

Psicodiagnóstico no Idoso e suas Particularidades
Psychological Tests for Seniors and Their Differences

Sheila Costa Pozzi¹

Cristiane Boff²

“Uma pessoa permanece jovem na medida em que ainda é capaz de aprender, adquirir novos hábitos e tolerar contradições”.

Marie von Ebner-Eschenbach

Resumo: O psicodiagnóstico é caracterizado por ser um processo científico e com tempo determinado, que se utiliza de técnicas e práticas psicológicas. Tem como foco principal identificar, avaliar, classificar e verificar o possível prognóstico dos casos. O objetivo deste estudo foi compreender as particularidades de um psicodiagnóstico na terceira idade, os desafios e a importância da participação da família neste processo. Para isto, realizou-se um estudo de caso com uma idosa de 75 anos, que apresentava problemas demenciais e dependência de álcool, que acarretaram no diagnóstico de uma síndrome chamada de Wernicke-Korsakoff. Foram utilizadas entrevistas clínicas diagnósticas com a examinanda e seus familiares, além da aplicação de instrumentos psicométricos e projetivos. A partir dos resultados, percebeu-se a importância do psicodiagnóstico na terceira idade e as dificuldades de se avaliar e diagnosticar os inúmeros problemas demenciais nesta faixa etária.

Palavras-chave: psicodiagnóstico; idoso; síndrome de Wernicke-Korsakoff.

Abstract: The psychodiagnostic is characterized by being a scientific process and timed, which uses psychological techniques and practices. Its main focus to identify, evaluate, classify and determine the possible outcome of the cases. The aim of this study was to understand the particularities of a psychological evaluation in the elderly, the challenges and the importance of family participation in this process. For this, we performed a case study with an elderly woman of 75 years who had problems dementia and alcohol dependence. Clinical diagnostic interviews were used with the examinee and their families, in addition to the application of psychometric and projective techniques. From the results, we realized the importance of psychodiagnostic elderly and the difficulties of assessing and diagnosing dementia numerous problems in this age group.

Keywords: psychodiagnostic; seniors; Wernicke-Korsakoff syndrome.

¹ Aluna do Curso de Especialização em Psicodiagnóstico e Avaliação Psicológica

² Professora Orientadora do Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade

Introdução

Esta pesquisa é qualitativa, documental, retrospectiva e com delineamento de estudo de caso único (Yin, 2005). Participou deste estudo uma mulher de 75 anos, encaminhada por seu médico neurologista. Considerou-se para a escolha do caso o critério de conveniência, pois a pesquisa foi realizada no Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade, uma clínica-escola localizada na cidade de Porto Alegre/RS, onde a pesquisadora realizava atendimentos. Cabe salientar que a pesquisa contou com a participação espontânea dos participantes, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando o uso dos dados coletados.

A pesquisa teve como objetivo principal avaliar as particularidades do psicodiagnóstico em indivíduos da terceira idade com sintomas de demência. Bem como, entender o impacto de tais sintomas para a família do examinando e a importância desta para o esclarecimento de dúvidas durante o processo, além de estudar os aspectos diferenciais em relação a esse processo em idosos.

Devido à longevidade da população, as solicitações de avaliação psicológica em idosos têm sofrido um aumento considerável. A avaliação psicológica na terceira idade deve levar em conta questões cognitivas e motivacionais, como a capacidade de enfrentar a vida cotidiana. Devido às possíveis dificuldades de entendimento da demanda do idoso, deve-se considerar o relato dos parentes mais próximos, que possam fornecer mais informações sobre o caso (Cunha, 2000).

Em comparação aos demais grupos etários, a população idosa tem aumentado de tamanho em grandes proporções. Isto se deve ao fato da menor fecundidade e mortalidade. Além disso, a população idosa do sexo feminino tem sido mais crescente que a do sexo masculino (Camarano, 2003). Como apontam Carneiro e Falcone (2004), o bem estar psicológico torna-se um poderoso aliado na longevidade e as relações sociais e habilidades interpessoais das mulheres são qualitativamente superiores as dos homens.

O Brasil tem se tornado um país de terceira idade e precisa voltar suas necessidades e atenção para os mais velhos (Forlenza & Almeida, 1997). Apesar dos esforços para se manter uma velhice saudável, a maioria dos idosos apresenta alguma doença física ou mental que gera intensos sentimentos de fragilidade e insegurança. Aumentando, com isso, o nível de dependência do idoso (Fernandes, 2008). De acordo com Karsch (2003), o envelhecimento no Brasil acaba ocasionando mudanças estruturais nas residências, alguns idosos são cuidados pelos familiares e outros são colocados em instituições.

