



Universidades Lusíada

Rilhas, Luís Manuel Dias, 1958-

Intervenção psicológica em idosos com demência : Casa Romana

<http://hdl.handle.net/11067/1282>

Metadados

| | |
|---------------------------|--|
| Data de Publicação | 2014-12-05 |
| Resumo | O presente relatório é parte integrante do estágio académico do Mestrado em Psicologia Clínica e tem por objetivo descrever de forma sucinta o trabalho realizado ao longo dos nove meses de experiência de aproximação à prática profissional, em contexto de clínica privada, na Casa Romana. A intervenção incidiu sobre idosos institucionalizados e teve por base o modelo humanista, segundo a perspetiva de Rogers. Foi dado especial relevo a dois estudos de caso, nos quais as pacientes apresentam probl... |
| Palavras Chave | Idosos doentes mentais, Idosos - Assistência em instituições, Psicologia clínica - Prática profissional, Casa Romana - Ensino e estudo (Estágio) |
| Tipo | masterThesis |
| Revisão de Pares | Não |
| Coleções | [ULL-IPCE] Dissertações |

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:14:25Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Intervenção psicológica em idosos com demência: Casa Romana

Realizado por:

Luís Manuel Dias Rilhas

Supervisionado por:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Orientado por:

Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisor:

Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Arguente:

Prof. Doutor José Leonel de Góis Horácio

Relatório aprovado em:

3 de Dezembro de 2014

Lisboa

2014



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Intervenção psicológica em idosos com demência:
Casa Romana**

Luís Manuel Dias Rilhas

Lisboa

Julho 2014



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Intervenção psicológica em idosos com demência:
Casa Romana**

Luís Manuel Dias Rilhas

Lisboa

Julho 2014

Luís Manuel Dias Rilhas

Intervenção psicológica em idosos com demência: Casa Romana

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisor de estágio: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Orientador de estágio: Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Lisboa

Julho 2014

Ficha Técnica

| | |
|---------------------------------|---|
| Autor | Luís Manuel Dias Rilhas |
| Coordenadora de mestrado | Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos |
| Supervisor de estágio | Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo |
| Orientador de estágio | Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos |
| Título | Intervenção psicológica em idosos com demência: Casa Romana |
| Local | Lisboa |
| Ano | 2014 |

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

RILHAS, Luís Manuel Dias, 1958-

Intervenção psicológica em idosos com demência : Casa Romana / Luís Manuel Dias Rilhas ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por António Martins Fernandes Rebelo ; orientado por Manuel Carlos do Rosário Domingos. - Lisboa : [s.n.], 2014. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

II - DOMINGOS, Manuel Carlos do Rosário, 1953-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Idosos doentes mentais
2. Idosos - Assistência em instituições
3. Psicologia clínica - Prática profissional
4. Casa Romana - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Mentally ill older people
2. Older people - Institutional care
3. Clinical psychology - Practice
4. Casa Romana - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC451.4.A5 R55 2014

Agradecimentos

Uma dissertação de mestrado, mais do que uma certificação de aptidão científica, é uma prova onde se testam os contornos de resistência à frustração, método, motivação, gestão de emoções e criatividade, pelo que me sinto afortunado por ter tido a oportunidade de me cruzar com as pessoas certas no momento exato.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pacientes, em especial à Teresa e à Rita (nomes fictícios) pelas pessoas admiráveis que são e por terem partilhado comigo as suas histórias de vida. A todos os colaboradores da Casa Romana, a minha gratidão pela cooperação, disponibilidade e apoio, sem os quais este trabalho não seria possível.

Ao Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo, supervisor de estágio, agradeço todo o apoio, incentivo, partilha do saber, sugestões e disponibilidade constantes que foram fundamentais para ultrapassar as dificuldades que foram surgindo no decorrer deste trabalho. Agradeço, ainda, pelas correções e críticas construtivas e, acima de tudo, pelo seu empenho em me colocar sempre no caminho certo, mesmo quando eu queria divagar.

Ao meu orientador de estágio, Professor Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos, pela sua competência profissional, ensinamentos, orientação terapêutica e especialmente por ser uma fonte de inspiração, a minha gratidão.

A todos os meus professores da licenciatura e do mestrado agradeço a transmissão do saber, rigor e convivência gratificante, que em muito contribuíram para a minha evolução pessoal e profissional. Um agradecimento especial à Prof^a Doutora Tânia Gaspar pela coordenação e dinamismo que conferiu a este mestrado.

A todos os colegas que me acompanharam nesta jornada e que sempre me apoiaram, incentivaram e ajudaram a ultrapassar alguns obstáculos que foram surgindo pelo caminho e, principalmente, por me terem feito acreditar que nunca é tarde para começar uma nova etapa de vida, o meu sincero agradecimento.

À minha amiga Rosa, agradeço a força, apoio e incentivo com que carinhosamente “*me empurrou*” nos momentos certos.

Aos meus familiares e amigos por estarem sempre presentes, pelo carinho e amizade durante todos estes anos, o meu sentido reconhecimento

À minha filha, por toda compreensão e por suportar tão pacientemente a minha ausência e o tempo que lhe não dei e que, às vezes, tanto necessitava; por me ajudar a recuperar diariamente a energia que precisava para continuar, agradeço a força e o apoio incondicional que me dedicou sempre com um sorriso.

Finalmente, e mais importante agradeço à paixão da minha vida, a minha Mulher, a quem dedico este trabalho. Por toda a ajuda e incentivo, pelo que sofreu com a minha ausência, pela paciência nos meus dias de mau humor e por me fazer sentir o grande amor que nos une, agradeço todas as manifestações de companheirismo, compreensão, encorajamento e apoio sem limites que me permitiram levar este projeto até ao fim.

Por último, gostaria de mencionar que a lista de agradecimentos não se ficaria certamente por aqui, mas seria impossível referir todas as pessoas que tiveram influência positiva neste trabalho. Para todas elas poderia escrever longas e merecidas linhas de agradecimentos, pelo que desde já apresento as minhas desculpas a todos que, imerecidamente, não foram mencionados.

Resumo

Intervenção psicológica em idosos com demência: Casa Romana

Luís Manuel Dias Rilhas

O presente relatório é parte integrante do estágio académico do Mestrado em Psicologia Clínica e tem por objetivo descrever de forma sucinta o trabalho realizado ao longo dos nove meses de experiência de aproximação à prática profissional, em contexto de clínica privada, na Casa Romana.

A intervenção incidu sobre idosos institucionalizados e teve por base o modelo humanista, segundo a perspetiva de Rogers. Foi dado especial relevo a dois estudos de caso, nos quais as pacientes apresentam problemáticas distintas do ponto de vista físico, cognitivo, psicológico e emocional, mas com uma patologia comum: a Demência Frontotemporal.

Os dados foram recolhidos através de observação, entrevistas não diretivas e aplicação de instrumentos, nomeadamente: Inventário Neuropsiquiátrico, Mini Mental State Examination, Escala de Deterioração Global, Escala de Depressão Geriátrica e Escala Cornell para a Depressão na Demência. Os resultados foram enquadrados e sustentados pelos exames complementares de diagnóstico e por testes neuropsicológicos.

Para concluir é feita uma reflexão acerca da importância da terapia centrada na pessoa no processo terapêutico do idoso demenciado.

Palavras-chave: Estágio, Psicologia clínica, Modelo humanista, Demência, Idoso institucionalizado

Abstract

Psychological intervention in elderly patients with dementia: Casa Romana

Luís Manuel Dias Rilhas

This report is a requested document of the academic internship of the Master in Clinical Psychology. It aims to briefly describe the work developed over the nine months internship in the Casa Romana, a crucial stage to gain professional practice experience in the context of private practice.

The intervention focused on institutionalized elderly. It was based on the humanistic model, according to Rogers's perspective. Special emphasis was given to two case studies, in which patients had different physical, cognitive, psychological, and emotional problems, but had a common pathology: frontotemporal dementia.

Data was collected through observation, non-directive interviews and application of instruments, including: Neuropsychiatric Inventory, Mini Mental State Examination, Global Deterioration Scale, Geriatric Depression Scale and Cornell Scale for Depression in Dementia. The results were analyzed and supported by complementary diagnostic tests and neuropsychological tests.

The report concludes with a discussion about the importance of person-centered therapy in the therapeutic process regarding demented elderly.

Keywords: Internship, Clinical psychology, Humanistic model, Dementia, Institutionalized elderly.

Índice

| | |
|---|----|
| Lista de figuras | 14 |
| Lista de gráficos | 16 |
| Lista de tabelas | 18 |
| | |
| Introdução | 20 |
| Caracterização da instituição | 22 |
| Caracterização da população alvo | 26 |
| Enquadramento teórico | 28 |
| Envelhecimento e terceira idade | 28 |
| A demência e as perturbações associadas | 32 |
| Demência Frontotemporal | 37 |
| Funções do psicólogo em gerontologia | 40 |
| Ética e deontologia profissional | 43 |
| Modelos e técnicas de intervenção | 45 |
| Perspetiva humanista no modelo de intervenção | 45 |
| Carl Rogers e a Terapia Centrada na Pessoa | 48 |
| Terapia da Validação | 51 |
| Terapia da Reminiscência | 55 |
| Objetivos propostos | 60 |
| Enquadramento metodológico | 62 |
| Participantes | 62 |
| Procedimento | 64 |
| Outras atividades desenvolvidas | 65 |
| Instrumentos | 66 |
| Entrevista clínica | 66 |

| | |
|---|-----|
| Exame do estado mental | 67 |
| Exames complementares de diagnóstico | 68 |
| Testes psicológicos | 69 |
| Inventário Neuropsiquiátrico | 69 |
| Mini Mental State Examination | 70 |
| Escala de Deterioração Global | 71 |
| Escala de Depressão Geriátrica | 73 |
| Escala Cornell para a Depressão na Demência | 74 |
| Estudo de casos | 76 |
| Caso Teresa | 76 |
| Apresentação do caso | 76 |
| Resultados e interpretação da avaliação psicológica | 79 |
| Relatório de avaliação neuropsicológica | 89 |
| Descrição do exame neuropsicológico | 89 |
| Análise da progressão da intervenção psicológica | 91 |
| Discussão do caso | 94 |
| Caso Rita | 95 |
| Apresentação do caso | 95 |
| Resultados e interpretação da avaliação psicológica | 97 |
| Relatório de avaliação neuropsicológica | 104 |
| Descrição do exame neuropsicológico | 105 |
| Análise da progressão da intervenção psicológica | 108 |
| Discussão do caso | 108 |
| Conclusão | 112 |
| Reflexão final | 116 |
| Referências | 118 |

| | |
|--|-----|
| Anexos | 130 |
| Lista de anexos | 132 |
| Anexo A. Inventário Neuropsiquiátrico | 134 |
| Anexo B. Mini Mental State Examination | 138 |
| Anexo C. Escala de Deterioração Global | 144 |
| Anexo D. Escala de Depressão Geriátrica | 148 |
| Anexo E. Escala Cornell para a Depressão na Demência | 152 |

Lista de figuras

| | | |
|-----------|--|----|
| Figura 1. | Organograma da Casa Romana | 23 |
| Figura 2. | Localização da Demência Frontotemporal | 40 |

Lista de gráficos

| | | |
|------------|---|----|
| Gráfico 1. | Distribuição dos utentes por ano de institucionalização | 26 |
|------------|---|----|

Lista de tabelas

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabela 1. | Elementos de diagnóstico clínico da Demência Frontotemporal | 38 |
| Tabela 2. | Condições necessárias e suficientes para o processo terapêutico ... | 49 |
| Tabela 3. | Caracterização dos quatro estádios de desorientação | 54 |
| Tabela 4. | Caracterização dos pacientes atendidos | 62 |
| Tabela 5. | Classificação da Escala de Deterioração Global | 71 |

Introdução

O presente relatório é parte integrante do estágio académico do Mestrado em Psicologia Clínica e tem por objetivo descrever de forma sucinta o trabalho realizado ao longo dos nove meses de experiência de aproximação à prática profissional, em contexto de clínica privada, na Casa Romana. Teve como linhas orientadoras a observação, reflexão, avaliação e intervenção psicológica segundo os referenciais éticos, científicos e técnicos transmitidos na componente formativa ao longo do percurso académico.

Numa primeira fase é feita a caracterização da instituição e da população alvo que a mesma serve. Após a contextualização do local de estágio, é feito um enquadramento teórico sobre o envelhecimento e a terceira idade. Segue-se uma reflexão sobre a demência e as perturbações associadas e a importância do papel desempenhado pelo psicólogo clínico em contexto geriátrico.

É, ainda, feita uma revisão de literatura centrada nos modelos e técnicas de intervenção utilizadas na clínica, onde será abordado o Modelo Humanista segundo a perspetiva de Rogers, a Terapia da Validação e a Terapia da Reminiscência. Inclui-se, também, uma síntese dos requisitos éticos e deontológicos exigidos aos profissionais desta área.

Seguidamente são descritos os objetivos propostos e a metodologia utilizada para os alcançar, onde são apresentados os instrumentos que nortearam a recolha de dados, designadamente: Inventário Neuropsiquiátrico, Mini Mental State Examination, Escala de Deterioração Global, Escala de Depressão Geriátrica e Escala Cornell para a Depressão na Demência. Os resultados foram enquadrados e sustentados pelos exames complementares de diagnóstico e por testes neuropsicológicos. Neste ponto, são apresentados dois estudos de casos, que abordam os resultados e interpretação da

avaliação psicológica, a análise da progressão terapêutica e os resultados obtidos ao longo da intervenção psicológica.

Na conclusão é feito um balanço de todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, no que diz respeito aos resultados obtidos e às metas alcançadas.

Por fim, é feita uma reflexão final da aprendizagem, experiência pessoal e profissional adquiridas e as relações interpessoais desenvolvidas, bem como uma análise crítica sobre o trabalho efetuado ao longo dos nove meses de estágio, apontando alguns dos seus limites, no sentido de aprimorar futuras intervenções.

Caracterização da instituição

A Casa Romana – Empreendimentos Sociais, S.A., foi fundada em 2003, a partir de uma ideia que surge em consequência de uma patologia demencial de um familiar de um dos seus fundadores e da dificuldade do mesmo em encontrar um local que oferecesse as condições adequadas às necessidades físicas e psicológicas da pessoa em causa. Situada em Colares, no conselho de Sintra, tem como principal objetivo promover um envelhecimento com qualidade, mas também o bem-estar dos doentes demenciados, através da intervenção de profissionais especializados. Neste contexto, assenta no pressuposto de que o ser humano é visto como um todo, uma pessoa na qual os sentimentos e as experiências exercem um papel importante relativamente à nova forma de comportamento, imposto pela doença (Casa Romana, 2012).

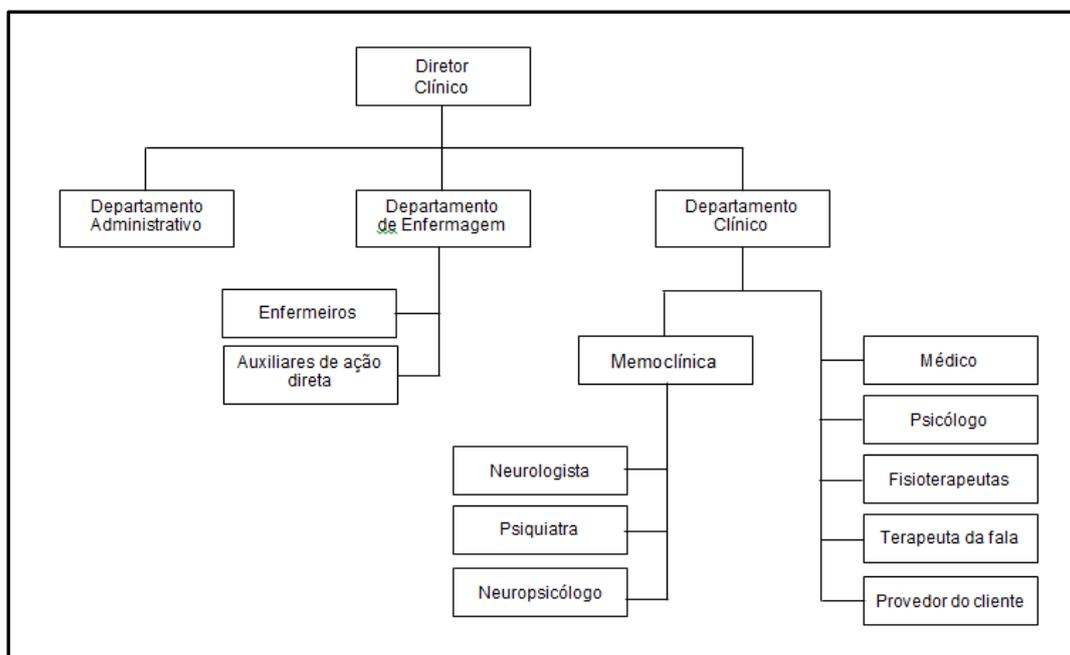
Nesta abordagem os pacientes, colaboradores e familiares envolvem-se emocionalmente evitando, assim, a distância a que habitualmente se colocam as pessoas idosas demenciadas. Deste modo, o residente consegue centrar-se em si mesmo, vivenciando e sentindo cada momento, o que lhe possibilita enfrentar a sua realidade e estimular o processo de construção e assimilação de aprendizagens e percepções.

A Casa Romana é por denominação jurídica e legal um Lar de Idosos, mas todos os seus promotores, colaboradores, residentes e familiares a consideram uma residência familiar. Foi construída de raiz numa propriedade de dois hectares, em pleno Parque Natural, o que proporciona o ambiente ideal para repouso, relaxamento e tranquilidade dos seus utentes.

A Casa Romana foi projetada para proporcionar o máximo de conforto e comodidade aos seus residentes, pelo que funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, com a colaboração permanente de uma equipa de profissionais que inclui um

médico internista, um enfermeiro, um psicólogo, fisioterapeutas e um grupo de auxiliares orientado por uma supervisora (Figura 1).

Figura 1. Organograma da Casa Romana



O reduzido número de clientes possibilita um tratamento personalizado que se desenvolve tendo em vista o interesse superior das pessoas institucionalizadas. Neste âmbito, dispõe de um vasto leque de serviços (e.g., cabeleireiro, podologia, serviço religioso) que se encontram à disposição de todos os que reúnem as condições necessárias para poder usufruir dos mesmos. No entanto, e para quem tem dificuldades de mobilidade e não se possa deslocar, os serviços são prestados nas instalações da instituição. Na quinta existe uma pequena capela que se destina a momentos de silêncio e oração, cuja coordenação está a cargo de uma das residentes.

Os residentes da Casa Romana podem, ainda, usufruir de atividades lúdicas individuais ou em grupo; atividades de comunicação oral e de expressão corporal; serviços de fisioterapia de reabilitação e manutenção motora através de exercícios

físicos, elaborados de acordo com um plano terapêutico individual; e de fisioterapia respiratória ou cinesioterapia composta por técnicas que favorecem o bom funcionamento do aparelho respiratório.

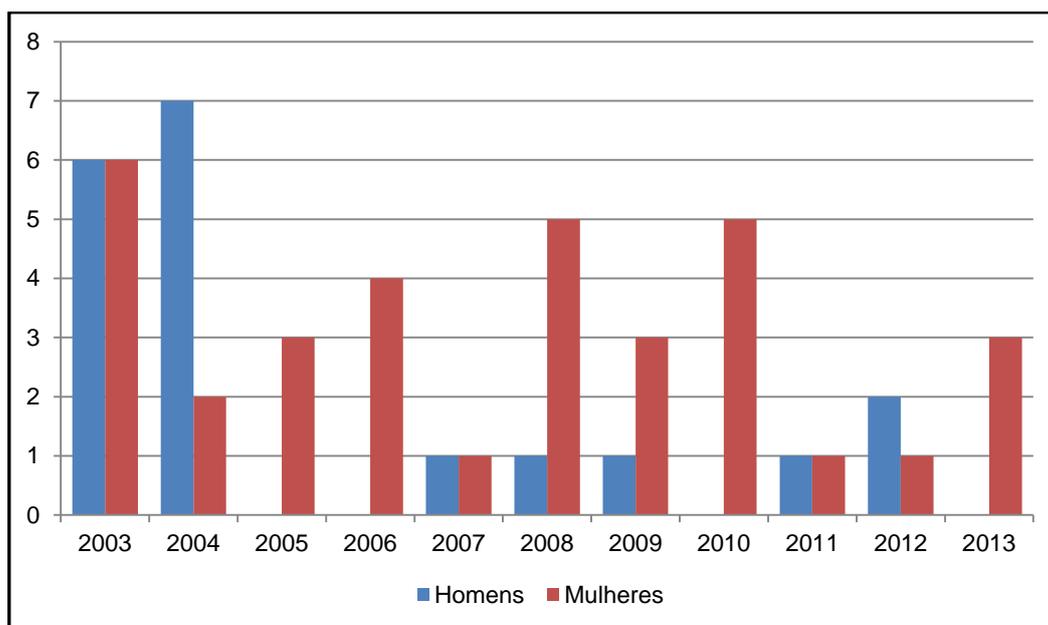
Com o objetivo de prevenir e/ou minimizar o envelhecimento intelectual e cognitivo dos seus utentes é fomentada a participação dos mesmos em atividades de escrita e cálculo, ajudando, assim, a retardar os efeitos nefastos da perda de capacidades.

Para que cada cliente possa ter o devido acompanhamento nas várias competências técnicas (*e.g.*, neurologia, psiquiatria, neuropsicologia) relacionadas com as diferentes patologias demenciais, a Casa Romana colabora regularmente com vários especialistas da Memoclínica (Clínica da Memória), sediada em Lisboa. Os doentes são consultados pelo psiquiatra e respetivos neurologistas que se deslocam à instituição, tal como acontece com as análises laboratoriais. Para outros exames complementares de diagnóstico (*e.g.*, EEG, TAC, RM) cuja necessidade exija qualquer deslocação e em que a mobilidade do residente esteja comprometida, a Casa Romana conta com a colaboração dos Bombeiros Voluntários de Colares. Em todas as deslocações ao exterior, independentemente do motivo, o doente é sempre acompanhado por um(a) funcionário(a) que o auxiliará e apoiará em tudo o que necessita (Casa Romana, 2012).

Caracterização da população alvo

A população alvo da Casa Romana são adultos de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 56 e os 93 anos, na sua maioria oriundos do Norte de Portugal, mas residentes na área da Grande Lisboa, verificando-se uma afluência superior de pacientes do sexo feminino (72%). Todos os residentes – 18 no total – são portadores de síndromes demenciais neurodegenerativas, pelo que a sua permanência é de longa duração. Pontualmente, e em casos específicos, a instituição poderá receber clientes por curtos períodos de tempo (Casa Romana, 2012).

Gráfico 1. Distribuição dos utentes por ano de institucionalização



Segundo Sousa, Galante e Figueiredo (2003) o levantamento das características da população a quem se destinam os serviços de uma instituição é o primeiro passo para torná-los mais eficientes. É a partir do conhecimento destas características e das suas necessidades que se pode determinar como intervir junto de quem procura ajuda. Perante estes factos importa desenvolver meios que melhorem a

qualidade de vida e bem-estar dos pacientes pelo que é fundamental dinamizar medidas adequadas que permitam alcançar um envelhecimento bem-sucedido.

Os atuais residentes da Casa Romana ingressaram na instituição por vontade própria ou dos seus cuidadores, pelo que a mensalidade é paga na totalidade pelos mesmos ou pelo agregado familiar.

No que respeita ao estado físico e mental, os utentes apresentam, de forma geral, problemas cujo grau de gravidade abrange os domínios cognitivo, físico-motor, social e afetivo. Existem seis que requerem cuidados permanentes e ajuda em todas as suas atividades cotidianas, os restantes doze necessitam de assistência em pelo menos uma atividade básica de vida diária.

A instituição proporciona, ainda, apoio e integração a todos os familiares e cuidadores através de reuniões de esclarecimento e ajuda psicológica. Sempre que considera oportuno organiza eventos que permitem reunir a família e o residente num ambiente acolhedor e o mais próximo possível da sua realidade familiar (Casa Romana, 2012).

