



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em **Psicologia Clínica e da Saúde**.

Ana Luísa Rodrigues Leal



FACULDADE DE FILOSOFIA
DEZEMBRO 2013



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local do Estágio: Santa Casa da Misericórdia
de Barcelos.

Relatório de Estágio apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Ana Luísa Rodrigues Leal

Sob a Orientação do Prof. Doutor **Rui Ramos**



FACULDADE DE FILOSOFIA
DEZEMBRO 2013

Agradecimentos

“Sonha e serás livre de espírito... luta e serás livre na vida”.

Che Guevara

Este trabalho foi feito com paixão, com empenho, mas acima de tudo com o apoio que todos me deram e também com toda a força que fui buscar dentro de mim em todos os momentos em que precisei dela. A luta por um objetivo específico fez com que elaborasse este trabalho com prazer.

Primeiro de tudo quero lembrar uma pessoa que sempre me deu muita força e que hoje não está entre nós - a minha avó – que hoje, se estivesse aqui, saberia o quanto eu lhe agradeço: - Obrigada avó “Milocas”.

De seguida queria agradecer a várias pessoas, todas muito importantes para mim, e que ao longo deste percurso fizeram com que conseguisse trabalhar com felicidade e amor. Essas pessoas são: a minha mãe, a minha irmã e o meu pai.

Agradeço, também, ao meu namorado João que foi uma alegria neste percurso e uma força todos os dias. Ao Leandro, que é como um irmão, uma pessoa muito dedicada aos outros e que me ajudou sempre que precisei dele. Às pessoas que fizeram parte do meu percurso académico e que estudaram ao meu lado, principalmente a ti, Catarina Fonseca.

Também um enorme obrigada ao Dr. Rui Ramos, não só por ser o meu orientador de estágio, mas, essencialmente, pela simpatia, inteligência e boa disposição que sempre teve, desde o início até à finalização deste trabalho. Não teria sido tão fácil e bom realizá-lo sem a sua orientação.

Agradeço à minha orientadora de estágio Dra. Sofia Miranda, que mostrou ser uma excelente pessoa e uma ótima profissional.

Finalmente, obrigada a ti amiga Silvia Gomes, que partiste enquanto concluía este trabalho mas que nunca deixaste de me dar muita força para o terminar.

Resumo

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde e foi realizado na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos.

O objetivo principal consiste na descrição das atividades efetuadas, dirigidas à valência idosa desta instituição, ao longo de todo o estágio curricular. Este, teve início a 1 de Fevereiro de 2013 e terminou a 31 de Julho de 2013.

O relatório é constituído por oito capítulos. No primeiro capítulo será feita a caracterização da instituição e a descrição do papel do psicólogo no contexto clínico. No segundo capítulo será feita uma reflexão acerca das diferenças principais entre trabalhar como psicólogo clínico e da saúde com a população idosa, em comparação com outras valências, diferenciando aspetos específicos do meio e da valência em questão. No terceiro capítulo serão apresentadas as atividades iniciais, nomeadamente a observação de casos clínicos, bem como a avaliação das necessidades da instituição. No quarto capítulo serão descritas as atividades de intervenção individual e a sua caracterização e, em seguida, os casos de avaliação e intervenção psicológica, assim como, a descrição detalhada de um caso clínico acompanhado em estágio de intervenção e outro de avaliação, com duas utentes diferentes. No quinto capítulo será apresentada a intervenção em grupo “Tempo de Sorrir”, realizada com alguns utentes do Lar D. Leonor. No sexto capítulo procede-se à descrição da ação de sensibilização “Bem-me-quer, mal não quero”, realizada com utentes do Lar St. André. No sétimo capítulo serão apresentadas outras atividades que foram feitas durante o final do estágio. Por último, no oitavo capítulo, será realizada uma reflexão individual acerca da experiência de estágio curricular.

Palavras-chave: Estágio Curricular, Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Abstract

This internship report refers to the curricular traineeship in Clinical Psychology and Health, and was conducted at Santa Casa da Misericórdia de Barcelos.

The main objective is the description of the activities carried on throughout the traineeship and aimed at the elderly valence of this institution. This began in the first of February, 2013 and ended on the thirty-first of July, 2013.

The report consists of eight chapters. The first chapter will be the characterization of the institution and the description of the role of the psychologist in the clinical context. The second chapter will be a reflection on the major differences between working as a clinical psychologist and health with the elderly population, in comparison with other facilities, differentiating specific aspects of the environment and valence in question. The third chapter will present the initial activities, including the observation of clinical cases, as well as assessing the needs of the institution. In the fourth chapter it will describe the activities of individual intervention and its characterization, and then cases of psychological assessment and intervention, as well as the detailed description of a clinical case followed during the traineeship and evaluation with two different users. In the fifth chapter, it will be presented the group intervention "Time of Smiling", carried on with some users of D. Leonor's Home. The sixth chapter will proceed to the description of the action of awareness "Loves me, I won't hate" held to some users of the St. Andrew's Home. In the seventh chapter, other activities made during the final stage will be presented. Finally, the eighth chapter will be a personal reflection on the experience of traineeship.

Keywords: Internship, Masters in Clinical Psychology and Health

Acrónimos:

SCMB - Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

LNSM - Lar Nossa Senhora da Misericórdia

LRDL - Lar Rainha D. Leonor

LSA – Lar Santo André

SAD - Serviços de Apoio Domiciliário

CMFR - Centro de Medicina Física e Reabilitação

ATL – Actividades de tempos Livres

OMS- Organização Mundial de Saúde

MMSE - *Mini Mental States Examination*

EDG - *Escala de Depressão Geriátrica*

BSI - *Inventário de Sintomas*

BLAD - *Bateria de Lisboa de Avaliação da Demência*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

MA- Memória Autobiográfica

PEC- Programa de Estruturação Cognitiva

SOE- Sem Outra Especificação

TCC- Terapia Cognitivo-Comportamental

TOR -Terapia de Orientação para a Realidade

TR – Terapia das Reminiscências

RC- Reestruturação cognitiva

RD – Respiração Diafragmática

Índice

1. Caracterização da Instituição.....	11
1.1. Breve apresentação da instituição	11
1.2. Missão da instituição SCMB	11
1.3. Valências: Valência Idosa/ Valência Infantil	11
1.4. Áreas e Serviços da Instituição	12
1.5. Descrição dos Lares onde ocorrem as consultas	12
1.6. Papel do profissional de Psicologia na Instituição	13
1.7. Tipologias das ações desenvolvidas.....	15
2. Paradigma da Psicologia Clínica do Idoso	17
2.1. Psicologia Clínica do Idoso.....	17
2.1.1. Psicopatologia Clínica e valência idosa: aspetos críticos.....	17
2.1.2. Isolamento nos idosos	18
2.1.3. Doença mental associada ao idoso	19
2.1.4. Comorbidade	19
2.1.5. Polimedicação	20
2.1.6. Intervenção nos doentes geriátricos.....	20
3. Atividades desenvolvidas no contexto de estágio	23
3.1. Acompanhamento de Casos Clínicos	23
3.1.1. Observação	23
3.1.2. População Alvo	23
3.1.3. Observação de Casos Clínicos.....	24
3.2. Diagnóstico e Avaliação das Necessidades - síntese da observação e avaliação das necessidades e prioridades do contexto institucional	31
4. Intervenção Individual e caracterização	34
4.1. Avaliação Psicométrica Utilizada	34
4.2. Atividades de acompanhamento e Intervenção Psicológica	35
4.2.1. Processo 1 - Caso Clínico Principal de Intervenção (caso detalhado).....	36
4.2.2. Processo 2 - Caso Principal de Avaliação (descrição breve)	51

5. Intervenção em Grupo: “Tempo de Sorrir”	55
5.1. Fundamentação teórica da Intervenção em Grupo	55
5.2. Apresentação sucinta das sessões	56
5.3. Reflexão e Limitações da Intervenção em Grupo.....	56
6. Acção de Sensibilização: “Bem me quer, mal não quero”	59
6.1. Fundamentação teórica da Acção de Sensibilização	59
6.2. Acção de sensibilização	60
6.3. Limitação da Acção de Sensibilização e reflexão sobre a participação na Acção de Sensibilização	60
7. Outras atividades	62
7.1. III Jornadas da Saúde -“Saúde e Misericórdias: Tradição, actualidade e modernidade. As dificuldades do Estado Social e o papel das Misericórdias”	62
8. Reflexão Individual.....	64
9. Referências Bibliográficas	68
Anexos	74
Anexo II – Certificado das Jornadas.....	81
Anexo III - Processo 2.....	83
Anexo IV - Processo 3	94
Anexo VI - Processo 5	108
Anexo VII - Processo 6	114
Anexo VIII- Programa: Estimulação Cognitiva em Idosos com Envelhecimento Bem Sucedido “Tempo de Sorrir”	119
Anexo IX – Acção de Sensibilização.....	124
Anexo X - Certificado de Participação da Acção de Sensibilização	133
Anexo XI - Acção de Sensibilização: descrição detalhada.....	135
Anexo XII - Ficha de Avaliação da Acção de Sensibilização	138
Anexo XIII - Organigrama da SCMB	141

Índice de Quadros

Quadro 1 – Observação de Casos Clínicos	25
Quadro 2 – Caso Principal de Avaliação.....	53
Quadro 3 – Processos 3, 4, 5 e 6 dos Anexos IV, V, VI e VII.....	55

- Caracterização da Instituição -

1. Caracterização da Instituição

1.1. Breve apresentação da instituição

A instituição, Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB), está em funcionamento desde o ano 1500. Tem os Serviços Centrais situados no Campo da República e é responsável por nove edifícios. São estes, o Centro Social de Silveiros que se situa no Lugar D. João, o Lar Nossa Sr.^a da Misericórdia e o Centro de dia/Apoio Domiciliário na Rua Dr. Santos Júnior, o Infantário Rainha Santa Isabel na Rua Rosa Ramalho, o Lar Santo André na Rua Santos Júnior, ainda, o Lar Rainha D. Leonor/ Lar da Misericórdia na Avenida dos Combatentes da Grande Guerra, a Creche “As Formiguinhas” na Urbanização das Calçadas, o Serviço de Creche Familiar no Campo da República e, por último, o Centro Infantil de Barcelos no Campo 25 de Abril.

Relativamente ao setor da Saúde, este inclui o Centro de Medicina Física e Reabilitação na Rua Dr. Santos Júnior e o Centro de Hemodiálise Nossa Senhora da Misericórdia. Já o setor Religioso reúne a Igreja da Misericórdia e as Capelas Mortuárias.

Como Metodologia de observação para realizar a caracterização da instituição recorreu-se aos boletins da SCMB, à observação e à página da SCMB *online*.

1.2. Missão da instituição SCMB

A Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB) tem como missão, promover o desenvolvimento de respostas sociais direcionadas para a Terceira Idade, para a Infância, Saúde e Religião, privilegiando sempre os mais vulneráveis e contribuindo para o desenvolvimento da comunidade em geral.

É reconhecida como uma instituição de excelência na implementação de práticas de solidariedade e qualidade, lutando sempre pela melhoria contínua nas suas áreas de intervenção.

1.3. Valências: Valência Idosa/ Valência Infantil

Existem na SCMB duas valências com que a Santa Casa trabalha a nível social e a nível da saúde, nomeadamente, a valência idosa e a valência infantil.

A valência idosa, que constitui a população alvo, com a qual se trabalhou neste estágio, integra cinco lares e dois centros de dia. Esta, reúne os seguintes lares: Lar Rainha D.

Leonor, Lar de grandes dependentes, Lar Nossa Senhora da Misericórdia, Lar Stº. André, e os seguintes centros de dia: o Centro Social Maria Eva Nunes Corrêa, a sede da valência do Centro de dia e por último a visita domiciliária. A Valência infantil reúne o Infantário Rainha Santa Isabel, o ATL, o Centro Infantil de Barcelos, a Creche “As Formiguinhas”, o Serviço de Amas e o Centro Social Maria Eva Nunes Corrêa.

1.4. Áreas e Serviços da Instituição

A ideia de criar uma unidade do género “Lar” surgiu em Maio de 1874 e chegou até à Misericórdia através da opinião pública. Foi, por isso, aprovada a criação da Santa Casa da Misericórdia.

Como referido anteriormente, hoje, a valência da terceira idade conta com cinco Santas Casas. Existem nestas os serviços: Psicologia Clínica, Psicologia Gerontológica, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Motricidade, Animação Cultural, Cabeleireiro, Estética e Religioso, assim como outros serviços de apoio: portaria, transporte, gabinete da direção, capela, refeitório, bar, cozinha, várias lavandarias e salas de convívio.

Apesar de existirem vários lares em Barcelos descrevemos os três lares onde se realizou o Estágio Curricular, onde se deram as consultas, se realizou a intervenção e a formação com os utentes. São estes: o Lar Rainha D. Leonor, o Lar Nª Sª da Misericórdia e o Lar Santo André.

1.5. Descrição dos Lares onde ocorrem as consultas

O Lar Rainha D. Leonor foi inaugurado a 6 de Junho de 1985 e situa-se no centro da cidade de Barcelos, o que é uma mais-valia para a integração dos utentes na vida comunitária. Tem 4 pisos e podem habitar nele até 60 utentes. Integra 4 quartos individuais e 28 quartos duplos. Existe um espaço “Polivalente”, que foi construído em 1996, para dar resposta a várias solicitações não contempladas no bloco do Lar D. Leonor. É usado para as atividades de apoio aos idosos, exposições, reuniões e festas. Atualmente, num protocolo celebrado com a Câmara de Barcelos, está a ser utilizado como refeitório para as crianças das escolas do 1º ciclo, do ensino básico.

O Lar Nª Sª da Misericórdia fica num espaço que pertenceu à Quinta da Ordem, e foi edificado e posto a funcionar em meados de 1990. O lar foi construído com a configuração de meia-lua e tem um corredor a todo o comprimento do edifício, o que permite que os idosos

caminhem, na época de inverno. Este lar, tem capacidade para acolher 70 utentes; os quartos estão distribuídos por alas, no primeiro andar, sendo que em cada ala existe sala de estar e copa. Oferece 4 quartos individuais, 15 duplos e 12 triplos. No rés-do-chão situam-se todos os serviços de apoio.

O Lar Santo André é uma das estruturas da Santa Casa que, a par do congénere “Nossa Senhora da Misericórdia” e da Unidade de Fisioterapia, integra o complexo da antiga Quinta da Ordem, inaugurado em 19 Maio de 2002. Está localizado na parte oeste da cidade, integrando-se na zona urbana, e a sua construção resulta do “Programa Pilar”. Tem capacidade para 52 utentes, com 4 quartos individuais e 24 duplos. Tem 2 pisos (rés-do-chão e primeiro andar), que disponibiliza um conjunto de espaços físicos interiores e exteriores. Para permitir que os idosos e familiares possam ir até ao exterior, tem uma parte com jardim exterior. A equipa Multidisciplinar do Lar tem 22 colaboradores e vários voluntários.

O horário das visitas de todos os lares atrás descritos funciona sempre de segunda-feira a domingo, incluindo feriados, das 14:00h às 17:30h, altura em que as famílias e amigos podem visitar os residentes. Os utentes têm, todas as semanas, direito a uma missa às 10h:00h da manhã.