Com a fragilidade emocional que a terceira idade proporciona, muitos idosos tendem a procurar outras formas de diminuir os sentimentos de frustração. O uso abusivo de álcool pode ocasionar vários problemas físicos e emocionais, um desses problemas diz respeito à síndrome de Wernicke-Korsakoff. Esta síndrome é caracterizada por uma diminuição dos níveis de vitamina B1, que podem ocasionar confabulação mental, problemas motores e oftalmológicos (Maciel & Kerr-Corrêa, 2004).

Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico

Segundo Cunha (2000), o processo de avaliação psicológica pode ter um ou vários objetivos, podendo ser definidos como de classificação simples, descrição, classificação nosológica, diagnóstico diferencial, avaliação compreensiva, entendimento dinâmico, prevenção, prognóstico e perícia forense. Na classificação simples, os resultados são fornecidos quantitativamente, como em uma avaliação de nível cognitivo, por exemplo. Na descrição, realizam-se interpretações dos dados quantitativos que foram fornecidos pela classificação simples. Já na classificação nosológica, são verificadas hipóteses iniciais de diagnóstico. No diagnóstico diferencial, são feitas diferenciações de várias alternativas diagnósticas, verificando o nível de funcionamento e a natureza da patologia. Na avaliação compreensiva, determina-se o tipo de personalidade do sujeito e seus níveis de funcionamento. São examinadas, por exemplo, as funções mentais. O entendimento dinâmico é a definição de focos terapêuticos, havendo uma integração com dados de base teórica. Na prevenção, são avaliados os riscos e as capacidades e incapacidades do examinando. O prognóstico determina o curso provável do caso. Por fim, na perícia forense, avaliam-se questões de insanidade, incapacidades ou patologias.

De acordo com Bariani, Sisto e Santos (2000), os instrumentos psicológicos não são recentes na história da psicologia. A história dos testes psicológicos coincide com a do início da prática psicológica. Nesta época, a identidade do psicólogo referia-se exclusivamente a utilização de testes. Todavia, Cruz e Alchieri (2003) afirmam que a partir do século passado os testes passaram por intensas críticas públicas, foram divulgadas, inclusive na imprensa, dúvidas sobre a legitimidade e a validade dos testes. Desta forma, verificou-se um declínio de interesse e estudo sobre a avaliação psicológica a partir do final da década de 60. Pode-se dizer que nos anos 80, o interesse foi retomado com a criação de laboratórios de estudo sobre instrumentos psicológicos (Belo & Gouveia, 2006).

Os testes psicológicos podem ser considerados como amostras do comportamento humano que são medidos de forma padronizada e objetiva. Sendo assim, hipóteses prévias podem ser confirmadas ou não com base em passos e o estabelecimento de objetivos (Anastasi & Urbina, 2000).

A resolução nº 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) define os testes psicológicos como:

Art. 1º Os testes psicológicos são instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituindo-se um método ou uma técnica de uso privativo do psicólogo, em decorrência do que dispõe o § 1º do Art. 13 da Lei nº 4.119/62.

O psicodiagnóstico é um processo que visa identificar forças e fraquezas no funcionamento psicológico, também enfatizando se existe ou não a presença de psicopatologia (Cunha, 2000). Pode ser realizado em qualquer idade, porém é mais frequente a solicitação de avaliação em crianças, principalmente, encaminhadas através das escolas. Cada faixa etária tem aspectos individuais que devem ser verificados e entendidos. Com isso, tem ocorrido um grande número de solicitações de avaliação na terceira idade, provavelmente pelo aumento da longevidade e qualidade de vida dos idosos (Romaro & Capitão, 2003).

Existe um tipo de avaliação psicológica bastante complexa que se chama avaliação neuropsicológica. O objetivo mais frequente deste tipo de avaliação é o de avaliar a cognição,

principalmente a memória. A avaliação neuropsicológica é mais frequente em idosos, quando se solicita a avaliação para verificar possíveis declínios cognitivos. Todavia, nestes casos deve-se verificar se a dificuldade não é produto de um declínio normal em decorrência da idade, ou trata-se de uma deterioração mais complicada e irreversível (Cunha, 2000).

Na avaliação neuropsicológica, Giurgea (1995) alerta para a importância de se avaliar dois aspectos: o rendimento geral do idoso e a presença de dificuldades; além da necessidade de investigar questões não cognitivas, como a motivação, para compreender se aspectos emocionais podem estar influenciado em suas capacidades.