Enquadramento teórico

Envelhecimento e terceira idade

O envelhecimento apresenta-se como um fenómeno culturalmente construído, que varia de sujeito para sujeito e de época para época, pelo que defini-lo se torna uma tarefa complexa, uma vez que cientificamente é encarado de formas distintas. Contudo, há uma ideia comum e transversal a todos os autores: é um processo irreversível, que se inscreve no tempo (Papaléo-Netto, 2007).

O envelhecimento da população constitui um dos maiores desafios que, atualmente, se coloca a nível mundial e Portugal não é exceção, o que pode ser comprovado pelos resultados dos últimos Censos, realizados em 2011. Os dados estatísticos revelaram que a população idosa representa 19% dos habitantes portugueses, o que contribui para uma sociedade cada vez mais envelhecida, onde se verifica um aumento da esperança média de vida e um decréscimo da natalidade (INE, 2011). Estes resultados vão ao encontro de um estudo realizado por Sequeira (2010) que refere que nas últimas quatro décadas, a população com mais de 65 anos duplicou.

Perante esta perspetiva, Rosa (2012, p. 28) acrescenta que *“em 2060, a população de Portugal poderá continuar próxima dos dez milhões de pessoas, mas será bem mais envelhecida do que hoje: o número de pessoas com 65 e mais anos poderá ser quase o triplo do número de jovens”*.

O Ministério da Saúde (2004) define o envelhecimento humano como um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, que se vai desenvolvendo ao longo da vida. Na mesma linha, Fontaine (2000) refere que o envelhecimento é composto por um conjunto de acontecimentos dinâmicos que caracterizam as transformações físicas e mentais que ocorrem no organismo de forma

gradual. Deste modo, não existe uma idade universalmente aceite que defina o início do mesmo, podendo esta variar entre os 60 e os 65 anos, dependendo da cultura de cada país (Freitas, Queiroz, & Sousa, 2010). Neste âmbito, Cardão (2009) acrescenta que se por um lado, na sociedade oriental o idoso assume um papel de respeito, sabedoria e apreço; no ocidente, a situação é geralmente marcada pela institucionalização, o abandono, a solidão e a decadência que advêm da vulnerabilidade, dependência e deterioração gradual das suas capacidades.

Uma vez que as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do ser humano interagem entre si de forma constante, o envelhecimento deve ser compreendido na sua totalidade, porque o comprometimento de uma destas dimensões irá certamente afetar outra ou ambas, sendo por isso fundamental fazer a distinção entre um envelhecimento dito *normal* e um envelhecimento com patologia (Sequeira, 2010).

Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005, p. 13) dá primazia à “*otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*”.

Considerando o crescente número de idosos no nosso país é fundamental promover um envelhecimento com qualidade que fomente o bem-estar dos indivíduos durante o máximo de tempo possível (Jacob, 2007). Segundo Sousa e colaboradores (2003) o conceito de qualidade de vida no envelhecimento está diretamente relacionado com o bem-estar e com a satisfação das necessidades dos indivíduos. No caso dos idosos, a independência e a autonomia, tornam-se os aspetos mais relevantes deste conceito (Firmino, 2006). Contudo, o envelhecimento não se restringe apenas às alterações anatomo-fisiológicas, mas também às alterações psicológicas resultantes da idade, que são diversas e contribuem de forma significativa para a qualidade de vida da pessoa idosa (Rodrigues, 2007).

Estudos desenvolvidos por Gandolfi e Skora (2000) e Netto (2002) referem que as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento desencadeiam problemas de

saúde, que restringem a realização de atividades cotidianas, nomeadamente a perda da independência física e social e a propensão para constantes alterações emocionais. Estas alterações são cada vez mais comuns e podem ter origem num inúmero conjunto de fatores, pelo que os cuidadores têm cada vez mais dificuldades em apoiar os seus idosos em contexto familiar. Esta situação veio incrementar a criação de organismos com respostas sociais adequadas, entre as quais: serviços domiciliários e instituições que acolhem idosos de forma parcial (e.g., centros de dia, centros de convívio) ou permanente (e.g., lares, residências) consoante as suas necessidades (Jacob, 2007; Shah & Reichman, 2006).

No entanto, o maior desafio destas instituições e respetivos funcionários é torná-las um local onde a vida é valorizada e a dignidade do idoso é mantida, pois geralmente a perspetiva da institucionalização cria no idoso um receio de perda de liberdade e um sentimento de abandono (Netto, 2002).

A institucionalização, muitas vezes, conduz à perda do sentimento de identidade, uma vez que aquilo que a pessoa sente que é no presente não corresponde ao que já foi no passado, o que pode interferir de forma negativa com a sua vivência na instituição. Como refere Fernandes (2000) são vários os fatores que contribuem para esse impacto negativo, em particular: a falta de privacidade, o tratamento massificado e de forma igual para todos, a perda de responsabilidade na tomada de decisões pessoais, as rotinas rígidas, a desvinculação do núcleo familiar e da comunidade, a ausência de estimulação intelectual e a realização de atividades físicas. Estes aspetos podem contribuir para uma baixa auto-estima e uma falta de interesse tanto por si como pelos outros, o que poderá provocar uma regressão e desintegração social, respostas emocionais diminuídas e uma dependência excessiva dos cuidadores para a realização das suas atividades básicas e instrumentais da vida diária (Cardão, 2009).

Independentemente das razões que levam o idoso à institucionalização, a sua integração implica o abandono do seu espaço, obrigando-o a reaprender e a integrar-se num meio que o limita e que, em muitos casos, assume o controlo de muitos aspetos da sua vida. Por outro lado, a institucionalização também pode constituir uma oportunidade de integração em redes de apoio social e contribuir para melhorar a satisfação e o bem-estar do idoso. Este contentamento não está relacionado, apenas, com a prestação de serviços e cuidados básicos, mas também com a qualidade das interações desenvolvidas (e.g., aquisição de um sentido de pertença, promoção de atividade física e psicológica, criação de projetos, novos objetivos de vida). O desafio do idoso é fazer desta etapa da sua vida uma fase que se caracteriza pela partilha de experiências e conhecimentos, integração e participação social (Schlindwein-Zanini, 2010).

Neste contexto, é imprescindível desenvolver respostas sociais adequadas às realidades e especificidades locais, pois *“se houver a preocupação de criar equipamentos estruturados de acordo com as necessidades dos seus utentes, que respeitem a sua forma de estar na vida, a sua personalidade e individualidade e lhe proporcionarem espaços de realização pessoal, talvez, a institucionalização se torne menos penosa e angustiante”* (Pimentel, 2001, p. 234).

Deste modo, a equipa de trabalho deve analisar e avaliar todos os aspetos físicos, sociais, emocionais, comportamentais, cognitivos e de saúde do residente, que lhe permita elaborar em sintonia com o mesmo, um projeto de vida que potencie as suas capacidades e que realce e valorize os seus pontos fortes. Assim, são necessários vários tipos de intervenção que se adaptem de forma eficaz a cada caso, nomeadamente a Terapia da Validação e a Terapia da Reminiscência, pois quando o idoso chega à sua fase mais avançada, enfrenta inúmeras dificuldades causadas sobretudo por problemas cognitivos e psicológicos, entre as quais a demência, que será abordada no ponto seguinte (Firmino, 2006; Freitas et al., 2010).

O envelhecimento da população e o aumento do número de idosos acarreta consequências a vários níveis: (1) economicamente reflete-se na diminuição da população ativa e no aumento da população envelhecida com necessidades específicas e conseqüente acréscimo das despesas com prestações sociais; (2) socialmente através da alteração das relações profissionais e familiares e a crescente necessidade de instituições de assistência para idosos; (3) na saúde manifesta-se através do crescimento da população vulnerável, o que implica um acréscimo do número de serviços prestados e de profissionais clínicos; (4) eticamente suscita questões relacionadas com doentes crónicos e em fase terminal; (5) e a nível geracional espelha-se nos custos e despesas com os mais velhos que serão suportadas pelos impostos e contribuições sociais provenientes das gerações mais jovens em atividade (António, 2010; Figueiredo & Sousa, 2001).

A demência e as perturbações associadas

A demência é uma doença degenerativa progressiva que se caracteriza pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos. É considerada um dos maiores problemas de saúde da população idosa, cuja prevalência e incidência estão associadas ao envelhecimento, uma vez que aumentam com a idade (Sequeira, 2010). É uma patologia relativamente incomum em pessoas com idade inferior a 60 anos (inferior a 1%), verificando-se um aumento significativo de incidência a partir desta idade (cerca de 40%). Em idades superiores a 90 anos as taxas de incidência são superiores a 50%. Estudos recentes indicam que existem cerca de 153.000 pessoas com demência em Portugal, das quais 90.000 têm doença de Alzheimer. Devido ao aumento do número de pessoas com mais de 65 anos e devido aos progressos ao nível do rigor de diagnóstico, estima-se que, nos próximos 30 anos, os valores de incidência e prevalência aumentem significativamente (Barreto, 2005).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) a característica essencial da demência é o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem diminuição da memória e pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: (1) apraxia que se caracteriza pela diminuição da capacidade para executar atividades motoras mesmo as que são executadas diariamente, apesar das mesmas estarem intactas, bem como a função sensorial e a compreensão da tarefa (e.g., acenar, dizer adeus, escovar o cabelo); (2) agnosia que se refere à deterioração da capacidade de reconhecer ou identificar objetos; (3) afasia que se pode manifestar pela dificuldade em nomear pessoas ou objetos devido à deterioração da linguagem; (4) perturbações da capacidade de execução que podem estar relacionadas com perturbações do lobo frontal ou associadas a vias subcorticais e que envolvem o pensamento complexo, o raciocínio abstrato e a capacidade de pensar, planejar e sequenciar.

Numa primeira fase, a demência caracteriza-se por um quadro clínico praticamente assintomático, em que o indivíduo pode ter alguns lapsos de memória, mas sem que os mesmos afetem as suas atividades diárias. Com o agravamento desta problemática, surgem alguns comprometimentos ao nível das atividades diárias bem como de autonomia (Firmino, 2006).

De acordo com o Manual de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993) o nível de gravidade da demência depende do grau de deterioração da memória e do pensamento, podendo a mesma ser ligeira, moderada ou grave. Esta classificação indica o estado demencial do doente e estabelece-se com base na sua autonomia e concretização de atividades da vida diária.

Nas fases mais avançadas de demência a diminuição de memória é tão grave que o indivíduo esquece elementos da sua identidade pessoal (e.g., nomes, datas, profissão). O discurso dos sujeitos torna-se vago ou vazio, com tendência a ecolalias (eco do que é ouvido) ou palilalia (repetição dos sons ou palavras vezes sem conta),

com longos circunlóquios e uso excessivo de referências indefinidas (e.g., coisa, aquilo) (APA, 2002).

O paciente com demência pode ainda apresentar desorientação espacial e desequilíbrio motor que poderá originar quedas. Do ponto de vista comportamental e emocional, verifica-se que alguns sujeitos apresentam uma conduta desinibida que origina gracejos inadequados, negligência da higiene pessoal, perturbações da ansiedade, do humor e do sono (Guerreiro, 2002).

O diagnóstico da demência é bastante complexo de gerir, uma vez que o quadro clínico acima descrito pode estar associado a uma grande variedade de disfunções, sinais e sintomas. De forma sucinta, para diagnosticar a demência, é necessário que se verifique uma diminuição progressiva da memória e do pensamento, que comprometa as atividades da vida diária do paciente, ao longo de seis meses de evolução progressiva associada ao comprometimento de uma ou mais funções cognitivas sem que estas estejam relacionadas com lesão do encéfalo (APA, 2002).

A demência, geralmente, aparece associada a outras patologias, entre as quais a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson, demência vascular, doença de Huntington, lesões cerebrais traumáticas, tumores, perturbações infecciosas (e.g., HIV, Sífilis), perturbações endócrinas (e.g., hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoglicemia), deficiências de vitaminas, doenças neurológicas (e.g., esclerose múltipla) e doenças hepáticas e metabólicas (Santana, 2005). A demência de Alzheimer e a demência vascular são as perturbações com maior taxa de prevalência. A primeira representa entre 60% a 70% dos casos totais de demência, e a segunda 20% a 30% (Nunes, 2005).

Tal como anteriormente referido, a memória é um dos principais indicadores da presença de demência, pois é uma função psicológica que está intimamente ligada a todas as atividades diárias do ser humano. As primeiras alterações de memória

refletem-se na dificuldade de aprendizagem de novas informações, esquecimentos de acontecimentos recentes e de tarefas a realizar, bem como do lugar onde se encontram (Netto, 2002). Em alguns casos a capacidade de evocar memórias mais antigas mantém-se, mas, o doente tem consciência das suas dificuldades o que o leva a adotar mecanismos de evitamento ou de compensação para colmatar esta falha (Sequeira, 2010).

O comprometimento da memória cria dificuldades para o doente realizar tarefas em simultâneo e reter nova informação relacionada com eventos do quotidiano (Fontaine, 2000). Numa fase mais avançada verifica-se o agravamento desta perturbação e o doente começa a esquecer os acontecimentos mais recentes, mesmo que estes tenham uma carga afetiva relevante (Paúl & Ribeiro, 2012).

A linguagem é outra função cognitiva que se encontra alterada em casos de demência. Esta alteração pode ocorrer na articulação e/ou fluência do discurso verbal, na capacidade de compreensão, repetição, nomeação, leitura e escrita. Com a progressão da doença, o doente começa a divagar e revela cada vez mais dificuldades em manter ou retomar o assunto inicial da conversa e o discurso torna-se mais vago e pouco preciso (Firmino, 2006). Numa fase mais avançada da demência o doente começa a utilizar um número reduzido de palavras e progressivamente vai perdendo a capacidade de comunicar verbalmente com os que o rodeiam (Sequeira, 2010).

É, ainda, frequente ocorrer uma diminuição das capacidades de concentração e de manter a atenção. Estas perturbações podem estar associadas a uma desorientação espacial e/ou temporal. A orientação temporal encontra-se comprometida desde a fase inicial da doença, mas vai-se agravando ao longo do tempo (Paúl & Ribeiro, 2012).

A tentativa de minimizar as crescentes incapacidades que vão surgindo ao longo do tempo provoca alguma ansiedade no doente, pelo que na fase inicial da doença, surgem algumas alterações de humor que se caracterizam por uma apatia

progressiva e por um desinteresse pelas atividades diárias que podem provocar sintomas depressivos. Num estágio mais avançado da doença, as perturbações de humor são mais frequentes e, grande parte das vezes, estão associadas a ataques de pânico, fobias e ansiedade. Verificam-se também alterações comportamentais que incluem o isolamento, a apatia, a irritabilidade, o desinteresse e a agressividade. No plano social, o doente procura evitar contatos porque receia ter comportamentos desadequados no convívio com familiares e amigos (Sequeira, 2010).

Numa fase posterior, o idoso começa a ter dificuldade em identificar sua própria imagem no espelho e o rosto dos familiares ou pessoas próximas, o que origina um isolamento cada vez maior num mundo com o qual não se identifica (Barreto, 2005).

Os comportamentos estereotipados (e.g., arrumar, despir, vestir, deambular) começam a ser cada vez mais frequentes e agravam-se ao final do dia. Com o evoluir da doença começam a surgir perturbações sexuais, alimentares, do sono e do controlo dos esfíncteres (Firmino, 2006).

Numa fase terminal, o doente demenciado caracteriza-se pela total dependência, mutismo, incontinência, ausência de reflexos da marcha e consequente atrofia muscular e complicações associadas à imobilidade (Sequeira, 2010).

A demência é responsável pela maior parte da institucionalização do idoso, porque a sua dependência de um cuidador implica todo um conjunto de serviços e cuidados de saúde acrescidos, que hoje em dia é difícil receber se permanecer na sua habitação (Vaz, 2009).

Com já foi referido, existem vários tipos de demências, mas tendo em conta os objetivos do trabalho apenas será aprofundada a Demência Frontotemporal.

Demência Frontotemporal

A Demência Frontotemporal reúne importantes síndromes demenciais de âmbito degenerativo e progressivo, com efeitos nos lobos frontais e temporais, presentes em ambos os hemisférios. Os seus aspetos clínicos dominantes, em variante frontal, incluem afasia progressiva não fluente e demência semântica (Hodges, Davies, & Xuereb, 2004). Esta patologia corresponde a uma síndrome caracterizada por uma degeneração seletiva ou atrofia cortical dos lobos frontais e na parte anterior dos lobos temporais, causadas por processos neuro-degenerativos (Guimarães, Fonseca, & Garrett, 2006).

Foi abordada pela primeira vez, em 1892, por Arnold Pick através da análise de dois casos caracterizados por alterações comportamentais e linguísticas. Mais tarde, Alois Alzheimer descreveu a histologia da doença e identificou o que se veio a denominar corpos de Pick, ou seja, estruturas mal definidas que se localizam na parte periférica do núcleo do hipocampo (Kertesz, 2004).

Foi a partir de uma amostra de várias centenas de doentes e da análise microscópica de sessenta cérebros que apresentavam patologia demencial, mas que não cumpriam a histologia da demência de Alzheimer, que os grupos de Lund (Suécia) e Manchester (Reino Unido) definiram os critérios clínicos para a demência frontal. Através destes estudos, estes dois grupos identificaram uma “*degenerescência frontotemporal progressiva*” a qual foi reconhecida no comportamento e na linguagem, de modo muito semelhante ao que tinha sido descrito por Arnold Pick. Todavia, em nenhum caso foram apresentadas histologicamente inclusões desta patologia (Neary, Snowden, & Mann, (2005).

Foi neste contexto – Declaração de Consenso dos Grupos de Investigação de Lund e Manchester (1994) – que foram definidos os elementos de diagnóstico clínico da Demência Frontotemporal - entre os quais se encontram alterações precoces da

personalidade, de conduta social (desinibição) e de linguagem, sendo no entanto preservada a memória e a orientação viso espacial (Tabela 1).

Tabela 1. Elementos de diagnóstico clínico da Demência Frontotemporal

| Perturbações de conduta |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Início insidioso e evolução lenta • Perda precoce da consciência pessoal e social • Perda precoce de introspeção • Sinais precoces de desinibição • Rigidez mental e inflexibilidade • Condutas estereotipadas e perseverantes • Hiper-oralidade • Distração, impulsividade e falta de persistência • Condutas de utilização, uso e exploração descontrolada dos objetos |
| Sintomas afetivos |
| <ul style="list-style-type: none"> • Depressão, ansiedade, ideação suicida, delírio • Hipocondria, preocupações somáticas estranhas • Falta de empatia • Inércia e falta de espontaneidade |
| Perturbações da linguagem |
| <ul style="list-style-type: none"> • Redução progressiva e estereotipada da linguagem • Ecolalia e perseverança • Mutismo tardio |

(Adaptado de Gustffson & Passant, 2002)

A Demência Frontotemporal embora menos frequente que a doença de Alzheimer, representa uma percentagem significativa das demências degenerativas (entre 8 e 17% dos doentes que morrem com demência antes dos 70 anos), sendo vários os estudos que apontam para uma prevalência representativa desta forma de demência no universo das demências pré-senis (Roberson, Hesse, & Rose, 2005)

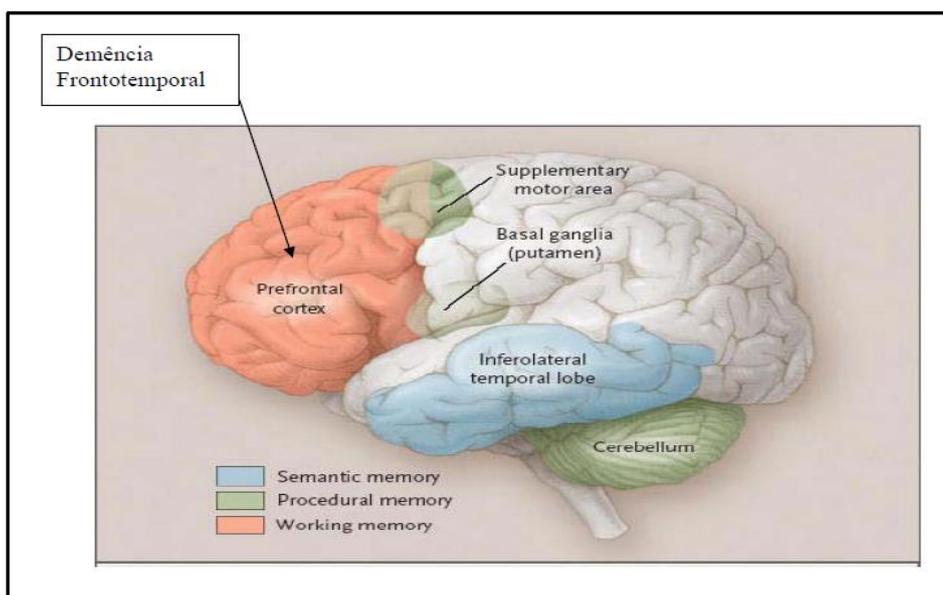
De acordo com a literatura a Demência Frontotemporal é a terceira causa mais importante de demência no grupo de doentes com menos de 65 anos, com uma prevalência semelhante à encontrada na demência vascular. Todavia, Portugal não se

sabe a prevalência deste tipo de demência, mas poderá estar sub-diagnosticada (Guimarães et al., 2006).

Como se pode verificar na Tabela 1, a Demência Frontotemporal caracteriza-se pelo seu início insidioso, progressão lenta e alteração do comportamento social, desinibição (e.g., sexualidade desenfreada, comportamento violento e impróprio, jocosidade, inquietude), perda da auto-crítica, apatia e embotamento emocional. Adicionalmente, os doentes com esta patologia podem desenvolver outros sinais ou sintomas que incluem o desleixo com a higiene pessoal, rigidez de pensamentos, inflexibilidade, hiper-oralidade, alterações do comportamento alimentar, fumo excessivo, consumo de álcool e comportamentos estereotipados (e.g., bater palmas, cantar, dançar, vestir-se, despir-se). Além destas alterações comportamentais a Demência Frontotemporal pode englobar a exploração desenfreada de objetos no ambiente, distração, impulsividade e falta de persistência (Gustffson & Passant, 2002).

Apesar de oftalmologicamente não existirem problemas, verifica-se a perda precoce da visão, devido às dificuldades de comunicação neuronal nas áreas de visão do córtex. Investigações neuropsicológicas desenvolvidas por Allegri, Harris, Serrano e Delavald (2001) revelam deterioração significativa nos testes do lobo frontal e ausência de amnésia, afasia ou distúrbio percetual severo (Figura 2).

Figura 2. Localização da Demência Frontotemporal



A sintomatologia física nas fases iniciais da patologia inclui reflexos primitivos e incontinência precoce. Com o evoluir da doença, começa a surgir acinesia, rigidez e tremor. A tensão arterial do doente tende a ser baixa e instável (The Lund and Manchester Groups, 1994).

Funções do psicólogo em gerontologia

O psicólogo clínico debruça-se sobre o estudo, pesquisa e avaliação do desenvolvimento emocional e dos processos mentais e sociais do indivíduo, grupos e instituições. Neste particular, tem como objetivo diagnosticar e avaliar distúrbios emocionais e mentais e de adaptação social, bem como acompanhar o paciente durante o processo de tratamento, no sentido de contribuir para a promoção de comportamentos e modos de vida mais saudáveis (Rodrigues, 2004). Contudo, a atuação do psicólogo clínico vai além das competências técnicas e da intervenção psicológica, pois engloba um conjunto de relações sociais, valores e papéis, que se traduzem em questões éticas e deontológicas (Reimão, 2008).

As conceções do psicólogo e as suas atividades variam consoante o *setting* terapêutico, mas existem três dimensões comuns a todos eles: (1) a avaliação e o diagnóstico; (2) a prática de terapias ou reeducação; (3) o aconselhamento e a intervenção institucional (Pedinelli, 1999).