1.6. Papel do profissional de Psicologia na Instituição

O psicólogo clínico numa instituição como a SCM de Barcelos tem como papel principal a realização de intervenção psicológica, avaliando individualmente os utentes pertencentes às duas valências, valência idosa e valência infantil.

Falar do papel do psicólogo com os idosos, é falar de um papel bastante enriquecedor.

Devido a certas condicionantes e às próprias necessidades de cada utente, as consultas da valência idosa, grande parte das vezes, são dadas nos próprios lares, muitas vezes dentro do próprio quarto do utente ou na sala de estar comum.

Como defende Fonseca (2006), o envelhecimento demográfico, em Portugal, traduziu-se por um aumento de 140% da população idosa, respetivamente com 65 e mais anos. Desta forma, é importante, cada vez mais, para o bem-estar psicológico e físico de todos os utentes, manter uma visão do envelhecimento, tanto por parte dos profissionais como por parte dos funcionários e de quem trabalha com esta população, como: *“um processo que comporta ganhos e perdas, para cuja adaptação concorrem variáveis de natureza intrínseca e extrínseca ao indivíduo, sem enfatizar a predominância de qualquer variável sobre as*

restantes, de forma a que se olhe para o envelhecimento como uma outra fase, como uma parte do desenvolvimento humano e não como um fim da vida” (p.9).

O psicólogo clínico deve trabalhar várias questões com o idoso, para além de “conversar” com ele sobre o seu passado e sobre toda a sua história de vida. Tem como funções principais a realização da “estimulação cognitiva” do utente (exercícios de memória, jogos diversos), a realização da “estimulação emocional” (jogos de estimulação emocional, tarefas dinâmicas que avaliam o estado emocional dos utentes), a realização de diários semanais com os utentes, assim como o controlo do humor dos mesmos. Também se considera fundamental, neste sentido, fazer formações de temáticas necessárias e também intervenções de grupo com o objectivo de beneficiar a saúde e o bem-estar dos utentes do lar.

Para Trindade & Teixeira (2000), o aconselhamento psicológico em saúde, pode ser útil e estar indicado em relação a, pelo menos, quatro áreas relevantes na prestação de cuidados de saúde: Na promoção e manutenção da saúde – aconselhamento individual ou de grupo no sentido da promoção de estilos de vida mais saudáveis em sujeitos saudáveis, para manterem e/ou melhorarem a sua saúde, nomeadamente ao nível da alimentação, do exercício físico, do *stress*. Na prevenção da doença – aconselhamento individual ou de grupo no sentido de adquirir comportamentos saudáveis e/ou a redução de comportamentos de risco. Na adaptação à doença – é útil o aconselhamento uma vez que o enfrentar a doença exige do sujeito esforços de adaptação a uma nova situação e mobiliza novos recursos pessoais ou extra-pessoais, que irão responder à nova situação em que se encontra. Na adesão a exames e tratamentos médicos – o aconselhamento facilita a adesão a procedimentos médicos indutores de *stress* (de diagnóstico ou de tratamento).

Uma questão base, no trabalho de um estagiário de psicologia, numa instituição, é a de seguir as seguintes fases: a fase da observação, em que o psicólogo estagiário observa o utente e conversa com ele para que possa saber que tipo de necessidades o utente tem, e criar com ele uma relação terapêutica (empática) para dar início à avaliação; a avaliação, em que o estagiário aplica os testes psicológicos ao utente conforme necessário; a intervenção, que serve como tratamento, de acordo com o resultado da avaliação, e que pode ou não ocorrer, conforme o resultado desta.

A avaliação deve ser rigorosa. O psicólogo deve utilizar testes psicológicos iniciais (base) e conforme for conhecendo o utente deve escolher os mais indicados. Na população idosa, por norma, é comum começar a avaliar a memória com o Mini-mental e depressão com a Escala de Depressão Geriátrica.

Para Scott & Dryden (1996), os princípios gerais das intervenções cognitivo-comportamentais incluem a elaboração de um plano de trabalho que abranja o entendimento do problema e a identificação das atividades que é necessário desenvolver para o ultrapassar. A intervenção também permite o treino das competências que o utente usa para aumentar a eficácia no dia-a-dia, a atribuição ao próprio da capacidade de mudança e a utilização pelo sujeito das competências aprendidas, fora do contexto clínico onde se processa a intervenção.

De acordo com Dryden & Feltham (1994) as competências que são importantes para que todos os objectivos das intervenções sejam atingidos são: construir um plano de ação; transmitir informação em cada entrevista; manter a escuta ativa e ser empático; compreender a realidade interna do sujeito e comunicar com ele; optar por uma atitude profissional; apoiar o sujeito de forma a que este desenvolva um papel ativo; usar de forma produtiva o tempo da entrevista; proporcionar a autoexploração do sujeito e ajudá-lo a chegar às suas conclusões; ter atenção nas cognições, nas emoções e nos comportamentos que são mais importantes para o problema em questão; usar técnicas cognitivas e comportamentais ajustadas; rever os progressos efectuados depois da última entrevista e delimitar as tarefas a fazer antes da próxima consulta, ajudando o sujeito a integrar novas perspectivas e a experimentar diferentes comportamentos.

1.7. Tipologias das ações desenvolvidas

Dar consultas individuais é a principal função da psicóloga da SCMB. Cabe à profissional de psicologia fazer consultas de avaliação, intervenção, e ainda, promoção de saúde e formação de outros profissionais.

São realizadas formações específicas que atendem a problemas dos utentes do lar e intervenções de grupo que são dinamizadas pela própria psicóloga, pela equipa multidisciplinar e, muitas vezes, por estagiários que passam pela SCMB.

O local das consultas pode ser nas salas comuns dos utentes, quando eles preferem e rejeitam o atendimento no espaço normal de consulta. As intervenções de grupo e formações realizam-se em salas apropriadas para projecção de imagem, som, e para o que é necessário ao alcance de uma boa realização da atividade pretendida.

- Paradigma da Psicologia Clínica do Idoso -

2. Paradigma da Psicologia Clínica do Idoso

2.1. Psicologia Clínica do Idoso

Durante o estágio na Santa casa da Misericórdia, percebemos que o que diferencia a psicologia clínica do idoso das outras psicologias estende-se a várias questões. Atendendo à sua importância, serão discutidas, construindo-se por isso algumas críticas acerca destas.

São questões como: a Psicopatologia Clínica focar-se mais no adulto e na criança, esquecendo às vezes a valência idosa; o isolamento do idoso; a doença mental associada ao idoso; a comorbidade; a polimedicação; a intervenção psicológica com doentes geriátricos, incluindo: as demências, as alterações cognitivas, o AVC, a dor, as alterações emocionais e a incontinência.

Quando se fala em envelhecer tem de se ter, obrigatoriamente, atenção ao indivíduo idoso e ao seu contexto, assim como, à interação entre eles. Relativamente ao contexto, as instituições, como os lares, são um ótimo e às vezes o único recurso que as pessoas têm ao caminharem no avançar da idade, quando vivenciam o que isso traz de novo.

Guedes (2012) defende que, fatores como a alteração da estrutura familiar, a degradação das condições de habitação, os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia, a inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso, a falta de recursos económicos, entre outros, continuam a colocar frequentemente em causa a possibilidade de manutenção do idoso no seu domicílio. Por isto tudo os Lares de Idosos são, em muitos casos, a única resposta viável para assegurar uma condição de vida satisfatória.

Assiste-se, a partir da década de 90, a uma evolução gradual do número de equipamentos sociais e de serviços, nomeadamente apoio domiciliário, centro de dia e centros de convívio. As listas de espera para os lares são extensas e os novos serviços apresentam uma eficácia que, por vezes, não é das melhores, porque dependem do envolvimento de outros agentes como, a família, vizinhos e amigos (Guedes, 2012).

2.1.1. Psicopatologia Clínica e valência idosa: aspetos críticos

O aumento da população e da esperança de vida faz com que seja cada vez mais pertinente obter conhecimento acerca do processo de envelhecer. É amplamente reconhecida a importância que o fenómeno do envelhecimento assume, nos dias de hoje, em Portugal (Guedes, 2012).

Embora menos estudado, o envelhecimento tem aumentado. Esta ideia é fundamentada por Fonseca (2006), quando afirma: “...o estudo acerca do envelhecimento foi, durante anos, negligenciado em favor de outras fases (infância, adolescência, etc), tradicionalmente consideradas como “mais ricas” sob o ponto de vista psicológico e desenvolvimental...”(p. 8). Ou seja, a psicopatologia, ao longo dos tempos, dedicou-se mais ao estudo das fases da infância e da adolescência, de certa forma negligenciando o envelhecimento.

Por outro lado, na contemporaneidade, com o alcance da longevidade da população, o envelhecimento passou a ser visto como mais uma etapa do desenvolvimento humano e tornou-se urgente arranjar estratégias para superar este novo desafio, apostando no *envelhecimento ativo* com qualidade de vida. Definido como um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento, o *envelhecimento ativo* é considerado numa perspectiva de curso de vida, em que envelhecer não se inicia algures num ponto específico, como por exemplo na reforma, mas corresponde antes a um processo que se estende ao longo de toda a vida (Ribeiro & Paul, 2011).

2.1.2. Isolamento nos idosos

Uma vez que a velhice ainda está associada a aspectos negativos, como a doença, a debilidade física e mental, e a incapacidade para o trabalho, é natural que estes estigmas tenham contribuído para o isolamento e exclusão dos idosos.

Segundo Faleiros (2008):“...O envelhecimento e a velhice não se resumem a um estereótipo e nem podem ser reduzidos a um estigma, mesmo num contexto construído socialmente para o lugar do improdutivo...” (p.64).

Embora alguns estudos apontem uma visão mais otimista em relação à velhice, ainda é perceptível o preconceito que relacionado a alguns estigmas, podem reforçar sentimentos de inadequação e baixa-estima. Muitos idosos ainda mantêm uma vida autónoma, ou seja, participam na vida familiar, comunitária e social, dedicando uma parte do tempo à família, aos amigos, aos trabalhos domésticos e trabalhos voluntários, a *hobbies* e atividades de interesse pessoal. Em contrapartida, encontramos uma outra parte dessa população condicionada ao isolamento, ou seja, excluídos, vítimas de implicações de identidade, afetivas, emocionais e sociais, o que resulta, muitas vezes, na depressão (Kleber, 2013).

Portanto, é necessário promover medidas para que o idoso se mantenha ativo e possa desfrutar de uma vida com qualidade e com autonomia e ainda para manter a autorealização e autoeficácia.

2.1.3. Doença mental associada ao idoso

A velhice nunca deve ser confundida com doença. A saúde e o bem-estar do idoso estão relacionados intimamente à autonomia e independência que o idoso possui. Devemos, pois, ressaltar que as transformações que aparecem durante o processo de envelhecimento, necessitam de um cuidado que envolva os aspectos biopsicossociais e não apenas o físico do idoso, para se evitar que as doenças se instalem (Moura, 2006).

Nem sempre são oferecidas atividades aos idosos, por falta de técnicos especializados, por problemas financeiros, ou até mesmo pela restrição de espaço físico. Assim, os idosos ficam muito tempo ociosos, o que pode levar a problemas de angústia e depressão, entre outras doenças (Farias, 2005, cit in Mincato & Freitas, 2007).

2.1.4. Comorbidade

De acordo com Marques et al., (1994), comorbidade patogénica ocorre quando duas ou mais doenças estão etiologicamente relacionadas; a Comorbidade diagnóstica ocorre quando as manifestações da doença associada for similar às da doença primária; e a Comorbidade prognóstica ocorre quando houver doenças que predisõem o paciente a desenvolver outras doenças.

Segundo Costa (1998), a pessoa idosa pode vir a sofrer alterações de diversas ordens que aumentam a fragilidade dos indivíduos, muitas vezes associada a uma doença crónico-degenerativa ou a um quadro de comorbidades o que pode ocasionar maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos.

Freitas *et al.* (2002) defendem que os principais fatores de risco e comorbidades que levam à institucionalização são: depressão, demência, imobilidade, problemas médicos, incontinência urinária, sexo feminino, idade acima de 70 anos, solteiro, não ter filhos, morar só e baixo rendimento. Ainda os mesmos autores consideram que o perfil de comorbidades que se encontram nos idosos institucionalizados hoje em dia, esclarece que as comorbidades mais comuns são as doenças cardiovasculares. Estas chegam a atingir cerca de 15 milhões de mortes por ano no mundo e não ocorrem apenas nos idosos institucionalizados, mas também na comunidade.

2.1.5. Polimedicação

Relativamente à polimedicação, podem ocorrer tanto em casa como nos lares e centros de dia, pois os idosos experienciam o ter de tomar vários medicamentos ao mesmo tempo, e têm de lembrar a toma no dia-a-dia para que a saúde se mantenha sem recaídas.

Nas jornadas do estágio, uma das temáticas apresentadas foi a polimedicação. A temática em questão, foi apresentada pelo médico da SCMB, Dr. António Fonseca (2013), sendo que, este esclareceu que nos idosos *“há um consumo simultâneo de um ou mais medicamentos diferentes por um período superior a três meses”* (sic). Podemos com isto perceber que o número e a mistura de medicamentos, no idoso doente, é superior à de qualquer indivíduo noutra fase de vida. *“Os mais utilizados são o Diazepam a Fluoxetina o Amiodarona e a Tidopidina”* (sic).

A OMS defende que o uso de medicamentos em grande escala pode ser prejudicial, aumentando as possibilidades de intoxicações e reações adversas. Assim, é de suma importância a atuação do farmacêutico na prática da farmacovigilância (como componente das políticas de assistência farmacêutica), visando promover o uso racional de medicamentos.

2.1.6. Intervenção nos doentes geriátricos

O processo de envelhecimento é um fenómeno ao qual se associam diversas mudanças fisiológicas das quais podem resultar alterações comportamentais. A deterioração da saúde, a perda de entes queridos e o internamento em instituições formam um complexo psicossocial de grande importância (Wisoki, 1998).

Nos países desenvolvidos verifica-se que a depressão é muito comum entre a população idosa. A intervenção psicológica tem-se mostrado muito importante na resolução de problemas relacionados com a atividade social e a autonomia do idoso.

As chamadas demências orgânicas, são transtornos que se encontram também com grande incidência na população geriátrica. Típicamente, estas demências afetam as funções da linguagem, memória e pensamento (Ruipérez, I., 1987, cit in Simón, 1993). Assim, relativamente às alterações cognitivas, estas podem ser melhoradas mediante procedimentos que promovem o treino de determinadas habilidades cognitivas, como a memória, tendo sempre por base a avaliação cuidadosa dos défices presentes no idoso e das circunstâncias em que eles ocorreram (Simón, 1993).

Em relação ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), as perdas de funcionalidade no idoso podem ser múltiplas implicando a acção de uma equipa de saúde multidisciplinar, sendo

muito importante o diagnóstico em que se poderá definir, a (s) as zona (s) afetadas e os transtornos resultantes, quer a nível físico, quer psicológico (Adams & Victor, 1985).

Nos pacientes de idade avançada, com uma multiplicidade de enfermidades crónicas, existem muitas queixas de dor. A dor e a incapacidade que produz é um dos factores que mais contribuem para diminuir a qualidade de vida do idoso.

Um problema também muito comum entre os idosos é a incontinência, tanto fecal como urinária. Pode ser considerada uma desordem que debilita as pessoas tanto no aspeto social como psicológico. Apesar da incontinência urinária ser mais frequente na população geriátrica que a incontinência fecal (Simón, 1993), ambos os tipos conduzem ao isolamento social e a que os familiares tomem a decisão de internar os idosos, sendo nos Estados Unidos a segunda causa de internamento (Nostrand et al. 1979).