Entende-se que a maioria dos idosos enfrenta dificuldades emocionais e físicas nesta idade. Todavia, cada indivíduo passa pelas situações de conflito de formas diferentes, então se deve tomar cuidado para avaliar não somente os fatores estressantes, mas também como o idoso enfrenta essas situações. Com o passar do tempo, não só modificam-se os interesses, como também as habilidades dos idosos, então se deve prestar atenção em quais técnicas utilizar, pois algumas testagens podem ser extremamente exaustivas. Segundo Cunha (2000), em situações que podem estar presentes sintomas demenciais, deve-se levantar a história do paciente junto com alguns familiares, mas sem excluí-lo destas entrevistas. Deve-se, portanto, entender como estão às habilidades do indivíduo de realizar atividades cotidianas como tomar banho, escovar os dentes e administrar os remédios.

O Idoso

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) considera idoso o indivíduo com sessenta anos ou mais. O envelhecimento não é um processo unificado e não ocorre de maneira simultânea e nem precisa estar associado a uma doença específica. Comparada com os demais grupos etários, a população idosa foi a que mais cresceu e está levando a um envelhecimento populacional. O aumento dos idosos do sexo feminino tem sido mais crescente do que do sexo masculino, este fator é comprovado internacionalmente e é maior nos países desenvolvidos. Uma das razões para isto acontecer deve-se ao alto índice de mortalidade masculina e os novos papéis desempenhados pela mulher na velhice, que a torna mais ativa e menos sedentária (Camarano, 2003).

De acordo com Leite, Carvalho, Barreto e Falcão (2006) na população idosa a depressão encontra-se como o problema de saúde mais frequente e, com isso, aumenta a possibilidade de incapacitação do indivíduo. A depressão na velhice é um transtorno extremamente heterogêneo, as pesquisas atuais enfrentam o desafio de determinar em que medida as depressões na velhice diferenciam-se das que ocorrem em etapas anteriores (Eizirik, 2001). Segundo Forlenza e Almeida (1997), a incidência de admissões psiquiátricas por queixa de transtornos de ansiedade na velhice diminui drasticamente em comparação a outras faixas etárias, dando lugar a problemas como depressão e psicossomáticos.

Fernandes (2008) aponta que, apesar dos esforços para manter uma velhice saudável e ativa, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nesta fase. A doença no idoso causa intensos sentimentos de fragilidade, dependência e insegurança. Com isso, acaba ocasionando repercussões psíquicas inevitáveis, alterações na autoimagem e aumentam o nível de dependência. Freire (2000) afirma:

Sabe-se hoje que a velhice não implica necessariamente doença e afastamento, que o idoso tem potencial para mudança e muitas reservas inexploradas. Assim, os idosos podem sentir-se felizes e realizados e, quanto mais atuantes e integrados em seu meio social, menos ônus trarão para a família e para os serviços de saúde (p. 22).

Na velhice ocorre uma deterioração geneticamente programada, visto que existe um envelhecimento celular e a capacidade das células de se dividir e se regenerar diminui. No cérebro do idoso, ocorrem mudanças em diversos âmbitos neurobiológicos e neurofisiológicos, além de alterações neuroquímicas e estruturais (Lent, 2004).

No que se refere ao déficit cognitivo e a demência em idosos, estudos mostram que a prevalência geral de demência é a mesma para homens e mulheres, embora o Alzheimer seja mais predominante em mulheres, isto pode ser explicado porque a longevidade destas é maior (Eizirik, 2001). De acordo com os dados apresentados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR (APA, 2002), uma demência caracteriza-se por múltiplos déficits cognitivos, que incluem comprometimento da memória, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral, aos efeitos persistentes de uma substância

ou a múltiplas etiologias. Além disso, a demência demonstra-se também através de algum prejuízo social e profissional no indivíduo.

O Uso de Álcool e a Síndrome de Wernicke-Korsakoff

Com a fragilidade emocional que a terceira idade proporciona, muitos idosos tendem a procurar outras formas de diminuir os sentimentos de frustração e o álcool pode aparecer como uma destas. Apesar do número de uso de álcool ser intensamente maior em idosos do sexo masculino, há um aumento no número de mulheres que abusam ou tem dependência desta substância (Elbreder, Laranjeira, Siqueira & Barbosa, 2008).

De acordo com Nobrega e Karnikowski (2005) os malefícios do uso de álcool em mulheres tornam-se mais prejudiciais do que nos homens. Isto acontece pela metabolização lenta e pelo nível de água corporal mais baixo no sexo feminino. Desta forma, quando mulheres usam bebidas alcoólicas ou substâncias psicoativas tendem a apresentar maiores prejuízos corporais do que os homens.

No uso agudo, o álcool tende a comprometer a atenção, a memória, as funções executivas, a velocidade psicomotora e a tomada de decisões. O maior dano do abuso de álcool ocorre nas funções executivas, que incluem a capacidade de iniciar ações, planejar e prever meios de resolver problemas. Desta forma, os dependentes de álcool tendem a ter prejudicado, principalmente, o processo de tomada de decisões, levando a pessoa a escolher as opções mais atraentes em relação a ganhos imediatos. Os déficits são piores dependendo do padrão de uso do indivíduo (Cunha & Novaes, 2004).