A intervenção do psicólogo em contexto geriátrico recai, sobretudo, na melhoria e reabilitação das problemáticas psicológicas, no sentido de compreender como pode contribuir para melhorar o bem-estar dos indivíduos e a sua qualidade de vida através da intervenção psicológica (Gatchel & Oordt, 2003; Teixeira, 2004).

Uma das principais funções do psicólogo, neste contexto, é estimular os idosos institucionalizados a encontrarem um sentido para as suas experiências de vida, bem como uma forma salutar para enfrentar as implicações psicológicas que advêm do facto de viverem numa instituição (Bateman, Brown, & Pedder, 2003).

O esforço e trabalho diário do psicólogo orienta-se no sentido da concretização dos seguintes objetivos: (1) proporcionar serviços permanentes e adequados à satisfação das necessidades dos residentes; (2) contribuir para o normal desenvolvimento do processo de envelhecimento e evitar a sua degradação, prestando serviços de qualidade; (3) prestar o apoio necessário às famílias dos idosos no sentido de fortalecer a relação inter-familiar e preservar os laços afetivos; (4) prestar um acompanhamento psicossocial de qualidade que contribua para o aumento do bem-estar e do equilíbrio psicoafectivo do idoso; (5) intervir em situações de crise derivadas das patologias; (6) instruir os auxiliares de ação direta no que respeita aos procedimentos a ter com os residentes (e.g., cuidar, conversar); (7) aumentar a autonomia dos utentes ao nível das atividades de vida diárias; (8) promover o convívio social e o bom relacionamento entre residentes, profissionais e familiares (Barros, Leal, & Silva, 2013).

O papel do psicólogo é, ainda, importante para reforçar os recursos do próprio indivíduo para a preservação da saúde mental, estimular a sua participação em

atividades educacionais e sociais, incentivar a criação de novos interesses e apoiar a participação em atividades que estimulem a criatividade, a sociabilidade e a participação comunitária. Estas atividades contribuem, em larga escala, para a realização de metas pessoais e a atribuição de um sentido pessoal a esta nova fase das suas vidas (Correa, Ferreira, Ferreira & Banhato, 2012).

Em contexto geriátrico, uma das preocupações do psicólogo deve ser encontrar as soluções que melhor respondam às necessidades dos idosos, tendo sempre em conta os aspetos diferenciados das suas personalidades. Neste particular, é importante, criar um clima de confiança e segurança emocional com o idoso, apoiando-o e encorajando-o a conservar uma imagem positiva de si próprio. Falar sobre o passado é muito mais do que recordar, é vivenciar as experiências duas vezes, pelo que a utilização de técnicas de reminiscência, poderá permitir ao idoso experimentar emoções positivas que lhe podem ser muito úteis no futuro. Este processo tem uma função importante na adaptação à nova realidade e na anuência de ter que conviver com a sua doença. Destaca-se, ainda, a necessidade de encorajar e estimular os residentes a manter as relações sociais, em particular com a família mais próxima, pois o suporte social tem um papel extremamente importante para o idoso, ainda para mais quando se encontra institucionalizado (Amatuzzi, 2001).

Embora, esta população apresente características comuns e universais, cada caso é singular e único, pelo que deve ser cuidadosamente compreendido e avaliado. Deste modo é essencial existir uma relação de ajuda, autenticidade, empatia e comunicação e acima de tudo, respeito e consideração pela pessoa (Belém, 2004)

O psicólogo deverá ser capaz de minimizar o sofrimento do paciente e dos seus familiares, sendo por isso, primordial acompanhar a evolução do paciente no que diz respeito aos aspetos emocionais que advêm da sua patologia (Correa et al., 2012).

Ética e deontologia profissional

O reconhecimento da relevância da ética profissional tem vindo a ser acompanhado pela propagação de documentos normativos e pelo desenvolvimento de códigos de conduta para todas as áreas científicas, estando as questões deontológicas presentes em todas as dimensões do conhecimento, entre as quais a psicologia (Francis, 2004).

Segundo Reimão (2008) é a ética enquanto fundamento dos princípios morais, a deontologia (regras e deveres profissionais) e a legislação vigente que condicionam e influenciam a atividade do psicólogo.

De um ponto de vista prático, as situações concretas em que a psicologia clínica é exercida convidam o psicólogo a refletir sobre alguns direitos fundamentais e a questionar a forma como se tratam socialmente os doentes. Do ponto de vista teórico, o psicólogo clínico interessa-se particularmente pela origem do sentimento moral e pela ética pessoal. Outro aspeto importante prende-se com a natureza legislativa, pois a familiaridade com a lei permite evitar erros que poderiam ser prejudiciais tanto para os pacientes como para o psicólogo (Alonso, 2006).

Como anteriormente referido, todas as profissões se regem por um código ético e deontológico, a partir do qual o profissional baseia e direciona a sua conduta. Em Portugal, este documento foi criado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), de acordo com a Lei nº 57/2008, de 4 de setembro. Neste particular, os psicólogos clínicos regem-se pelos seguintes princípios gerais: (a) atuar com independência e isenção profissional; (b) prestigiar e dignificar a profissão; (c) colocar a sua capacidade ao serviço do interesse público; (d) empenhar-se no estabelecimento de uma dinâmica de cooperação social com o objetivo de melhorar o bem-estar individual e coletivo; (e) defender e fazer defender o sigilo profissional; (f) exigir aos seus membros e colaboradores o respeito pela confidencialidade; (g) utilizar os instrumentos científicos

adequados ao rigor exigido na prática da sua profissão; (h) conhecer e agir com respeito pelos preceitos legais e regulamentares; (i) e respeitar as normas de incompatibilidade que decorram da lei. Estes princípios gerais têm como objetivo orientar e inspirar os profissionais para uma conduta que compreende o respeito pela dignidade e direitos da pessoa, competência, responsabilidade, integridade, beneficência e não maleficência (OPP, 2011).

Segundo o Regulamento nº 258/2011, de 20 de abril, os psicólogos, no contexto da sua atividade, devem honrar os seguintes princípios específicos: (a) consentimento informado; (b) privacidade e confidencialidade; (c) relações profissionais; (d) avaliação psicológica; (e) prática e intervenção psicológica; (f) ensino; (g) formação e supervisão psicológicas; (h) investigação; (i) e declarações públicas (OPP, 2011).

O propósito da ética é orientar os psicólogos para elevados padrões profissionais. Neste sentido, é indispensável respeitar os seguintes deveres gerais: (a) abster-se de sancionar documentos ou de fazer declarações que indevidamente resultem em favorecimento próprio ou de outrem; (b) evitar a deturpação da interpretação do conteúdo explícito ou implícito, de documentos de apoio técnico ao exercício da profissão, com intuito de iludir a boa-fé de outrem; (c) defender os princípios da ética da profissão, recusando colaborar ou participar em qualquer serviço ou empreendimento que julgue ferir esses princípios; (d) exercer a sua atividade em áreas dentro da psicologia para as quais tenha recebido formação específica; (e) recusar quaisquer interferências no exercício da sua atividade que ponham em causa aspetos técnico-científicos ou éticos do exercício profissional, sejam quais forem as suas funções e dependências hierárquicas ou o local onde exerce a sua atividade; (f) abster-se de utilizar materiais específicos da profissão para os quais não tenha recebido formação, que saiba desatualizados ou que sejam desadequados ao contexto de aplicação (OPP, 2011).

As exigências da ética profissional assentam sobre qualidades atitudinais e valorativas que resultam da responsabilidade, honestidade, autenticidade e sentido de justiça. Neste particular, rege-se por três princípios fundamentais: (1) o princípio da beneficência segundo o qual qualquer atividade profissional está orientada para conseguir um fim ou bem constitutivo e proporcionar um serviço competente e responsável ao cliente; (2) o princípio do respeito pela pessoa, no que se refere à sua dignidade, aos seus direitos e ao seu consentimento; (3) e o princípio da justiça que postula que tanto o profissional como o cliente estão num contexto social (público ou privado) em que as prioridades e os recursos devem ser determinados e distribuídos justamente (Reimão, 2008).

Modelos e técnicas de intervenção

A prática terapêutica, independentemente da sua orientação teórica, tem como objetivo o alívio dos sintomas, o restabelecimento do equilíbrio psicológico, a diminuição ou eliminação de um estado patológico e a melhoria do bem-estar dos indivíduos. É uma intervenção que visa a mudança, pelo que cada modelo tem uma teoria de base que ajuda a perceber a formação da personalidade, a psicopatologia e a forma de intervir (Cordioli, 2008; Leal, 2005). No entanto, devido à multiplicidade dos quadros teóricos, e tendo em conta os objetivos do trabalho, apenas será abordado o Modelo de Orientação Humanista.

Perspetiva humanista no modelo de intervenção

A perspetiva humanista surgiu no início dos anos 60, como uma proposta alternativa às tendências deterministas e fragmentadoras da psicanálise e do *behaviorismo*, tendo sido apelidada de “*terceira força*”. As principais características distintivas desta abordagem derivam do seu compromisso com a valorização do

crescimento pessoal, nomeadamente: (1) o enfoque dos aspetos mais “elevados”, mais desenvolvidos e mais saudáveis da experiência humana e o seu desenvolvimento, encontram-se entre eles, a criatividade e a tolerância; (2) a valorização da experiência subjetiva do indivíduo; (3) enfatizar mais o presente do que o passado ou o futuro; (4) sublinhar que cada indivíduo é responsável pelo que acontece na sua própria vida e que não existem condições passadas que pré-determinem o presente; (5) procurar aplicar as suas descobertas ao aprimoramento da condição humana mudando o meio no qual as pessoas se desenvolvem; (6) e pressupõe que quando são proporcionadas as condições apropriadas, os indivíduos se desenvolvem favoravelmente (Cloninger, 2003).

A corrente humanista dá especial importância ao ser humano, considerando-o o centro da sua própria existência. Centra-se na construção que o paciente faz de si próprio e em vez de se debruçar sobre os sintomas, os sinais e os comportamentos, tenta compreender o paciente a partir da sua história singular, como pessoa única e original. Enfatiza o valor da relação humana e considera o terapeuta um facilitador do crescimento pessoal, defendendo que todo o ser humano tem uma tendência intrínseca para a atualização (Greenberg & Rice, 1997; Leal, 2005).

Segundo Yalom (2000) o papel do terapeuta não é tratar, nem ensinar, mas sim remover obstáculos, porque as pessoas só não dão o seu melhor porque há fatores que a impedem. O principal objetivo deste modelo de terapia é que a pessoa se aceite como é, no momento atual, no aqui e agora.

O modelo humanista enfatiza a comunicação, o relacionamento interpessoal, os sentimentos, as emoções e o *self* em processo de crescimento de aceitação de si. Mais que um conjunto de técnicas é uma filosofia, que inclui objetivos de colaboração, democratização e flexibilidade, empatia, encontro e partilha. Defende uma abordagem holística que ofereça as condições psicológicas adequadas para que a pessoa possa desenvolver todo o seu potencial de crescimento (Bezerra & Bezerra, 2012).

A psicologia humanista defende uma visão globalizante do ser humano, enfatizando a vivência das emoções, a subjetividade, a intuição e as potencialidades. Provavelmente como resultado da exacerbação do sentimento, da vivência e da experientiação, adotadas como métodos de trabalho, ela foi duramente acusada de irresponsável e teoricamente vazia (Moreira, 2009). Segundo Fonseca (1998), essas críticas acabaram por ser positivas, porque deram origem a novos estudos dentro do movimento humanista que vieram esclarecer e fortalecer a sua fundamentação.

Esta corrente psicológica teve uma forte influência das filosofias existenciais e da fenomenologia. Assim, *“assume e propõe a inevitabilidade da adoção de um modelo de homem, ou seja, uma concepção filosófica da natureza humana, como ponto de partida e princípio norteador de qualquer projeto de construção psicológica”* (Boainain, 1998, p. 31).

Para os humanistas a relação terapêutica é uma partilha de tempo, de percursos e ideias, em que o terapeuta quer descobrir a pessoa no seu todo, tal como ela é e como se quer mostrar. Segundo este modelo, uma personalidade saudável deve incluir: o viver momento-a-momento, o potencial para a aprendizagem e para o crescimento, a ênfase na criatividade, a orientação para o futuro, a interação pessoa-meio (visão ecológica), a pessoa em contexto (autonomia e individualismo) e as realidades pessoais (Rosa & Kahhale, 2002).

Os fundamentos da teoria humanista têm por base a aceitação incondicional, a empatia, a reflexão, a auto-atualização, a congruência, a clarificação e a validação. Deste modo os fatores terapêuticos de mudança incluem a responsabilização de si, a vontade própria e a procura de significado (Haber, 2006).

Desta perspetiva decorre a ideia de que a terapia apenas facilita um processo de mudança espontânea que tem origem na pessoa. Esta facilitação de mudança traz ao cliente modificações relativamente estáveis, nomeadamente: (1) um estado de congruência superior, que o torna mais aberto à experiência; (2) perceções mais

realistas, diferenciadas e objetivas no que concerne ao mundo envolvente e no que diz respeito ao seu *Eu ideal* (conjunto de características que o indivíduo desejaria proclamar como suas); (3) o sujeito flexibiliza-se e por isso torna-se mais criativo, adaptável e com maior capacidade para resolver os seus problemas; (4) em consequência deste acordo entre o *Eu* e o *Eu ideal* e entre o *Eu* e a experiência, os níveis de tensão física e psíquica diminuem; (5) a consideração positiva em relação a si próprio aumenta, pelo que o sujeito se apercebe, cada vez mais, como centro de avaliação, isto é, o indivíduo passa a considerar-se a si mesmo, como fonte de experiência; (6) a amplitude e a variabilidade comportamentais aumentam e o indivíduo sente-se mais competente a este nível (Leal, 2005).

Carl Rogers e a Terapia Centrada na Pessoa

Carl Rogers foi um dos principais porta-vozes da visão humanista no campo da psicologia e foi nesse contexto que desenvolveu uma teoria em que a pessoa é motivada pela tendência à realização, ou seja, a pessoa procura ativamente o seu desenvolvimento, em vez de passivamente deixar que o mesmo seja determinado por forças externas. Neste âmbito, descreveu as características da pessoa saudável, a que chamou de *pessoa em pleno funcionamento*, e foi assim que surgiu a denominada Terapia Centrada na Pessoa (Amatuzzi, Cury, Graetz, Belatini, Andrade, & Seber, 2002; Cloninger, 2003).

A sua abordagem enfatiza três fatores que contribuem para o sucesso terapêutico: a consideração positiva incondicional, a congruência e a compreensão empática. Ao especificar os seus constructos teóricos, para que pudessem ser medidos, permitiu a verificação empírica da sua teoria, tendo ele próprio realizado pesquisas que visavam a confirmação dos fundamentos do processo terapêutico (Tabela 2).

Tabela 2. Condições necessárias e suficientes para o processo terapêutico

-
1. Duas pessoas em contato psicológico.
 2. A primeira - o cliente - acha-se em estado de incongruência e mostra-se vulnerável ou ansioso.
 3. A segunda pessoa - o terapeuta - é congruente ou integrado na relação.
 4. O terapeuta sente uma consideração positiva incondicional pelo cliente.
 5. O terapeuta sente uma compreensão empática do quadro de referências interno do cliente e empenha-se em comunicar-lhe esse sentimento.
 6. A comunicação da compreensão empática do terapeuta ao cliente e a sua consideração positiva incondicional é alcançada minimamente.
-

(Adaptado de Cloninger, 2003)

A capacidade que o terapeuta tem para se colocar no lugar do outro, sem deixar de ser quem é, fomenta a interação; a congruência permite-lhe ser autêntico e genuíno em relação aos sentimentos que demonstra pela pessoa que o procura; e a consideração positiva incondicional ajuda outro a aceitar-se como é, o que não significa que o terapeuta concorde com o paciente. A conjugação destes elementos facilita o processo terapêutico e promove a mudança (Rogers & Stevens, 1992).

Rogers (1991, p. 145) defende que *“só se pode compreender adequadamente um pensamento quando se conhece algo do contexto cultural e pessoal em que este tem a sua origem”*.

Esta abordagem tem como objetivo oferecer as condições psicológicas adequadas (aceitação-empatia-congruência) para que a pessoa possa desenvolver todo o seu potencial de crescimento, pois o comportamento humano é o resultado automático dos estímulos recebidos (Barros et al., 2013).

Rogers concebe o homem como um ser livre e com um enorme potencial, sendo por isso capaz de decidir a sua vida. O autor defende que todo o ser humano possui uma capacidade natural para se autodirigir e colmatar as suas necessidades, porque a tendência inata da evolução humana é a atualização constante. Acrescenta,

ainda, que as pessoas são naturalmente boas e dotadas de capacidades para se desenvolverem positivamente e considera que são as condições externas desfavoráveis que as corrompem e adoecem. Deste modo, defende que sob condições favoráveis, isto é, sem entraves psicológicos graves, o indivíduo consegue alcançar o máximo das suas potencialidades (Rogers, 1991).

Outro conceito, muito importante na teoria rogeriana é a criatividade, a qual é considerada um ingrediente indispensável para a pessoa saudável. Segundo Rogers cada pessoa é única e só existe uma vez pelo que é fundamental que recorra ao seu potencial criativo para crescer e lidar com a novidade, com aquilo que ainda não aprendeu. As atividades de criação permitem que a pessoa desenvolva esse potencial criativo e que o aplique a tudo, ao longo da sua vida (Frota, 2012).

O trabalho de Rogers pode ser dividido em quatro fases distintas, mas interligadas entre si. A primeira fase – *não diretiva* – enfatiza o respeito pelo outro, a importância da relação com o cliente para além de sua sintomatologia e a expressão emocional através do próprio corpo e não apenas do conteúdo verbal. O terapeuta procura uma relação genuína, empática, isenta de interpretações e julgamentos e adota uma postura de consideração positiva incondicional dirigida ao cliente (Fonseca, 1998).

A fase *reflexiva*, ainda, centrada no cliente, coloca como única possibilidade expressiva do terapeuta, respostas de apoio e compreensão ao que é apresentado. Com o tempo, o terapeuta deixa de enfatizar a pessoa, como centro da relação e começa a estabelecer um campo interativo entre a dupla (Moreira, 2010). Esta postura caracteriza a fase *experencial* da terapia rogeriana. Nesta nova etapa, terapeuta e cliente fazem parte do processo. Segundo Boainain (1998, p. 85) “*este novo centrar-se, focalizando a experiência do terapeuta, alternativo à anterior unilateralidade do centrar-se no cliente, descortinou toda uma ampla gama de possibilidades expressivas para o terapeuta e veio tornar a terapia rogeriana muito mais bi-centrada*”.

A quarta e última etapa da terapia rogeriana – *fase coletiva* – enfatiza o movimento dos grandes grupos e revela um Rogers profundamente envolvido na formação de novos terapeutas, enriquecendo, assim, a prática da abordagem humanista (Frota, 2012).

Terapia da Validação

O aumento significativo da incidência de patologias demenciais que se tem verificado nos últimos tempos, reforça a necessidade de intervenções funcionais, que ajudem, tanto os pacientes como os seus cuidadores a alcançarem níveis de vida mais satisfatórios e a restaurarem a dignidade e auto-estima muitas vezes perdida. E á medida que a severidade da demência aumenta é cada vez mais difícil conseguir comunicar e alcançar o “*mundo*” em que estes idosos vivem (Benjamin, 1999). É neste contexto que emerge a Terapia da Validação, direcionada especialmente para idosos que se encontram em estados avançados de demência e que apresentam níveis elevados de desorientação (Fine & Rouse-Bane, 1995)

Criada e desenvolvida por Feil (1992) no início da década de sessenta do século XX, a Terapia da Validação surge devido à crescente insatisfação com os resultados que a Terapia de Orientação para a Realidade, suscitava nos idosos desorientados, nomeadamente, sentimentos de revolta e angústia. A autora refere que, a orientação para a realidade, gera grande sofrimento nestes sujeitos e poucos ganhos terapêuticos, pelo que se torna mais importante e benéfico validar os seus sentimentos e emoções.

A Terapia da Validação tem as suas bases concetuais no modelo humanista e em particular na abordagem centrada na pessoa de Rogers. Neste sentido, valoriza a promoção da dignidade, o respeito pela individualidade, a aceitação da realidade experienciada sem julgar ou criticar e essencialmente a validação de emoções e

sentimentos (Feil, 2010). Esta terapia parte do pressuposto de que as funções cognitivas dos idosos desorientados, em consequência dos seus estados demenciais, foram progressivamente dando lugar a memórias emocionais, de fases anteriores do seu ciclo de vida. Deste modo, é comum encontrar pacientes que apresentem comportamentos infantis ou que se refiram a pessoas e acontecimentos do passado como sendo atuais, pelo que é extremamente importante respeitar e validar a realidade vivenciada pelos sujeitos, mesmo que esta não corresponda à dimensão temporal atual. O objetivo primordial desta terapia é ajudar os idosos, que se encontram em estados de desorientação, a sentirem-se o mais felizes possível, tal como são e com a vida que têm (Day, 1997).

As técnicas de validação partem do princípio de que todo o comportamento tem significado, mesmo nos casos em que a capacidade cognitiva está mais enfraquecida, pois os sentimentos e conteúdos-base mantêm-se. Esta abordagem tem como objetivo primordial que o idoso admita a sua realidade e se aceite tal como se encontra naquele momento. Através da estimulação da comunicação verbal e não-verbal, o terapeuta estimula o idoso a resolver os seus conflitos interiores face a situações passadas, ajudando-o a alcançar sentimentos de dignidade e bem-estar (Benjamin, 1999).

De acordo com a literatura (e.g., Bleathman & Morton, 1992; Day, 1997; Feil, 1995) esta intervenção revela melhorias importantes no comportamento desta população, nomeadamente: o aumento das capacidades verbais e sociais, diminuição da incontinência e maior consciência da realidade externa.

A Terapia da Validação postula que: (1) é essencial atender às idiossincrasias de cada indivíduo e respeitar a sua unicidade; (2) as pessoas devem ser aceites tal como são, pelo que se deve dar a oportunidade de expressarem as suas necessidades, sem emitir juízos de valor; (3) a empatia edifica a verdade, reduz a ansiedade e restaura a dignidade; (4) a escuta genuína reconhece e valida a

expressão de sentimentos dolorosos e possibilita o seu esbatimento; (5) é fundamental conhecer a história de vida da pessoa, pois só assim se torna possível interpretar o sentido e a simbologia de determinados comportamentos e os sentimentos despoletados; (6) é fundamental que as pessoas sintam que são ouvidas e respeitadas, que são úteis e valiosas, e acima de tudo que se sintam amadas e integradas; (7) é essencial fomentar a estimulação sensorial, o contacto físico e a possibilidade de expressar sentimentos (Hackman, Tomlinson, Mehrez, & Mackereth, 2013).

A prática da Terapia da Validação implica duas etapas essenciais: (1) a identificação do estágio de desorientação em que se encontra a pessoa; (2) a escolha das técnicas de validação adequadas às características inerentes ao estágio de desorientação identificado (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização dos quatro estádios de desorientação

| Estádio 1: Confusão Moderada | |
|--------------------------------------|---|
| Comportamentos | Agarra-se a objetos pessoais; acusa outros |
| Manifestações Físicas | Tensão física; olhos contraídos |
| Manifestações Verbais | Ásperas e desagradáveis; lamentações |
| Manifestações Emocionais/Cognitivas | Sente-se ameaçado; nega sentimentos |
| Estádio 2: Confusão Temporal | |
| Comportamentos | Comete recorrentemente erros de identificação |
| Manifestações Físicas | Movimentos relaxados; olhos não focados e brilhantes |
| Manifestações Verbais | O tópico é pouco claro; os tempos verbais variam; as palavras são vagas |
| Manifestações Emocionais/Cognitivas | Desinibição emocional; confusão em relação ao tempo, pessoa e espaço; transfere as recordações e sentimentos do passado por situações presentes |
| Estádio 3: Movimento Perpétuo | |
| Comportamentos | Movimenta-se estereotipada e repetidamente; geme |
| Manifestações Físicas | Postura encurvada; sem consciência da incontinência; olhos geralmente fechados; repete sons e movimentos da infância |
| Manifestações Verbais | Lentas; repetição verbal |
| Manifestações Emocionais/Cognitivas | Desinibição emocional; os símbolos universais tornam-se mais significativos |
| Estádio 4: Vegetação | |
| Comportamentos | Sem movimento; posição fetal |
| Manifestações Físicas | Flacidez; poucos movimentos; olhos fechados; falta de expressão facial |
| Manifestações Verbais | Inexistentes |
| Manifestações Emocionais/Cognitivas | Difícil avaliação |

(Adaptado de Benjamin, 1999)

A passagem gradual do estágio 1 ao 4 descreve uma progressiva transformação do foco externo da Terapia da Validação para o interno, decorrente de uma crescente deterioração, o que se traduz numa dificuldade cada vez maior de estabelecer contacto.