O papel da equipa multi e interdisciplinar nos programas de atenção à saúde do idoso é essencial, pois, além do acesso a condições de saúde adequadas, proporciona o atendimento integral às necessidades dos idosos, incentivando a manutenção de uma vida saudável, com atividades agradáveis, diferentes e motivadoras e sem se restringir à questão medicamentosa e patológica (Mincato & Freitas, 2007).

Envelhecer bem e com qualidade de vida é também envelhecer com alegria, prazer e felicidade. A qualidade de vida está relacionada não só à adaptação às novas condições de vida, mas também à capacidade do idoso satisfazer as necessidades subjetivas, seja ao nível dos sentidos, das emoções, dos afetos, da imaginação ou das memórias (Kleber, 2013).

**- Atividades desenvolvidas no
contexto de estágio -**

3. Atividades desenvolvidas no contexto de estágio

3.1. Acompanhamento de Casos Clínicos

O acompanhamento de casos é uma das primeiras coisas que um estagiário de psicologia começa por fazer. A observação direta de casos permite melhorar as competências profissionais.

A psicóloga da SCMB, presta apoio clínico às duas valências: valência infantil e valência idosa. De acordo com as condições e as oportunidades que me surgiram neste estágio, fiquei responsável por trabalhar com a valência idosa.

Foi estabelecido o acordo de não levar nada para as consultas, sendo apenas observado o momento e, posteriormente, trabalhadas as questões discutidas durante a consulta. Desta forma, não se levou material para as consultas mas aprendeu-se tanto com os casos, que se considera que o tempo foi muito importante para perceber certas questões iniciais e esclarecer as dúvidas que pudessem ter surgido durante e depois da observação.

3.1.1. Observação

Pierón (1968) in Ribeiro & Leal (1996), esclarecia que a Psicologia Clínica se refere à ciência da conduta humana baseada, principalmente, na observação e análise aprofundada dos casos individuais, tanto normais como patológicos, podendo estender-se aos grupos.

A observação consiste no ato de ver com atenção, de fazer considerações a partir de um ponto de vista, contudo, quando a observação se torna uma técnica científica, esta é sistematicamente planeada, é submetida a verificações e controlos de validade e precisão, (Sampaio & Cano, 2007). Ainda para o mesmo autor, no processo evolutivo da psicologia como ciência, a observação consiste numa ferramenta de extrema importância para a recolha de dados sobre o comportamento e o ambiente. Posterior ao processo de observação, o psicólogo é capaz de identificar possíveis dificuldades e problemáticas e, com isso, escolher qual(is) a(s) técnica(s) mais adequadas para atingir os objetivos definidos.

3.1.2. População Alvo

A observação foi dirigida aos idosos da SCMB possibilitando à psicóloga estagiária observar o trabalho executado pela psicóloga da instituição.

Desta forma, durante todo o estágio, a observação serviu como recolha de informação dos comportamentos dos utentes e das histórias de vida de cada um. Esta técnica, ainda possibilitou que fosse conhecido o contexto terapêutico, a forma de agir de um profissional de

psicologia clínica, e perceber a relação terapêutica estabelecida entre o utente e o psicólogo, assim como, as estratégias utilizadas em situações e problemáticas diferentes.

Alguns dos casos observados durante todo o processo constam de encaminhamentos diversos, tendo sido encontradas diversas situações problemáticas:

- Adaptativas: Luto, Adaptação ao funcionamento ou contexto do lar.
- Neurológicas: Demências, especificamente, a Tipo Alzheimer, de Corpos de Lewy, Parkinson e Doenças do Movimento.
- Mentais: Psicose, Deficiência Mental, Depressão.
- Físicas: Saúde e Nutrição.

3.1.3. Observação de Casos Clínicos

Foram observados vários casos clínicos, dos quais foram escolhidos seis, ou seja, um caso representativo de cada problemática, sendo que os nomes usados para designar os utentes, neste trabalho, são fictícios.

Em seguida é apresentada, no Quadro 1, uma síntese dos casos observados:

<p>Caso clínico n°1 Nome: “Maria”</p>	<p><i>Tipo de pedido/ Motivo do encaminhamento</i></p>	<p>A Sra. Maria é uma utente de 83 anos de idade, que está a ser acompanhada pela psicóloga clínica no Lar Dona Leonor e por psiquiatra em Viana do Castelo. Vem às consultas devido ao comportamento desadequado com outros utentes e funcionários. Teve antecedentes de alcoolismo.</p>
	<p><i>Observação</i></p>	<p>A observação feita reflete bom contato ocular, boa expressão facial e bom humor, embora pouco constante, isto é, com flutuações ao nível do comportamento e algo depressivo. Mostra ter boa articulação da fala, pouca energia, mas fluência no discurso.</p> <p>Apresenta um vestuário adequado à estação e com aspeto cuidado.</p>
	<p><i>Intervenção</i></p>	<p>A intervenção que se fez com a utente foi trabalhar o comportamento desadequado, recorrendo a planos diários e a conversas semanais. Foram discutidas regras de relacionamento e pôde ouvir-se Maria durante mais tempo, tomando atenção quer às suas razões, quer ao comportamento descrito por quem lida diariamente com a utente e por quem referiu as queixas relativas ao comportamento da mesma.</p>

<p>Caso clínico n.º2 Nome: “João”</p>	<p><i>Tipo de Pedido\ Motivo do encaminhamento</i></p>	<p>O Sr. João é um utente de 44 anos de idade a ter consultas de psicologia no Centro Social de Silveiros com a psicóloga clínica do lar e que foi encaminhado pelo diretor técnico do setor, para dar suporte, depois de lhe ter sido diagnosticada uma Neoplasia na base da língua. Como antecedentes doenças e hospitalizações, foi-lhe diagnosticado o cancro da língua e alcoolismo. João é um utente em tratamento de quimioterapia (com polietilenoglicol -PEG), daí a integração ter sido feita no Lar de Silveiros por parte da segurança social. Possui dor e transformação física devido ao tratamento oncológico.</p>
	<p><i>Dados relevantes da história de vida</i></p>	<p>A mãe do utente tem 82 anos e este vive constantemente preocupado com a mãe. É separado, pai de dois filhos, e tem um irmão que atualmente é toxicodependente.</p>
	<p><i>Observação</i></p>	<p>A integração no lar, cria no utente angústia, sofrimento e preocupações em relação à morte, e também incerteza relativamente ao futuro. O utente mostrou-se pouco colaborante nas consultas e com dificuldade em comunicar (devido ao cancro na língua), no entanto, consciente mas com problema de desorientação e discurso com bloqueios do pensamento (consequentes do tratamento médico com morfina).</p>
	<p><i>Intervenção</i></p>	<p>Possibilidade de dar suporte à família devido às condicionantes do caso. Adaptação à realidade é trabalhada (TOR).</p>

<p>Caso clínico n°3 Nome:“Alexandra”</p>	<p><i>Tipo de Pedido/ Motivo do encaminhamento</i></p>	<p>A sra. Alexandra é uma utente de 79 anos de idade que está a ser seguida nas consultas de Psicologia pela psicóloga clínica, no Lar D. Leonor.</p> <p>Foi encaminhada por mostrar alterações de comportamento e de humor, um estado de apatia e um comportamento apelativo após uma queda.</p>
	<p><i>Observação</i></p>	<p>Mostra-se com humor depressivo e pensamento negativo, postura um pouco decaída, mas aparência cuidada ao nível da higiene pessoal. Apresenta queixas relativas à sua saúde, assim como preocupação constante acerca da mesma.</p>
	<p><i>Intervenção</i></p>	<p>Promover autonomia e compreensão das dores da pós-queda.</p> <p>Foi também utilizada a Terapia das Reminiscências (TR), no sentido de melhorar o humor da Sra. Alexandra nas sessões seguintes.</p>

<p>Caso clínico nº4 Nome:“Rute”</p>	<p><i>Tipo de Pedido/ Motivo do encaminhamento</i></p>	<p>Rute é uma utente com 86 anos de idade que é acompanhada no serviço de Psicologia pela psicóloga clínica, no Lar de Silveiros. Foi encaminhada pois recusa alimentar-se, mostra um certo isolamento e tem fobias.</p>
	<p><i>Dados relevantes da História de vida</i></p>	<p>A utente teve sete filhos e dois abortos.</p>
	<p><i>Observação</i></p>	<p>Mostra-se colaborante e consciente nas consultas.</p>
	<p><i>Intervenção</i></p>	<p>Foram trabalhadas as fobias e o isolamento, e a intervenção focou-se em melhorar a alimentação da utente através de Registo Diário Alimentar e Psicoeducação acerca da mesma.</p>

<p>Caso clínico nº5 Nome: “Ana”</p>	<p><i>Tipo de Pedido/ Motivo do encaminhamento</i></p>	<p>Ana é uma utente de 80 anos de idade que é acompanhada no Lar D. Leonor pela psicóloga clínica do serviço de Psicologia. Foi encaminhada pois mostrou ter comportamentos desadequados e altivos. Apresenta queixas dos funcionários do lar. Tem uma Flebite.</p>
	<p><i>Observação</i></p>	<p>Em consulta mostra pouca atenção ao que lhe é dito. Manifesta pensamentos negativos e algumas queixas relativas à sua saúde e ao seu isolamento.</p>
	<p><i>Intervenção</i></p>	<p>Trabalhar a informação acerca da doença e dos comportamentos desadequados, através do reforço, sendo que foram promovidas competências sociais.</p>

<p>Caso clínico n°6 Nome: “Fernanda”</p>	<p><i>Tipo de Pedido/ Motivo do encaminhamento</i></p>	<p>Fernanda é uma utente com 65 anos de idade do Lar D. Leonor que está a ser acompanhada pela Psicóloga Clínica do serviço de Psicologia.</p> <p>Foi encaminhada pois apresentava problemas de coração, dieta e alto peso; não pode comer certos alimentos e não cumpre a dieta que lhe foi receitada. É uma utente com ideias suicidas e história de Alcoolismo.</p>
	<p><i>Observação</i></p>	<p>A Sra. Fernanda tem crenças acerca da alimentação que resultam numa dificuldade em perder peso. Mostra-se pouco motivada, com postura decaída, que cria angústia e incompreensão acerca do que deve ou não fazer (regime alimentar). Em conjunto com a Nutricionista do lar, a Psicóloga Clínica iniciou a intervenção descrita no ponto seguinte.</p>
	<p><i>Intervenção</i></p>	<p>Foi trabalhada a dieta e a alimentação. A intervenção passou por um trabalho conjunto, onde foram trabalhados os comportamentos relacionados com a alimentação e a motivação para perder peso. A utente tem ainda problemas de Hipertensão, o que valoriza ainda mais a intervenção realizada.</p>

Quadro 1 – Observação de Casos Clínicos

3.2. Diagnóstico e Avaliação das Necessidades - síntese da observação e avaliação das necessidades e prioridades do contexto institucional

Para a avaliação das necessidades da Santa Casa da Misericórdia utilizamos a metodologia *-observação participante-* que pressupõe um envolvimento direto do investigador no contexto em observação. Para Baptista (2008), a observação é uma das mais importantes técnicas de recolha de dados e permite obter a informação no momento e no espaço onde decorre. Foi fundamental durante o percurso percorrido no estágio, pois passa por ser um processo adaptativo e de aprendizagem e uma técnica fundamental na recolha de informação, do contexto e do indivíduo com quem se trabalha.

Nesta técnica, o instrumento de pesquisa é o próprio investigador, e os procedimentos são o contato direto com as pessoas e acontecimentos. Para além disso, participamos nas reuniões onde são discutidos casos de utentes que se encontram mais vulneráveis ou já doentes, e, desta forma, discutiu-se também o diagnóstico dos doentes e as futuras intervenções e projetos a serem implementados na promoção e prevenção da saúde mental dos mesmos.

As principais necessidades que conseguimos identificar, logo nos primeiros meses de observação, dividem-se em dois tipos: a nível interno e a nível externo. Este levantamento de necessidades foi verificado e assinalado, através da nossa observação na instituição, dos atendimentos e das reuniões restritas.

A nível interno da instituição parece necessário incentivar a criação de um espaço adequado ao atendimento, e específico para formação e intervenção com os utentes.

A nível externo existe a necessidade de formações para que os utentes fiquem esclarecidos e com um maior conhecimento acerca de alguns conceitos que lhes serão úteis, como por exemplo, saber o significado de saúde mental e o que pode melhorar a saúde mental em geral. Percebe-se a importância de investir na formação/reflexão sobre o envelhecimento e a saúde mental, tendo-se oferecido uma chave de leitura aos utentes do lar sobre o processo de envelhecer e sobre a qualidade de vida na terceira idade.

Existe também a necessidade de realizar intervenções de grupo, nomeadamente estimular a cognição com jogos lúdicos, para a criação de trabalhos de estimulação cognitiva dinâmicos e que funcionam como um bem para a saúde dos idosos.

A SCMB é composta por uma equipa multidisciplinar, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos clínicos e nutricionistas. Os encaminhamentos são efectuados pelos

médicos, enfermeiros e pelos nutricionistas. Visto isto, e por existir apenas um psicólogo clínico na instituição, para a ajuda na resolução de um grande número de casos clínicos individuais, torna-se importante desenvolver estratégias e técnicas de intervenção eficazes que possibilitem um bem-estar aos utentes.

É necessário e urgente a formação dos auxiliares, uma vez que, muitas vezes, a intervenção feita pelo psicólogo pode não funcionar se os funcionários que estão todos os dias com os utentes não souberem a melhor forma de lidar com certas situações, atendendo às perturbações, dificuldades e necessidades dos utentes, doentes e não doentes, mas especialmente em casos de demências graves.

É também importante a criação de reuniões para discussão de casos, reuniões estas, multidisciplinares, entre e com os elementos que constituem a equipa terapêutica, nomeadamente o médico, o enfermeiro, o psicólogo e o diretor do lar/infantário.

Poderia ainda existir material disponível para consulta, num local de estudo individual. Um espaço de reflexão, visto que, a avaliação e intervenção são dois dos principais objetivos de um psicólogo clínico na instituição e é fundamental material diversificado, recente, e validado para a população portuguesa.

A institucionalização é um aspecto de extrema importância na vida dos idosos, nomeadamente a nível do desenvolvimento pessoal e psicológico. Assim, é importante que sejam criadas instituições que possam ser consideradas as suas próprias casas, com o conforto ao qual estavam habituados, de forma a tornar o processo de adaptação a esta nova realidade, o menos complexo e doloroso possível (Almeida & Rodrigues, 2008).

- Intervenção Individual -

4. Intervenção Individual e caracterização

A intervenção psicológica com o idoso serve, geralmente, para prevenir a psicopatologia, trabalhar a estimulação cognitiva, adotar várias estratégias de *coping* para lidar com a nova realidade, promovendo a adaptação e também pode servir para a promoção da interação grupal, com e no grupo de utentes institucionalizados. No entanto, esta desenvolve-se e depende sempre do problema apresentado e das dificuldades de cada utente que está a ser acompanhado pelo psicólogo clínico ou estagiário de Psicologia Clínica.