Segundo Maciel e Kerr-Corrêa (2004), a síndrome de abstinência alcoólica caracteriza-se por sinais e sintomas decorrentes de uma interrupção total ou parcial no consumo de bebidas alcoólicas. Os sintomas variam quanto à intensidade e gravidade, podendo aparecer agitação, ansiedade, alterações de humor, tremores, náuseas e vômitos.

O abuso de substâncias alcoólicas pode causar uma deficiência de vitamina B1 que, algumas vezes, ocasiona uma doença chamada de psicose de Korsakoff ou síndrome de

Wernicke-Korsakoff. Esta síndrome é caracterizada pela diminuição do estado de alerta e atenção e alteração sensoperceptual e da memória. Quadros de confabulação também são comuns neste grupo de pacientes (Maciel & Kerr-Corrêa, 2004).

O consumo excessivo de álcool está relacionado à baixa absorção de tiamina, ou vitamina B1, e também pode estar associado à menor ingestão de alimentos que contenham esta substância. A lesão cerebral nesta síndrome centra-se, principalmente, em estruturas do diencefalo. Pacientes de Korsakoff apresentam amnésia global anterógrada persistente (Oliveira & Bueno, 1993). Conforme Bertolucci (2000), a fase inicial da síndrome gera confusão, com dificuldade de marcha e da motricidade ocular, seguida por intensa dificuldade de memória. Todavia, esta dificuldade de memória no início não se mostra presente na memória de longo prazo, mas sim na memória de curto prazo.

Alguns estudos encontram habilidades de memória preservadas como, por exemplo, a memória de procedimento que pode ser percebida pela capacidade de dirigir, ler e executar tarefas de completar palavras, assim como a memória semântica que diz respeito, por exemplo, a lembrar-se do sabor de uma fruta. Por outro lado, encontram-se prejudicadas as memórias episódica (lembrar-se de um evento pessoal e suas circunstâncias), prospectiva (lembrar-se de desligar o forno em meia hora) e operacional (caracterizada pela capacidade de reter e manipular informações por um período curto de tempo) (Oliveira & Bueno, 1993).

Ilustração Clínica

Ana foi encaminhada para realização de psicodiagnóstico no ambulatório de atendimento de uma clínica-escola da cidade de Porto Alegre/RS, por solicitação de seu médico neurologista. Ana tinha 75 anos de idade e estava apresentando sintomas demenciais, com quadro de esquecimento e confusão mental há pelo menos dez meses, que foram intensamente agravados no último mês. Ana teve poucos anos de estudo prévio, completando apenas o Ensino Fundamental. Sempre trabalhou com atividades mais operativas, como cabeleireira. A examinanda aparentava ter muito mais idade do que realmente tinha, apresentava dificuldade de locomoção, precisando de ajuda para chegar até a sala de atendimento. Em alguns momentos, mostrava-se chorosa e, em outros, ria muito e falava

palavrões. Na primeira entrevista, Ana veio acompanhada da nora Mariana, esposa do seu filho mais novo, porém a acompanhante entrou apenas no final do atendimento. A examinanda então contou que tem chorado bastante e está muito triste pelo fato de não conseguir lembrar-se das coisas. Apresentava aparente confusão mental. Não conseguiu ler sozinha as regras da instituição e solicitou ajuda da nora. Relatou aspectos de sua vida pregressa, como a relação com o esposo e o falecimento deste. Casou-se jovem, quando tinha apenas 17 anos, pois “queria namorar logo e sem casar não podia”. Relatou que o esposo era quieto e não tomava iniciativa para as coisas, quem mandava em tudo era ela. Refere que o esposo faleceu pelo “uso de cigarro” há uns oito anos. Foi questionado sobre o uso de tabaco e álcool, Ana afirmou que parou de fumar quando o marido morreu e que gostava de “beber cachaça” duas vezes ao dia, de preferência depois do café e antes do almoço. Ana parecia muito confusa ao relatar fatos mais recentes, porém apresentava memória pregressa preservada. Chorou intensamente durante o atendimento, ressaltando sua dificuldade em entender porque as pessoas têm que “mandar” nela, sendo que sempre foi ela quem coordenou toda a família. Mariana, sua nora, entrou na sala no final do atendimento e ajudou a sogra a assinar os papéis. Além disso, contou que ela estava tomando fluoxetina e diazepam há menos de duas semanas. O neurologista receitou estas medicações, pois entendeu que o quadro depressivo estava muito acentuado e indicou também reposição de vitamina B1, pois seu nível estava baixo segundo seus exames.

