicológico e que geralmente originam sintomas.

Estes sintomas podem ser somáticos, quando sentidos no corpo, e neuróticos quando se trata do psicológico (Hipólito, 2011).

No caso clínico de “A”, a morte do seu marido foi uma situação traumática, em que inicialmente era difícil para si falar sobre a mesma, acabando por se isolar um pouco nos primeiros meses.

Contudo, ao longo dos acompanhamentos, à medida que sentia que estava preparada, mostrou lidar com a situação de uma forma diferente, ao seu ritmo. Aos poucos começou a conseguir exprimir-se melhor sobre o assunto e ao fim de uns meses já conseguiu ter uma rotina em que não se isolava tanto.

É essencial numa relação terapêutica ir ao ritmo do outro, seguir o seu pensamento sem julgamento, aceitando a forma como se sente no momento e respeitando o seu tempo. Cada indivíduo tem uma forma única de lidar com uma determinada situação específica e neste aspeto, é importante colocarmo-nos no lugar dessa pessoa.

Este foi um estágio que possibilitou sair da zona de conforto, foi possível aprender, na prática, o que era estar em relação com o outro, as dificuldades em trabalhar com a população sénior, trabalhar com instrumentos de avaliação neuropsicológica e as diversas patologias mais frequentes nestas idades.

Foi uma experiência enriquecedora, por vezes desafiante, na medida em que trabalhar com esta população é por vezes imprevisível, tendo em conta as suas patologias.

Este foi um estágio que, tanto a nível profissional como pessoal, me proporcionou várias aprendizagens como a capacidade de adaptação, resiliência e de separar o nosso lado emocional. Trabalhar em contexto geriátrico, com pessoas com tantas experiências de vida e numa última fase da mesma, com vários problemas de saúde e, conseqüentemente, problemas ao nível emocional e social, revela-se por vezes difícil ao nível da gestão das emoções, mas foi algo que com o tempo se tornou menos desafiante e cada vez mais gratificante, do ponto de vista em que estamos numa relação com o outro e que esta pode fazer toda a diferença no seu bem-estar.

No que toca às dificuldades que surgiram ao longo do estágio, saliento a manutenção da imparcialidade do ponto de vista emocional, perante algumas histórias de vida e mesmo no lidar com alguns utentes que estavam mais debilitados.

O contexto pandémico, também foi desafiante, na medida em que por vezes impossibilitava realizar algumas atividades em equipa multidisciplinar com uma maior quantidade de utentes. Porém, não deixou de ser possível, respeitando as medidas de segurança.

Inicialmente surgiram dificuldades no que diz respeito ao estabelecimento de uma relação terapêutica com utentes que apresentam um diagnóstico demencial avançado, porque, nestes casos, é muito difícil e, inicialmente, esse foi sentido como um grande obstáculo. Esta foi a maior dificuldade, procurar outras formas de ajudar o outro, tentando estabelecer uma relação, sabendo que devido à doença, não conseguia manter uma relação terapêutica.

Após esta primeira experiência de campo, existem diversos aspetos a serem melhorados, nomeadamente nos programas de estimulação cognitiva, que poderiam ter sido organizados de outras formas, talvez mais interativos e dinâmicos ou mais apropriados para cada caso.

Ao nível da intervenção psicológica, sem dúvida que existem vários aspetos a melhorar, no que toca, principalmente, ao separar o lado emocional das vivências que são do outro e do contexto em que se encontra.

Inicialmente foi pensado implementar sessões de meditação mindfulness em grupo, uma vez que nesta população está muito presente uma sintomatologia depressiva e ansiosa associada às suas patologias e ao facto de estarem institucionalizados. No entanto, não foi possível devido ao estado avançado das patologias, que limita a adesão por parte dos utentes e o consequente benefício desta técnica.

Por fim, a um nível pessoal, possibilitou perceber quais eram as verdadeiras dificuldades e limites ao estar em relação com o outro e, sem dúvida, compreender que é extremamente importante termos em conta o nosso desenvolvimento pessoal.