As intervenções clínico-psicológicas têm como principal objectivo influenciar os transtornos mentais ou psíquicos. Estes podem ocorrer em diferentes níveis: ao nível das funções psíquicas (percepção, memória, aprendizagem), ao nível dos padrões de funcionamento (diagnósticos clínicos) e ao nível de sistemas interpessoais (casal, família, etc.). Alguns exemplos de intervenções são: psicoterapia, técnicas de relaxamento, musicoterapia, treino de funções mentais como: memória, percepção e atenção (Perrez, Meinrad & Baumann 2005).

A intervenção pode ser individual ou de grupo. Toda a intervenção passa por seguir uma terapia (cognitivo-comportamental, psicodinâmica ou familiar, entre outras). Fez-se intervenção individual com seis utentes dos três lares: Lar D. Leonor, Lar St. André e o Lar Nossa Senhora da Misericórdia. A terapia usada foi a Cognitivo-Comportamental, tendo em conta os objectivos da intervenção com este tipo de população.

4.1. Avaliação Psicométrica Utilizada

A avaliação consiste na realização de testes psicológicos que oferecem ao psicólogo um resultado estatístico e objectivo acerca do utente, do seu estado de humor, memória, atenção, ansiedade, orientação, etc.

Inicialmente fez-se uma recolha de informação que faz parte da avaliação psicológica através do método da entrevista clínica. Avaliaram-se em contexto de estágio 6 casos clínicos, encaminhados por diversas causas, sendo as principais: sintomas depressivos, luto, demências e problemas relacionais. Na avaliação Psicométrica recorreu-se, ao longo do estágio, aos seguintes instrumentos de avaliação:

Mini-Mental States Examination – MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, adaptação portuguesa de Guerreiro & colaboradores, 1993)

É o instrumento mais utilizado para avaliar as funções cognitivas em idosos. Avalia parâmetros cognitivos como: orientação espacial e temporal, memória imediata, evocação, cálculo, linguagem e nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia do desenho. O ponto corte em pessoas com escolaridade é de 23 e em pessoas sem escolaridade é de 16.

Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (Yesavage, 1983, adaptação portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003)

A EDG é a única escala criada especificamente para o rastreio da Depressão na população idosa. É composta por 15 itens que avaliam os comportamentos e sentimentos na última semana, sendo as suas respostas dadas de forma dicotómica (sim ou não). Os resultados variam de 0-10 = ausência de depressão; 11-20 = depressão ligeira; e 21-30 = depressão Grave.

Bateria de Lisboa de Avaliação da Demência (BLAD) (Guerreiro, M., 1998).

É a única prova estudada em Portugal e utilizada no exame psicológico de adultos idosos com suspeita de deterioração cognitiva. A BLAD é constituída por 28 provas para avaliar nove capacidades cognitivas diferentes, que são consideradas as mais importantes para o despiste de demência, nomeadamente: a atenção, a memória, a orientação, a linguagem, a iniciativa, as praxias, a capacidade construtiva, o cálculo e a abstracção (Guerreiro, 1998).

Inventário de Sintomas – BSI (Derogatis, 1982, versão portuguesa aferida de Canavarro, 1995).

O BSI é um questionário de 53 itens formado a partir da redução dos 90 itens, do Symptom Checklist-90 (SCL-90), contendo 9 escalas específicas de sintomatologia clínica: somatização, obsessão - compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo e ainda, um índice global de *stress*.

4.2. Atividades de acompanhamento e Intervenção Psicológica

Foi escolhido, no âmbito do estágio, um caso de intervenção e um caso de avaliação para serem apresentados detalhadamente.

O caso de intervenção, seguidamente descrito- Processo1- é relativo à utente Antónia.

O caso de avaliação - Processo 2- é relativo à utente Lurdes e está apresentado no Quadro 2, encontrando-se a descrição detalhada no Anexo III do relatório.

Os outros quatro casos clínicos, trabalhados durante o estágio curricular, são relativos às utentes Vitória, Rosalina, Margarida e Amélia - Processos 3, 4, 5 e 6, respetivamente - e encontram-se também em descrição detalhada nos Anexos IV, V, VI e VII, respetivamente.

4.2.1. Processo 1 - Caso Clínico Principal de Intervenção (caso detalhado)

Identificação

Antónia, do sexo feminino, com 74 anos de idade, provém de uma família de quatro irmãos (contando com ela), não é casada e não tem filhos. Tem a 3ª classe e trabalhava no campo. Integrou o Lar Nossa Senhora da Misericórdia de Barcelos em Julho de 2011. Encontra-se no lar há cerca de 2 anos por precisar de acompanhamento e vigilância contínua por profissionais de saúde.

Encaminhamento

A utente foi encaminhada para consulta de Psicologia, uma vez que lhe foi diagnosticado Depressão Major, num período após o falecimento do irmão (suicídio, que tinha ocorrido há cerca de um ano) e da irmã (morte natural, que tinha ocorrido há cerca de três semanas) a partir da data do primeiro registo (18/02/13), o que fez com que a utente mostrasse algum isolamento, raiva, angústia, choro e um sentimento de tristeza profunda. Deste modo, foi pedida consulta de acompanhamento individual.

Problema e História do Problema:

A Sra. Antónia veio para o lar com as duas irmãs, há cerca de dois anos antes da primeira consulta (2013). O irmão foi o responsável pela integração destas, tendo-as incentivado para integrarem o lar e apoiado tal decisão. No entanto, este, não precisou de integrar o lar. Antónia refere: *“Vivi sempre com as minhas irmãs numa casa e o meu irmão vivia noutra ao lado. Foi ele que nos pôs aqui às três, porque era o mais novo e tinha melhor saúde e achou que precisávamos”* (sic).

Em Julho de 2012 (um ano e quatro meses antes de iniciarem as primeiras consultas), após um período de várias visitas às três irmãs, o irmão mostra-se menos bem emocionalmente e, neste período de tempo, suicida-se. Para Antónia, este acontecimento foi inesperado, e criou um sentimento de angústia, raiva e incompreensão que a levou até a um

estado marcadamente depressivo, ao diagnóstico de *Perturbação de Adaptação com Humor Depressivo Crónica*. No decorrer das primeiras consultas, Antónia mostrou-se pouco compreensiva com os outros, com sentimentos de raiva associados a um mal-estar intenso e choro fácil.

O segundo acontecimento marcante que levou Antónia ao diagnóstico principal (Diagnóstico de *Perturbação de Adaptação com Humor Depressivo Crónica*) com características de *Luto Complicado*, acontece quando Antónia perde uma das irmãs institucionalizadas no lar. Este acontecimento ocorreu antes três semanas da primeira consulta de Psicologia Clínica, realizada neste estágio, aquando do encaminhamento. Nesta altura, Antónia fazia o luto da morte do irmão, o que fez com que o processo de luto, não tivesse acontecido.

Antónia apresentava-se muito em baixo, devido a estes dois acontecimentos e ao seu estado inicial. Precisou de acompanhamento psicológico regular para além da medicação que sempre tomou para a depressão anteriormente diagnosticada e do acompanhamento de Psiquiatria que faz regularmente. “*O Psiquiatra dá-me a medicação mas ela não faz nada, esta tristeza nunca me vai passar, eu já morri*” (sic).

A Sra. Antónia dizia frequentemente em consulta “*não tenho vontade de viver*” (sic) e “*já morri*” (sic), embora continuasse as suas tarefas diárias sem se isolar totalmente e sem perder a vontade de fazer certas atividades no lar.

Relativamente à irmã institucionalizada no lar, a Sra. Antónia diz não terem uma boa relação e descreve-a como uma pessoa diferente e difícil. “*As funcionárias do lar estão fartas de fazer queixa dela; anda numa cadeira de rodas durante o dia sem precisar dela e a pé nos nossos passeios, não precisa da cadeira para nada*” (sic). Portanto, a relação estabelecida entre Antónia e a irmã (a única irmã viva) que reside atualmente no lar com ela não é das melhores, sendo uma relação distante e conflituosa (informação dada por funcionários do lar e pela própria Sra. Antónia).

Relativamente à integração no Lar, esta podia ter sido melhor se não tivessem ocorrido estes dois acontecimentos que levaram a Sra. Antónia a um estado de desespero.

Sendo assim, a Sra. Antónia integrou o Lar com pouca vontade e alguma dificuldade e para além disso refere “*Eu queria viver na minha casa como os meus pais viveram, mas eles tinham-me a mim que cuidei deles até morrerem e eu agora não tenho ninguém*” (sic). Conta que na altura, “*Trabalhava no campo e adorava o que fazia, adorava cantar e cantava muito*” (sic). “*Já não canto e não sei cantar, perdi a vontade o jeito e a voz, perdi tudo*” (sic).

Queixa-se ainda de dormir mal, *“Eu não durmo nada! Quando durmo tenho tantos pesadelos que não quero voltar a adormecer”*(sic). A falta de sono e a dificuldade em dormir são esperadas no caso de Antónia (Perturbação da adaptação devido a um luto complicado com estado de humor depressivo), mas é no entanto uma dificuldade que complica o estado desta e que se teve em atenção durante todo o processo de atendimento clínico.

Estado Mental/ Observação

Inicialmente mostrou-se bastante resistente às consultas, mostrando pouco interesse em trabalhar e colaborar em prol da sua saúde. Foi-lhe explicada a importância das consultas de psicologia clínica, tendo esta cedido à sua realização, muito embora sempre com afirmações de teor negativo, como por exemplo, quando diz: *“Não preciso disso para nada, ninguém me pode ajudar, o bom tempo já passou, agora, não há nada nem ninguém que possa fazer algo por mim”* (sic). Ou algumas afirmações mais complicadas como *“Não quero aturar ninguém, já me chega o trabalho que tenho no lar para me chatear a cabeça”* (sic). No entanto consentiu e, quando lhe foi proposto não continuar as consultas rejeitou essa mudança *“Não, não é nada disso, eu quero continuar, quero poder falar para si, quero continuar a falar o que sinto”*(sic) *“Posso cantar-lhe uma música?”* (sic) e a primeira vez em consulta, Antónia cantou como antigamente fazia.

Relativamente à história de saúde queixa-se de dores nas costas (coluna e ossos), de ter problemas de memória e estar mal interiormente. Apresenta, também, algum contato ocular, atenção ao que lhe foi dito, participação ativa nas respostas, um discurso coerente e sem lacunas de memória. Na maioria das consultas mostra boa apresentação e aparência cuidada. O seu comportamento às vezes torna-se agressivo (palavras e gestos), devido à pouca vontade em ser atendida, no entanto, isto varia com o estado de humor, que se mostra todos os dias diferente. Revela autonomia para as atividades de higiene e para as atividades pessoais diárias, e ajuda as funcionárias nas tarefas (arruma os carrinhos e ajuda a levar as utentes para os quartos, para o refeitório e para o elevador). Ao nível da orientação auto e alopsíquica, revela pouca ou nenhuma dificuldade. O discurso embora muito fluente é marcadamente depressivo e com pensamentos negativos. A expressão facial é expressiva, apresenta ainda boa conduta e atividade psicomotora. A idade aparente é congruente com a idade real.

Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial

Antónia cresceu numa família de quatro irmãos, contando com ela (duas irmãs mais

velhas e um irmão mais novo). Viveu sempre no campo, onde os pais e a própria trabalharam.

Relativamente à história educacional esta utente tem a 3ª Classe, não tendo estudado mais. Sobre a história profissional descreve ter trabalhado no campo e diz que gostava muito do que fazia.

Quando se questiona sobre o(s) relacionamento(s), na história pessoal a utente afirma que tratou dos pais até à morte destes e que não teve filhos. Diz ser solteira e que sempre assim foi. Afirma nunca ter querido no passado, nem querer no presente, um companheiro.

Refere ainda que criou a sobrinha com três meses até esta entrar na adolescência.

Quando lhe é questionada sobre a sua rotina diária, a utente afirma não gostar de ver televisão e fala um pouco das actividades passadas. Refere: “*adorava cantar no campo e cantava bem*” (sic). Atualmente, adora estar com as sobrinhas e tem boa autonomia, não gosta de estar parada e por isso ocupa os dias a ajudar as funcionárias do lar e fala pouco com as outras utentes. Estas, referem que Antónia não gosta muito de se relacionar com os outros e que se mantém distante a maior parte das vezes, estando muitas vezes com um humor agressivo e complicado mas que tem uma boa relação com as funcionárias.

História Institucional

A Sra. Antónia está no lar há dois anos, integrando o lar em Julho com as suas duas irmãs. O irmão mais novo foi quem as incentivou a integrar o lar por acreditar que estas precisavam de acompanhamento constante nas rotinas diárias, devido à idade, e às condições físicas e psicológicas que apresentavam. Há cerca de um ano, em 2012, o irmão suicida-se após varias visitas às irmãs. A partir do falecimento do irmão a Sra. Antónia fica afetada e com humor marcadamente depressivo tendo precisado logo de acompanhamento psiquiátrico e de medicação, que ocorreu fora do lar, com consultas de Psiquiatria individuais.

Mais tarde em 2013, morre uma irmã, de morte natural, e ficam a viver no lar, a Sra. Antónia e a outra irmã, que ainda partilha o quarto atualmente com ela.

Para a Sra. Antónia, ter de retirar as roupas da irmã falecida do quarto, no lar onde está institucionalizada, foi muito difícil. Ela descreve que: “*Agora ela já não está naquele quarto e tive de tirar as roupas todas dela e as coisas dela e não consigo falar mais disso*” (sic), “*já me chega tudo o que já trabalhei e chorei estes dias seguidos, estou sempre a trabalhar e só me acontecem estas coisas*” (sic). E chora sem controlo. Afirma não gostar de lares. Questiona-se constantemente sobre o porquê de ter vindo para um lar e refere que não queria estar ali e morrer no lar, “*não queria ir para um lar, tratei dos meus pais até muito tarde, até*

falecerem, também podiam tratar de mim”(sic). “Tratei-os até adoecerem e falecerem, por isso, comigo também poderia ser assim, eu devia morrer em casa” (sic).

Relativamente a visitas, estas ocorrem com pouca ou nenhuma frequência; às vezes tem visitas de algumas pessoas conhecidas, mas não da família. Não teve filhos e isso é um factor importante a relembrar.

Avaliação Psicológica e Resultados:

De acordo com a literatura, a característica essencial de uma Perturbação de Adaptação, é o desenvolvimento de uma resposta psicológica a um ou mais factores de *stress* identificáveis, que resulta em sintomas emocionais ou comportamentais, clinicamente significativos (Fernandes, Figueira & Sampaio, 2006)

No caso da Sra. Antónia foi mais do que um factor de *stress* que a levou ao diagnóstico de Perturbação da Adaptação.

A fraca adaptação ao lar, desde o primeiro dia, considerou-se o primeiro fator stressante na vida da utente, sendo que se seguem factores mais complicados e com uma carga emocional maior, que surgem no decorrer de duas mortes seguidas, no espaço de menos de um ano. Para além disto, as mortes ocorrem por causas diferentes, sendo que a do irmão da Sra. Antónia foi por suicídio e a da irmã por morte natural. A incompreensão, por parte da utente, no que concerne ao ato cometido pelo irmão, cria um sentimento de dúvida, culpa e ansiedade, assim como, de raiva e frustração. A perda, na maioria dos casos, passa por ser uma ocorrência indesejada, implicando privação de alguém ou de algo, exigindo necessariamente a adaptação - luto. Foi por isto defenido que processo de luto a utente apresentava, sendo que os critérios indicaram que Antónia pelas características passava pelo processo de Luto Complicado.