No segundo atendimento com Ana houve a investigação a respeito de suas funções mentais, além dos questionamentos sobre sua história de vida. Ana atrapalhou-se quando teve que falar o nome dos filhos e netos, teve dificuldade em lembrar dados importantes e pareceu muito ansiosa quando não conseguiu lembrar o nome correto dos familiares. Contou que sua mãe morreu de “esquecimento”, e que ela não se lembrava de ninguém nos últimos meses de vida. Disse ainda que seu pai faleceu de uma morte rápida, “tipo de pulmão”. Refere que sempre foi muito “mimada” pelos irmãos, pois era a única mulher. E que sempre sonhou em ter uma filha, mas que esse sonho nunca se realizou. Então, passou a considerar a nora Mariana como uma filha, afirmando que ela ajudava muito em seus cuidados. Ana contou que o filho mais velho foi casado e teve dois filhos, depois se separou e teve outro filho. A examinanda diz não considerar essa nova esposa e esse neto mais novo como legítimos, pois

não consegue entender separações, salientando que este neto não é “de verdade”, pois é do segundo relacionamento do seu filho.

No atendimento seguinte, foi realizada apenas uma entrevista com a nora da paciente para a verificação das informações passadas por Ana, que se mostrava muito confusa em determinados momentos. Mariana contou que a sogra apresentou uma pequena melhora no quadro depressivo, mas que ainda mostrava-se muito confusa e esquecida, dizendo que é muito difícil conviver com a sogra. Foi questionado sobre o uso de álcool em casa e a nora revelou que, em dado momento, eles retiraram todas as bebidas de dentro dos armários da casa da sogra e não contaram nada para ela. Afirmou que havia bebidas de diferentes tipos e que Ana mudava muito o “semblante” quando bebia, ficando bastante agressiva. Alguns dias depois, a examinanda ficou muito tonta e começou a apresentar delírios e alucinação. Levaram-na no médico e descobriram que, provavelmente, tais sintomas decorriam da abstinência do álcool. Além disso, Ana sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) há nove anos, afetando todo o lado direito do corpo. Porém, apesar das solicitações, a família não trouxe os resultados dos exames feitos na época, não sendo possível também entrar em contato com o neurologista que a encaminhou, até o encerramento do psicodiagnóstico. Mariana seguiu dizendo que a sogra é muito geniosa e não aceita receber ajuda. A família resolveu contratar alguém para cuidá-la 24 horas por dia, mas ela “espantou” a cuidadora com diversos xingamentos e ofensas. Afirma que o sogro faleceu de câncer e que sempre cuidou dele, a sogra não gostava de cuidar, nem ir ao hospital. Diz que o sogro era muito diferente e gostava de receber ajuda, já a sogra entendia como ofensa quando tentavam ajudá-la.

Após os primeiros encontros para levantamento dos dados da examinanda, foram iniciadas as testagens psicológicas. Os testes escolhidos foram com base nos instrumentos disponibilizados na instituição onde foi realizado o psicodiagnóstico. A Técnica Projetiva de Desenho HTP (Buck, 2003) foi aplicada no atendimento seguinte. Ana gostou muito da atividade, brincando que estava “voltando a ser criança”. A paciente apresentou um traço muito trêmulo nos desenhos e figuras humanas com formas bizarras. Quando solicitado para que desenhasse a sua família, a examinanda apenas desenhou o esposo e a ela mesma, dizendo que foi assim que a sua família começou. Entende-se que Ana obteve as seguintes características observadas neste instrumento: insegurança, descontentamento, regressão,

inadequação física, satisfação na fantasia, necessidade de atenção e carinho, limites de ego fraco, dependência, preocupações sexuais, narcisismo, perda de autonomia, hostilidade e comportamento agressivo.

Antes de dar continuidade na avaliação, ocorreu um encontro em que Ana manifestou intensa confusão mental e alucinação. Afirmou que seu esposo estava na sala de espera, mas na verdade, era seu filho mais novo que tinha trazido ela para o atendimento. Tinha dificuldades de falar e permanecer sentada na cadeira, a sua cabeça ficava caindo. Optou-se por não aplicar o teste e chamar o filho para conversar. O filho e a nora entraram na sala e contaram alguns eventos que os preocupavam. Ana começou a confundir o filho com o esposo e insistia em terem uma filha, começava a falar palavrões dentro de casa e na última semana acendeu fósforos, tentando ligar “as lanternas”. Estavam muito assustados e com medo que ela se machucasse, a nora resolveu dormir na casa dela para cuidá-la. O filho diz que não tem muito tempo para cuidar da mãe, pois trabalha muito e deixa essa responsabilidade com a esposa.