Referências bibliográficas

Almondes, K. M. & Lima, N. C. (2020). Cerebral toxoplasmosis and alcohol abuse in AIDS: Dementia with multiple etiologies. *Dement Neuropsychol*, 14(4), 422-429. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-040014>

APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª Edição. Climepsi Editores.

Arcos, A. R., Rodriguez, D. G., López, A. Q., Baldomero, A. B. & Doblado, S. R. (2020). Corea de Huntington: Sintomas Esquizofrenia-like preexistentes a los movimientos anormales y al deterioro cognitivo. *Revista Psicossomática y Psiquiatría*, 12, 30-34.

Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer (2021). Défice Cognitivo Ligeiro [mensagem de blog]. Disponível em: <https://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-31-17-defice-cognitivo-ligeiro>

Benton, A. L (1945). Manual de trabalho do Teste de Retenção Visual de Benton.

Casanova, J. P., Úbeda, S. Q., Fombuena, N. G., Quintana, M., Aguilar, M., Molinuevo, J. L., Serradell, M., Robles, Alfredo., Barquero, M. S., Payno, M., Antúnez, C., Parra, C. M., García, A. F., Fernández, M., Alfonso, V., Sol, J. M. & Blesa, R. (2009). Spanish Multicenter Normative Studies (Neuronorma Project): Norms for the Stroop Color-Word Interference Test and the Tower of London-Drexel. *Archives of Clinical Neuropsychology, Oxford University Press*, 1-17.

Centro de Bem Estar Social. (2016). Missão, Visão e Valores [mensagem de blog]. Disponível em: <https://www.cbes-figueiradelorvao.com/ct-menu-item-3/ct-menu-item-41/ct-menu-item-43>.

Cerejeira, J. & Lagarto, L. (2014). Alterações psicopatológicas nas perturbações mentais orgânicas ou induzidas por estados físicos gerais – o diagnóstico diferencial. In Correia, D. T., *Manual de Psicopatologia* (Cap. V, pp. 182-183) Lidel.

Cowan, N. (2008). What are the differences between long-term, short-term, and working memory? *Progress in Brain Research*, 169, 1-3. [https://doi:10.1016/S0079-6123\(07\)00020-9](https://doi:10.1016/S0079-6123(07)00020-9)

Custodio, N., Montesinos, R. & Alarcón, J. O. (2018). Evolución histórica del concepto y critérios actuales para el diagnóstico de demência. *Revista Neuropsiquiatr*, 81(4), 235-250. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>

D'Agostin, M. B. & Budni, J. (2019). Psicogeriatría: Modificações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas ao envelhecimento. *Revista Inova Saúde*, 9 (2), 155-175.

Dias, M. S. & Lima, R. M. (2011). *Estimulação Cognitiva por meio de atividades físicas em idosas: examinando uma proposta de intervenção*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15, 2, 325-334.

Forbes, D., Blake, C. M., Thiessen, E. J., Peacock, S. & Hawranik, P. (2014). Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and

psychiatric disturbances in dementia. *Cochrane Library*, 1-55. DOI: 10.1002/14651858.CD003946.pub4.

Freitas, S., Simões, M, R., Martins, C., Vilar, M. & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9 (3). pp. 345-357.

Gomes, S. C. & Vecchia, D. D. (2019). Demência com corpos de Lewy: Uma abordagem integrada da literatura. *Revista UNIANDRADE*, 20 (3), 136-148. DOI: <http://dx.doi.org/10.18024/1519-569410.5935/1519-5694.20180017/revuniandrade.v20n3p-136-148>.

Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B. & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Revista Análise Psicológica*, 1 (14), 101-110.

Gonzaga, L., Pais, J. & Nunes, B. (2008). Demências e Memória. In Nunes, B., *Memória - Funcionamento, Perturbações e Treino* (Cap.17, pp. 225-249). Lidel.

Grilo, C. P. R. (2014). *Défice Cognitivo Ligeiro: Como Diagnosticar?*. (Tese de mestrado). Universidade Lusófona. Repositório Científico Lusófona. <https://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/5935>

Hazin, I., Fernandes, I., Gomes, E. & Garcia, D. (2018). Neuropsicologia no Brasil: passado, presente e futuro. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(4), 1137-1154.