Deste modo, procedeu-se à avaliação dos sintomas apresentados através de uma *Entrevista de Anamnese – Idoso*, uma entrevista não estruturada (aquela em que é deixado ao entrevistado decidir-se pela forma de construir a resposta (Laville e Dione, 1999), recolhendo informação acerca das queixas principais, do funcionamento geral, da história pessoal entre outras. Também se usou o *Mini-Mental State- MMS*, para precaução e para perceber o estado da memória, pois também ocorreram algumas queixas acerca da memória por parte da utente. O Mini-Mental- State- MMS é um breve questionário de 30 pontos usado para rastrear perdas cognitivas. É comumente utilizado em medicina para rastrear demência. É também utilizado para estimar a severidade da perda cognitiva, num momento específico, e seguir o curso de

mudanças cognitivas de um indivíduo. Mede funções, incluindo aritmética, memória, e orientação. Foi introduzido por Folstein *et al.* (1975). Por último, foi usada a *Escala de Depressão Geriátrica* (EDG) para avaliar o estado dos sintomas depressivos que a Sra. Antónia apresentou, antes e durante a maior parte das consultas.

Mota, D. (2010) considera que o luto é um conjunto de reações que ocorrem em consequência de uma ou mais perdas significativas, envolvendo um processo de recuperação e reparação psíquica perante mudanças e situações que acarretam perdas e provocam desequilíbrio, afetando a ideia que temos de nós próprios, da vida e do mundo.

Ainda para Mota, D. (2010) existem três conceitos essenciais para se perceber o luto: Bereavement (perda de alguém + processo de luto) que inclui a situação e o processo de adaptação à perda de alguém significativo; Grief (dor-componente emocional) que inclui as respostas emocionais que caracterizam as fases do processo de luto e, por último, Mourning (Luto) que se refere aos padrões de comportamento e expressão emocional culturalmente aceitáveis durante o processo de luto.

Relativamente aos resultados e depois de revista a Anamnese - Idoso, a Sra. Antónia revelou desenvolver um luto complicado depois das duas mortes ocorrerem.

Os resultados do Mini-mental-State revelam que Sra. Antónia se encontra no limite do que não é considerado defeito cognitivo obtendo a pontuação de 23 pontos, considerando-se por isso não ter defeito cognitivo. Poderia facilmente atingir os 30 pontos se tivesse realizado o desenho e o item denominado de atenção e cálculo. No entanto, esta recusou.

Relativamente à Escala de Depressão Geriátrica, os resultados indicam sintomas depressivos, sendo que a pontuação obtida foram 19 pontos, indicando, de acordo com Yesavage (1983), suspeita de depressão (11-20 = Depressão Ligeira).

Então, de uma forma geral, a avaliação da Sra. Antónia é feita tendo em conta o luto complicado que se revelou na observação com o passar das consultas e o estado depressivo associado ao diagnóstico principal de Perturbação da Adaptação. Por último, não podemos deixar de salientar que para uma boa avaliação foi preciso ter o conhecimento de que a utente tomava medicação (Remeron e Fluoxitina) para a “depressão” e outra medicação para o colesterol que não foi revelada pela enfermagem, recorrendo ainda a consultas de Psiquiatria, de meio em meio ano.

Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2006)

Eixo I: 309.0 Perturbação de Adaptação com Humor Depressivo, crónica [F43.20]

Eixo II: V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]

Eixo III: Nenhum

Eixo IV: Entrada para o Lar (2011), suicídio do irmão (2012) e morte da irmã (2013).

Eixo V: AGF = 65 (no momento da avaliação)

AGF = 70 (no momento atual)

Diagnóstico diferencial

Baseamo-nos no DSM-IV-TR (2006) para realizar o diagnóstico, com base nos critérios do manual, tendo em conta os sintomas que a utente apresentava no momento da avaliação.

A utente apresentava sintomas emocionais e comportamentais, como reação a mais do que um fator de *stress*, que ocorrem nos 3 meses após o aparecimento do último factor. Os sintomas apresentam-se por um mal - estar acentuado que excede o que seria de esperar em relação à exposição aos factores de *stress*, criando um défice social. Os sintomas não se enquadram numa reacção de luto normal ou até de luto complicado, sendo que este último inicialmente se desenvolveu no decorrer dos acontecimentos, mas por outro lado, a reacção torna-se excessiva e mais prolongada do que se esperava. A morte da irmã da utente foi muito recente (em 2013) sendo que não chegou a fazer um ano à data de finalização das consultas, o que levou ao processo de encaminhamento e continuação do caso por parte de outra estagiária no próximo ano (2014).

A **Perturbação da Adaptação** é diferenciada de:

- Depressão Major ou outra Perturbação específica do Eixo I, se esta explicar os sintomas de reacção à situação de *stress*,
- Perturbações da Personalidade, que são também exacerbadas pelo *stress*, no entanto com outros sintomas que não são devidos a má adaptação. Se os sintomas de *stress* não forem característicos de Perturbação da Personalidade e aparecerem como resposta a uma situação de *stress*, o diagnóstico de *Perturbação da Adaptação* é feito juntamente com *Perturbação da Personalidade*.

- Perturbação sem outra especificação, que se apresenta através de Apresentações Atípicas ou Subliminares.
- Perturbação Pós-Stress Traumático e Perturbação Aguda de Stress, uma vez que estas requerem, as duas, a presença de um factor de *stress* mas ao contrário da Perturbação de Adaptação, este factor tem de ser extremo e requerer uma constelação específica de sintomas. Na Perturbação de Adaptação, o factor de *stress* pode ter qualquer gravidade e pode envolver uma grande variedade de sintomas possíveis desencadeando a Perturbação de Adaptação.
- Factores Psicológicos Que Afectam o Estado Físico Geral, porque se tratam de sintomas específicos, comportamentos ou outros que exacerbam o estado físico geral, complicam o tratamento ou, por outro lado, aumentam os riscos de desenvolver um estado físico geral. Na Perturbação de Adaptação a relação é inversa, sendo os sintomas psicológicos que se desenvolvem em resposta ao *stress* de ter ou tomar conhecimento do diagnóstico de um estado físico geral.
- Luto, pois no luto espera-se uma reacção como resposta previsível e esperada à morte de um ente querido, enquanto que na Perturbação da Adaptação a reacção é excessiva ou mais prolongada do que o previsível.
- Reacções não patológicas ao Stress, pois estas não provocam sofrimento excessivo e não causam diminuição significativa no funcionamento social e ocupacional.
- Efeitos Fisiológicos Directos de um Estado Físico Geral, que são por exemplo, o défice funcional transitório que está associado com a administração de quimioterapia.

Concetualização Clínica

Por definição, a Perturbação da Adaptação começa nos 3 meses após o início do factor de *stress* e não dura mais de 6 meses após terminar o *stress* ou as suas consequências (Fernandes, Figueira & Sampaio, 2006). No caso de Sra. Antónia os sintomas surgiram durante a entrada no Lar em 2011 e prolongaram-se até mais tarde em 2012, quando a utente tenta fazer o luto do irmão, falecido nesse ano por suicídio. Mais recentemente, em 2013, a morte de uma das irmãs, institucionalizada no lar, acentua os sintomas e comportamentos apresentados anteriormente, não fazendo ainda, atualmente, meio ano desde a morte desta. Durante este processo, o *stress* aumentou e foi suficientemente marcante para provocar um sofrimento excessivo característico da Perturbação da Adaptação, conforme os critérios do DSM-IV (2006) indicam.

A sintomatologia ou o comportamento face ao fator de *stress* são clinicamente significativos, manifestando-se por qualquer um dos seguintes sintomas: mal-estar acentuado que excede o que seria de esperar em relação à exposição ao fator de *stress* e défice significativo nas áreas sociais ou ocupacionais (Fernandes, Figueira & Sampaio, 2006). Os sintomas podem persistir por um período prolongado (mais de 6 meses) se ocorrerem em resposta a um fator de *stress* crónico ou como resposta a uma situação com consequências arrastadas. No caso de Sra Antónia, a entrada no lar foi o primeiro fator de *stress*, seguindo-se a morte dos irmãos. A Sra. Antónia apresenta humor depressivo e às vezes um comportamento agressivo. Para além disto, após os acontecimentos terem acontecido, a Sra. Antónia deixa de realizar algumas das atividades que mais gostava, como cantar e ir à missa no lar. Não mostra também vontade de participar nos passeios que a instituição realiza mostrando com isto um défice nas áreas sociais e ocupacionais.

Relativamente aos especificadores, considera-se o diagnóstico de Perturbação da Adaptação com humor depressivo pois, as manifestações predominantes são sintomas como humor depressivo, choro fácil ou desespero. Apresenta-se como sendo crónica porque a duração dos sintomas é igual ou superior a seis meses sendo que as consequências não terminam logo e os sintomas permanecem os mesmos após os seis meses, como resposta a mais do que um factor de *stress*, apresentando consequências prolongadas (Fernandes, Figueira & Sampaio, 2006).

No entanto a utente continua a conseguir fazer as tarefas do dia-a-dia como arranjo pessoal e limpeza do lar mas mostra que as faz apenas para se manter ativa.

Os indivíduos mais desfavorecidos nas circunstâncias da vida pessoal experimentam uma alta taxa de *stress*, estando em maior risco para a Perturbação de Adaptação. Se o *stress* é um evento agudo (por ex., ser despedido do emprego), o início da perturbação em geral ocorre imediatamente (ou dentro de alguns dias) e a sua duração é relativamente breve (por ex., não mais do que alguns meses). Se o *stress* ou as suas consequências persistirem, a Perturbação da Adaptação também pode persistir (Fernandes, Figueira & Sampaio, 2006).

No entanto a utente tem fatores protetores como: as visitas de alguns amigos, a irmã que reside no lar e que é a companheira de quarto da utente e, muito embora a relação entre elas seja conflituosa, mantêm uma relação afetiva.

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

A intervenção Psicológica junto da Sra. Antónia começou com o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na empatia, na compreensão, na confiança e, por último, no apoio incondicional. De uma forma geral e para apresentar os resultados desta fase, salienta-se que a utente se mostrou pouco confiante quanto à importância do acompanhamento psicológico. Apresentava um certo mal-estar e nervosismo quando se iniciavam as consultas, mantendo um discurso negativo devido essencialmente à perda que tinha ocorrido em 2012 (suicídio do irmão). Foi-lhe explicado quais os objetivos do acompanhamento e o porquê de precisar deste. Aos poucos e ao longo das consultas a aceitação e a confiança começaram a alterar a visão que a Sra. Antónia tinha do acompanhamento. Foi-lhe questionado se aceitava iniciar as consultas sendo que esta, em nenhum momento as recusou. Chegou mais tarde a suplicar: *“Não quero deixar de poder falar consigo, é a única pessoa a quem digo tudo”*, afirmou: *“Se calhar não resulta estar aqui a fazer estas coisas mas eu sinto-me mais calma depois.”* (sic). Surpreendentemente, durante a intervenção e a meio do processo de acompanhamento, a utente refere: *“Hoje quero cantar, vou cantar, posso? Apetece-me, já não me apetecia há muito tempo”*.

Foram, nesta fase, superados vários objetivos da intervenção sendo que voltar a cantar, uma actividade que gostava de fazer e que parecia impossível no início das consultas, se revelou possível a meio do acompanhamento, traduzindo-se num sucesso ao longo da intervenção.

Uma vez descrita no geral, a fase de aceitação pela qual passou, seguem-se as etapas feitas na intervenção, a estrutura das sessões e o seu racional teórico:

Etapas da Intervenção, estrutura das sessões e racional teórico

A intervenção baseou-se em grande parte na terapia cognitivo comportamental (TCC). Considerada a Terapia Cognitiva de Beck esta defende que as nossas emoções e os nossos comportamentos não são simplesmente influenciados por eventos e/ou acontecimentos, mas sim pela forma através da qual processamos, percebemos e atribuímos significados às situações (Deminco, 2011).

1ª a 3ª sessões

Na primeira, segunda e terceira sessões, foi analisada a ficha de encaminhamento da Santa casa da Misericórdia de Barcelos e foi recolhida a sua história clínica através da entrevista de Anamnese - Idoso do Serviço de Psicologia. Nestas sessões, deu-se início ao estabelecimento da relação e aliança terapêutica, de modo a perceber o problema principal da utente, criando algumas estratégias de mudança.

4ª a 7ª sessões

Nestas sessões realizou-se inicialmente a avaliação da memória utilizando o Mini Mental States Examination (MMSE). A avaliação mostrou não haver defeito cognitivo, o que garantiu que se poderia continuar com a avaliação, recorrendo a outros testes que avaliassem o problema principal.

Procedeu-se a uma avaliação completa dos sintomas depressivos, utilizando a Escala de Depressão Geriátrica, pois a utente apresentou maioritariamente um humor depressivo e pensamentos negativos em relação a si, aos outros e à vida. Não se verificou pensamentos suicidas. Os resultados confirmaram os sintomas esperados (suspeita de depressão) e tornou-se visível que os sintomas se deviam à má adaptação aos acontecimentos stressantes que a utente vivenciou anteriormente. Durante o processo de avaliação, a utente apresentou-se pouco colaborante.

8ª a 11ª sessões

Nas presentes sessões para além da história clínica obtida através da Entrevista Amamenese – Idoso, foi realizada a concetualização do caso da Sra. Antónia, procurando encontrar estratégias de intervenção para remissão de pelo menos alguns sintomas, prevenindo possíveis recaídas.

Nestas sessões houve um tempo de escuta por parte da psicóloga e uma procura de verificar como a Sra. Antónia se sentia ultimamente. Numa fase intermédia das sessões foi efetuada uma psicoeducação sobre a importância da motivação para a resolução do problema, visto a utente apresentar capacidade cognitiva de compreensão e necessitar essencialmente de motivação no início da intervenção. Foi explicado à utente que as suas convicções irracionais (convicção de que a tristeza que sentia não ia desaparecer e que já não tinha solução devido ao suicídio do irmão) lhe tinham retirado a vontade de viver (o que precisava para voltar a sentir felicidade). Tal como Ellis (1962), uma das principais causas da falta de motivação, são as convicções erradas.

Procurou-se modificar os pensamentos erróneos por outros mais adaptativos, através da Reestruturação Cognitiva, técnica que faz parte da Terapia Cognitivo Comportamental. Funcionou, no sentido em que era necessário que o medo de não voltar a sentir felicidade desaparecesse, para que tivesse confiança, voltasse a conviver com as colegas e a isolar-se menos. Devido à fragilidade que a utente apresentava, foi estabelecido que as sessões começassem a acontecer duas vezes por semana, para um acompanhamento mais próximo da utente, prespetivando sempre o sucesso futuro.

12ª e 15ª sessões

Como foi explícito na descrição das sessões anteriores, dentro da abordagem psico-educativa, e fazendo parte da vertente cognitivo-comportamental, existem as estratégias ligadas à Reestruturação Cognitiva.

Mais especificamente, a Reestruturação Cognitiva parte do pressuposto que as desordens emocionais são consequências dos pensamentos disfuncionais ou das crenças irracionais, passando a terapia por intervir nesses pensamentos, que passam a ser substituídos por outros mais adequados (Dobson & Block, 1988, cit in Gonçalves, 2004; Beck, 1963, 1963, 1964, cit in Bahls & Navolar, 2004).