Segundo Feil (2010), a Terapia da Validação promove mudanças significativas no comportamento dos idosos demenciados e apesar destas acontecerem a um ritmo lento e de oscilarem ao longo dos dias, ocorrem efetivamente. Os principais resultados observados incluem uma postura corporal mais vertical, o estabelecimento de um contacto visual mais duradouro, maior controlo social, menor manifestação de comportamentos de choro e de irritação, mais comunicação verbal e não-verbal, menos ansiedade e um aumento da auto-estima.

Terapia da Reminiscência

O conceito de reminiscência foi utilizado pela primeira vez por Butler (1963) que o descreveu como um processo mental natural que permite aos idosos falar sobre os seus conflitos e experiências vividas. No entanto, o seu desenvolvimento como técnica de intervenção terapêutica na demência ocorreu anos mais tarde, com os trabalhos de Woods (1992; cit. por Woods, Spector, Jones, Orrell, & Davies, 2005).

A reminiscência é um processo inerente a todos os seres humanos e consiste na recordação de experiências ou factos, aos quais são associadas sensações de dor ou prazer (Haight, Bachman, Hendrix, Wagner, Meeks, & Johnson, 2003). E apesar de não ser exclusiva a uma etapa específica da vida, torna-se gradualmente mais presente à medida que as pessoas envelhecem, uma vez que consiste na análise do percurso de vida (Cappeliez, O'Rourke, & Chaudhury, 2005). A reminiscência, utilizada como técnica de evocação guiada, pode servir diferentes propósitos, consoante as características da população a que se destina. Assim, na intervenção com idosos, pode ser utilizada para fomentar a adaptação a novos contextos, promover a auto-estima, aumentar o bem-estar e a satisfação com a vida (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers, & Smit, 2007). Recordar situações vividas permite analisar o passado e compreender as mudanças, sendo por isso, essencial para o terapeuta conseguir

captar o sentido de vida do idoso e compreender melhor determinados comportamentos e sentimentos (Puyenbroeck & Maes, 2005).

A Terapia da Reminiscência pode ser realizada individualmente ou em grupo, sendo os doentes estimulados a falar sobre a sua experiência de vida. Para facilitar esta tarefa, por vezes, recorre-se a fotografias, vídeos, música, livros, revistas e/ou jornais (Elford, Wilson, McKee, Chung, Bolton, & Goudie, 2005).

Estudos desenvolvidos por Nakash e Brody (2006) referem a existência de diferenças entre homens e mulheres no que se refere à evocação de memórias do seu passado. Enquanto os homens pensam sobre o seu passado como meio de escapar ao presente, as mulheres fazem-no para compreenderem e resolverem os seus problemas atuais (Bryant, Smart, & King, 2005).

A Terapia da Reminiscência incide sobre a estimulação da memória remota, que se mantém intacta até estádios muito avançados das demências degenerativas (Gonçalves, Albuquerque, & Martin, 2008). A preservação da memória antiga permite ao indivíduo recordar e desenvolver à volta dessa recordação assuntos que são benéficos para o seu bem-estar. Neste particular, o psicólogo deverá recorrer a técnicas estratégicas bem definidas, que ajudem o paciente a subtrair as recordações que possam ser dolorosas em prol das que lhe trazem gratificação (Bohlmeijer et al., 2007).

Os resultados positivos podem ser explicados pela ausência de aprendizagem de estratégias, isto é, os participantes fazem o que sempre fizeram, falar sobre passado, com a mesma linguagem que utilizavam anteriormente e sobre um tópico que conhecem bem: a sua vida (Hanaoka & Okamura, 2004).

Ao utilizar a Terapia da Reminiscência com pacientes idosos, Knight (2004) alerta-nos para quatro pontos essenciais a ter em conta, nomeadamente: (1) em que momento da terapia se deve utilizar esta técnica; (2) o modo mais eficaz para realizar

a história de vida; (3) o papel do terapeuta neste processo; (4) e de que modo irá continuar a terapia após a efetivação da história de vida.

De um modo geral, é possível observar, que os investigadores (e.g., Bohlmeijer et al., 2007; Hanaoka & Okamura, 2004; Lin, Dal, & Hwang, 2003) que empregam técnicas de reminiscência com os seus clientes idosos são unânimes ao considerar que a eficácia da sua utilização depende, de modo considerável, de quatro fatores interdependentes entre si: (1) da contemplação das especificidades de cada participante; (2) do estabelecimento de objetivos específicos e realistas, a curto e médio prazo; (3) da adaptação dos materiais utilizados aos contextos de trabalho; (4) e da definição criteriosa das estratégias de desenvolvimento e avaliação de resultados.

Para testar a eficácia da Terapia da Reminiscência, Baines, Saxby e Ehler (1987) realizaram um estudo com dois grupos de idosos demenciados. Apenas um dos grupos foi submetido a esta terapia. Os resultados demonstram que apesar de se verificar uma pequena melhoria no grupo sujeito à Terapia da Reminiscência, não existem diferenças significativas ao nível da cognição e do comportamento. Por outro lado, Lopes, Afonso e Ribeiro (2014) referem que quando a intervenção inclui tópicos como a família, memórias precoces, alimentos ou músicas, se verifica uma ligeira melhoria a nível cognitivo. Todavia, não se encontram diferenças no aspeto comportamental. Segundo os mesmos autores as melhorias obtidas com a intervenção acabam por se perder ao fim de cinco semanas.

Morton e Bleathman (1991) realizaram um estudo comparativo que pretendeu avaliar os níveis de comportamento, comunicação e humor em função da terapia utilizada na intervenção com idosos demenciados – Terapia da Validação *versus* Terapia da Reminiscência. Este estudo teve a duração de 40 semanas e contou com a participação de 5 sujeitos demenciados e com níveis de deterioração semelhantes. A análise dos dados revelou um aumento significativo da interação verbal em três dos sujeitos durante a Terapia da Validação, com um subsequente declínio durante a

Terapia da Reminiscência. Contudo, os outros dois sujeitos apresentaram um resultado inverso. Perante o exposto, podemos concluir que não existe uma terapia ideal que possa ser aplicada a todos os sujeitos, pois cada pessoa é pessoa única e original e a intervenção tem que ser feita a partir da sua história singular.

Objetivos propostos

O estágio académico é parte integrante do 2º ano do mestrado em Psicologia Clínica, e visa proporcionar ao futuro psicólogo o desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, num processo dinâmico e interpessoal sob supervisão direta de um orientador. O estágio na Casa Romana decorrerá entre setembro de 2013 e junho de 2014 e terá os seguintes objetivos:

- Acompanhar individualmente os doentes institucionalizados;
- Dinamizar atividades terapêuticas de reabilitação psicossocial;
- Promover a participação social do idoso;
- Estimular o funcionamento físico e cognitivo;
- Promover a comunicação e a expressão pessoal;
- Participar em reuniões da equipa multidisciplinar.

Enquadramento metodológico

Participantes

A avaliação e intervenção psicológica foram feitas a sete pacientes com idades compreendidas entre os 56 e os 86 anos, sendo 71% do sexo feminino. Outro aspeto que importa referir é que todos os pacientes são portadores de síndromes demenciais neurodegenerativas. De forma a dar a conhecer os pacientes atendidos, será feita uma breve caracterização dos mesmos (Tabela 4). Com o intuito de proteger a identidade e privacidade dos participantes, foram atribuídos nomes fictícios aos mesmos.

Tabela 4. Caracterização dos pacientes atendidos

| Nome | Idade | Motivo do internamento | Diagnóstico | Duração da doença |
|--------|---------|---|--|---------------------|
| Ana | 56 anos | Aliviar a sintomatologia provocada pelo desmame programado pela neurologista, que lhe provocou grande ansiedade | Demência de Alzheimer | 8 anos |
| José | 78 anos | Tentativa de suicídio provocada pela administração de neurolépticos | Demência com Corpos de Lewy | 12 anos |
| Hugo | 79 anos | Comportamentos de auto-mutilação e agressividade | Demência Frontotemporal | 7 anos |
| Inês | 79 anos | Inexistência de cuidadores no domicílio; é solteira e não tem filhos | Perturbação Bipolar I concomitante com Demência Frontotemporal | 10 anos |
| Rute | 81 anos | Inexistência de cuidadores no domicílio devido à carreira diplomática do filho | Demência Frontotemporal de predomínio frontal | 10 anos |
| Teresa | 86 anos | Comportamentos alterados que não lhe permitiam permanecer no domicílio | Demência Frontotemporal | 7 anos |
| Rita | 86 anos | Convulsão tónico clónica generalizada que originou um internamento hospitalar | Demência Frontotemporal | Tempo indeterminado |

Ana entrou na Casa Romana, a 12 de maio de 2013, por vontade do marido e dos filhos que não concordavam com as terapias usadas na instituição onde a

paciente se encontrava anteriormente e onde permaneceu durante 6 meses. Foram efetuadas 10 sessões com o objetivo terapêutico de aliviar a sintomatologia provocada pelo desmame programado pela neurologista, o qual lhe criou um quadro de grande ansiedade. Esta ansiedade era observável na deambulação permanente, maneirismos e num mutismo total. Devido à medicação que fazia tinha um sono irregular, grande fluxo urinário e obstipação.

José ingressou na Casa Romana, há oito anos e meio, após duas tentativas de suicídio provocadas pela administração de neurolépticos (Tercian) dos quais já fez o desmame. Com o objetivo de melhorar o estado apático (depressivo) em que se encontrava foram efetuadas 12 sessões. Foi ainda, feita uma estimulação do sistema de marcha através da utilização da noradrenalina em detrimento da dopamina (minimizar o efeito cola).

Hugo reside na Casa Romana, desde abril de 2013, devido a comportamentos de automutilação e agressividade que não lhe permitem estar em casa. Com o objetivo de alterar esses comportamentos para que o neurologista lhe pudesse diminuir a medicação (Seroquel) que lhe provoca obstipação grave e borborismos, foram efetuadas 8 sessões.

Inês vive na Casa Romana há cinco anos porque como é solteira e não tem filhos, não tem quem cuide dela. Visando a diminuição dos episódios de euforia e as ideações fixas próprias da Demência Frontotemporal, foram realizadas 12 sessões, que lhe permitiram restabelecer o equilíbrio. Os resultados alcançados permitiram que a neurologista lhe diminuísse a medicação (Zyprexa) que lhe estava a comprometer a marcha.

Rute está internada na Casa Romana, há quatro anos, devido à carreira diplomática do filho, que não permite acompanhar convenientemente a evolução da patologia da mãe. Foram realizadas 8 sessões com o objetivo de promover a interação e o abandono do bruxismo que pratica. Esta doente tem no seu histórico clínico um internamento hospitalar por convulsão tónico clónico generalizada.

Os casos da Teresa e da Rita serão descritos detalhadamente no ponto seguinte. A escolha destes casos prende-se com a pertinência dos mesmos e devido à entrada recente das duas pacientes na Casa Romana, que coincidiu com o início do estágio, o que permitiu que o estagiário as acompanhasse durante o seu processo de adaptação.

Procedimento

Após a integração do estagiário na instituição e delimitados os objetivos foram atribuídos os primeiros casos. Todos os pacientes tiveram conhecimento prévio, que seriam atendidos por um psicólogo clínico estagiário.

Para uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido será feito um resumo dos procedimentos realizados a partir do momento de entrada do paciente na instituição.

Antes da admissão do doente na instituição, o diretor clínico (psicólogo) tem uma entrevista com o cuidador. Este primeiro contacto tem como objetivo perceber qual o grau de dependência em que se encontra o paciente e a recolha de dados acerca dos seus comportamentos, hábitos de vida e preferências antes e depois de se verificarem perturbações nas funções cognitivas. É, ainda, importante perceber qual o conhecimento que o cuidador tem sobre a doença, a sua evolução e/ou formas de prevenção.

Após a admissão é feita uma primeira consulta em que estão presentes: o doente, o cuidador, o médico internista, o diretor clínico e a psicóloga. Depois de consultado, o paciente sai do consultório acompanhado pela psicóloga. Este procedimento tem como finalidade aferir as respostas dadas pelo doente e solicitar os exames complementares de diagnóstico, caso existam.

Numa segunda fase, a equipa clínica reúne-se para avaliar cuidadosamente o processo e esclarecer as problemáticas apresentadas. Após a integração do paciente na instituição são solicitados exames complementares de diagnóstico e realizados os primeiros testes de avaliação neuropsicológica. Só depois desta avaliação é que começam as sessões terapêuticas.

Para cada doente, são planeadas sessões individuais de 50 a 60 minutos, com uma periodicidade semanal e com recurso às Terapias da Validação e da Reminiscência. Os primeiros 15 minutos de cada sessão são dedicados ao estabelecimento da relação empática com o paciente. Em todas as sessões são patenteados os pressupostos comuns às duas técnicas terapêuticas de intervenção psicológica para patologias demenciais.

As tarefas realizadas espelham de forma simétrica as capacidades de comunicação e enfatizam o aspeto afetivo que deverá ser demonstrado através de manifestações verbais e não-verbais e em sentimentos de bem-estar, nomeadamente: sorriso, contacto físico e visual e comentários positivos.

Outras atividades desenvolvidas

Paralelamente a todo o trabalho inerente à intervenção clínica (e.g., consultas, transcrição e análise das sessões, avaliações psicológicas) foram realizadas reuniões de supervisão semanais de grupo, todas quintas-feiras, com a duração de 3 horas. Estas reuniões, no âmbito do estágio, permitem a análise das sessões

psicoterapêuticas, onde se discutem as hipóteses diagnósticas, o diagnóstico diferencial, as metas psicoterapêuticas, as técnicas utilizadas e acima de tudo a aquisição de conhecimentos sobre como atuar nas várias problemáticas que surgem em consulta.

Simultaneamente, e com o objetivo de entender o funcionamento de uma equipa técnica em contexto de clínica privada e o modo como se articula com entidades exteriores, dado os seus protocolos, tendo em vista a melhor solução para determinados casos, o estagiário participou semanalmente no Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD).

Instrumentos

Para a compreensão do funcionamento psicológico e emocional do paciente, recorreu-se à entrevista clínica, exame do estado mental, exames complementares de diagnóstico e à avaliação psicológica, para a qual foram utilizados os seguintes instrumentos: Inventário Neuropsiquiátrico, Mini Mental State Examination, Escala de Deterioração Global, Escala de Depressão Geriátrica e Escala Cornell para a Depressão na Demência.

Entrevista clínica

A entrevista clínica visa apreender e compreender o funcionamento psicológico de um sujeito, centrando-se nas suas vivências e fomentando a relação terapêutica. Constitui um dos melhores meios para recolher informação que dificilmente seria conseguida de outra forma, nomeadamente: o sofrimento do sujeito, as suas dificuldades de vida, os acontecimentos vividos, a sua história, a maneira como gere as suas relações, a sua vida íntima, os seus sonhos e os seus “*fantasmas*” (Leal, 2010). É um instrumento absolutamente insubstituível e único quando se quer

compreender o sujeito na sua especificidade e pôr em evidência o contexto em que surgem as suas dificuldades (Pedinielli, 1999).

Ao longo do estágio, foi utilizada a entrevista não diretiva, intimamente ligada aos trabalhos do psicólogo humanista Carl Rogers. Este tipo de entrevista centrada na pessoa, interessa-se particularmente pelos valores humanos. As suas principais contribuições dizem respeito à aceitação incondicional do outro, empatia e congruência (Bénony & Chahraoui, 2002).

As intervenções do clínico limitam-se a meras exclamações que estimulam o entrevistado a continuar a falar, pelo que este tipo de entrevista pode ser analisado tanto em função do conteúdo manifesto como do conteúdo latente (Pedinielli, 1999).

Exame do estado mental

O exame do estado mental tem por base o comportamento verbal e não-verbal da pessoa, o que permite ao terapeuta avaliar o seu funcionamento naquele momento específico, constituindo, assim, uma mais-valia para futuras decisões terapêuticas. Através deste exame é possível avaliar a aparência física do sujeito (*e.g.*, maneira de vestir, condições de higiene, apresentação, postura), o comportamento (*e.g.*, maneirismos, desconforto), a atividade motora (*e.g.*, agitação motora, tremores, tiques) (Daniel & Gurczynski, 2010).

A nível emocional, permite analisar as alterações de humor (*e.g.*, euforia, tristeza, melancolia), afetividade (*e.g.*, positiva, negativa), atitude (*e.g.*, colaborante, evitante) e juízo crítico (*e.g.*, perceção de si, *insight*) (Sanches, Marques, Ortigosa, Freirias, Uchida, & Tamai, 2005).

No que respeita à cognição, cabe ao psicólogo avaliar a orientação (*e.g.*, espaço, tempo), perceção (*e.g.*, captar, interpretar e interiorizar dados externos), pensamento (*e.g.*, acelerado, lentificado), atenção (*e.g.*, direcionar, focar), memória

(e.g, fixação, armazenamento), linguagem (e.g, mutismo, disfonia) e inteligência (e.g., raciocínio, velocidade de processamento) dos pacientes que acompanha (Daniel & Gurczynski, 2010).

Exames complementares de diagnóstico

Para além dos critérios de diagnóstico usados para diagnosticar demência torna-se necessário reunir dados através de exames complementares de diagnóstico, os quais passaremos a descrever sucintamente (Nitrini, Caramelli, Bottino, Damasceno, Brucki, & Anghinah, 2005).

Entre os exames laboratoriais, recomenda-se a realização do hemograma, bioquímica do sangue, velocidade de sedimentação, proteína C reativa, proteinograma, auto-anticorpos, serologia da sífilis, teste VIH, provas tiroideias, marcadores tumorais, vitamina B12, ácido fólico e doseamento de cobre (Baldeiras, Santana, Garrucho, Pascoal, Lemos, Santiago & Oliveira, 2012).

No que respeita aos exames imagiológicos, aconselha-se a realização de: eletroencefalograma (EEG) apesar de no início da patologia não se verificam anomalias significativas; a tomografia axial computadorizada (TAC) embora a sua baixa resolução espacial não permita uma diferenciação rigorosa de padrões de atrofia; a ressonância magnética (RM) que permite definir com bastante exatidão padrões de atrofia do hipocampo e possui uma resolução de excelência para verificação de alterações dos núcleos da base; a tomografia de emissão de fóton único (SPECT) para avaliar o fluxo de sanguíneo no cérebro; a tomografia por emissão de positões (PET) que consiste na administração de uma substância radioativa em que a análise é feita através do seu processamento pelos neurónios da glicose hidroxilizada e o registo da sua metabolização dá-nos uma leitura da patologia mesmo muito antes de esta se manifestar; o estudo do Líquido Céfalo-Raquídeo (LCR) ou Punção Lombar

que é usado para descartar hipóteses de situações infecciosas, inflamatórias ou neoplásicas, as quais possam ser responsáveis por quadros reversíveis de demência (Nitrini et al., 2005).

Segundo Santana (2005), o exame neuropsicológico é de todos, o exame mais importante no diagnóstico e identificação de uma demência.

Testes psicológicos

Além das técnicas subjacentes à entrevista clínica e ao exame do estado mental, o psicólogo, por vezes, sente necessidade de aplicar testes psicológicos para obter um maior conhecimento acerca do sujeito e confirmar as suas hipóteses de diagnóstico. Neste âmbito, foram utilizados os instrumentos que se seguem.

Inventário Neuropsiquiátrico

O Inventário Neuropsiquiátrico é uma adaptação da Neuropsychiatric Inventory, desenvolvido por Cummings, Gray, Rosenberg-Thompson, Carusi e Gombin (1994) e aferido para a população portuguesa por Leitão e Nina (2007). Tem por objetivo obter informação relativa à existência de psicopatologia em pacientes com alterações cerebrais. Avalia dez itens do comportamento: delírios, alucinações, agitação, depressão, ansiedade, euforia, apatia, desinibição, irritabilidade, comportamento motor aberrante; e dois itens neurovegetativos: comportamentos noturnos e apetite/alterações alimentares.

As duas provas apresentam itens formulados com base no comportamento observável, o que facilita o relato da frequência e gravidade dos sintomas. No entanto, como a informação é recolhida junto dos cuidadores pode sofrer enviesamentos derivados do humor, crenças pessoais/culturais e nível de formação (Medeiros et al., 2010).

Nesta prova, as manifestações neuropsiquiátricas são cotadas em termos de frequência (1 = ocasionalmente, 2 = muitas vezes, 3 = frequentemente, 4 = muito frequentemente) e de gravidade (1 = ligeiro, 2 = moderado, 3 = grave). A pontuação total oscila entre 0 e 144, e é calculada através da multiplicação da frequência pela intensidade dos sintomas. Quanto maior for a pontuação, maior a intensidade e frequência dos mesmos. Para além disso, o cuidador deverá cotar o grau de desgaste associado a cada domínio de sintomas numa escala de 0 a 5 (0 = nenhum, 1 = mínimo, 2 = ligeiro, 3 = moderado, 4 = acentuado, 5 = muito acentuado ou extremo) (Leitão & Nina, 2007).

Mini Mental State Examination

Desenvolvido e validado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975), o Mini Mental State Examination foi adaptado para o contexto português por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia (2008). É um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as funções cognitivas e para fazer o rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006).

Os cinco domínios que constituem o instrumento permitem fazer uma avaliação breve das seguintes funções cognitivas: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e linguagem. A pontuação varia entre 0 e 30 pontos, sendo atribuído 1 ponto para cada resposta correta. Quanto mais elevada for a pontuação, melhor é o desempenho na prova e menor é a deterioração cognitiva. Na escala, estes domínios estão organizados em 6 áreas, que se apresentam da seguinte forma: orientação (10 pontos); memória – retenção (3 pontos); atenção e cálculo (5 pontos); memória – evocação (3 pontos); linguagem (8 pontos); habilidade construtiva bidimensional (1 ponto) (Burns, Brayne, & Folstein, 1998).

As normas para a população portuguesa têm em conta a idade e o nível de escolaridade dos sujeitos. Para idades superiores a 40 anos, os valores de corte, a partir dos quais se considera a existência de défice cognitivo, são apresentados no quadro seguinte (Guerreiro et al., 2008).

| Pontuação | Nível de escolaridade |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Menor ou igual a 15 pontos | Analfabetos |
| Menor ou igual a 22 pontos | Entre 1 e 11 anos de escolaridade |
| Menor ou igual a 27 pontos | Escolaridade superior a 11 anos |

Escala de Deterioração Global

A Escala de Deterioração Global foi desenvolvida por Reisberg, Ferris, Leon e Crook (1982) para identificar demências degenerativas de causa primária. Foi traduzida e validada para a população portuguesa por Leitão, Nina e Monteiro (2007). De acordo com esta escala existem sete estádios de deterioração nos quais estão afetadas diferentes atividades (Tabela 5). Segundo os autores, a partir do estágio cinco o doente não é capaz de viver sem ajuda ou assistência. A delimitação de cada estágio é baseada na descrição de características clínicas e medidas psicométricas concomitantes.