A Escala de Inteligência Weschler para Adultos – WAIS-III (Nascimento, 2000) foi aplicada em três atendimentos. A examinanda obteve os seguintes resultados neste teste: QI Verbal 88 (Médio Inferior), QI Execução 85 (Médio Inferior), QI Total 86 (Médio Inferior). No que tange os resultados dos Índices Fatoriais fornecidos pelo instrumento, a examinanda obteve os escores a seguir: Índice de Compreensão Verbal 91 (Médio), Índice de Organização Perceptual 90 (Médio), Índice de Memória Operacional 87 (Médio Inferior) e Índice de Velocidade de Processamento 82 (Médio Inferior). De acordo com o teste WAIS-III, a examinanda obteve resultados acima de sua própria média nos subtestes Vocabulário e Completar Figuras, o que pode significar bom ambiente familiar, riqueza de ideias, curiosidade intelectual, boa capacidade de comunicação, tendências perfeccionistas, reconhecimento e memória visual, além de capacidade de análise e síntese. Verificaram-se resultados abaixo de sua própria média no subteste Código, que pode indicar falta de flexibilidade associativa, problemas emocionais, tendências perfeccionistas e problemas de distorção da realidade.

Além disso, em relação aos resultados da WAIS-III, pode-se observar que embora a examinanda evidenciasse uma série de sintomas graves, sua cognição permanecia preservada, ficando apenas um pouco abaixo do esperado para a sua idade. Contudo, seu resultado no subteste Vocabulário, indica um nível de funcionamento pré-mórbido mais alto, apesar de sua baixa escolaridade. Podendo-se, com isso, inferir que Ana possuía um nível de cognição mais alto quando era mais jovem, e que, provavelmente, o AVC, o uso de álcool ou o próprio processo de envelhecimento contribuíram para seu declínio cognitivo.

O Teste de Apercepção Temática TAT (Murray, 2005) foi aplicado em Ana com o objetivo de verificar aspectos emocionais que poderiam estar influenciando em seus problemas cognitivos. Este teste evidenciou que Ana possui uma autoimagem distorcida, e que sofre decepções com as pessoas próximas. A examinanda percebe o ambiente externo como proibitivo, disciplinador e violento. Porém, Ana nega os conflitos ou faz uso de projeção para a resolução dos problemas. Apresenta ansiedade de castração, o que demonstra dificuldade em decorrência da sua idade, e faz com que perceba o ambiente externo como abandonador e como se lhe tirassem sua liberdade de agir. Apesar disso, Ana tem necessidade de receber afeto, porém frustra-se com a dependência e a perda de autonomia.

A solicitação do psicodiagnóstico ocorreu, principalmente, para a verificação dos sintomas demenciais. Levou-se em conta o nível de alcoolismo e seu baixo nível de vitamina B1. Verificou-se que Ana não apresentava apenas esquecimentos, mas na maior parte do tempo, a confusão mental e alucinação eram acentuadas e mostravam-se como os principais sintomas da examinanda. Entendeu-se, então, que Ana apresentava o diagnóstico de síndrome de Wernicke-Korsakoff, apesar de não terem sido obtidas maiores informações a respeito das possíveis sequelas de seu AVC. Este diagnóstico também pode ser chamado de psicose de Korsakoff, caracterizada por uma desordem mental, na qual a memória de retenção está prejudicada, além de estar relacionada à deficiência nutricional em pacientes alcoolistas. Alguns dos sintomas relacionados são ataxia da marcha e postural, anormalidades oculares, distúrbio da consciência e confabulação mental, evidentes nos primeiros meses da doença (Zubaran et al., 1996).

A entrevista de devolução foi marcada com os dois filhos, a nora e a examinanda. No último encontro, Ana aparentava menos confusão mental e dificuldade motora não tão evidente. O filho mais velho mostrava-se muito preocupado com a mãe e disse que se mudaria em breve para uma casa ao seu lado para ajudá-la. A examinanda entendeu a gravidade de seu problema com o alcoolismo, mas não aceitou as recomendações dadas através da avaliação, que eram de psicoterapia de apoio, avaliação oftalmológica, endocrinológica e neurológica. Ana afirmava estar mais forte e não precisar de ajuda o tempo todo, disse que não aceitaria que alguém ficasse com ela o dia todo e que os filhos têm que se acostumar com isso. Foi indicado que Ana pudesse fazer alguma atividade fora de casa, contudo, a examinanda rejeitou todas as alternativas dizendo que eram “coisas de velha”.