Devido a experiências anteriores, a Sra. Antónia formou suposições disfuncionais e rígidas que manteve acerca do seu presente e do seu futuro (tríade cognitiva) por muito tempo, considerando-o negativo e sentindo-se incapaz de mudar o comportamento. Quando ativadas, as suposições disfuncionais e rígidas, formam um maior número de pensamentos automáticos negativos levando à sintomatologia depressiva.

O objectivo principal nestas sessões foi que substituísse os pensamentos automáticos negativos por pensamentos adaptativos como por ex: *“eu vou conseguir voltar a sentir felicidade, não me vou isolar, consigo praticar mais actividades, não tenho de sentir culpa nem vergonha”*(sic). Conseguiu-se trabalhar as crenças que a utente tinha em relação à sua incapacidade de lidar com os acontecimentos passados, corrigindo, os pensamentos desadaptativos, através da monitorização e identificação dos pensamentos automáticos, substituindo-os por cognições mais realistas. Para isso, a intervenção começou por identificar e questionar os pensamentos automáticos, orientando a utente a avaliar os seus pensamentos automáticos principalmente quando existiu uma excitação emocional percebida durante a sessão. Foi ainda proposto um registo de pensamentos disfuncionais pedindo à utente que quando achasse que o humor naquele dia estava mais negativo, se questionasse acerca do que se passava no pensamento, anotando no papel. Seguidamente a utente identificou o

sentimento ou a emoção que sentiu quando teve esse pensamento, verificando a seguir se os pensamentos eram realistas ou verdadeiros. O objetivo foi construir uma resposta mais racional, com pensamentos alternativos mais adequados para a situação. No final a utente foi encorajada a avaliar como mudou o pensamento e a emoção original. O seguimento desta intervenção passou pelas seguintes fases: descrição da situação problemática e dos factores de *stress* na vida da Sra. Antónia; pensamento automático; emoção; resposta adaptativa e finalmente o resultado.

O sucesso desta intervenção não foi imediato mas foi um passo importante para iniciar a psicoeducação acerca do luto complicado nas sessões seguintes, com mais segurança de si e do que era capaz de mudar no comportamento. Nestas sessões, a utente mostrou alguma resistência às consultas, apresentando-se com um humor negativo. No entanto, não deixou de colaborar e as consultas decorreram normalmente.

16ª a 19ª sessões

As pessoas que sofrem algum tipo de perda (morte de ente querido, diagnóstico de doença, traição, punição criminal, etc.) passam por um processo de luto, para poderem lidar com a situação. No caso da Sra. Antónia, esta desenvolveu uma perturbação da adaptação com humor depressivo crónica. No entanto, houve todo um processo de sintomatologia associada a um luto complicado que se desenvolveu devido à mudança de casa para o lar (perda da própria casa) e devido a duas mortes muito próximas, tendo a utente precisado rapidamente de acompanhamento.

Para iniciar a abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) com uma intervenção psicoeducativa acerca do luto complicado, foi explicado à Sra. Antónia que existem fases deste processo pelas quais poderia estar a passar, mas que precisava de as vivenciar para conseguir voltar a ter pensamentos positivos e vontade de viver, estabilizando o humor e mantendo a tranquilidade que precisava.

Como defendem Souza & Rua & Santos (2012), de uma forma geral não estamos preparados nem somos educados para aceitar a morte como uma etapa natural da vida - não há pedagogia para a morte nas famílias, nas escolas, nas instituições e, por isso, o papel do psicólogo é importante. A perda não ocorre apenas por morte, e é um tema bem mais presente em vida.

Foi necessário criar estratégias para fazer o luto, aceitando a realidade da ausência e promovendo a adaptação. Este processo permitiu a reorganização e foi notório, mais para o final das consultas o bem-estar e a vontade em falar dos acontecimentos passados.

Para Bowlby (1980) cit in Canavarro (2011), a caracterização dos estádios do Luto normal passa primeiramente, por uma fase de choque e negação, fase de protesto; fase de desespero e desorganização e, por último, a fase de reorganização. Mas existem pessoas que, como a Sra. Antónia, preenchem alguns critérios de luto complicado, apresentando sinais de resposta prolongada, evitamento e dificuldades de adaptação.

Para resolver o *stress* que esta fase traz, foram criadas *estratégias de coping* que passaram de inadequadas para adequadas e que se focaram: no problema, na interacção social e na emoção (Stroebe & Shut, 1999). Nestas sessões a utente mostrou-se pouco colaborante, não deixando, no entanto, de colaborar; desta forma, as consultas seguiram-se.

20^a a 24^a sessões

Nesta fase, foi questionado à utente se queria continuar as consultas, pois por parte da psicóloga estagiária havia uma necessidade de saber se a vontade da utente seria continuar o processo de intervenção, depois desta se mostrar muito pouco colaborante dizendo até “não pense que me vai ajudar”, “pode-se ir embora”, “não a quero aturar” a meio do processo das intervenções.

Quando se questiona à utente se quer terminar as consultas e se não quer dar continuidade, por ter esse direito de escolha, esta tem uma reacção completamente contrária ao esperado, mostrando medo que as consultas terminem. E imediatamente diz: “*Vou cantar para si*” (sic).

A Sra. Antónia, nesta sessão cantou e, pela primeira vez, riu com vontade. Foi uma adorável surpresa e uma etapa fundamental para que o resto da intervenção continuasse e tivesse resultados positivos.

Nas últimas sessões, foi trabalhado o registo diário de sono pois a utente queixou-se de insónias constantes e de pesadelos que recordava nas consultas e que a preocupavam, criando ansiedade. Durante um período entre sessões, registou-se todos os dias, aproximadamente, a hora e os minutos em que se deitou, assim como, a hora e os minutos em que acordou. Há uma relação direta entre os sintomas de ansiedade, depressão e os problemas de sono. A Sra. Antónia apresenta, insónia inicial (dificuldade em adormecer).

Realizou-se a higiene de sono, falando nas sessões de conselhos básicos sobre o que é que a utente deveria ter em conta para dormir bem e ter um sono reparador.

Por último, nestas sessões, para além da reestruturação cognitiva utilizada anteriormente, foi usada a Terapia das Reminiscências (TR). É um processo de evocação das experiências significativas ocorridas no passado para que a utente pudesse reviver

experiências às quais associasse prazer ou dor, para aliviar os sintomas depressivos e os pensamentos negativos que a utente mantinha (Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008).

25ª a 30ª sessões e Avaliação Global

Numa fase final, as sessões foram dedicadas a receber o feedback da utente, relativamente às sessões decorridas ao longo dos seis meses, preparando-a para o término das mesmas e de forma a verificar os progressos feitos no tratamento, foram aplicados novamente os testes de avaliação psicométrica. O feedback foi positivo muito embora seja necessário a utente continuar com acompanhamento. A utente afirmou, nas últimas sessões, que se sentia mais calma, mais confiante de si e positiva relativamente à vida. Mostra relacionar-se melhor com os outros e apresenta uma postura mais ativa e um humor alegre. Relativamente ao MMSE, a utente continua a não apresentar défice cognitivo e uma vez que realizou todos os itens, obteve melhores resultados, apresentando como pontuação do teste 25 pontos. Na EDG apresentou ausência de depressão obtendo o resultado de 8 pontos. Foi feito um novo registo do sono para perceber se tinha melhorado e se já não tinha tantos pesadelos. Os resultados mostram que a Sra. Antónia melhorou muito o estado de humor, a vontade de viver e a facilidade em adormecer, e já não tem tantos pesadelos. Refere: *“Sinto-me diferente, mais leve. Durmo melhor e agora queria saber quando se vai embora, mas então, falamos quando vier”*(sic).

As consultas continuaram para que a Sra. Antónia não sofresse com o *“desmame”* das consultas. Nos últimos encontros pudemos constatar que os principais objetivos terapêuticos foram cumpridos (remissão parcial dos sintomas depressivos, melhor adaptação ao lar, com estratégias definidas).

4.2.2. Processo 2 - Caso Principal de Avaliação (descrição breve)

O caso principal de avaliação apresenta-se, seguidamente, no Quadro 2.

Este caso encontra-se detalhado no Anexo III, onde se faz a descrição completa da avaliação e da intervenção.

Processo 2: “Lurdes”	
Idade	87
Encaminhamento	Humor variado, desmaios e apatia devido ao diagnóstico: <i>Demência Secundária a Doença de Parkinson.</i>
Motivo	Avaliação dos sintomas
Instrumentos Utilizados	MMS; GDS; BLAD.
Diagnóstico Diferencial	Eixo I: 294.1 Demência Secundária a Doença de Parkinson Eixo II: V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2] Eixo III: Doença de Parkinson Eixo IV: Problemas com o grupo primário (filha mora distante da utente: Lisboa) Problemas relacionais com a companheira de quarto do lar. Eixo V: AGF Inicial = 60 AGF Final = 70
Observação, Proposta de Objectivos e Estratégias Terapêuticas	A intervenção começou por se basear em técnicas Cognitivo-Comportamentais, como a Respiração Diafragmática (RD) e teve continuidade com um registo diário de sono e outro de humor. Em seguida realizou-se uma Psicoeducação acerca da alimentação terminando assim com um treino de Estimulação Cognitiva.

Quadro 2 – Caso Principal de Avaliação

Seguidamente apresenta-se o Quadro3, com a descrição (breve) dos restantes casos clínicos acompanhados em consulta psicológica que foram sujeitos a avaliação e intervenção. Relativamente aos detalhes dos casos, estes encontram-se nos Anexos IV, V, VI e VII do relatório.

Utente	Problema	Diagnóstico Principal	Intervenção
Processo 3: “Vitória”	Viuvez. Luto do marido. Inibição social.	Luto Complicado.	Psicoeducação acerca do processo de Luto; Psicoeducação acerca da alimentação; Registo Diário e Higiéne do sono; Feedback da Utente.
Processo 4 “Rosalina”	Problemas económicos. Demência.	Demência sem outra especificação. Encaminhamento no final das consultas para Psiquiatria.	Terapia de Orientação para a Realidade; Teoria das Reminiscências; Treino de Estimulação Cognitiva; Feedback da Utente; Encaminhamento.
Processo 5 “Margarida”	Demência tipo Alzheimer. Deterioração Cognitiva. Isolamento social e insónias. Reforma cria mal-estar acentuado.	Demência do Tipo Alzheimer, sem perturbação do comportamento.	Estratégias de Estimulação Cognitiva; Escala do Humor; Feedback da Utente.

<p>Processo 6</p> <p>“Amélia”</p>	<p>Deficiência Mental SOE.</p> <p>Perde os pais muito cedo.</p> <p>Filhos moram fora do País.</p> <p>Agressividade.</p> <p>Problemas na dentição.</p> <p>Frequenta consultas de Psiquiatria e Ortopedia.</p> <p>Problemas de alimentação.</p>	<p>Deficiência Mental SOE.</p>	<p>Treino de Habilidades Sociais;</p> <p>Treino de Estimulação Cognitiva com Identificação de Objectos;</p> <p>Registo de Alimentação e do Humor;</p> <p>Trabalho com os cuidadores (dificuldade: não há um grupo para estimulação cognitiva);</p> <p>Feedback da Utente.</p>
---	---	--------------------------------	---

Quadro 3 – Processos 3, 4, 5 e 6.

- Intervenção em Grupo:

“Tempo de sorrir” -

5. Intervenção em Grupo: “Tempo de Sorrir”

As intervenções em grupo trazem benefícios ao nível da saúde física e mental, do desenvolvimento pessoal, da promoção de aptidões relacionais e do treino de competências que promovem uma maior adesão ao tratamento, ao mesmo tempo que dão resposta a um maior número de pedidos, otimizando os recursos técnicos das instituições (António, P., 2010).

As sessões, são conduzidas por um técnico (o psicólogo) da equipa multidisciplinar e são baseadas numa perspectiva não directiva procurando modelar a confiança, respeito e preocupação pelos outros. Cada sessão é estruturada e tem normalmente a duração de 60 minutos. No período inicial é feita uma exposição de informação pelo Psicólogo, que é seguido por períodos de discussão em grupo do tema apresentado, com o recurso a técnicas/ferramentas de orientação cognitivo-comportamental (e.g. folhas de registo, diário alimentar), técnicas de dinâmica de grupos, partilha de sentimentos e histórias pessoais e recurso a meios audiovisuais (António, P., 2010).

A nossa intervenção teve o nome de “Tempo de Sorrir” e foi realizada com e para os idosos estimular áreas cognitivas. Para isso usamos Jogos Séniores, da autoria de Rita Teles (ex: Jogo: “Quem sabe, sabe”), entre outras atividades com jogos.

5.1. Fundamentação teórica da Intervenção em Grupo

O jogo proporciona benefícios para a saúde física e mental dos idosos e o facto do idoso se manter ocupado com atividades gratificantes, ajuda a diminuir sentimentos de solidão, melhora o humor e a motivação, facilita a adaptação, a um novo estado, expande a satisfação dos níveis de vida, melhora a comunicação, potencia a percepção sensorial, exercita as competências cognitivas, aumenta os níveis de auto-estima, e melhora a manutenção de hábitos saudáveis (Lamas, S., 2013).

Foi utilizada na intervenção, também o baralho de cartas e o dominó para além do jogo “Quem sabe, sabe!”.

A interação social e sobretudo a prática constante de atividades cognitivas (leitura, jogos de xadrez, dominó entre outros) constituem factores de prevenção do prejuízo ao nível cognitivo (Zimerman, 2000; Nordon et al., 2009). Tavares (2007) afirma que as tarefas que implicam a resolução de problemas, assim como os jogos de memória, aumentam o bem-estar psicológico.

No caso dos idosos, este tipo de estimulação é fundamental, já que as perdas de memória são uma queixa constante nas avaliações (Paúl & Fonseca, 2005).

5.2. Apresentação sucinta das sessões

Será apresentada a planificação completa das sessões da intervenção em grupo: “Tempo de Sorrir” assim como a descrição completa dos objectivos principais, procedimentos e recursos/materiais no Anexo VIII.

A intervenção em grupo foi realizada no Lar D. Leonor, da SCDB. As sessões aconteceram no Lar D. Leonor uma vez por semana.

Relativamente à caracterização da população, participaram quatro mulheres, sem doença mental, com boa autonomia mas foram seleccionadas aquelas que se esperava, beneficiarem dos resultados da intervenção.

Relativamente ao plano de sessões, estas dividiram-se em dez sessões, cada, uma vez por semana, durante dois meses aproximadamente. Cada sessão variou entre 30 a 60 minutos. A intervenção teve um total de aproximadamente 10h e as sessões ocorriam maioritariamente às quartas – feiras depois de almoço.

5.3. Reflexão e Limitações da Intervenção em Grupo

Esta Intervenção foi, no global, positiva no que se refere à assiduidade e à participação das utentes nas sessões.

A intervenção foi bem-sucedida devido ao grupo ser homogéneo e devido à motivação das utentes para as atividades, embora, e considerando-se uma das primeiras limitações a apontar, as utentes apresentassem algumas diferenças a nível cognitivo fazendo com que a intervenção demorasse mais tempo.

O método de avaliação indireto (testes) acabou por não ser tão fiável uma vez que foi aplicado em grupo, considerando-se isso uma das limitações.