Henriques, S. I. J., Apóstolo, J. L. A. & Pérez, E. (2020). Individual intervention protocol based on reminiscence therapy for older people with neurocognitive disorders. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20043>

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

Khachiyants, N., Trinkle, D., Son, S. J. & Kim, K. Y. (2011). Sundown Syndrome in Persons with Dementia: An update. *Psychiatry Investigation*, 8(4), 275-287. doi: [10.4306/pi.2011.8.4.275](https://doi.org/10.4306/pi.2011.8.4.275)

Lezak, M. D., Howieson, D. B. & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment*. (4^a ed.). Oxford: University Press.

Lima, P. M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Imprensa da Universidade de Coimbra. https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=6sFw773LhhUC&oi=fnd&pg=PA9&dq=envelhecimento&ots=HMY3eaQn7N&sig=tYVRjk87q0LaKKet5u_x2_rcpew#v=onepage&q&f=true

Lopes, T. S., Afonso, R. M. L. B. M. & Ribeiro, O. M. S. (2013). Programa de Reminiscência simples para pessoas idosas com demência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 107-118.

Monteiro, A., Velon, A. G., Rodrigues, A. M., Oliveira, A., Valadas, A., Nóbrega, C., Cruto, C., Neutel, D., Couto, F. S., Morgado, J., Cerejeira, J., Ruano, L., Gago, M., Grunho,

M., Pereira, M. T., Taipa, R., Simões, R. M., Araújo, R., Barreto, R., Rocha, S. & Massano, J. (2020). Consenso Português para Diagnóstico e Gestão Clínica da Demência com Corpos de Lewy. *Revista Científica da Ordem dos Médicos* 33(12), 844-854. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.13696>

Morais, O. N. P. (2009). Grupos de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 29 (4).

Nascimento, D. C., Brito, M. A. C. & Santos, A. D. (2013). Depressão em idosos residentes em uma instituição asilar na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. *Revista J Manag Prim Health Care*, 4(3) 146-150.

Galluci, J., Campos, M. S. & Hubner, C. K. (2001). Escala de depressão de Hamilton (HAM-D): Revisão dos 40 anos de sua utilização. *Revista Faculdade Ciências Médicas Sorocaba*, 3 (1), pp. 10-14.

Nunes, D. F. F. (2012). INECO Frontal Screening: Um instrumento breve, sensível e específico para avaliar a disfunção executiva na Depressão. (Tese de mestrado). Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte. pp. 36.

Pais, J., Cruz, V. T. & Nunes, B. (2008). Demências e Memória. In Nunes, B., *Memória - Funcionamento, Perturbações e Treino* (Cap.7, pp. 3-15). Lidel.

Pelicia, N. P., Sanches, M. M. & Alves, J. C. P. (2019). Doença de Huntington: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Saúde UniTtoledo*, 3(2), 62-73.

Pereira, A. M. V. B., Schneider, R. H. & Schwanke, C. H. A. (2009). Geriatria, uma especialidade centenária. *Scientia Medica*, 19(4), 154-161.

Rao, R. V. (2018). Ayurveda and the science of aging. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 9 (3), 225-232. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaim.2017.10.002>

Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). Envelhecimento ativo. In Ribeiro, O. & Paúl, C., *Manual de Envelhecimento Ativo* (Cap. 1, pp. 1-12) Lidel.

Rodrigues, C. M. P. (2013). *Reabilitação neurológica: enquadramento histórico, abordagens metodológicas e técnicas de reabilitação neuropsicológica*. [Trabalho de pós-graduação]. Psicologia.pt. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0338.pdf>

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

Santa Casa da Misericórdia de Mora (2020). Lar de Idosos [mensagem de blog]. Disponível em: <https://scm-mora.org.pt/lar-de-idosos/>.

Silva, M. G. S. & Oliveira, B. (2020). Psicogerontologia com enfoque Junguiano. Envelhecer, integrar, ampliar, reconstruir, analisar, transformar. *Revista Longeviver* (6), 64-74.