Análise dos Dados

O caso de Ana apresentou-se como possibilidade de entendimento do psicodiagnóstico em idosos e suas particularidades e diferenças. Mostra-se um pouco incomum uma senhora de 75 anos vir para psicodiagnóstico, e destacou-se desde o início que Ana tinha vindo contra sua vontade e por exigência dos familiares.

Ana mostrava muita dificuldade em enfrentar o envelhecimento e entendia como uma derrota as consequências que a idade avançada ocasionava. Segundo Fernandes (2008), o envelhecimento causa muitos problemas físicos e mentais, o que acaba por ocasionar uma dependência da pessoa idosa, podendo gerar muitos descontentamentos. A maneira que o idoso vivia também influencia em sua dificuldade de enfrentar as novas situações da vida. Ana era uma pessoa bastante ativa, deixando claro que sempre foi ela quem ajudou as pessoas próximas. Todavia, neste momento, ela precisava de ajuda e não aceitava sua condição, afirmando que poderia ficar sozinha e fazer todas as atividades como antes. No teste HTP aplicado em Ana, os elementos observados nas figuras corroboraram com estes achados, como insegurança, descontentamento, regressão e dependência.

No teste TAT, observou-se que Ana possui uma autoimagem distorcida. Além disso, percebe o meio externo como proibitivo, disciplinador e violento. Ana nega os conflitos e faz uso de projeção para a resolução dos problemas. Ela é cuidada pela nora, contudo possui

muitos problemas de relacionamento com ela. Tende a desvalorizar seus cuidadores e mostrar-se agressiva com as pessoas mais próximas. Na relação familiar, esta mudança estrutural gera intenso sofrimento e desconforto emocional. Ana, na verdade, era pouco cuidada pelos filhos, que afirmavam não ter tempo para isso, pois estavam muito ocupados com seus trabalhos. A nora tinha muitos problemas emocionais e, por isso, estava cansada de se responsabilizar por seu cuidado.

Ana revelava intenso sofrimento emocional, chorando muito durante os atendimentos e falando sobre as dificuldades que vem enfrentando. Começou a tomar medicação para depressão e, ao longo do processo, foi melhorando dos sintomas depressivos. Confirmando a teoria de Forlenza e Almeida (1997), que dizem que os sintomas de ansiedade diminuem na velhice dando lugar a sintomas depressivos e psicossomáticos.

Ana compareceu ao psicodiagnóstico para avaliar questões de dificuldade de memorização. Todavia, sua dificuldade motora também pode ser observada, pois ela precisava de ajuda para caminhar e sentar. Além disso, apresentava confabulação mental, como delírios e alucinação, e não apenas problemas de memorização como anteriormente informado. Ao longo do psicodiagnóstico, foram surgindo dados importantes, como a deficiência de vitamina B1 e a sua dificuldade oftalmológica.

Da mesma maneira, surgiu a informação de que Ana consumia álcool frequentemente e durante muitos anos. A família, um pouco antes de iniciar a avaliação, tirou todas as garrafas de bebida da idosa e as escondeu, sem avisar nada para Ana. A partir disto, Ana começou a apresentar sintomas de confusão mental, agitação, ansiedade, alterações de humor e tremores. De acordo com Maciel e Kerr-Corrêa (2004), a síndrome de abstinência alcoólica apresenta estes mesmos sintomas quando existe uma interrupção total ou parcial do consumo de bebidas.

Pensando nestes aspectos apresentados, entendeu-se a importância de verificar o diagnóstico da síndrome de Wernicke-Korsakoff. Segundo Bertolucci (2000), esta síndrome caracteriza-se por, na fase inicial, existir uma confusão mental com dificuldade de marcha e problemas oculares. Este problema ocorre pela baixa dos níveis de vitamina B1. Ana

apresentava exatamente estes aspectos de confusão mental, dificuldades na marcha e problemas oculares. Além disso, demonstrava ter problemas de memorização, que também são característicos dessa síndrome.

Considerações Finais

Mesmo com a maior divulgação e estudo em psicologia, a área de psicodiagnóstico ainda sofre preconceitos, mesmo dos próprios colegas psicólogos. Algumas críticas aparecem com a ideia de que a avaliação psicológica apresenta-se como uma forma de pré-julgamento do sujeito e de colocar rótulos nos indivíduos.

Ao contrário do que algumas pessoas pensam, um diagnóstico pode ser incrivelmente libertador, ajudando a aliviar as angústias. Quando alguém descobre que a angústia que tanto lhe incomodava pode receber um nome e um tratamento, este problema passa a ter mais possibilidade de resolução e, muitas vezes, aumenta a força do indivíduo de lidar com isso.