Outra limitação, e talvez a mais importante de todas, foi o espaço estabelecido para a intervenção não estar sempre disponível. A sala estava muitas vezes ocupada e tivemos de esperar muito tempo para dar início às sessões, assim como, estas não puderam ocorrer todas nos mesmos dias e às mesmas horas, tendo que alterar algumas vezes o horário.

Refletindo sobre os resultados do teste MMSE após o término das sessões, houve uma

subida geral nos resultados da pontuação em todas as utentes que participaram na intervenção.

No que concerne à utente Sra. Agostinha, passou de 22 para 25 pontos; a Sra. Eunice de 25 para 29 pontos; a Sra. Regina de 27 para 30 pontos e a Sra. Madalena de 21 para 25 pontos, respectivamente no teste realizado no início da intervenção e no fim da intervenção.

A única utente que apresentou “défice cognitivo” inicialmente e que na avaliação final passou para “sem defeito cognitivo” foi a Sra. Madalena, tendo resultados abaixo de 22 pontos na primeira avaliação (respectivamente 21 pontos) e, posteriormente à intervenção, melhora na realização do teste, obtendo resultados acima de 22 pontos (o que indica ausência de défice cognitivo).

**- Ação de Sensibilização:
“Bem me quer, mal não quero” -**

6. Acção de Sensibilização: “Bem me quer, mal não quero”

6.1. Fundamentação teórica da Acção de Sensibilização

De acordo com a OMS a definição de saúde mental não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas é um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

A Acção de sensibilização, “Bem me quer, mal não quero”, abordou temas acerca da Saúde Mental na Terceira Idade e acerca da Técnica de Respiração Diafragmática (RD) e contou com duas partes, a apresentação de conceitos ligados à saúde mental através das imagens projectadas (Slide), com a participação dos utentes que participaram na acção através de questões livres no término da sessão e com a prática da RD.

A respiração diafragmática, é um exemplo de respiração profunda, cujo procedimento se descreve da seguinte forma: encher os pulmões todos com ar, inclusive a parte inferior dos pulmões, geralmente não utilizada na respiração porque a musculatura diafragmática comprime essa região. Ao movimentar o diafragma para baixo, ou seja, "ao encher a barriga", promove-se a inspiração. O vácuo existente entre o diafragma e os pulmões faz com que estes se encham de ar, resultando numa boa oxigenação. Movimentando-se o diafragma para cima, ou seja, "encolhendo a barriga", promove-se o total esvaziamento dos pulmões, com ausência de resíduos de CO₂. Pode-se ainda durante o treino, aliar a respiração diafragmática a uma imagem mental que seja relaxante e posteriormente, o utente deve utilizar isso como recurso de relaxamento (Pereira F. & Penido M. 2010).

A necessidade de implementar esta acção que abordasse as temáticas da saúde mental e fizesse com que os participantes utilizassem a técnica de RD, surgiu uma vez que a instituição e a psicóloga da instituição de acordo com as estagiárias de psicologia, acordaram ser necessário haver uma maior consciencialização acerca do significado de saúde mental proporcionando um tempo de esclarecimento de dúvidas quanto à presença desta na idade avançada por parte dos participantes/ utentes do Lar Sto. André. Ainda a prática de RD, surgiu como uma possibilidade que nos pareceu viável realizar durante a acção, fazendo uma psicoeducação acerca desta, destacando a importância da técnica para a saúde mental dos idosos e para questões de ansiedade e *stress* que o desenvolver de várias situações acarreta.

Isto permitiu que existisse uma reflexão por parte dos participantes e uma prática durante a acção que resultou com sucesso.

6.2. Ação de sensibilização

A ação de formação, foi realizada com e para o grupo de idosos, com o objectivo de proporcionar um espaço de reflexão sobre o envelhecimento e a saúde mental (memória e outros aspectos relacionados e de igual importância), conforme indicam os diapositivos apresentados durante as primeiras sessões da acção, incluídos no Anexo IX.

6.3. Limitação da Ação de Sensibilização e reflexão sobre a participação na Ação de Sensibilização

Vendo o balanço final da adesão dos participantes às ações de sensibilização, este foi bastante satisfatório. Quanto à avaliação feita pelos participantes desta ação de sensibilização, todos mencionaram o tema bastante pertinente e realizaram todas as tarefas propostas pelas estagiárias. Portanto, de uma forma geral, houve participação ao longo das sessões por parte dos participantes e todos se mostraram satisfeitos.

A única limitação encontrada foi o tempo reduzido para realizar a acção, sendo que numa próxima vez seria importante alargar o tempo da actividade prática e o tempo de esclarecimento de dúvidas da parte teórica relativa à saúde mental nos idosos, para que estes possam sentir-se mais envolvidos nas temáticas apresentadas. Foram os próprios utentes a pedirem mais tempo, no entanto os resultados foram muito positivos tanto na parte teórica (definição de saúde mental) como na parte prática (técnica de RD).

Após as ações de sensibilização foi entregue um certificado de participação a cada utente.

Será apresentada a descrição completa dos objectivos principais, procedimentos e materiais das sessões da Acção de Sensibilização “Bem me quer, mal não quero” no **Anexo XI**.

-Outras atividades-

7. Outras atividades

7.1. III Jornadas da Saúde -“Saúde e Misericórdias: Tradição, actualidade e modernidade. As dificuldades do Estado Social e o papel das Misericórdias”

As Jornadas decorreram no final do estágio e as estagiárias integraram o secretariado. A descrição completa e detalhada da atividade encontra-se no Anexo I.

- Reflexão -

8. Reflexão Individual

Após uma avaliação crítica e global do estágio curricular realizado na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos procederei a algumas considerações sobre o mesmo.

Sabendo que se tem verificado um aumento do índice de envelhecimento nas sociedades atuais, a institucionalização de pessoas idosas constitui um tema muito pertinente que diz respeito não só aos técnicos de saúde mas a toda a sociedade.

Uma vez que a saúde e o bem-estar do idoso estão muito relacionados com a sua autonomia e independência, as transformações naturais que aparecem durante o processo de envelhecimento necessitam de um cuidado que envolva os aspetos físicos, psíquicos e sociais, no sentido de evitar que as doenças se instalem.

De acordo com Almeida & Rodrigues (2008) é fundamental que sejam criadas instituições que possam ser consideradas as suas próprias casas, com o conforto ao qual estavam habituados, de forma a tornar o processo de adaptação a essa nova realidade, o menos complexo e doloroso possível.

Ao longo do meu estágio tomei consciência que a velhice é uma fase da vida com características muito próprias mas que é possível envelhecer bem e com qualidade de vida, isto é, envelhecer com alegria, prazer e felicidade. Para isso ser alcançado, é necessária uma boa adaptação às novas condições de vida, não pondo de parte a importância de o idoso continuar a satisfazer as suas necessidades a todos os níveis, nunca esquecendo a importância das emoções e dos afetos. Neste sentido, um aspeto importante a considerar é a intervenção psicológica que se tem mostrado fundamental na resolução de problemas relacionados com a atividade social e a autonomia do idoso. A intervenção psicológica com o idoso serve, geralmente, para prevenir a psicopatologia, trabalhar a estimulação cognitiva, adotar várias estratégias para lidar com a nova realidade, promovendo a adaptação e também a interação com e no grupo de utentes institucionalizados.

A SCMB é composta por uma equipa multidisciplinar, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos clínicos, nutricionistas e auxiliares. Pude aperceber-me da importância da equipa multi e interdisciplinar nos programas de atenção à saúde do idoso, pois, além do acesso a condições de saúde adequadas, proporciona o atendimento integral às necessidades dos idosos, incentivando a manutenção de uma vida saudável, com atividades agradáveis, diferentes e motivadoras.

Assim, durante o estágio, foi sempre considerada a adoção de programas de tratamento devidamente adequados a cada utente, incluindo as áreas de incapacidade, a sua

qualidade de vida e o seu estado emocional, nunca descurando a importância do suporte familiar.

É muito importante que as instituições fomentem a autonomia e a manutenção dos padrões de vida ativa dos seus utentes, apoiem os idosos no que respeita à implementação de actividades de lazer, para que estes se sintam mais autónomos e felizes, estimulando o idoso com reforços positivos para ultrapassar as barreiras que a terceira idade lhes apresenta. As actividades implementadas com os utentes na SCMB, foram muito úteis, pois, para além de lhes proporcionar convívio, ocupou-lhes o tempo livre, reduzindo possíveis sentimentos de solidão, devido, por vezes, a pensamentos de abandono e inutilidade.

Como já foi referido neste trabalho, para se alcançar este objetivo, é necessário e urgente a formação de todos os intervenientes neste processo, e que o trabalho seja realizado em equipas multidisciplinares, não esquecendo o papel importantíssimo dos auxiliares, uma vez que, se assim não for, a intervenção feita pelo psicólogo pode não funcionar, se os que estão todos os dias com os utentes não souberem a melhor forma de lidar com certas situações.

No que me diz respeito posso referir que ao longo do meu estágio desenvolvi diferentes concepções e significados, de modo a articular a teoria com a prática, constituindo este um exercício rigoroso porque exige uma organização de todos os princípios teóricos aprendidos e a sua posterior aplicação.

O contato e a observação diretos com a prática profissional e com os idosos foram sempre frequentes, o que permitiu uma aprendizagem bastante satisfatória. Assim, a permanência nesta instituição revelou-se uma experiência muito gratificante, quer de integração e participação na vida da instituição, tanto com os técnicos e funcionários, como com os utentes, proporcionando momentos de profunda reflexão e aprendizagem pessoal. O contato direto com os utentes foi a mais-valia que levo desta experiência, querendo futuramente voltar a experienciá-la, com mais conhecimento, mesmo sabendo que haverá sempre falhas e desilusões que não conseguirei evitar mas que farão parte de um crescimento importante na minha vida profissional.

Durante esta etapa, foi essencial o apoio dos orientadores, Dr. Rui Ramos e Dr^a Sofia Miranda, uma vez que mostraram ser um exemplo de profissionalismo e sabedoria ao longo de todo o estágio.

A Universidade Católica do Centro Regional de Braga, a Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, toda a população idosa com a qual trabalhei, os funcionários, os técnicos, todos os profissionais de saúde, entre outros, fizeram com que fosse possível a minha integração e a

realização de todo o trabalho.

Em suma, a realização do estágio na SCMB contribuiu positivamente para a minha formação como estagiária, uma vez que proporcionou o desenvolvimento de habilidades necessárias na prática profissional, como a aquisição de conhecimentos e capacidades para enfrentar e ultrapassar as dificuldades na elaboração de tarefas e atividades, e na implementação e adoção de metodologias no trabalho realizado com os utentes em causa.

Termino agradecendo aos utentes, e a todos os outros que se cruzaram comigo e que me levaram a alcançar todos os objetivos que consegui atingir com este trabalho.

Um grande obrigada!

- Bibliografia -

9. Referências Bibliográficas

- Adams, R. & Victor, M. (1985). *Principles of Neurology* (4ª edição). New York: McGraw-Hill.
- Almeida, A. & Rodrigues, V. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (6), 1025-1031.
- António, P. (2010). A Psicologia e a doença crónica: Intervenção em grupo na diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 15-27.
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. O. Ribeiro & C. Paúl (Ed.), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 13-44). Lisboa: Lidel.
- Araújo, L. & Melo, S. (2011). Relacionar-se com os outros. O. Ribeiro & C. Paúl (Ed.), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 141-170). Lisboa: Lidel.
- Azevedo, M. (2009). *Teses, relatórios e trabalhos escolares*. Lisboa: Universidade Católica.
- Bahls, S-C. & Navolar, A. B. (2004). Terapia Cognitivo-Comportamental: Conceitos e Pressupostos Teóricos. *Revista Eletrónica de Psicologia*, 4. [On - line]. Available: http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf [Consultado em 15/06/2013).
- Baptista, N. J. M. (2008). Posição e actividades clínicas do observador II. *Psicologia.com.pt - O portal dos psicólogos*, [On-line]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0195.pdf> [Consultado em 06/05/2013).
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). *Escala de depressão geriátrica: Tradução Portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al.* Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Camões, C., Gonçalves, A., & Pereira, F.M. (2005). Reabilitação na doença de Alzheimer. [On - line]. Available: www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf. [Consultado em 15/05/2013).
- Campos, L. (2009). *Doença Mental e prestação de cuidados*. Lisboa: Universidade Católica.
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109 (Simões, M., Gonçalves, M., & Almeida, L.– Eds.). Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. (2011). *Intervenção em Situações Traumáticas*. (On-line). Available: <http://woc.uc.pt> [Consultado em 06/06/2013].

Clínica de Psicologia [On-line]. Disponível em:

<http://www.marisapsicologa.com.br/terapia-cognitiva-comportamental-tcc.html>. [Consultado em 18/02/2013].

- Costa, E. M. S. (1998). *Gerontodrama: a velhice em cena – estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Editora Ágora.
- Coutinho, F. L. (2004). Avaliação do impacto da intervenção geriátrica na prescrição de idosos. *Textos Envelhecimento*, 7(2), 103-122.
- Dryden, W. & Feltham, C. (1994). *Developing counselor training*. London: Sage Publications.
- Ellis (1962). *A hand-book of rational-emotive therapy*. Springer, Nueva York (Tradução Castellhana. Manual de terapia racional emotiva. Bilbao, 1988).
- Faleiros, V. (2008). Envelhecimento no Brasil: desafios e compromissos. In: Conselho Federal de Psicologia. *Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, p. 63-77.
- Fernandes, J., Figueira, M., & Sampaio, D. (2006). DSM IV – TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Lisboa: Climepsi Editores.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (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. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.
- Fonseca, A. (2013). “Saúde e Misericórdias: Tradição, actualidade e modernidade. As dificuldades do Estado Social e o papel das Misericórdias”, III Jornadas da Saúde – Santa Casa da Misericórdia de Barcelos
- Frances, A. & Ross, R. (2004). *Casos Clínicos DSM-IV-TR Guia para o diagnóstico diferencial*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freitas et al. (2002). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gonçalves, D.C., Albuquerque, P. B., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1, 101-110.
- Gonçalves, D. C. & Martín, I. (2007). Intervenção na Depressão Geriátrica através da Reminiscência. *Psicologia Argumento*, 25 (51), 371-384.