Tabela 5. Classificação da Escala de Deterioração Global

| Estádio da demência | Descrição do estágio |
|---|--|
| Estádio 1 Sem declínio cognitivo | Sem queixas subjetivas de défice de memória. |

Tabela 5. Classificação da Escala de Deterioração Global (continuação)

| Estádio da demência | Descrição do estágio |
|---|---|
| <p align="center">Estádio 2 Declínio cognitivo muito ligeiro</p> | <p align="center">Alterações da memória associadas à idade</p> <p>Queixas subjetivas de défice de memória, frequente nas seguintes situações: não saber onde colocou objetos familiares e esquecer de nomes que normalmente sabia bem. A pessoa mantém-se autónoma e os sintomas passam despercebidos à família, sendo habitualmente atribuídos à idade.</p> |
| <p align="center">Estádio 3 Declínio cognitivo ligeiro</p> | <p align="center">Alterações cognitivas ligeiras</p> <p>Agravamento das queixas anteriormente referidas que se manifestam em diversos contextos: perder-se em locais familiares, performance diminuída no local de trabalho, défice na utilização de palavras, pouca retenção de memória após leitura, perder objetos importantes, défice de concentração. A pessoa com demência começa a manifestar negação e pode apresentar um nível de ansiedade ligeira e moderada perante os sintomas.</p> |
| <p align="center">Estádio 4 Declínio cognitivo ligeiro</p> | <p align="center">Demência ligeira</p> <p>Os défices de memória tornam-se visíveis e manifestam-se ao nível das atividades da vida diária, essencialmente na vertente instrumental. A pessoa deixa de ter capacidade para realizar atividades complexas. A negação passa a ser um mecanismo de defesa dominante.</p> |
| <p align="center">Estádio 5 Declínio cognitivo moderadamente severo</p> | <p align="center">Demência moderada</p> <p>A pessoa deixa de ter capacidade de viver sem ajuda ou assistência; frequentemente apresenta desorientação temporal e espacial; ainda retêm memória de acontecimentos importantes da sua vida; necessita de ajuda para se vestir; não tem consciência dos seus défices cognitivos e podem surgir alterações de comportamento.</p> |

Tabela 5. Classificação da Escala de Deterioração Global (continuação)

| Estádio da demência | Descrição do estágio |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">Estádio 6 Declínio cognitivo severo</p> | Demência moderadamente severa |
| | <p>Retém alguma memória do seu passado, embora de forma fragmentada; não está consciente do seu passado mais recente; torna-se totalmente dependente nas atividades da vida diária; por vezes, ainda é capaz de distinguir pessoas familiares das não familiares, embora não saiba os nomes; apresenta alterações de sono-vigília; ocorrem mudanças emocionais e de personalidade que podem incluir agressividade, apatia, desconfiança e alucinações.</p> |
| <p style="text-align: center;">Estádio 7 Declínio cognitivo muito severo</p> | Demência severa |
| | <p>A capacidade verbal é totalmente perdida, juntamente com as atividades motoras básicas; apresenta incontinência urinária e rigidez generalizada; a pessoa habitualmente fica acamada e totalmente dependente, necessitando de ajuda total para todas as atividades da vida diária.</p> |

(Adaptado de Reisberg et al., 1982)

Escala de Depressão Geriátrica

A Escala de Depressão Geriátrica é uma adaptação da Geriatric Depression Scale, desenvolvida por Yesavage, Rose, Lum, Huang, Adey e Leirer (1983) e aferida para a população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003). O questionário é composto por um total de 30 itens de auto-preenchimento, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido durante a última semana (Veríssimo, 1988).

Dos 30 que avaliam o estado depressivo do doente, 20 estão formulados de forma positiva (itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28) e 10 de forma negativa (itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21 e 27). Embora seja uma escala

de auto-relato, as questões podem ser lidas aos doentes que não possam responder de forma independente (Barreto et al., 2003).

Os resultados são determinados pela soma da pontuação de todos os itens que compõem a escala, podendo oscilar entre 0 e 30 pontos. Quanto mais elevada for a pontuação, maior é o grau de depressão. Os autores sugerem que para quantificar os resultados se proceda à seguinte classificação:

| Pontuação | Grau de depressão |
|----------------------|--------------------------|
| Entre 0 e 10 pontos | Ausência de depressão |
| Entre 11 e 20 pontos | Depressão ligeira |
| Entre 21 e 30 pontos | Depressão grave |

Segundo os Yesavage (1988), é o único instrumento que terá sido elaborado com o objetivo de ser utilizado, especificamente, para pessoas idosas. Além disso, elimina a confusão, geralmente presente noutros instrumentos de avaliação da depressão (e.g., indicadores somáticos da depressão, manifestações físicas normais da velhice) (Ballesteros, 1992; cit. por Fernandes, 2000).

Escala Cornell para a Depressão na Demência

A Escala Cornell para a Depressão na Demência é uma adaptação da Cornell Scale for Depression in Dementia que foi especificamente desenvolvida por Alexopoulos, Abrams, Young e Shamolan (1988) para avaliar sinais e sintomas de depressão em indivíduos com demência. Foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Vieira, Lopes e Vieira (2008).

É constituída por 19 itens que analisam e quantificam a informação obtida através da entrevista com o cuidador, o qual colabora no preenchimento da escala. Cada item é avaliado numa escala que oscila entre 0 e 2 (0 = ausente, 1 = ligeiro ou

intermitente, 2 = grave). Os resultados são determinados pela soma da pontuação de todos os itens que a compõem podendo variar entre 0 e 38. Quanto mais elevada for a pontuação, maior é o grau de depressão, tal como se pode verificar no quadro seguinte (Alexopoulos et al., 1988).

| Pontuação | Grau de depressão |
|---------------------------|--------------------------|
| Menor ou igual a 9 pontos | Ausência de depressão |
| Entre 10 e 17 pontos | Provável depressão |
| Superior a 18 pontos | Depressão major |

Esta escala depende diretamente da observação e das respostas do cuidador uma vez que a linguagem e a cognição do paciente se encontram comprometidas. Deverá ser utilizada, apenas, quando o objetivo é quantificar os sintomas e não fazer o diagnóstico (Vieira et al., 2008).

Estudo de casos

O método utilizado neste trabalho foi o estudo de caso, fundamentado no modelo humanista, em que a teoria, a técnica e a prática se unem com o objetivo de compreender o funcionamento psicológico e emocional do paciente (Rogers, 1991). Com o objetivo de tornar o diagnóstico mais rigoroso, para além da observação clínica suportada pelas entrevistas não diretivas, na avaliação psicológica foram utilizados os testes anteriormente referidos.

Caso Teresa

Apresentação do caso

Teresa tem 86 anos de idade e possui formação ao nível do 11º ano. É casada e mãe de 2 filhos: um do sexo masculino com 58 anos e outra do sexo feminino com 56 anos. É a quinta filha mais velha de uma fratria de sete, sendo dois do género masculino e cinco do género feminino. O pai alto funcionário das finanças morreu de acidente quando ela tinha apenas sete anos. As dificuldades criadas por esta morte prematura obrigaram a família a algumas contenções a que não estavam habituados, tendo a mãe que passar a dar aulas, sendo, no entanto, foi auxiliada na educação e cuidados com a prole por uma tia solteira, irmã do marido.

Teresa nasceu e viveu, até casar, na Avenida Almirante Reis, em Lisboa. Só pôde estudar até ao antigo sétimo ano devido a dificuldades financeiras, altura em que começou a trabalhar no Ministério da Educação. Inicia o namoro com o atual marido e casa-se com vinte sete anos, após o namorado acabar o curso de medicina.

Como grande referência familiar tem a sua mãe que considera uma mulher de grande coragem e determinação, pois perante todas as dificuldades deu a si e aos seus irmãos uma vida bastante boa. Recorda com muito carinho as férias que

passavam nas Caldas da Rainha e em Santa Cruz, bem como as idas à praia da Foz do Arelho.

De espírito rebelde e embora nunca tenha fumado, decide ser fumadora de cachimbo em competição tendo arrebatado por várias vezes o primeiro lugar entre as senhoras.

Por relato da filha, sabe-se que é cleptómana, atribuindo à mesma o desaparecimento do pouco dinheiro que o marido lhe dava e quando não tinha furtava.

A relação matrimonial não terá sido o que esperava e por esse motivo enceta relações extra conjugais, sendo uma delas com um padre. Refere, ainda, o egoísmo do marido que só pensava nele e na profissão.

Na relação com os filhos era distante e fria (relato da filha) razão pela qual a filha não a conseguia abraçar (mesmo depois de internada na Casa Romana).

Três dos seus irmãos já faleceram e das quatro irmãs vivas todas estão demenciadas.

Tem uma relação de amor/ódio com o marido, com permanentes ciúmes, mas sobretudo raiva, devido ao pensamento de que ele a abandonou, trocando-a por uma mulher mais nova. Segundo relato da filha, os pais tinham intenção de se divorciar, mas devido à pressão social não o chegaram a fazer.

A irmã mais nova, que também está num processo inicial de demência, mas com quem ainda é possível ter uma conversa fidedigna, refere que Teresa foi uma criança com um desenvolvimento normal, mas que sempre revelou um comportamento muito irreverente. Teresa conta que sempre foi “*senhora do seu nariz*” e quando lhe davam uma ordem era certo e sabido que faria tudo para não a cumprir. Era muito brincalhona e um pouco “*maria rapaz*”, o que não invalidou que fosse muito namoradeira e muito vaidosa.

Na escola, onde entrou aos sete anos, foi muito boa aluna e estava sempre no quadro de honra. Contrariamente aos seus irmãos não necessitava de muito tempo

para estudar. Foi com grande pesar que Teresa teve de interromper os estudos, ficando-se pelo sétimo ano (antigo). A morte prematura do pai a isso obrigou, tendo começado a trabalhar como escriturária no antigo Ministério das Finanças.

Casa em 1952, após ter namorado quatro anos. O primeiro filho nasce dois anos após o casamento e a filha dois anos depois do irmão. Deste parto ficam sequelas que levam a uma intervenção cirúrgica e à extração de um rim.

Em 1963, aquando da criação da ADSE transita para este novo serviço. No entanto, devido às suas constantes depressões e baixas correspondentes, reforma-se por sugestão do marido em 1971. Com quarenta e cinco anos acompanha o marido, a São Tomé e Príncipe, quando este é obrigado a cumprir o serviço militar como médico. Guarda gratas recordações deste país e atualmente consegue encadear um interessante conjunto de memórias. Regressam a Portugal precisamente no dia 26 de abril de 1974, em plena revolução. Reformada e tendo o marido uma ocupação constante devido à profissão que exercia, Teresa dedica-se ao voluntariado e a atividades sociais. Tinha um grupo de amigas com quem se encontravam com regularidade para jogos sociais, exposições e sobretudo idas ao teatro. O voluntariado aos mais desfavorecidos no âmbito da igreja da paróquia onde residia era também uma das ocupações. O relato dos filhos é condizente com o de Teresa que refere ter sido sempre uma mãe ausente que deixava os filhos aos cuidados das empregadas.

Nessa época, inicia, atividades de voluntariado na Cadeia das Mónicas, a qual desenvolveu até 1988, pouco tempo antes deste antigo convento ser desativado como prisão de mulheres. É de supor que esta atividade para a qual não tinha preparação técnica lhe causou danos psíquicos consideráveis, pois refere-se com grande tristeza às amarguras que as reclusas passavam na esperança vã que tinham em sair mais cedo e sobretudo quando saíam e encontravam um vazio, tanto a nível afetivo como das condições de vida.

Quando o marido se reforma, passam a viver entre as três casas que possuíam: Vilamoura, Cascais e Lisboa. Os primeiros sintomas da patologia surgem em setembro de 2007. Estas declarações foram prestadas pela filha, o marido e a irmã. Aquando a sua entrada na Casa Romana, Teresa traz um diagnóstico de provável Demência de Alzheimer.

Resultados e interpretação da avaliação psicológica

Quando se iniciaram as sessões com a Teresa a desorientação espaço/tempo era por demais evidente. Havia grande resistência à higiene, feita pelas auxiliares, e não existia nenhum assunto a que aderisse. A alimentação era também um problema complicado, a qual recusava sistematicamente, sendo mesmo necessário insistir fora dos horários das refeições.

Existiam sinais parkinsónicos, principalmente ao nível dos membros superiores e com principal incidência no direito (dextra). O aspeto era descuidado, tendo vindo à sessão diretamente da cama, onde passava a maior parte do tempo. Apresentava embotamento facial, discurso seco e ríspido e referia que não queria estar ali. Por impossibilidade de comunicação foi pedido à filha que colaborasse na anamnese.

No Inventário Neuropsiquiátrico, o único que se entendeu útil para avaliação do caso, os resultados foram de 99. Neste teste foram incluídas as alterações neurovegetativas elevando para 12 os itens analisados.

O outro teste pelo qual se optou foi a Escala Cornell para a Depressão na Demência tendo-se obtido uma pontuação final de 25. A Escala de Deterioração Global revela Estádio 7 inicial. As suas insuficiências são muito graves, apresentando discurso limitado, incontinência, dificuldade na marcha, apatia e recusa alimentar, sendo necessário aproximadamente 45 minutos por refeição com administração por

outrem. A higiene era feita por auxiliares, parca e insuficiente, contando sempre com a oposição da doente. Estas avaliações foram feitas no dia 2 de setembro de 2013.

À data da avaliação estava medicada com: Venlafaxina (75 mg), Thyrax (0,1 mg), Akineton, Priadel, Cerestabon (30 mg), Donepezilo (10 mg), Dormidina (10 mg), Lorazepam (2,5 mg), Bioativo, Prometax (9,5 mg, penso transdérmico), Ebixa (20 mg), Victan (2 mg) e Pregabalina (75 mg).

Com o objetivo de se retroceder na Escala de Deterioração Global para um nível inferior, criou-se um programa de intervenção que se afigurava otimista, mas possível: Estádio 5. Procurava-se a sua anuência à higiene, alimentação de forma autónoma, assim como o retorno do controlo dos esfíncteres e autonomia da marcha. Nesta primeira fase, foram feitas sessões diárias, nos cinco dias úteis da semana, de aproximadamente 30 minutos, motivando-a para os objetivos propostos.

Na estreita ligação estabelecida na instituição entre as diferentes competências, inicia por sugestão do Departamento de Neurologia, o desmame de Cerestabon (30 mg), Bioativo, Akineton e Prometax (9,5 mg). Após o resultado analítico e verificação dos resultados da função tiroideia, o Departamento de Medicina Interna reduz o Thyrax de 0,1 mg para 0,025 mg.

Para as sessões preparou-se, com antecipação, um *powerpoint* que retratasse toda a sua vida, desde o nascimento até à atualidade, com fotografias de época fornecidas pela família. Optou-se por trabalhar com a Teoria da Reminiscência e a Teoria da Validação.

Na primeira semana Teresa vinha às sessões como se de uma punição se tratasse. Dizia: *“mas que mal é que eu fiz para estar aqui presa”*. Confundia claramente a sua estadia na Casa Romana com o trabalho que tinha feito como voluntária na cadeia.

Na quarta sessão falou do marido e do problema deste não lhe dar dinheiro.

Na quinta sessão, Teresa surge com um semblante menos carregado, embora com os braços cruzados sobre o peito, numa postura defensiva. Devido à pertinência dessa sessão, a mesma será descrita na íntegra.

Psicólogo: *Boa tarde, como está?*

Teresa: *Mal, o meu irmão (marido) não diz nada, não sei nada dele. Vim de manhã aqui para a prisão, já falei com uma séria de presas e já estou cansada.*

Psicólogo: *Mas já ajudou hoje bastantes pessoas, aliviou-lhes o sofrimento o que a deve fazer sentir muito bem.*

Teresa: *Venho cá todas as semanas, aqui na linha, eu gosto bastante. Mas é muito duro, elas querem saber quando saem e eu não posso dizer. Também não lhes posso trazer nada, nem bolos nem nada, as guardas não deixam, são as regras da prisão impostas pela diretora e nós no voluntariado temos que acatar.*

Psicólogo: *Então as reclusas pressionam para terem informações sobre os seus processos?*

Teresa: *Elas querem ouvir quando podem sair. Não posso dizer e então digo que não sei se falta muito ou se falta pouco. Eu nunca gostei de mentir e então digo que não sei. Eu posso ajudar é para estarem bem no dia-a-dia.*

Psicólogo: *Isso que me está a contar é o que se aplica na íntegra ao que a senhora está agora a passar aqui na Casa Romana, embora por razões diferentes.*

Está em tratamento e ninguém sabe quanto tempo vai necessitar para que fique bem. Procuramos que seja o mais rápido possível.

Teresa: *Ainda bem que fala nisso, não sei onde é que anda o meu marido?*

Psicólogo: *Deve estar a chegar.*

Teresa: *Ele tinha ido aos Açores.*

Psicólogo: *Sim já foi e já veio, correu tudo muito bem, mas agora está a tratar da reparação do carro, pois bateram-lhe durante o período em que estive nos Açores e assim o carro não pode circular.*

Teresa: *Vamos lá a ver quando é que eu vou para casa.*

Psicólogo: *Ele deve demorar mais ou menos uma hora. Vai fazer-lhe uma boa receção, em função das saudades que tem.*

Teresa: *Claro que sim, até porque nós damo-nos bem, quer dizer, por vezes existe desacordo, vemos as coisas de modo diferente.*

Psicólogo: *Têm por vezes opiniões divergentes, mas isso é normal em qualquer casal ou relação.*

Teresa: *Isso mesmo, tínhamos opiniões diferentes. Mas foi para mim um período muito bom porque eu tinha que ir de Lisboa até ali, ali para a linha e depois elas eram coitadas, sofriam muito, sofriam muito sobretudo se tinham filhos e*

não podiam ver os filhos. Eu comecei a ficar com os nervos em franja e resolvi sair de lá. Procurei uma substituta.

Psicólogo: *Mas no tempo em que lá esteve ajudou muita gente, certamente.*

Teresa: *Sim, eu ajudei muita gente e até cheguei a falar com a diretora que me dizia das reclusas coisas que eu achava não serem corretas. Eu dizia-lhe olhe lá eu acho que não é bem assim. Ela faz isso por isto e por isto e por isto, porque elas abriam-se muito mais comigo do que com ela. Eu dizia-lhe, não está a julgar bem, não dizia o que era para não haver represálias, mas dizia-lhe que estava enganada.*

Psicólogo: *Era uma tarefa muito dignificante.*

Teresa: *Era, mas era também esgotante, elas faziam mal umas às outras, por exemplo guardavam as fezes e depois se passava uma que não gostassem mandavam-lhe com a porcaria à cara. Era horrível e tive que me vir embora.*

Psicólogo: *Muito bem, gostei imenso de falar com a senhora, penso que fez bem aos dois e agora vamos esperar um pouco mais que o marido chegue.*

Teresa: *Obrigada! Fez-me muito bem falar consigo. O meu marido já chegou?*

Psicólogo: *Falta só um bocadinho, vamos os dois esperar por ele.*

Teresa: *Está bem.*

Como análise desta sessão há a salientar o discurso, muito mais bem formado sintaticamente e com uma dicção diferente, para melhor, em relação às anteriores sessões. Temos a informação das auxiliares de que Teresa pede incessantemente um comprimido pois está muito ansiosa. De realçar que o desmame estava a produzir os efeitos pretendidos, pois a marcha estava a melhorar, assim como a higiene, não existindo tanta resistência como no início. A recusa alimentar continuava igual. De referir que à entrada Teresa apresentava um peso de 46 quilos.

Nas duas semanas seguintes as sessões mantiveram-se à cadência previamente estabelecida. A evolução de Teresa tinha altos e baixos, ora mais bem-disposta e acutilante, ora mais depressiva.

As visitas efetuadas pelo marido eram sempre marcadas por uma grande agressividade de Teresa para com ele. Fazia-se acompanhar de uma das empregadas que a tinham acompanhado em casa, uma senhora de 52 anos. Numa das visitas Teresa agrediu-a verbalmente: *“Ouça lá, o que é que você anda a fazer com o meu marido? Que ele não tenha vergonha eu percebo, agora você é uma leviana”*.

Em função desta ocorrência aconselhámos o marido a não se fazer acompanhar pela cuidadora, ou pelo menos, que a mesma que não entrasse no espaço da instituição de modo a não provocar o ataque de ciúmes que se tinha verificado. Situação a que ele anuiu.

Quando se concluiu um mês do início das terapias, a Neurologia propõe desmame da Pregabalina, Dormidina e do Ebixa e a Medicina Interna reduz o Priadel para meio comprimido em função da repetição das análises e dos valores apresentados. Continuou-se com o mesmo número de sessões, pois antevia-se nova turbulência com a abstinência de mais substâncias ativas.

Durante as sessões seguintes o grau de ansiedade de Teresa aumentou, o registo do sono (fazem-se a todos os clientes com intervalos de hora a hora) indicam que Teresa passa a noite a deitar e a levantar, dormindo depois durante o dia.

Solicitou-se à responsável das auxiliares que a mantivesse o mais ocupada possível para se tentar inverter o ciclo sono/vigília.

Na primeira semana de outubro foi de difícil relacionamento. A abstenção da Pregabalina e da Memantina provocam grandes alterações na irritabilidade/agressividade. As auxiliares fazem queixas permanentes do comportamento de Teresa, as quais chega a agredir fisicamente quando lhe tentam fazer a higiene. Negou-se por duas vezes a concretizar as sessões de terapia, revelando-se, assim, difícil gerir o acompanhamento desta doente.

A família foi aconselhada a espaçar as visitas. Esta fase do processo durou praticamente duas semanas, período que corresponde ao programado para o desmame das substâncias retiradas nesta segunda fase.

Em meados de outubro, os comportamentos começam a ser mais consonantes com a normalidade que se pode esperar de um doente demenciado. Começa a ser mais interativa com os outros doentes, com as auxiliares e com a terapeuta da fala que até então não tinha entrado no processo. Foi sugerido a este profissional que lhe estimulasse a escrita, uma vez que era uma das suas grandes paixões. O processo durou aproximadamente duas semanas e Teresa começou a escrever de novo. Estava satisfeita com a sua caligrafia que agora se aproximava do estilo anterior à patologia.

Começou a participar novamente nas sessões e com uma alegria que até aí nunca tinha evidenciado. Na sessão do dia 25 de outubro, Teresa com grande alegria disse: *“sabe, eu fiz yoga uma série de anos”*. Com esta informação solicitámos a colaboração da fisioterapia com o objetivo de utilizar esta técnica aquando dos ataques de ansiedade, o que se veio a verificar muito assertivo.

Seguidamente será transcrita a sessão 5 de novembro de 2013, que coincidiu com a visita da antiga empregada, uma senhora de 62 anos que estava ao serviço do casal há 32 anos.