O psicodiagnóstico em pessoas da terceira idade é intenso e muito desafiador. A maioria dos casos que aparecem são para avaliação neuropsicológica, uma avaliação muito peculiar e específica, que torna o processo ainda mais complexo. Além disso, é preciso lidar com a diminuição de memória do sujeito e, assim, ter que chamar familiares para ajudá-lo a contar a sua própria história. Porém, ao mesmo tempo, tem-se a obrigação de não se perder a individualidade do examinando e fazê-lo entender que a sua opinião e desejo são muito importantes.

Muitas vezes, o idoso se apresenta para a avaliação sem expectativa de receber respostas muito esclarecedoras e, na maioria dos casos, vem por solicitação do médico ou da família. Além disso, já deve ter tido muitas visitas ao médico, o que o faz ter dificuldade em compreender o que deve ser feito junto ao psicólogo. Com características mais empáticas, o psicólogo pode fazer o idoso aceitar à importância de tal avaliação, para inclusive, confirmar suas potencialidades preservadas. Além disso, o psicodiagnóstico deve ser apenas a porta de entrada para outros tratamentos que possam ajudar o sujeito.

Tratando-se de uma demanda tão incomum, a instituição onde foi realizado o psicodiagnóstico disponibilizava de poucos instrumentos que contemplavam esta faixa etária, limitando a possibilidade de maior exploração do caso. Além disso, não foi possível o contato com a fonte encaminhadora, ou seja, seu médico neurologista. Dificultando, assim, a investigação a respeito do AVC e de suas possíveis sequelas. Contudo, acredita-se que o diagnóstico da síndrome de Wernicke-Korsakoff foi de fundamental importância para Ana e sua família, apesar da examinanda ter se mostrado mais resistente as indicações terapêuticas no momento da devolução.

Referências

- American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4 ed.). Washington, DC: APA.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Bariani, I.C.D., Sisto, F.F. & Santos, A.A.A.D. (2000). *Contextos e questões da avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Belo, R. & Gouveia, V.V. (2006). Testes psicológicos: análise da produção científica brasileira no período 2000-2004. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26 (3), 478-489.
- Bertolucci, P.H.F. (2000). Demência em jovens: exame inicial e causas mais comuns. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2 (2), 31-42.
- Buck, J.N. (2003). *HTP Manual e Guia de Interpretação*. São Paulo: Vetor.
- Camarano, A.A. (2003). Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, 17 (49), 35-63.
- Carneiro, R.S. & Falcone, E.M.D.O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 119-126.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003). Resolução nº 007/2003, de 14 de junho de 2003. Brasília, DF.
- Cruz, R.M. & Alchieri, J.C. (2003). *Avaliação psicológica: conceito, métodos instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed.

Artigos

Cunha, P.J. & Novaes, M.A. (2004). Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 23-27.

Eizirik, C.L. (2001). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed.

Elbreder, M.F., Laranjeira, R., Siqueira, M.M. & Barbosa, D.A. (2008). Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *J Bras Psiquiatr*, 57 (1), 9-15.

Fernandes, P.M. (2008). O idoso e a assistência familiar: uma abordagem da família cuidadora economicamente dependente do idoso. *Revista Novo Enfoque*, 7 (7).

Freire, S.A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. *E por falar em boa velhice*, 2, 21-31.

Giurgea, C.E (1995). *Envejecimiento cerebral*. Barcelona: Masson.

Karsch, U.M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. saúde pública*, 19 (3), 861-866.

Leite, V.M.M., Carvalho, E.D., Barreto, K.M.L. & Falcão, I.V. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 6 (1), 31-8.

Lent, R. (2004). *Cem bilhões de neurônios*. São Paulo: Atheneu.

Maciel, C. & Kerr-Corrêa, F. (2004). Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. *Rev Bras Psiquiatr*, 26 (Supl I), 47-50.

Murray, H. (2005). *TAT – Teste de Apercepção Temática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nascimento, E. (2000). *Validação e adaptação do teste WAIS-III para um contexto brasileiro*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

Nobrega, O.D.T. & Karnikowski, M.G.D.O. (2005). A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciênc. saúde coletiva*, 10 (2), 309-313.

Oliveira, M.G.M. & Bueno, O.F. (1993). Neuropsicologia da memória humana. *Psicologia USP*, 4 (1-2), 117-138.

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Disponível em <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso em 10 de Agosto de 2013.

Artigos

Romaro, R.A. & Capitão, C.G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: teoria e prática*, 5 (1), 111-121.

Yin, R.K. (2005) *Estudo de caso – planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Zubaran, C., Fernandes, J., Martins, F., Souza, J., Machado, R. & Cadore, M. (1996). Aspectos clínicos e neuropatológicos da síndrome de Wernicke-Korsakoff. *Rev. Saúde Pública*, 30 (6), 602-8.