Silva, M. V. S., Rodrigues, J. A., Ribas, M. S., Sousa, C. S., Castro, T. R. O., Santos, B. A., Sampaio, J. M. C., Pegoraro, V. A. (2020). O impacto do isolamento social na qualidade de

vida dos idosos durante a pandemia por Covid-19. *Revista Enfermagem Brasil* (19) 4, 34-41.

DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.4337>

Souza, A. M. A., Fraga, M. N. O., Moraes, L. M. P., Garcia, M. L. P., Moura, K. D. R. & Almeida, P. C. (2008). Grupo terapêutico com mulheres com transtornos de ansiedade: avaliação pela escala de ansiedade de Hamilton. *Revista Rene Fortaleza*, 9 (1), pp. 19-26.

Souza, F., Mendes, A., Bennemann, R. & Milani, R. (2019). Treino Cognitivo para grupos de idosos: Uma revisão sistemática. *Revista Psicologia, Saúde e Doenças*, 20(2), 503-511.

Teixeira, F. A.; Paula, C. E. A.; Quieroz, A. M.; Melo, D. Q.; Silva, G. M. V. (2020). A evolução da Covid-19 e incidência nos óbitos da população idosa: defesa do isolamento horizontal. *Revista Brasileira de Administração Científica*, 11 (3), 167-182. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2179-684X.2020.003.0012>

Wood, J. K., Doxsey, J. R., Assumpcao, M. L., Tassimari, M. A., Japur, M., Serra, M. A., Rosenthal, R.W & Loureiro, S.R (1994). Abordagem centrada na pessoa. Vitoria: Fundacao Ceciliano Abel de Almeida-Ufes.

Yu, J., Rawtaer, I., Feng, L., Kua, E. H. & Mahendran (2021). The functional and structural connectomes associated with geriatric depression and anxiety symptoms in mild cognitive impairment: Cross-syndrome overlap and generalization. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110329>

ANEXOS

Anexo I – Consentimentos Informados dos casos clínicos



Acordo de Consentimento Informado

Apresentação do estudo

Leia com atenção a seguinte informação. Em caso de dúvida, queira solicitar informações adicionais. Se concordar, por favor, assine o presente documento.

Para a conclusão do 2º ano de mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, é realizado um Relatório de Estágio que será defendido publicamente e posteriormente será publicado, para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento.

No âmbito da realização do Relatório de Estágio, são recolhidos alguns dados da população presente no local de estágio para o estudo de casos clínicos que serão apresentados.

Estes dados serão apenas utilizados para estudo pelo que serão confidenciais e devidamente codificados de forma a manter o anonimato.

A participação dos titulares destes dados pessoais é voluntária, tendo o direito de aceder aos mesmos e recusar quaisquer dados que tenham sido facultados.

Obrigada pela sua colaboração!

Consentimento Informado para recolha e tratamento de dados pessoais

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como todas as informações solicitadas.
Foi assegurado o anonimato e proteção de dados na colaboração deste estudo.

Autorizo, a utilização dos dados somente para fins académicos.

DATA: 9 / 06 / 2021

NOME: [assinatura]

Assinatura do(a) participante

Assinatura da estagiária

Cláudia Gomes

Consentimento Informado para recolha e tratamento de dados pessoais

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como todas as informações solicitadas.
Foi assegurado o anonimato e proteção de dados na colaboração deste estudo.

Autorizo, a utilização dos dados somente para fins académicos.

DATA: 06 / 06 / 2021

NOME: [assinatura]

Assinatura do(a) participante

Assinatura da estagiária

Cláudia Gomes

Consentimento Informado para recolha e tratamento de dados pessoais

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como todas as informações solicitadas. Foi assegurado o anonimato e proteção de dados na colaboração deste estudo.

Autorizo, a utilização dos dados somente para fins académicos.

DATA: 22/07/2021

NOME: _____

Assinatura do(a) participante/ do(a) responsável



Assinatura da estagiária

Cláudia Gomes

Consentimento Informado para recolha e tratamento de dados pessoais

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como todas as informações solicitadas. Foi assegurado o anonimato e proteção de dados na colaboração deste estudo.

Autorizo, a utilização dos dados somente para fins académicos.

DATA: 13/06/2021

NOME: _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura da estagiária

Cláudia Gomes