Psicólogo: *Bom dia, como está a Teresa?*

Teresa: *Bom dia! Hoje estou melhor, veio cá ontem a minha empregada. Eu gosto muito dela, ela é formidável.*

Psicólogo: *Apreciei a Joaquina, ela gosta imenso da Teresa. É uma pessoa rustica, simples, mas de grande coração e devoção.*

Teresa: *É, a Joaquina sabe perfeitamente as comidas que eu gosto e que o meu marido gosta. Nós não gostamos do mesmo, quer dizer há coisas de que gostamos os dois, mas depois eu gosto de coisas que ele não gosta e ele gosta de coisas que eu não gosto. Ela umas vezes contenta mais um e outras vezes contenta mais o outro. Não é muito comum uma pessoa tão, tão...*

Psicólogo: *Humilde, ter tão bom senso.*

Teresa: *Isso mesmo, ter uma visão de harmonia, contentando um e o outro. Espero que a gente se encontre, porque eu fui a algumas prisões e é horrível, pura e simplesmente horrível, aquilo que elas fazem entre elas é pura e simplesmente horrível que era isso que me punha mais doente. Eu ia sempre a tremer porque o que é que eu ia encontrar? Ia encontrar, mas nunca encontrei nada que me contradissesse, ou que chamasse a atenção para qualquer coisa. Felizmente e por sorte também consegui que algumas saíssem.*

Psicólogo: *Isso é muito bom e gratificante.*

Teresa: *Pois é, mas não foi por mim. Eram elas, elas é que conseguiam comportando-se bem, ou o melhor possível e eu em relação às outras (voluntárias) conseguia isso. Elas pediam para eu levar coisas e eu não podia e nunca levava. As outras levavam e isso dava problemas. Uma pediu-me um livro e isso parece-me que ainda levei. Era um livro sobre educação porque ela tinha uma miúda, outras vezes pediam-me para eu levar chocolates e isso, eu não levava. Pronto, tínhamos conversas como eu estou a ter aqui consigo, mas ia-me embora e dizia para comigo que não voltava mais porque aquilo cansava, cansava muito era muito esgotante. Não ia, mas depois a outra (diretora) telefonava-me e dizia-me venha, venha e pronto lá ia eu, metia-me sozinha no carro e lá ia eu.*

Psicólogo: *Cumprir essa missão é de uma grande entrega ao outro.*

Teresa: *Pois é, e fazia-me sentir útil, mas havia lá algumas que eram difíceis, eram ressabiadas, criavam guerra com as outras e depois apresentavam-me o caso e eu dizia que não tinha opinião porque não estava dentro do caso. Se querem saber o que fazer perguntem à vossa chefe, porque o meu trabalho não é este. Por vezes pelo Natal levava umas roupinhas feitas por umas mulheres da rua que as faziam para ganhar dinheiro, mas eu dizia que eram feitas por mim que era para elas se habituarem a fazer para os seus filhos. Pronto, assim se passaram quatro ou cinco anos já não sei bem. Mas às vezes tinha que serrar os dentes para não ser má para elas, veja que por vezes faziam cocó na cama umas das outras. Temos que ver que a maior parte delas não tinham casa, viviam em barracas. Ainda fui visitar algumas. Fui visitar uma, porque essa tinha uma filha e então fui visitar a avó. Custou-me um bocado porque aquela era uma casa que não era habitada nem*

desabitada, tinha só uma cama com uns lençóis muito sujos! Parecia, sei lá parecia...

Psicólogo: *Uma cloaca.*

Teresa: *Isso mesmo e depois vim-me embora e foi de vez e não estou arrependida, faço outras coisas.*

Psicólogo: *Bom, é de louvar tamanha capacidade de amar. Portanto esse seu serviço terminou, agora há outros para fazer tais como recomeçar a escrever o seu diário. Que acha?*

Teresa: *Elas, por exemplo, nas festas pediam-me opinião e eu dizia façam assim, façam assado e elas faziam. Pronto, mas agora já acabou, encontrei noutra dia a outra, tinha casado, mas estava mal casada, mas o problema já não é meu. Pronto adeus, agora vou almoçar.*

Psicólogo: *Obrigado pelo seu testemunho. É muito importante para mim.*

De referir que com o desmame quase concluído, Teresa modificou o comportamento alimentar, aderindo às refeições e passando para o outro extremo, ou seja comendo mesmo fora do horário das refeições pois queixava-se (com vergonha) de que tinha apetite. O seu peso dimensionado a 22 de novembro era de 49 quilos.

A 15 de novembro faz-se nova avaliação utilizando o Inventário Neuropsiquiátrico o qual apresenta um score de 65, sendo pontuados exclusivamente os dez primeiros itens, estando na normalidade os itens de avaliação neurovegetativa. A Escala de Cornell para a Depressão na Demência apresenta uma pontuação de 15.

Após a comunicação das francas melhorias ao neurologista, este entende haver condições para se efetuar a avaliação neuropsicológica, pelo que faz a avaliação tendo o resultado que se apresenta

Relatório de avaliação neuropsicológica

Data da observação: 20 de novembro de 2013

Teresa foi submetida a exames das Funções Nervosas Superiores do qual salientamos em primeiro lugar, a conclusão, seguindo-se a discriminação dos resultados no exame neuropsicológico.

Conclusão: A Teresa apresenta défice predominante na capacidade mnésica (ponto 2), na orientação temporal (ponto 3), na capacidade de iniciativa verbal (ponto 4) e na capacidade de abstração (ponto 13). O perfil neuropsicológico é compatível com o diagnóstico de “Demência” (DA?). Salienta-se a presença de tremor acentuado na execução de testes de papel e lápis.

Descrição do exame neuropsicológico

1. Sem alterações na capacidade de atenção sustentada por períodos curtos de tempo (inferior a um minuto) na pesquisa aleatória de estímulos visuais (Prova* corte de “A”s).
2. Na capacidade mnésica salienta-se:
 - a) Sem alterações na memória imediata (Prova*: Repetição de dígitos – Escala de Memória de Wechsler).
 - b) Sem alterações na memória de trabalho (Prova*: Repetição de dígitos – Escala de Memória de Wechsler).

- c) Defeito moderado na memória verbal com interferência breve, para palavras isoladas (Prova*: 5 palavras de alta frequência com interferência de um minuto).
 - d) Defeito acentuado na capacidade de evocação espontânea de informação recente, não recuperando informação com chaves de ajuda e com perda do próprio contexto após períodos de trinta minutos (Prova*: Memória Lógica – Escala de Memória de Wechsler).
 - e) Defeito acentuado na capacidade de aprendizagem associativa (Prova*: Pares de Palavras – Escala de Memória de Wechsler).
 - f) Sem alterações na memória remota (Prova*: Informação – Escala de Memória de Wechsler).
 - g) Defeito acentuado na memória visual (Prova*: Desenhos – Escala de Memória de Wechsler).
3. Sem alterações na capacidade de orientação pessoal e espacial, mas com acentuada desorientação temporal (Prova*: Questionário de orientação; MSQ).
 4. Defeito acentuado na capacidade de iniciativa verbal a nível semântico e ao nível fonológico (Prova*: Produtos alimentares; letras M.P.R.).
 5. Sem alterações na capacidade de iniciativa motora (Prova*: Movimentos Alternados).
 6. Sem alterações na capacidade de iniciativo grafo-motora (Prova*: Padrões Alternados).
 7. Ao nível da linguagem oral, o discurso espontâneo é fluente, de conteúdo adequado, sem alterações do tipo afásico. Não apresenta alterações na capacidade de nomeação de gravuras (Prova*: Teste de Snodgrass e Vanderwart), nem na capacidade de compreensão de material auditivo-verbal (Prova*: adaptação da Bateria de Linguagem de Lisboa – Laboratório de Estudos da Linguagem).
 8. Sem alterações na capacidade de cálculo elementar escrito (Prova*: Cálculo Aritmético).

9. Sem alterações na capacidade práxica (execução de movimentos dos membros e buco-faciais). Ausência de apraxia ideativa e ideomotora e de apraxia e de apraxia buco-facial (Prova*: Execução de movimentos por instrução verbal).
10. Sem alterações na capacidade de orientação direito-esquerdo, em relação a si própria e ao observador (Prova*: Tarefas de orientação direta e cruzada).
11. Sem alterações na capacidade construtiva bi-dimensional, mas revelando um traçado com tremor (Prova*: Cópia de desenhos).
12. Defeito ligeiro no desenho por abstração “função executiva” (Prova*: Desenho do Relógio).
13. Defeito acentuado na capacidade de abstração a nível verbal (Provas*: Interpretação de provérbios).
14. Avaliação global e breve do estado mental: MMSE = 18 [falhas: 6 itens orientação temporal e espacial; 2 itens no cálculo; 3 itens na evocação; 1 item na compreensão] (são normais valores superiores a 22, num máximo de 30 pontos).
15. Ausência de sintomatologia de tipo depressivo: GDS = 3 (são normais valores até 3 pontos, num máximo de 15 pontos).

Como resultado desta avaliação e analisando a TAC, o neurologista modifica o diagnóstico de Provável Demência de Alzheimer para Provável Demência Frontotemporal e aconselha o desmame do Donepezilo (Aricept), assim como coloca o Victan em SOS.

Análise da progressão da intervenção psicológica

Pela evolução demonstrada, reconsiderou-se a terapia da Teresa, que passou a ter três sessões por semana. Abandonou-se a Terapia da Reminiscência, pois provocava sempre grande conflito interno, nomeadamente no que dizia respeito à

relação conjugal, ao falecimento do pai, mãe e tia, assim como onde estavam os irmãos que não a vinham visitar.

Em sua alternativa usamos somente a Terapia da Validação, sendo observável um humor mais aberto (cáustico), melhor interação, melhor argumentação e pensamentos muito profundos e com consciência do estado deficitário da sua memória.

Progressivamente a confiança foi-se instalando, começou de novo a ler e em novembro recomeçou a escrita, a qual tem vindo a melhorar estando quase ao nível do normal. Adere pouco às atividades em grupo. É egocêntrica e quer todas as atenções para si. Também, não adere a estimulação musical. Iniciou pintura, mas não lhe dá sequência. Tem no atual momento consciência de si e coloca questões verdadeiramente embaraçosas, tais como: *“Se tenho lapsos de memória para que sirvo? Quem não tem memória esquece o passado e não tem futuro”*.

Embora esteja muito melhor em relação a outubro de 2013, tem oscilações durante o dia, sendo necessário de imediato modificar-lhe o sentido da cognição.

Ao nível do peso aumentou seis quilos e já não rejeita a refeição, estando neste momento a tornar-se compulsiva (compulsividade esta que é característica da patologia). Com o desenrolar das sessões Teresa criou uma forte vinculação, estando sempre ansiosa pelo início das mesmas. A periodicidade é diária, cinco dias por semana, com uma duração de sensivelmente trinta minutos por sessão.

Durante o mês de dezembro entendeu-se por bem baixar o número de sessões semanais e esperar pelo resultado do desmame do Donepezilo e a utilização do Victan só em SOS, tal como tinha sido recomendado pelo neurologista.

Os resultados foram positivos e encorajadores, o que pôde ser confirmado pela nova aplicação do Inventário Neuropsiquiátrico no qual obteve um resultado de 29 (sem os dois itens de avaliação neurovegetativas) e pela Escala de Escala Cornell para a Depressão na Demência onde alcançou um *score* 5.

Entendeu-se pelas condições comportamentais de Teresa que era o momento de aplicação do teste de avaliação breve do estado mental (Mini Mental State Examination), assim como da Escala de Depressão Geriátrica. Estes testes têm vindo a ser aplicados com alguma regularidade, tendo-se obtido resultados que passaremos a apresentar.

Data da avaliação: 18 de dezembro de 2013

- No Mini Mental State Examination alcançou um *score* de 16, tendo revelado as seguintes falhas: 8 itens na orientação temporal e espacial; 1 item na retenção; 1 item no cálculo; 1 item na evocação; 3 itens na linguagem.
- Na Escala de Depressão Geriátrica obteve uma pontuação de 18, o que revelou uma depressão ligeira, mas quase no limite.

Data da avaliação: 19 de fevereiro de 2014

- No Mini Mental State Examination obteve um *score* de 19, tendo-se verificado uma diminuição do número de falhas, nomeadamente, ao nível da orientação temporal e espacial e do cálculo [6 itens na orientação temporal e espacial; 1 item na retenção; 0 item no cálculo; 1 item na evocação; 3 itens na linguagem].
- Na Escala de Depressão Geriátrica obteve uma pontuação de 16, o que nos permitiu fazer uma leitura de depressão ligeira.

Data da avaliação: 7 de maio de 2014

- No Mini Mental State Examination obteve um *score* de 20, voltando a verificar-se uma ligeira diminuição no número de falhas: 5 itens na

orientação temporal e espacial; 1 item na retenção; 0 item no cálculo; 1 item na evocação; 3 itens na linguagem].

- A pontuação obtida na Escala de Depressão Geriátrica manteve-se em 16 pontos, manifestando assim uma depressão ligeira.

Como se pode constatar pelos resultados obtidos nos testes, a Teresa, apesar das oscilações características da patologia que apresenta, tem vindo a progredir ao longo do tempo.

Discussão do caso

A utilização da Terapia Centrada na Pessoa enquanto modelo de intervenção e as técnicas referenciadas ao longo do trabalho, nomeadamente a Terapia da Reminiscência e a Terapia de Validação mostraram-se eficazes na regressão, numa primeira fase do estado demencial.

Num segundo momento - após a estabilização - procurou-se retardar, tanto quanto possível, a evolução desta patologia, no sentido de promover o aumento da autonomia da paciente.

A interação com a Teresa a partir da sua história singular, como pessoa única e original e a enfatização do valor da relação humana, em que o psicólogo foi um facilitador do que resta da sua consciência pessoal, foram fundamentais para a sua progressão gradual.

Aquando a primeira avaliação e devido a uma medicação errada à qual se juntava um enquadramento familiar desfavorável, Teresa ostentava uma classificação de 7 na Escala de Deterioração Global, apresentando assim, um declínio cognitivo muito grave. Ao longo do período de terapia, Teresa foi evoluindo e passou para um score de 5 – declínio cognitivo moderadamente grave.

Apesar dos progressos, verificou-se que a Terapia da Reminiscência não estava a surtir o efeito desejado, pois sempre que se abordava o casamento ou algo que envolvesse o marido, a revolta e a ansiedade disparavam. Este comportamento poderá dever-se ao confronto com factos ou datas e a uma vida gasta e não vivida na relação conjugal que mantém há sessenta anos.

Perante esta situação, começou a recorrer-se apenas à Terapia da Validação, tendo-se verificado mudanças significativas ao nível da interação com a família.

A filha, que até então não a conseguia abraçar, veio progressivamente a modificar o seu comportamento e atualmente sai com a mãe, abraça-a e ri-se com os desvarios próprios da patologia.

O marido aumentou de peso oito quilos o que reflete bem a pressão a que estava sujeito, contudo evita visitar a esposa. O filho, cuja mulher também tem um problema demencial e se encontra internada na mesma instituição, vai analisando com muita lucidez o trabalho desenvolvido e os objetivos que se vão alcançando.

Atualmente, o estado da Teresa é estável o que lhe permite aderir à terapia da fala, à escrita, à fisioterapia e sobretudo às sessões de psicoterapia que ocorrem duas por semana.

Caso Rita

Apresentação do caso

Rita tem 86 anos de idade, é licenciada em História de Arte e aposentada da função pública onde exerceu a profissão de professora. É solteira e não tem filhos. Nasceu de parto natural, apesar da gravidez complicada pela qual a sua mãe passou, em virtude de uma queda de cavalo quando decorria o segundo para o terceiro mês de gestação, e que a levou a ficar em descanso absoluto até ao parto. Foi alimentada por

leite materno apenas até aos dois meses, altura em que passou a ter uma ama-de-leite de quem mamou até ao ano e meio, devido à insuficiência do leite da mãe. Todos estes factos foram relatados pela sua sobrinha mais velha.

Rita é a terceira filha e a mais nova de uma fratria de três irmãos, sendo duas do género feminino e um do género masculino. Nasceu em Paradela, concelho de Tabuaço, Trás-os-Montes. O pai era um membro proeminente do governo do Estado Novo, assim como o seu avô paterno que foi embaixador da monarquia. A mãe era uma aristocrata Belga.

Rita fez os seus estudos primários e secundários em Chaves, tendo vindo para a Universidade de Letras de Lisboa com dezoito anos, onde faz a sua licenciatura em História. Por altura da sua licenciatura a mãe adoece e Rita resolve abdicar da carreira de docência, que já tinha encetado, e vai para a Casa de Samaiões (solar de família) onde se encarrega de coordenar os cuidados de saúde e conforto da sua mãe.

Devido à perlonga da doença de sua mãe e ao novo contratempo decorrente da doença do pai, Rita só volta à vida profissional depois dos quarenta anos, tendo lecionado em dois colégios, em Lisboa, nas disciplinas de História e Moral. Pelo caminho ficam três namoros sem consequências. Sempre ajudou os seus irmãos no cuidado e educação dos sobrinhos. Como costuma dizer: *“educadora por vocação e solteira por opção”*.

Após lecionar pelo período de vinte e cinco anos, reforma-se e escreve três livros todos relacionados com a família e com a sua adorada terra, Trás-os-Montes.

Como grande referência familiar tem os seus pais, acrescida de uma genuína e salutar relação com os seus sobrinhos (dezassete) e irmãos, tendo o irmão já falecido há vários anos e a sua irmã muito recentemente.

Rita viajou pelos quatro cantos do mundo, sem problemas financeiros. Refere que o que lhe dava mais prazer era fazer as malas e pôr-se a caminho do aeroporto ou do cais.

Tem uma forte relação com São Tomé onde o irmão mais velho foi governador e onde a família possuía três roças.

Os familiares consideram-na uma pessoa austera e com uma personalidade forte, mas meiga quanto baste e, acima de tudo, uma educadora exemplar. Rita era uma pessoa de trato fácil, mas agarrada a valores conservadores e religiosos, fruto do meio em que foi educada.

À entrada na Casa Romana, Rita traz um diagnóstico de Demência Frontotemporal.

Resultados e interpretação da avaliação psicológica

Na primeira entrevista, Rita tinha uma aparência descuidada, com grande sudorese e embotamento facial. Falava por monossílabos (e.g., sim, não, pois, agora não, não sei) e comia compulsivamente, pedindo incessantemente líquidos, tendo por isso um fluxo urinário muito intenso.

Nos primeiros tempos, deambulava completamente despida e apesar da fralda (única peça que envergava) derramava grandes quantidades de urina, tal era o fluxo.

A sobrinha (psicóloga clínica) responsável pelos cuidados de saúde da tia refere que não se consegue, com exatidão, identificar quando tiveram início as alterações comportamentais. Vivia sozinha e contava com os cuidados de uma empregada, que já a acompanhava há cerca de vinte e cinco anos e que sempre escondeu os pequenos sintomas; por um lado porque tinha pena da senhora e por outro porque entendia ser normal com o avançar da idade.

É provável que já tenha comprometimentos há muito tempo, mas estes só foram identificados pelos sobrinhos há cerca de cinco anos. O episódio que despoleta a atenção passa-se em dezembro de 2008, quando vende um imóvel por cem mil

euros e dois dias depois o comprador (Presidente de Câmara) o revende por novecentos mil euros. Este assunto ainda está em tribunal.

Rita foi considerada interdita em dezembro de 2013, altura em que já residia na Casa Romana, passando o seu o sobrinho mais velho a ser o seu tutor.

Após a identificação do problema, os sobrinhos recorrem a um neurologista que estabelece um diagnóstico de provável demência Frontotemporal e a medicação com Aricept (10mg) (donepezilo): 1 comprimido ao almoço; Axura (20 mg) (memantina): 1 comprimido ao pequeno-almoço; e Bunil (25 mg) (melperona): 1 comprimido ao deitar e se necessário, caso ocorra muita agitação um comprimido em SOS. Estava, ainda, medicada com Aero-om (40 mg): 1 comprimido ao almoço; Metformina (850 mg): 1 comprimido ao almoço; Ramipril (1,25 mg): 1 comprimido ao pequeno-almoço; Ben-U-Ron (500 mg): 1 comprimido de 8 em 8 horas.

Após este diagnóstico foram contratadas mais duas auxiliares para que fosse permanente o acompanhamento a Rita em casa, situação que se prolongou por aproximadamente quatro anos. Após este período e por sugestão do neurologista, foi internada numa instituição, de onde veio para a Casa Romana. Não há informação fidedigna da medicação administrada.

No dia 11 de setembro de 2013, foi pedido à sobrinha que realizasse o Inventário Neuropsiquiátrico, do qual resultou um *score* de 95.

Na Escala Cornell para a Depressão na Demência obteve 17 pontos, o que veio a confirmar a existência de depressão.

A Escala de Deterioração Global enquadra-a num Estádio 7, em virtude da incontinência urinária, rigidez de movimentos, incapacidade para qualquer atividade da vida diária, discurso quase inexistente e situação de descontrolo total do sono/vigília.

Na reunião semanal das diferentes especialidades foi mencionada a impossibilidade de se iniciarem as sessões com a Rita, tendo-se chegado a um consenso, por unanimidade, que era necessária a intervenção do neurologista, que

neste caso e pelo processo de interdição em curso, é externo ao grupo da Casa Romana. A medicina interna solicitou análises completas para cumprimento do protocolo de avaliação da demência.

Ficou a cargo do Departamento de Psicologia contactar o neurologista. Após o contacto com o mesmo, ficou estabelecido que passaria pela Casa Romana no fim de semana, uma vez possuía uma casa de férias nas proximidades e assim, passaria para ver a doente. Passou o fim de semana e a visita não se efetivou. O neurologista voltou a ser contactado, e desta vez a instituição disponibilizou meios para deslocar a doente ao consultório, recebendo com resposta que o mesmo não ser possível, porque ia para um congresso.

A Direção da Casa Romana foi informada do sucedido e transmitiu ao representante da doente, a necessidade urgente de uma consulta da especialidade, pondo-o ao corrente dos esforços realizados. O tutor da Rita pediu para que se aguardasse um pouco para que pudesse falar com os restantes membros do conselho de família.

Em 19 de setembro de 2013 a paciente refere não se sentir bem e sofre uma convulsão tónico-clónica generalizada, com mordedura de língua que obriga a uma intervenção do INEM e internamento hospitalar para reposição dos valores do sódio e hidratação.

O internamento durou dezassete dias e após a alta hospitalar, Rita regressa à Casa Romana. Por insistência da direção, os familiares dão autorização para se mudar de neurologista, passando a ser o da instituição, que inicia o desmame de: Aricept, Axura e Bunil. Este desmame foi executado em quarenta e cinco dias, iniciando-se então a intervenção terapêutica não farmacológica em concomitância com o desmame. As sessões iniciais eram marcadas por uma grande ambiguidade de sentimentos e emoções.

Como em todos os desmames, sobretudo o dos neurolépticos, que por norma dão origem a um quadro parkinsoniano de tremores persistentes nos membros superiores, e devido à convulsão tónico-clónica generalizada, já referida, Rita perdeu a capacidade de marcha. Começou a deslocar-se com a ajuda de uma cadeira de rodas, razão pela qual deu início às sessões de fisioterapia. Nestas sessões, agredia frequentemente o fisioterapeuta com unhas na barriga que o deixavam a sangrar. Neste âmbito, foi solicitada a intervenção da psicologia, com o intuito de a motivar e fazer aderir à terapêutica. A violência verbal era também usada, embora dentro de padrões aceitáveis.

Antes das sessões, procedeu-se à habitual preparação do *powerpoint* de suporte à Terapia da Reminiscência onde era retratada toda a sua vida, que no caso da Rita foi muito rico, tanto pela quantidade como pela variedade das fotografias fornecidas pela família. Tal como no caso da Teresa, foram utilizadas a Terapia da Reminiscência e a Teoria de Validação.

O objetivo era retroceder na Escala de Deterioração Global para um nível que se nos afigurava possível: Estádio 5. Pretendia-se a sua anuência à higiene, alimentação de forma autónoma, assim como o retorno do controlo dos esfíncteres e autonomia da marcha.

As sessões foram iniciadas a 9 de outubro de 2013 com uma periodicidade de cinco sessões por semana (todos os dias úteis) tendo a duração de aproximadamente 30 minutos.

Rita aderiu de imediato à Terapia da Reminiscência, vindo para as sessões com boa disposição, embora ainda muito trémula pelos efeitos ainda presentes da melperona (Bunil). Tendo como objetivo uma melhor compreensão do caso da Rita, será transcrita a primeira sessão.

Psicólogo: *Boa tarde, como está?*

Rita: *Como vai? O que venho aqui fazer?*

Psicólogo: *Vamos conversar sobre a sua estadia na Casa. Como sente o seu estado de saúde, se a tratam bem e o que lhe apetecer dizer-me ou lhe pareça importante.*

Rita: *Ah! Tratam-me bem. E eu estou bem, não vê?*

Psicólogo: *Vejo, realmente está muito melhor, mas apanhámos um valente susto.*

Rita: *Pois foi, mas já passou! Agora estou bem.*

Psicólogo: *Mas porque é que ainda anda de cadeira de rodas?*

Rita: *Por causa dos meus joelhos, doem-me muito porque tenho artroses.*

Psicólogo: *Bom mas isso resolve-se, fala-se com o médico e ele receita um anti-inflamatório que a ajudará a recomeçar a fisioterapia.*

Rita: *Não quero nada com esse “hipopótamo”, só me faz doer e eu não quero. Além disso não preciso, ando muito bem de triciclo (cadeira de rodas).*

Psicólogo: *Bom, mas era simpático voltar a andar. Já viu ter de novo autonomia, ir onde quer sozinha, por exemplo à Capela, sem ter que pedir a ninguém e estar sujeita a que possam ou não.*

Rita: *Tem razão, vou pensar nisso. E agora, já me posso ir embora?*

Psicólogo: *Pode, mas eu gostava muito de saber algo mais sobre a senhora. Por exemplo, ouvi-a há pouco a pedir um cigarro à Maria. Costumava fumar?*

Rita: *Claro que sim! O meu querido pai acendia-me um cigarro sempre a seguir ao almoço e ao jantar. Era Português Suave.*

Psicólogo: *Bom! Penso que não lhe fará mal, se for só um por dia. Vou pedir para que lhe providenciem esse prazer.*

Rita: *Está bem! Olhe, não tem aí nada bom? (gomas)*

Psicólogo: *No fim da nossa conversa vou buscar ao meu escritório.*

Rita: *Ainda não acabou?*

Psicólogo: *Não, eu sou muito curioso! Ouvi dizer que embora nunca tenha casado houve uns namoricos.*

Rita: *(risos) Pois tive, um aqui outro ali. Um era muito jeitoso. Mas por isto e por aquilo não casei... e o que eu gostava, o meu irmão não deixou. Achava que não era apropriado para mim.*

Psicólogo: *Fale-me desse seu irmão.*

Rita: *É o meu irmão mais velho. Era o preferido do meu pai. Não, eu é que era a preferida do meu querido pai porque sou a mais nova e da minha falecida mãe e do meu falecido avô. Transmontanos do coração, Paradela. Sabe eu escrevi três livros... um ao meu avô, um ao meu querido pai e outro à minha Tia condessa de W.... a minha mãe era Belga. Olhe, tem uma coca-cola e uma sandes de fiambre em pão aparado?*

Psicólogo: *Vou pedir à Bernardete para lhe preparar e eu vou buscar as gomas.*

Rita: *Isso, isso, empurre aqui o triciclo.*

Psicólogo: *Pois se fizesse fisioterapia como devia, não precisava estar dependente de mim. Vamos lá, por hoje acabamos, mas quando chegar o Manuel (fisioterapeuta) eu vou assistir para ver como ele e a senhora se comportam na sessão.*

O desmame e a reposição hidrolítica transformaram esta doente de uma forma que, há um mês, seria inimaginável. A sua boa disposição é por demais evidente, sendo decidido que estaria em perfeitas condições para poder fazer a avaliação neuropsicológica.

Progressivamente foi despertando a pessoa que estava por detrás da medicação e a empatia foi-se estabelecendo tendo-se conseguido a sua anuência aos tratamentos. Rita recomeçou a andar em meados de dezembro de 2013 e em janeiro de 2014 já andava autonomamente, embora com a ajuda de bengala. Ao fisioterapeuta, passou a chamar carinhosamente “tritador”.

Recomeçou a ler, a escrever e o seu discurso é gramático e de boa fluência. Diz nunca ter sido tão feliz na vida. A periodicidade das sessões passou a três vezes por semana com a duração de aproximadamente 30 minutos.

Devido à melhoria substancial verificada na avaliação realizada com a Escala de Deterioração Global, que revelou a passagem de um Estádio 7 para um Estádio 5, foram realizados dois testes: o Mini Mental State Examination e a Escala de Depressão Geriátrica (30 itens).

Relatório de avaliação neuropsicológica

Data da observação: 10 de janeiro de 2014

Rita foi submetida a exames das Funções Nervosas Superiores do qual salientamos em primeiro lugar, a conclusão, seguindo-se a descrição dos resultados no exame neuropsicológico.

Conclusão: Rita apresenta lentificação nos desempenhos, défice relevante na capacidade de aprendizagem sem chaves de associação e na capacidade de atenção dividida e seletiva, bem como na capacidade de planeamento. Nos restantes processos mnésicos apresenta defeito ligeiro na memória de trabalho e na memória verbal, com interferência e défice moderado na memória visual, com esquecimento ligeiro da informação recente.

Salienta-se ainda, a presença de ligeiras alterações de linguagem (ponto 10). No aspeto funcional/comportamental é de referir a presença de um conteúdo delirante.

Em comparação com a observação anterior (janeiro de 2010), observa-se declínio ligeiro na capacidade de atenção, na memória de trabalho, no nível de esquecimento, na capacidade de aprendizagem sem chaves de associação, na memória visual e na linguagem (expressão, compreensão e conteúdo). Contudo o

quadro neuropsicológico não apresenta ainda critérios para o diagnóstico de demência, embora existam défices executivos que comprometem a sua capacidade de decisão.

No perfil evolutivo, observa-se ligeiro declínio cognitivo ao longo das avaliações, sugerindo um possível processo degenerativo de tipo Frontotemporal (variante frontal?), de evolução lenta. Continuamos a considerar importante reavaliar após o período de um ano para análise das características de evolução.

Descrição do exame neuropsicológico

1. Defeito ligeiro na capacidade de atenção sustentada por períodos curtos de tempo (menor que 1 minuto) na pesquisa sequencial de estímulos visuais (pesquisa monitorizada) (prova: “Trail Making Test” – forma A) e na pesquisa aleatória de estímulos visuais (inferior a 1 minuto) (prova: Corte de “A”s), devido a lentificação.
2. Defeito acentuado na capacidade de atenção dividida (alternância da atenção entre dois estímulos diferentes), devido a lentificação e erros de execução (prova: “Trail Making Test” – forma B).
3. Defeito moderado na capacidade de atenção seletiva (capacidade em manter uma atividade cognitiva, mesmo tendo outros estímulos à sua volta) (prova: STROOP).
4. Defeito acentuado na capacidade de planeamento e resolução de problemas práticos, envolvendo memória de procedimentos e implicando uso recursivo de regras condicionais (prova: Torre de Hanói).
5. Na capacidade mnésica salienta-se:
 - a) Sem alterações na memória imediata (prova: Repetição direta de dígitos – Escala de Memória de Wechsler).
 - b) Defeito ligeiro na memória de trabalho (prova: Repetição inversa de dígitos – Escala de Memória de Wechsler).

- c) Defeito ligeiro na memória verbal com interferência breve, para palavras isoladas (prova: Cinco palavras de alta frequência com interferência de 1 minuto).
 - d) Sem alterações na capacidade de evocação espontânea de informação recente, mas com perda ligeira de informação, após período de 30 minutos (esquecimento ligeiro) (prova: Memória Lógica – Escala de Memória de Wechsler).
 - e) Sem alterações na capacidade de aprendizagem associativa (prova: Pares de palavras – Escala de Memória de Wechsler).
 - f) Defeito acentuado na capacidade de aprendizagem sem chaves de associação (aprendizagem de listas), não recuperando informação com chaves de ajuda semântica, com perda de informação após períodos de 20 minutos e com alterações no sub-teste de reconhecimento (falsos positivos) (prova: “Califórnia Verbal Learning Test”).
 - g) Sem alterações na memória remota (prova: Informação - Escala de Memória de Wechsler).
 - h) Defeito moderado na memória visual (prova: Desenhos – Escala de Memória de Wechsler).
6. Sem alterações na capacidade de orientação pessoal, temporal e espacial (prova: Questionário de orientação MSQ).
7. Defeito ligeiro na capacidade de iniciativa verbal a nível semântico e ao nível fonológico (prova: Produtos alimentares; letras M.P.R.).
8. Sem alterações na capacidade de iniciativa motora (prova: Movimentos alternados).
9. Defeito moderado na capacidade de iniciativa grafo-motora (prova: Padrões alternados).
10. Ao nível da linguagem oral o discurso é fluente, embora o conteúdo apresente algumas vezes delírio místico (religioso). Na capacidade de nomeação de gravuras,

revela anomia muito ligeira (teste de Snodgrass) e na capacidade de compreensão de material auditivo-verbal complexo (Teste “Token”) revela defeito moderado (prova: adaptação da Bateria de Linguagem de Lisboa – Laboratório de Estudos de Linguagem).

11. Presença de anomia acentuada na capacidade de nomeação de nomes próprios, mas sem alterações no reconhecimento (prova: Nomeação de faces públicas).
12. Sem alterações na capacidade de cálculo elementar escrito (prova: Cálculo aritmético).
13. Sem alterações na capacidade praxica (execução de movimentos dos membros e buco-faciais) (ausência de apraxia ideativa e ideomotora e de apraxia buco-facial) (prova: execução de movimentos por instrução verbal).
14. Sem alterações na capacidade de orientação direito-esquerdo, em relação a si própria e ao observador (prova: tarefas de orientação direta e cruzada).
15. Sem alterações na capacidade construtiva bidimensional, revelando ligeiro tremor no traço (prova: cópia de desenhos).
16. Sem alterações no desenho por abstração (função executiva) (prova: desenho do relógio).
17. Sem alterações na capacidade de abstração a nível verbal e a nível não-verbal (provas: Interpretação de Provérbios; Matrizes Progressivas de Raven).
18. Avaliação global e breve do estado mental: MMSE = 26 (são normais valores superiores a 27 num máximo de 30 pontos).
19. Presença de queixas subjetivas de memória: QSM = 9 (são normais valores até 4 pontos, num máximo de 21).
20. Ausência de sintomatologia de tipo depressivo: GDS = 1 (são normais valores até 3 pontos num máximo de 15 pontos).
21. A nível funcional apresenta alterações no que se refere a lidar com dinheiro e na orientação topográfica, não sendo possível avaliar o desempenho das atividades

instrumentais de vida diária por se encontrar em casa de repouso. Ao nível do comportamento não são referidas modificações relevantes para além dos delírios místicos.

Análise da progressão da intervenção psicológica

Nas sessões terapêuticas seguintes Rita foi abrindo o discurso e abordou temas tais como a relação com os seus pais e com os seus irmãos, a colaboração com estes na educação dos seus sobrinhos, o amor à terra transmontana e os detalhes dos livros que escreveu. Fala também com grande ênfase da história francesa e sobretudo do reinado de Luís XIV, o Rei Sol e a introdução do absolutismo. Diz com grande risada: *"aquilo é que era um bacana!"*.

Seguidamente serão apresentados os resultados do Mini Mental State Examination e da Escala de Depressão Geriátrica

Data da avaliação: 12 de fevereiro de 2014

- No Mini Mental State Examination alcançou um *score* de 24, tendo revelado as seguintes falhas: 2 itens na orientação temporal e espacial; 1 item na retenção; 0 item no cálculo; 1 item na evocação; 2 itens na linguagem.
- Na Escala de Depressão Geriátrica obteve uma pontuação de 3, o que revelou ausência de depressão.

Data da avaliação: 19 de abril de 2014

- No Mini Mental State Examination obteve um *score* de 26, tendo-se verificado uma diminuição do número de falhas, nomeadamente, ao nível da orientação temporal e espacial e da evocação [2 itens na orientação

temporal e espacial; 1 item na retenção; 0 item no cálculo; 0 item na evocação; 1 item na linguagem].

- Na Escala de Depressão Geriátrica diminuiu o valor para 2, o que permitiu confirmar a ausência de depressão.

Data da avaliação: 11 de junho de 2014

- No Mini Mental State Examination obteve um score de 27, voltando a verificar-se uma ligeira diminuição no número de falhas: 1 item na orientação temporal e espacial; 1 item na retenção; 0 item no cálculo; 0 item na evocação; 1 item na linguagem].
- A pontuação obtida na Escala de Depressão Geriátrica manteve-se em 2 pontos, continuando assim a demonstrar ausência de depressão.

Os resultados obtidos nos testes psicológicos realizados permitem-nos constatar que a Rita tem vindo a evoluir significativamente ao longo do tempo, dentro dos parâmetros estimados para a patologia que apresenta.

Discussão do caso

O internamento de Rita e todo o processo inicial foi muito atribulado. Por um lado porque o neurologista que a seguia não respondia às solicitações para a reavaliação e modificação da medicação; e por outro, porque para tomar qualquer decisão era necessário que os dezassete sobrinhos se reunissem e chegassem a um consenso.

Após a convulsão tónico-clónica com mordedura de língua que a obrigou a dezassete dias de internamento hospitalar, a direção da Casa Romana reuniu e

deliberou que: ou a família retirava a doente da instituição, ou esta passaria a ser seguida por um dos neurologistas que dão apoio à Casa Romana. A família optou por mudar de neurologista, o que permitiu um diálogo entre especialidades e o início do processo de reabilitação da Rita.

Foram utilizadas a Terapia da Reminiscência e a Terapia da Validação, às quais a doente aderiu bastante bem. No decorrer das sessões, o humor da Rita melhorou significativamente, pois eram abordados quase todos os aspetos da sua vida, os quais considerava aprazíveis e gratificantes, desde a infância até à atualidade.

A Terapia de Validação, pela sua empatia, foi utilizada para se criarem pontes com a doente, porque devido à sua educação e ascendência nobre, Rita era muito fechada e enfatizava excessivamente a estratificação social. Era habitual ouvi-la dizer que não se podia dar confiança à criadagem, sendo uma das suas frases preferidas: “criadas e bois, uma ano quanto mais dois”, que referiu ser, frequentemente, parafraseada pelo avô.

Ao longo do tempo, foi-se trabalhando no sentido de modificar este comportamento porque não é fácil para as auxiliares, que tanto dão de si, serem tratadas como criadagem. Esta é uma das queixas mais veementes que lhes ouvimos aquando da sua formação nos hábitos e comportamentos dos doentes demenciados.

Cerca de dois meses depois, estes comportamentos modificaram-se radicalmente, passando para o polo oposto. Atualmente trata com grande estima e carinho grande parte da equipa de auxiliares, tendo-lhes dito, inclusivamente, que quando morrer o colar de pérolas será para uma, o anel de brasão para outra e os brincos para uma terceira. Os progressos da Rita são de tal forma significativos que, hoje em dia, é frequente ouvi-la dizer com toda a convicção: “*nunca fui tão feliz na vida*”.

Para um terapeuta, que se entrega e dá o melhor de si, nada poderá ser mais gratificante de ouvir.

Conclusão

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI e Portugal não é exceção a este panorama (Sequeira, 2010).

De acordo com os Censos 2011, verificou-se entre 2001 e 2011 uma redução da população jovem (entre os 0 e os 14 anos) e da população jovem em idade ativa (entre os 15 e os 24 anos) de, respetivamente 5.1% e 22.5%. Em contrapartida a população idosa (com 65 anos ou mais) aumentou cerca de 19.4% (INE, 2011). Ainda de acordo com este estudo, no horizonte 2010-2050, o total de pessoas com mais de 60 anos irá ter um aumento superior a 40%, ultrapassando os três milhões, enquanto a população com mais de 75 anos sofrerá um acréscimo que rondará os 80%. Estes dados levantam preocupações pelo que se torna fulcral conhecer melhor os problemas desta população, o que nos remete, mais uma vez, para a individualidade da pessoa idosa e do seu processo de envelhecimento.

Viver mais tempo, significa aumentar as probabilidades de se viver com uma ou mais doenças degenerativas, de evolução prolongada e potencialmente incapacitantes que se caracterizam por um declínio progressivo das funções cognitivas: a demência (Guerreiro, 2002).

Os problemas mentais e comportamentais tornam-se frequentes e influenciam a qualidade de vida das pessoas demenciadas e dos seus cuidadores, levando na maior parte dos casos à institucionalização. Os agentes farmacológicos são frequentemente utilizados para tratar patologias e sintomatologias associadas ao progresso demencial, o que por vezes contribui para o potencial agravamento dos problemas, causando efeitos secundários e despoletando comportamentos que são consequência dessa mesma medicação (Douglas et al., 2004).

O desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem contínua e inovadora é fundamental para assegurar um envelhecimento com dignidade, pelo que a atividade terapêutica tem sido relatada como tendo uma vasta gama de aplicações, incluindo a adequada manutenção de níveis de estimulação, o melhoramento da qualidade de vida e a gestão de sintomas comportamentais associados a demência (Rodrigues, 2007).

O propósito deste trabalho insere-se nesta problemática, pretendendo-se analisar a intervenção psicológica em idosos com demência, na Casa Romana.

Os objetivos do estágio, descritos ao longo deste relatório, foram todos concretizados, nomeadamente a avaliação e intervenção psicológica de sete casos clínicos. O trabalho realizado ao longo destes nove meses permitiu desenvolver e aprimorar competências e solidificar os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, nomeadamente os pressupostos teóricos do Modelo Humanista e das suas técnicas de intervenção, entre as quais: a Terapia da Validação e a Teoria da Reminiscência.

Relativamente aos objetivos específicos da intervenção terapêutica, constatou-se que apesar de se terem obtido resultados positivos com as duas pacientes e ambas padecerem da mesma patologia, podemos corroborar que não existe um modelo de terapia ideal. Cada pessoa é única e a intervenção tem que ser feita a partir da sua história de vida, de modo a promover a sua dignidade, respeitar a sua individualidade e acima de tudo a validar as suas emoções e sentimentos.

Deste modo verificámos que enquanto a Teoria da Reminiscência, desencadeava grande angústia na Teresa e por isso tivemos que optar apenas pela Terapia da Validação, no caso da Rita verificou-se o oposto.

A Teresa melhorou significativamente ao nível do humor e da interação com os outros, passando, também a ter consciência de si e do estado deficitário da sua memória. Por outro lado, a Teoria da Reminiscência, proporcionou à Rita uma

evolução considerável no que concerne ao sentido de humor, à orientação temporal e espacial e à evocação da memória.

A relação estabelecida entre o estagiário e os pacientes permitiu uma melhor compreensão acerca da importância do relacionamento interpessoal, tendo-se verificado que a empatia criada foi essencial para a aquisição de autonomia, aumento da autoestima e estabelecimento de diálogos construtivos. O trabalho desenvolvido com os pacientes foi extremamente enriquecedor. Contudo, é importante salientar a relevância da supervisão semanal, que proporcionou a exposição e debate dos casos clínicos e a análise das sessões o que se revelou essencial para a discussão das hipóteses diagnósticas e a interpretação dos resultados da avaliação psicológica.

Igualmente enriquecedora foi a participação nas reuniões do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD), que permitiu adquirir novos saberes, aptidões e capacidades que ajudaram a encontrar a melhor solução para determinados casos. Proporcionou, ainda, um entendimento mais profundo acerca do modo como interage e funciona uma equipa técnica multidisciplinar em contexto de clínica privada.

Reflexão final

Quando iniciei a licenciatura em Psicologia, nunca imaginei chegar a este momento. Durante o primeiro semestre, pensei várias vezes em desistir, por não entender qual a necessidade de tamanho esforço, a que me estava a sujeitar, para a minha vida profissional ou pessoal.

Se por um lado tinha receio de não conseguir fazer novamente o que tinha feito há alguns anos atrás; por outro não estava disponível para tamanha empreitada. Não podia estar mais errado e hoje sinto uma alegria imensa por ter continuado, por ter levado esta jornada até ao fim.

A satisfação vem sobretudo por me ter tornado seguramente num Ser melhor, mais compreensivo, mais tolerante, mais empático, mais rico daquilo que é a verdadeira riqueza: o Saber. Estou bem comigo e, acima de tudo, porque conheci pessoas de exceção, que dão o melhor de si com um prazer enorme.

Muitas vezes me senti pequenino pela ignorância em coisas tão óbvias, mas para as quais não estava desperto.

A vontade de fazer o meu estágio académico numa instituição para doentes demenciados prendia-se com a motivação e a necessidade de perceber melhor como se sentem estes doentes, tentar perceber o porquê dos seus comportamentos e dentro de todas as possibilidades ajudá-los neste novo ciclo da sua vida. Neste contacto diário percebi que são doentes que necessitam de atenção, de afeto, de compreensão e muito amor. Alguns são incapazes de transmitir o seu sofrimento, as suas angústias e as suas ansiedades, mas todos têm uma capacidade muito grande para receber e dar afeto.

Tive a possibilidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre psicofarmacologia, assim como sobre farmacologia em geral. Muito embora não se

possa prescrever, entendo ser fundamental ao psicólogo, porque pelo que me foi dado observar com estes doentes, os fármacos podem alterar os comportamentos.

O uso das terapias não farmacológicas e das farmacológicas estritamente necessárias são de extrema importância para o equilíbrio possível de doentes com estas patologias, aquilo que a literatura se refere como não sendo conclusivo e apela constantemente à necessidade de novos estudos: as terapias da Reminiscência e da Validação. Estas terapias, através das quais se obtiveram resultados positivos, foram aplicadas a duas doentes internadas na instituição, quase da mesma idade, com um bom grau cultural, mas com histórias de vida diferentes.

Vivenciei momentos de incerteza e de insegurança, mas de muito crescimento a nível pessoal e profissional.

A esperança de conseguir dar a estes doentes um percurso digno dava-me força e entusiasmo. A todos eles agradeço, porque eles são a minha aprendizagem e fazem parte do meu universo profissional.

A supervisão atenta e cooperante sempre me proporcionou trazer a objetividade da aplicação terapêutica e a medição de resultados.

Contudo, o estágio académico não é o fim do percurso, mas sim o seu início!

Referências

- Alexopoulos, G., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamolan, C. A. (1988). Cornell Scale for Depression in Demencia. *Biological Psychiatry*, 23, 271-284.
[http://dx.doi.org/10.1016/0006-3223\(88\)90038-8](http://dx.doi.org/10.1016/0006-3223(88)90038-8)
- Allegri, F. R., Harris, P., Serrano, C., & Delavald, N. (2001). Perfis diferenciais de perda de memória entre Demência fronto-temporal e a do tipo Alzheimer. *Psicologia: reflexão e crítica*, 14(2), 317-324.
- Alonso, A. (2006). *Ética das profissões*. São Paulo: Edições Loyola.
- Amatuzzi, M. M., Cury, V. E., Graetz, C. F., Belatini, J. M., Andrade, M. L., & Seber, M. M. (2002). A atitude de boa vontade e a abordagem centrada na pessoa. *Revista de Estudos de Psicologia*, 19(2), 5-16.
- Amatuzzi, M. M. (2001). *Por uma psicologia humana*. Campinas: Alínea.
- António, S. (2010). Solidariedade intergeracional: envelhecimento demográfico e opiniões dos portugueses. *Intervenção social*, 36, 87-97.
- APA (2002). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Baines, S., Saxby, P., & Ehlert, K. (1987). Reality orientation and reminiscence therapy. *British Journal of Psychiatry*, 151, 222-231.
- Baldeiras, I., Santana, I., Garrucho, M., Pascoal, R., Lemos, R., Santiago, B., & Oliveira, C. (2012). CSF biomarkers for the early diagnosis of Alzheimer's disease in a routine clinical setting: the first portuguese study. *Sinapse: publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 2(12), 14-22.
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In A. Caldas & A. Mendonça (Eds), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 27-40). Lisboa: Lidel.

- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). *Escala de depressão geriátrica: tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al.* Porto: GEECD – Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Barros, M. F., Leal, C. S., & Silva, J. V. (2013). *Assistência humanizada à pessoa idosa com dificuldade de comunicação: atuação do psicólogo em um hospital universitário de São Luís – MA.* Acedido em 1 de julho de 2014, através de www.psicologia.pt
- Bateman, A., Brown, D., & Pedder, J. (2003). *Princípios e prática das psicoterapias.* Lisboa: Climepsi.
- Belém, D. M. (2004). *Abordagem centrada na pessoa: um olhar contemporâneo.* Recife: Universidade Católica de Pernambuco. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade Católica de Pernambuco.
- Benjamin, B. J. (1999). Validation: a communication alternative. In L. Volicer & L. Bloom-Charette (Eds.), *Enhancing the quality of life in advanced dementia* (pp. 107-125). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica.* Lisboa: Climepsi.
- Bezerra, M. E., & Bezerra, E. N. (2012). Aspectos humanistas, existenciais e fenomenológicos presentes na abordagem centrada na pessoa. *Revista do Nufen*, 4(2), 21-36.
- Bleathman, C., & Morton, I. (1992). Validation therapy: extracts from 20 groups with dementia sufferers. *Journal of Advanced Nursing*, 17(6), 658-666. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01961.x>
- Boainain, E. (1998). *Tornar-se transpessoal: transcendência e espiritualidade na obra de Carl Rogers.* São Paulo: Summus.

- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological wellbeing in older adults: a meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(3), 291-300. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860600963547>
- Bryant, F. B., Smart, C. M., & King, S. P. (2005). Using the past to enhance the present: boosting happiness through positive reminiscence. *Journal of Happiness Studies*, 6(3), 227-260. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-005-3889-4>
- Burns, A., Brayne, C., & Folstein, M. (1998). Key Papers in Geriatric Psychiatry: minimal state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician: M. Folstein, S. Folstein and P. McHugh, *Journal of Psychiatric Research*, 1975, 12, 189-198. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(5), 285-294. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199805\)13:5%3C285::AID-GPS753%3E3.0.CO;2-V](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199805)13:5%3C285::AID-GPS753%3E3.0.CO;2-V)
- Butler, R. N. (1963). Life-review: an interpretation of reminiscence in aged. *Psychiatry*, 26(1), 65-76.
- Cappeliez, P., O'Rourke, N., & Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging and Mental Health*, 9(4), 295-301. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860500131427>
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Casa Romana (2012). *Casa Romana: apresentação*. Acedido em 2 de julho de 2014, através de <http://casaromana.pt/>
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Correa, J. C., Ferreira, M. E., Ferreira, V. N., & Banhato, E. F. (2012). Percepção de idosos sobre o papel do psicólogo em instituições de longa permanência. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 15(1), 127-136. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100014>

- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gombin, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, *44*(12), 2308-2314. <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.44.12.2308>
- Daniel, M., & Gurczynski, J. (2010). Mental status examination. In D. Segal & M. Hersen (Eds.), *Diagnostic Interviewing* (pp. 61-88). New York: Springer.
- Day, C. (1997). Validation therapy: a review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing*, *23*(4), 29-34. <http://dx.doi.org/10.3928/0098-9134-19970401-12>
- Douglas, S., James, I., & Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, *10*(3), 171-177. <http://dx.doi.org/10.1192/apt.10.3.171>
- Elford, H., Wilson, F., McKee, K. J., Chung, M. C., Bolton, G., & Goudie, F. (2005). Psychosocial benefits of solitary reminiscence writing: an exploratory study. *Aging & Mental Health*, *9*(4), 305-314. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860500131492>
- Feil, N. (1992). Validation therapy with late-onset dementia populations. In G. M. Jones & B. M. Miesen (Eds.), *Care-giving in dementia: research and application* (pp. 199-218). London: Routledge.
- Feil, N. (1995). When feelings become incontinent: sexual behaviors in the resolution phase of life. *Sexuality and Disability*, *3*(13), 271-282. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02590072>
- Feil, N. (2010). *Validation*. Acedido em 28 de Junho de 2014, através de <http://www.vfvalidation.org/web.php?request=newsletters>
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.

- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2001). Family care of older people in Portugal. In I. Philp (Ed.), *Family care of older people in Europe* (pp. 189-210). Amsterdam: IOS Press.
- Fine, J. I., & Rouse-Bane, S. (1995). Using Validation Techniques to improve communication with cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing, 21*(6), 39-45. <http://dx.doi.org/10.3928/0098-9134-19950601-09>
- Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189-198.
- Fonseca, A. H. (1998). *Trabalhando o legado de Rogers: sobre os fundamentos fenomenológico-existenciais*. Maceió: Editora Bom Conselho.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Francis, R. (2004). *Ética para psicólogos*. Lisboa: Piaget.
- Freitas, M., Queiroz, T., & Sousa, J. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer. *Revista Escola de Enfermagem USP, 44*(2), 407-412. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200024>
- Frota, A. M. (2012). Origens e destinos da abordagem centrada na pessoa no cenário brasileiro contemporâneo: reflexões preliminares. *Revista da Abordagem Gestáltica, 18*(2), 168-178.
- Gandolfi, L. M., & Skora, M. C. (2000). Fisioterapia preventiva em grupos na terceira idade. *Revista Fisioterapia em Movimento, 13*(2), 30-35.
- Gatchel, R., & Oordt, M. (2003). *Clínical health psychology and primary care*. Washington: APA Books.
- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica, 1*(26), 101-110.

- Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1997). Humanistic approaches to psychotherapy. In P. L. Watchel & S. B. Messer (Eds.), *Theories of psychotherapy: origins and evolution* (pp. 97-129). Washington: APA.
- Guerreiro, M. (2002). Diagnóstico de demência: uma questão de critérios DSM-IV ou ICD-10? *Psicologia: revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 16(1), 51-58.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 9(1), 9-10.
- Guimarães, J., Fonseca, R., & Garrett, C. (2006). Demência frontotemporal: que entidade? *Acta Médica Portuguesa*, 19, 319-324
- Gustffson, L., & Passant, U. (2002). Demência fronto-temporal: diagnóstico e tratamento. *Revista de Psicogeriatria*, 2(1), 22-29.
- Haber, D. (2006). Life review: Implementation, theory, research, and therapy. *International Journal of Aging and Human Development*, 63(2), 153-171. <http://dx.doi.org/10.2190/DA9G-RHK5-N9JP-T6CC>
- Hackman, E., Tomlinson, L., Mehrez, A., & Mackereth, P. (2013). Reducing patient distress: a model for dementia care. *British Journal of Nursing*, 22(2), 13-18. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2013.22.Sup2.S13>
- Haight, B., Bachman, D., Hendrix, S., Wagner, M., Meeks, A., & Johnson, J. (2003). Life review: treating the dyadic family unit with dementia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(3), 165-174. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.367>
- Hanaoka, H., & Okamura, H. (2004). Study on effects of life review activities on the quality of life of the elderly: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 302-311. <http://dx.doi.org/10.1159/000078847>

- Hodges, J. R., Davies, R. R., & Xuereb, J. H. (2004). Clinicopathological correlates in frontotemporal dementia. *Annals of Neurology*, 56(3), 399-406.
- INE (2011). *Censos 2011*. Acedido a 17 de junho de 2014, através de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: atividades*. Porto: Ambar.
- Kertesz, A. (2004). Frontotemporal dementia/Pick's disease. *Archives of Neurology*, 61(6), 969-971.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults*. California: SAGE Publications.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Leitão, O. R., & Nina, A. (2007). Tradução para português do Neuropsychiatric Inventory (NPI): Inventário Neuropsiquiátrico. In GEECD (Org.), *Escalas e Testes na Demência* (pp. 73-92). Porto: GEECD – Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Leitão, O. R., Nina, A., & Monteiro, I. (2007). Tradução para português da Global Deterioration Scale (GDS): Escala de Deterioração Global. In GEECD (Org.), *Escalas e Testes na Demência* (pp. 9-13). Porto: GEECD – Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Lin, Y., Dal, Y., & Hwang, S. L. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. *Public Health Nursing*, 20(4), 297-306. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1446.2003.20407.x>
- Lopes, T. S., Afonso, R. M., & Ribeiro, O. M. (2014). Programa de reminiscência simples para pessoas idosas com demência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 107-118.
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>

- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Medeiros, K., Robert, P., Gauthier, S., Stella, F., Politis, A., Leoutsakos, ...Lyketsos, C. (2010). The Neuropsychiatric Inventory-Clinician rating scale (NPI-C): reliability and validity of a revised assessment of neuropsychiatric symptoms in dementia. *International Psychogeriatric Association*, 22(6), 984-994.
- Moreira, V. (2009). *Clínica humanista-fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Annablume.
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da Abordagem Centrada na Pessoa. *Estudos de Psicologia*, 27(4), 537-544. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>
- Morton, I., & Bleathman, C. (1991). The effectiveness of validation therapy in dementia: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 327-330. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.930060511>
- Nakash, O., & Brody, L. (2006). The effects of social roles and personality motives on autobiographical memory. *Sex Roles: Journal of Research*, 54(1/2), 39-56. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-005-8868-z>
- Neary, D., Snowden, J., & Mann, D. (2005). Frontotemporal dementia. *The Lancet Neurology*, 4(11), 771-780. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)70223-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70223-4)
- Netto, M. (2002). *Gerontologia: velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Nitrini, R., Caramelli, P., Bottino, C., Damasceno, B., Brucki, S., & Anghinah, R. (2005). Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios de diagnósticos e exames complementares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(3), 713-719.
- Nunes, B. (2005). A demência em números. In A. C. Caldas & A. Mendonça (Orgs.). *A doença de Alzheimer e outras doenças em Portugal* (pp. 27-40). Lisboa: Lidel.

- OMS (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código deontológico*. Lisboa: OPP.
- Papaléo-Netto, M. (2007). Processo de envelhecimento e longevidade. In M. Papaléo-Netto (Ed.), *Tratado de Gerontologia* (pp. 3-14). São Paulo: Atheneu.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família*. Edição Quarteto.
- Puyenbroeck, J., & Maes, B. (2005). Reminiscence in ageing people with intellectual disabilities: an exploratory study. *British Journal of Developmental Disabilities*, 51(1), 3-16. <http://dx.doi.org/10.1179/096979505799103821>
- Reimão, C. (coord.) (2008). *Ética e profissão: desafios da modernidade: actas de colóquio*. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- Roberson, E. D., Hesse, J. H., Rose, K. D. (2005). Frontotemporal dementia progresses to death faster than Alzheimer disease. *Neurology*, 65(5), 719-725. <http://dx.doi.org/10.1212/01.wnl.0000173837.82820.9f>
- Rodrigues, F. (2004). *Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental*. Lisboa: Climepsi.
- Rodrigues, C. (2007). Psicologia da saúde e pessoas idosas. In J. Teixeira (Org.), *Psicologia da saúde: contextos e áreas de intervenção* (pp. 235-250). Lisboa: Climepsi.
- Rogers, C. (1991). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.

- Rogers, C., & Stevens, B. (1992). *De pessoa para pessoa*. São Paulo: Pioneira.
- Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, E., & Kahhale, E. M. (2002). Psicologia humanista: uma tentativa de sistematização da denominada terceira força em psicologia. In E. M. Kahhale (Org.), *A diversidade da psicologia: uma construção teórica* (pp. 115-156). São Paulo: Cortez.
- Sanches, M., Marques, A. P., Ortegosa, S., Freirias, A., Uchida, R., & Tamai, S. (2005). O exame do estado mental. *Arquivos Médicos do Hospital da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 50(1), 18-23.
- Santana, I. (2005). A doença de Alzheimer e outras demências: diagnóstico diferencial. In A. C. Caldas & A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 41-60). Lisboa: Lidel.
- Schindwein-Zanini, R. (2010). Demência no idoso: aspectos neurológicos. *Revista Neurociências*, 18(2), 220-226.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Shah, S., & Reichman, W. E. (2006). Psychiatric intervention in long-term care. In L. Hyer & R. C. Intrieri (Eds.), *Geropsychological interventions in long-term care* (pp. 85-108). New York: Springer Publishing Company.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000300016>
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*, 22(3), 441-448.
- The Lund and Manchester Groups (1994). Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 57(4), 416-418.

- Vaz, S. (2009). *A depressão do idoso institucionalizado: estudo em idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Verissimo, M. T. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica*. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.
- Vieira C., Lopes R., & Vieira O. (2008). Escala Cornell para a Depressão na Demência: Cornell Scale for Depression in Dementia. In GEECD (Org.), *Escalas e Testes na Demência* (pp. 73-76). Porto: GEECD – Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-35. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub2>
- Yalom, I. D. (2000). *Psicología y literatura: el viaje de la psicoterapia a la ficción*. Barcelona: Paidós.
- Yesavage, J. A. (1988). Geriatric depression scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 24(4), 709-711.

ANEXOS

Lista de anexos

Anexo A - Inventário Neuropsiquiátrico

Anexo B - Mini Mental State Examination

Anexo C - Escala de Deterioração Global

Anexo D - Escala de Depressão Geriátrica

Anexo E - Escala Cornell para a Depressão na Demência

ANEXO A

Inventário Neuropsiquiátrico

Nome: _____ Data ____/____/____

Idade: _____ Sexo: M F Entrevistador (iniciais): _____

Prestador de cuidados: conjuge filha(o) outro: _____

Reside com o paciente: Sim Não

Porcentagem de assistência prestada pelo entrevistado: <25%; 25-50%; 50-75%; >75%

INVENTÁRIO NEUROPSIQUIÁTRICO

Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA)

| Idade | N/A | Não | Frequente (F) | Gravid. (G) | FxG | Desgaste |
|------------------------------------|-----|-----|---------------|-------------|------|-----------|
| Manifestações neuropsiquiátricas | | | | | | |
| Delírios | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |
| Alucinações | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |
| Agitação | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |
| Depressão/disforia | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |
| Ansiedade | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |
| Euforia/elação | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |
| Apatia/indiferença | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |
| Desinibição | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |
| Irritabilidade/labilidade | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |
| Comportamento motor aberrante | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |
| Nota total NPI | | | | | ____ | ____ |
| Alterações neurovegetativas | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |
| Comportamento noturno | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |
| Apetite/alteração alimentar | x | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | ____ | 1 2 3 4 5 |

Diagnóstico: _____

MMSE: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Duração da doença: _____

Escolaridade: _____

Medicação: _____

ANEXO B

Mini Mental State Examination

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

I. ORIENTAÇÃO

"Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz". (Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
6. Em que País estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
10. Em que andar estamos? _____

NOTA _____

II. RETENÇÃO

"Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras".

As palavras são:

PERA GATO BOLA

"Repita as três palavras".

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

PERA _____ **GATO** _____ **BOLA** _____ **NOTA** _____

III. ATENÇÃO E CÁLCULO

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15) **NOTA** _____

IV. EVOCAÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção).
"Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir".
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____ NOTA _____

V. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

"Como se chama isto?" _____ NOTA _____

b) Mostrar um lápis.

"Como se chama isto?" _____ NOTA _____

c) Repetir a frase :

"O rato rói a rolha" _____ NOTA _____

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou: "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" – indicar o local onde o papel deve ser colocado).

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

• Pega no papel com a mão direita _____

• Dobra o papel ao meio _____

• Coloca o papel no chão _____

(ou no local indicado)

NOTA _____

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão".

(Mostrar o cartão com a frase: **"FECHE OS OLHOS"**

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase).

(Dar 1 ponto por cada realização correcta).

NOTA _____

f) "Escreva uma frase".

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letras não contam como erros).

NOTA _____

A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar" .

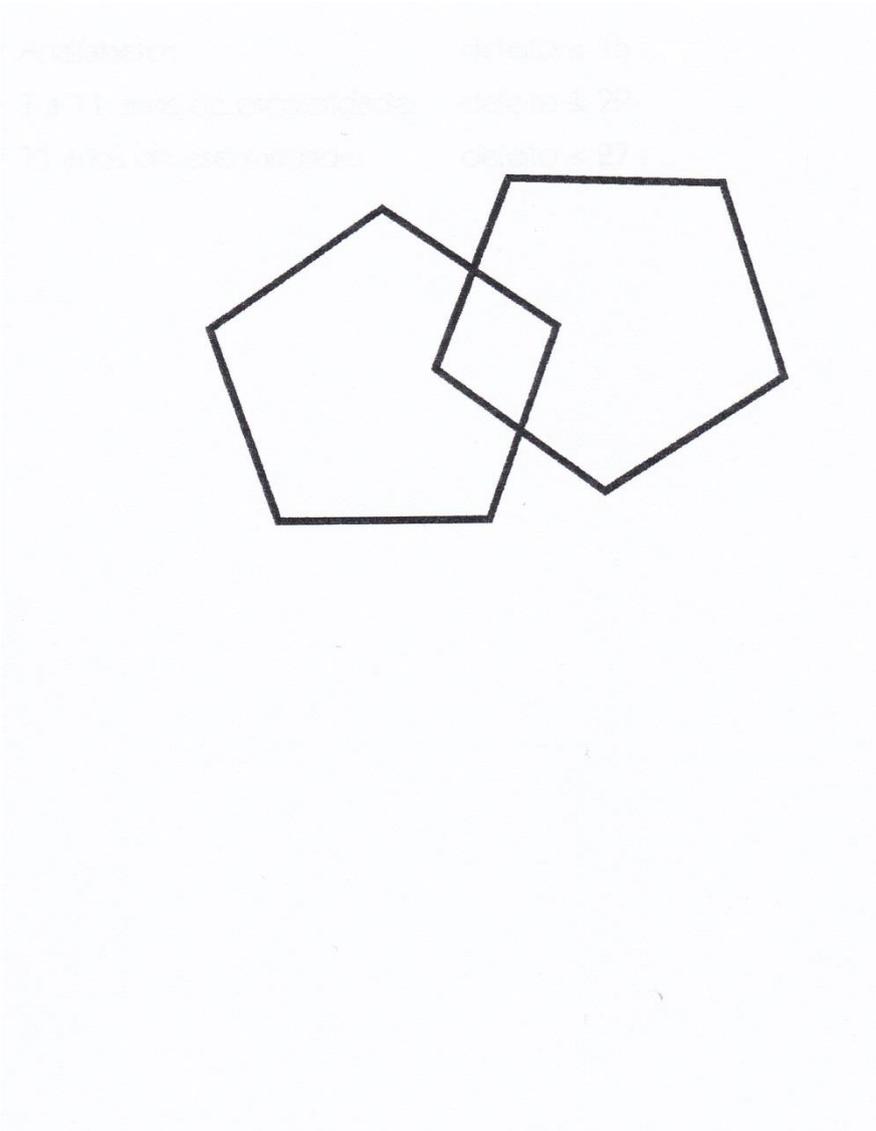
(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interseccionados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

NOTA _____

NOTA TOTAL _____

FECHE OS OLHOS



ANEXO C

Escala de Deterioração Global

ESCALA DE DETERIORAÇÃO GLOBAL

GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS)

Reisberg B, Ferris SH, Leon MJ, Crook T. 1982. The Global Deterioration Scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry 139: 1136-9.

Reisberg B, Ferris S, Schulman et al. 1986. Longitudinal course of normal aging and progressive dementia of Alzheimer's type: a prospective study of 106 subjects over a 3.6 year mean interval. Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry 10: 571-8.

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Habilitações: _____ Profissão: _____ Data: ____/____/____

| Estádio GDS |
|---|
| 1. Sem Declínio Cognitivo |
| 2. Declínio Cognitivo Muito Ligeiro |
| 3. Declínio Cognitivo Ligeiro |
| 4. Declínio Cognitivo Moderado |
| 5. Declínio Cognitivo Moderadamente Grave |
| 6. Declínio Cognitivo Grave |
| 7. Declínio Cognitivo Muito Grave |

ANEXO D

Escala de Depressão Geriátrica

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale" J. Psychiatric Res. 17:37-49

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| 1. *Está satisfeito(a) com a sua vida? | S | N |
| 2. *Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | S | N |
| 3. *Sente a sua vida vazia? | S | N |
| 4. *Fica muitas vezes aborrecido(a)? | S | N |
| 5. Tem esperança no futuro? | S | N |
| 6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar? | S | N |
| 7. *Está bem disposto(a) a maior parte do tempo? | S | N |
| 8. *Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | S | N |
| 9. *Sente-se feliz a maior parte do tempo? | S | N |
| 10. *Sente-se muitas vezes desamparado(a)? | S | N |
| 11. Fica muitas vezes inquieto(a)? e nervoso(a)? | S | N |
| 12. *Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | S | N |
| 13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | S | N |
| 14. *Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? | S | N |
| 15. *Pensa que é bom estar vivo(a)? | S | N |
| 16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)? | S | N |
| 17. *Sente-se inútil? | S | N |
| 18. Preocupa-se muito com o passado? | S | N |
| 19. Acha a vida interessante? | S | N |
| 20. É difícil para si começar novas actividades? | S | N |

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| 21. *Sente-se cheio(a)de energia? | S | N |
| 22. *Sente que a sua situação é desesperada? | S | N |
| 23. *Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua? | S | N |
| 24. Afiige-se muitas vezes com pequenas coisas? | S | N |
| 25. Sente muitas vezes vontade de chorar? | S | N |
| 26. Tem dificuldade em se concentrar? | S | N |
| 27. Gosta de se levantar de manhã? | S | N |
| 28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | S | N |
| 29. Tem facilidade em tomar decisões? | S | N |
| 30. O seu pensamento é tão claro como era dantes? | S | N |

Pontuação da GDS de 30 itens:

1 ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

1 ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

0 -10 = ausência de depressão

11-20 = depressão ligeira

21-30 = depressão grave

Pontuação da GDS de 15 itens:

1 ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

1 ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 11, 13

0 -5 = sem depressão

> 5 = depressão

NOTA: estes pontos de corte são os do trabalho original.

O autor considera que a escala está no domínio público

ANEXO E

Escala Cornell para a Depressão na Demência

ESCALA CORNELL PARA A DEPRESSÃO NA DEMÊNCIA

CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA

Alexopoulos Gas, Abrams RC, Young RC, Shamolan CA. 1988. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biological Psychiatry 23: 271-84

Nome: _____

Idade: _____ Data ____/____/____ Sexo: _____

Cotação

A = não avaliável 0 = ausente 1 = ligeiro ou intermitente 2 = grave

A avaliação deve basear-se nos sintomas e sinais que ocorreram na semana anterior à entrevista. Não pontuar se os sintomas resultarem de incapacidade física ou doença. As perguntas são feitas a quem preste cuidados ao doente.

A. Sinais relacionados com o humor

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Ansiedade Expressão ansiosa, ruminacões, preocupaões | a | 0 | 1 | 2 |
| 2. Tristeza Expressão triste, voz triste, choro fácil | a | 0 | 1 | 2 |
| 3. Falta de reactividade a acontecimentos agradáveis | a | 0 | 1 | 2 |
| 4. Irritabilidade Facilmente aborrecido, impaciência | a | 0 | 1 | 2 |

B. Perturbaões comportamentais

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 5. Agitaão Inquietude, torcer as mãos, puxar os cabelos | a | 0 | 1 | 2 |
| 6. Lentificaão de movimentos, discurso ou reacões | a | 0 | 1 | 2 |
| 7. Queixas somáticas múltiplas (se só houver sintomas GI cotar 0) | a | 0 | 1 | 2 |
| 8. Perda de interesse Menor envolvimento nas actividades habituais (cotar só se a mudança foi repentina, i.e., em menos de um mês) | a | 0 | 1 | 2 |

C. Sinais físicos

9. Perda de apetite (Comer menos que habitual) a 0 1 2
10. Perda de peso (cotar 2 se superior a 2,5 Kg num mês) a 0 1 2
11. Perda de energia, fadiga fácil, incapaz de manter actividades (cotar só se a mudança foi repentina, i.e., em menos de um mês) a 0 1 2

D. Funções cíclicas

12. Variação diurna do humor Sintomas mais acentuados durante a manhã a 0 1 2
13. Insónia inicial Adormece mais tarde do que lhe é habitual a 0 1 2
14. Despertares múltiplos a 0 1 2
15. Insónia terminal Acorda mais cedo do que lhe é habitual a 0 1 2

E. Perturbações do pensamento

16. Suicídio Sente que não vale a pena viver, deseja morrer ou fez tentativa de suicídio a 0 1 2
17. Baixa auto-estima Culpabiliza-se, deprecia-se, tem sentimentos de fracasso a 0 1 2
18. Pessimismo Antecipação do pior a 0 1 2
19. Delírios congruentes com o humor Delírios de ruína, hipocondríacos ou de perda a 0 1 2

Pontuação Final: _____

Foi obtida a autorização do autor