- Gonçalves, D.C. (2012). Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados. *Psicologia.pt - O portal dos psicólogos*, 1-18. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf> [Consultado em 19/03/2013]
- Gonçalves, O. (2004). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Guedes, J. (2012). *Viver num lar de idosos - identidade de risco ou identidade riscada?*. Lisboa: Coisas de ler.
- Guerreiro, M. (1998). *Contributo da neuropsicologia para o estudo das demências*. Tese de doutoramento não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Guerreiro, M., Silva, R. L., Botelho, Leitão, Caldas, A. C. & Garcia, C. (1993). *Adaptação Portuguesa da Mini-Mental State - MMS*. Lisboa: Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz.
- InfoEscola Navegando e Aprendendo [on-line]. Disponível em: <http://www.infoescola.com/doencas/demencia-com-corpos-de-lewy/>. [Consultado em 10/02/2013].
- Infopédia - Psicologia Clínica [On-line]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/psicologia-clinica>. [Consultado em 20/02/2013].
- Kleber, K. (2013). Intervenção artístico/social: Envelhecer com humor [On-line]. Disponível em: <http://klaaskleber.blogspot.pt/2013/02/intervencao-artisticosocial-envelhecer.html>. [Consultado em 02/03/2013].
- Knapp, P., & Beck, A. T.(2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, s54-s64.
- Lamas, S. (2013). *Actividades e Jogos para idosos- 2ª Edição*. Editor: LivPsic
- Lobo, B. D., Rigoli, M. M., Sbardelloto, G., Rinaldi, J., Argimon, I. D. L., & Kristensen, C. H. (2012). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. *Psicologia: teoria e prática*, 14(2), 116-125.
- Marques, C.; Nardi, A.; Figueira, I.; Mendlowicz, M.; Andrade, Y.; Camissão, C.; Versiani, M.(1994). Comorbidade: conceito e implicações na pesquisa clínica em Psiquiatria. *Jornal brasileiro de Psiquiatria*;43(3):117-21.
- Marques, A. (2012). *Terapia das Reminiscências- Projeto de intervenção*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Medeiros, J. M. L. (2011). *Depressão no idoso*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- Mesquita, N. J. B. (2012) O Método de Observação na Psicologia. Psicologia.pt - O portal dos psicólogos, 1-7., de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0195.pdf> [Consultado em 9/04/2013].
- Mincato, P. C., & Freitas, C. D. L. R. (2007). Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul-RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(1).
- Morais, O. N. (2009). Grupos de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicol. cienc. prof.* 29(4), 846-855.
- Mota, D. (2010). *O luto normal e o luto patológico*. Psiquiatria- Hospital Magalhães de Lemos <http://pt.scribd.com/doc/46459620/Luto-PP-Psiquiatria>. [Consultado em 10/05/2013].
- Moura, C. (2006). *Século XXI: Século do Envelhecimento*. Loures: Lusociência Editora.
- Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S. & Neto, V. S. D. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11(3), 5-8.
- Noronha, A. P. P., Baldo, C. R., Barbin, P. F., & Freitas, J. V. D. (2003). Conhecimento em avaliação psicológica: um estudo com alunos de psicologia. *Psicologia: teoria e prática*, 5 (2), 37-46.
- Nostrand, J. F.; Zappolo, A.; Hing, E.; Bloom, B.; Hirsch, B., & Foley, D. J. (1979). *The National Nursing Home Survey: 1977 Summary for the United States*. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Parkes, C.M. (2009). *Amor e Perda –As raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Coords), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-96). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedrosa, H. M. D. (2007). *Avaliação funcional em doentes com defeito cognitivo ligeiro: a escala ADSC MCI ADL*. Dissertação de Mestrado em Neurociências, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Penna, F. B., & do Espírito Santo, F. H. (2006). O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. *Revista eletrónica de enfermagem*, 8(1).
- Pereira, F. M., & Penido, M. A. (2010). Aplicabilidade Teórico-Prática da Terapia Cognitivo Comportamental na Psicologia Hospitalar. *Rev. Bras. Terap. Cognitivas*, 6(2).

- Perrez, Meinrad & Baumann, Urs (2005). *Lehrbuch klinische Psychologie - Psychotherapie*. Bern: Huber, 3.
- Pinkston, E. M.; Linsk, N. L., & Young, R. N. (1988). Home-based behavioral family treatment of the impaired alderly. *Behavior Therapy*, 19, 331-334.
- Portal do Envelhecimento [On-line]. Disponível em:
<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/videoteca/e-preciso-definir-objetivos-para-a-terceira-idade.html> [Consultado em 04/05/2013].
- Portugal, J. & Azevedo, M. J. (2011). Otimize o seu bem-estar. O. Ribeiro & C. Paúl (Ed.), *Manual de Envelhecimento Activo*. (pp. 205-338). Lisboa: Lidel.
- Psicologia do desenvolvimento – Método clínico e observação naturalista [On-line]. Disponível em: <http://nlop.webnode.com.pt/metodos-e-tecnicas-em-psicologia/metodo%20clinico%20e%20observa%C3%A7%C3%A3o%20naturalista/> . [Consultado em 10/05/2013].
- Ribeiro, J. L., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 14(4), 589-599.
- Ribeiro, O. & Paul, C. (2011). *Manual do envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- Robinson, J. C. (2013). *Saber envelhecer - três segredos para uma abordagem radical*. Lisboa: Sinais de fogo.
- Ruipérez, I. (1987). Demencias seniles: Definiçòn, classificaciòn, epidemiologia. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 22, 333-336.
- Sampaio, T. & Cano, D. (2007). O Método de Observação na Psicologia: Considerações sobre a Produção Científica1/2. *Interação em Psicologia*, 11(2), p. 199-210. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Santana, I. (2005). A Doença de Alzheimer e Outras Demências - Diagnóstico Diferencial. In A.Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.61-82). Lisboa: Lidel.
- Silva, S. G. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa-Porto.
- Simón, M. A. (1993). *Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Scott, M. J., & Dryden, W. (1996). The cognitive-behavioural paradigm. In Ray Woolfe, & Windy Dryden (Eds.), *Handbook of counselling psychology* (pp.156-179). London: Sage Publications.

- Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved?. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 395-414.
- Tavares, L. (2007). *Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas*. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença: Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 18(1), 3-14.
- Wikipédia [On-line]. Disponível em:
http://pt.wikipedia.org/wiki/Dem%C3%A2ncia_com_corpos_de_Lewy.
[Consultado em 05/06/2013].
- Wisocki, P. A. (1988). Worry as a phenomenon relevant to the elderly. *Behavior Therapy*, 19, 369-379.
- Zanini, R. S. (2010). Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos.[On-line] . Disponível em
<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/262%20revisao.pdf>
[Consultado em 12/05/2013].
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zisook, S.; Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*8:67-74.

Anexos

- Anexo I -

Anexo I - Descrição das Jornadas

As Jornadas tiveram início no dia 20 de Junho de 2013 com sessão de abertura do secretariado pelas 08:30h. Como estagiárias da SCMB integramos o secretariado e sempre que estávamos livres assistíamos às apresentações.

A Sessão Solene de abertura iniciou-se às 09:00h e às 09:30h deu-se início à primeira apresentação intitulada “Saúde e misericórdias: tradição, atualidade e modernidade; as dificuldades do Estado Social e o papel das Misericórdias” realizada por: Dr. Manuel Lemos, presidente do secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas; Dr. António Tavares, Provedor da SCM Porto; Dr. António Pedras, Provedor da SCMB; Bento Morais, Provedor da SCM Vila Verde; Dr. Paulo Coelho, Vice-Presidente do Grupo Misericórdias Saúde; e, por último, pelo moderador: Dr. Adélio Miranda, Mesário da Saúde da SCM Barcelos.

Pelas 11:00h, a Dra. Isabel Neto, médica especialista em cuidados paliativos, apresentou “A excelência dos cuidados no final de vida”. A Dra. informou que 10% das mortes são mortes súbitas e 90% devido a doença crónica e prolongada. Foi dito também que: “A maioria das pessoas prefere a ideia de morrer em casa em vez de morrer no hospital” (sic). Mas a questão principal que se pôs e que teve bastante pertinência foi: “Há condições para morrer em casa?” (sic). A maioria dos utentes morre no hospital. Por isso, estes locais devem estar preparados para os cuidados necessários aos doentes, para o seu bem-estar e para uma qualidade de vida até ao final das suas vidas.

Também foi discutido pela Dra. Isabel, o significado das várias doenças mais comuns nos idosos como: doenças respiratórias, cardíacas, demências e o AVC.

Por último, foi discutida a importância da ação, que mostra ser o momento mais importante. “Não acontece nada sem ação”; “A ação é responsável pelo acompanhamento ou não acompanhamento dos utentes” (sic).

Terminou-se a falar do modelo integrado e da questão de que “os cuidados paliativos funcionam como um sítio onde se morre mais depressa” (sic), “quando isto não é verdade” (sic). Foi feita a crítica por parte da Dra., acerca desta ideia preconcebida, esclarecendo que nos locais onde funcionam os cuidados paliativos, deveria existir, e existem, condições para que a vida se prolongue, mesmo com doença crónica. Percebemos que os hospitais também são sítios em que as pessoas morrem todos os dias e que, efetivamente, estão menos preparados para a doença crónica do que os locais de cuidados paliativos. No entanto, a ideia de que “não quero que doente “x” da minha família vá para os cuidados paliativos porque lá

morre-se mais depressa”, ou, “se vai para os cuidados paliativos, vai morrer mais depressa”, é muito comum. No entanto, se não se confia nestes locais que são criados para funcionarem com estes doentes específicos da melhor forma, confia-se em que locais?

Voltando às apresentações, a segunda realçou um tema e um problema polémico de saúde pública- o consumo do tabaco e os seus malefícios. O tema teve o título de “Tabagismo ativo e passivo”. O Dr. Manuel Macedo, médico especialista de pneumologia do Hospital de Braga, clarificou que “como nós, muita gente ouve que o tabaco faz mal, mas não só apenas faz mal” (sic). Foi mostrado em vídeos que apresentou, que o tabaco contém veneno e que destrói por completo muitas vidas. “Morre hoje em dia, uma pessoa consumidora a cada seis segundos” (sic). Falou-se ainda, durante a apresentação, no uso do cigarro electrónico por parte dos utentes que querem e estão motivados para deixar de fumar.

Depois disto decorreu um “Debate”, onde foi permitido ao público colocar questões.

A segunda parte do primeiro dia das Jornadas, iniciou-se com o tema “Saúde de excelência na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos”. “A evolução dos cuidados – Dimensões do desafio” apresentada pela Dra. Ana Miranda, coordenadora geral da terceira idade da SCMB.

Posteriormente a isto, foi apresentado o tema “Cuidar de quem cuida” pela nossa orientadora Dra. Sofia Miranda, psicóloga clínica da SCMB. Falou-se dos tipos de cuidadores, o cuidador informal e o cuidador formal, assim como, acerca do síndrome de “Burnout” que se apresenta como uma exaustão física e psicológica relativamente ao trabalho.

De seguida foi apresentado o tema “Perturbações da alimentação na terceira idade” pela Dra. Sílvia Sousa, nutricionista da SCMB que falou acerca da diminuição do apetite na terceira idade, da sensação de boca seca, da perda do paladar e da falta de dentição; colocou a questão do risco de desnutrição.

Seguiu-se com a temática da polimedicação- “Polimedicação no idoso”- apresentada pelo médico da SCMB, Dr. António Fonseca. Este esclareceu que “há um consumo simultâneo de um ou mais medicamentos diferentes por um período superior a três meses” (sic). “Os mais utilizados são o Diazepam a fluoxetina o amiodarona e a tidopidina” Sic.

O Enf.º Ricardo Vieira, coordenador de enfermagem da SCMB, apresentou o tema “Cuidados diferenciados – Comunicar com o doente afásico” (sic). Defende a importância da comunicação verbal e gestual. Diz que “o que faz um hospital não é o número de camas” (sic) “um hospital é sustentável se tiver meios para isso” (sic). Fala acerca do trabalho de todos os profissionais no SCMB e da importância deste. Depois pudemos ouvir o fisioterapeuta Carlos

Esteves, coordenador de fisioterapia da SCMB, que falou sobre aspetos e técnicas de terapia que envolvem o seu trabalho na fisioterapia.

Mais tarde apresentou-se o tema “O desempenho organizacional em instituições do setor social da saúde” pelo Dr. Nuno Oliveira, diretor geral da SCMB, que falou acerca do Hospital de Barcelos, referindo o que de positivo conseguiram até hoje e aquilo que devem melhorar. Terminou a falar sobre a importância de reduzir o número de camas.

Iniciou-se a segunda parte das Jornadas da tarde com o tema “Incontinência urinária”, pelo Dr. Carlos Silva, médico especialista em Urologia do Hospital S. João. A sua apresentação foi acerca das questões de incontinência que podem ocorrer em diversas idades, e que atrapalham e envergonham a pessoa que tem a doença.

ÀS 17H15 o Dr. Luís Basto, chefe de serviço de cardiologia do Hospital de Braga, falou acerca das doenças da sua área e sobre o funcionamento biológico.

O primeiro dia das Jornadas termina com o tema “Estética dentária” que foi apresentado pelo Dr. João Pimenta, médico dentista, fundador da sociedade Portuguesa de Estética Dentária. A sua apresentação foi divertida e fez com que percebessemos o significado de estética dentária. “*É a harmonia do sorriso e não consiste em simetria e perfeição*” (sic).

O segundo dia das Jornadas abriu com o tema “Apresentação do Centro de Medicina Física e Reabilitação (CMFR) da SCMB” (folheto em anexo).

Às 10h00 foi apresentado o tema “Disfunção do soalho pélvico” pela Dra. Manuela Coelho, médica fisiatra do CMFR da SCMB.

O tema “Empresa: Saúde e responsabilidade Social” foi depois apresentado pelo comendador Arménio Pinheiro Miranda. O Eng.º Lino Mesquita, administrador hospitalar e ex-presidente do Conselho de Administração do Hospital Santa Maria Maior de Barcelos, falou sobre a temática “Gestão Hospitalar”. Em seguida ocorreu um debate.

Na parte da tarde começou-se com uma apresentação acerca do “Envelhecimento, demência e morte” dada pelo Dr. Mário Lima, médico especialista em Psiquiatria, que abordou o problema da velhice referindo: “*Em 2030 a idade média de morrer será 90 anos nos EUA. Valerá a pena viver tantos anos? E com que qualidade de vida?*” (sic). Falou-se de questões delicadas como a eutanásia e o suicídio assistido.

Também se falou da sexualidade no idoso e das demências, “*60% das demências: Alzheimer*” (sic). Falou-se da importância de saber diferenciar os sintomas comuns do avançar da idade, da demência. E que a Amnésia da Evocação é uma característica de todas as demências. Primeiro começa a aparecer a dificuldade de dizer as coisas, depois para que é que elas servem e por último revela-se o desconhecimento, de um quadro cognitivo.

Às 15:00h iniciou-se o tema “Menopausa”, apresentado pelo Dr. António Tomé, médico ginecologista do Hospital Santo António e pela Dra. Ana Cardoso, interna complementar de ginecologia e obstetrícia. Posteriormente, o Dr. Soares Filipe, médico especialista em ortopedia e diretor clínico do Hospital Santa Maria Maior de Barcelos, apresentou o tema: “Doenças ósseas do idoso”.

Às 16:30h decorreu um debate.

Pelas 17:15h, com o tema “Saúde de proximidade. O serviço público de saúde e o papel das Misericórdias”, o Dr. Adélio Miranda, médico de medicina geral e familiar e Mesário da saúde da SCMB apresentou o último tema das Jornadas que se seguiu de uma Sessão Solene de encerramento.

As actividades descritas foram importantes para que aprendesse mais acerca da área da Gerontologia, das profissões que a envolvem, e do trabalho dos profissionais de saúde.

Anexo II

Anexo II – Certificado das Jornadas



III^a Jornadas da Saúde
Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

**“SAÚDE E MISERICÓRDIAS: Tradição, atualidade e modernidade.
As dificuldades do Estado Social e o papel das Misericórdias”**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que

participou nas **III Jornadas da Saúde**, da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, subordinadas ao tema **“SAÚDE E MISERICÓRDIAS: Tradição, atualidade e modernidade. As dificuldades do Estado Social e o papel das Misericórdias”**, que se realizaram nos dias 20 e 21 de junho de 2013, em Barcelos.

O Presidente da Comissão Organizadora

Adélio Miranda, Dr

O Provedor

António Brochado Pedras, Dr

Anexo III

Anexo III - Processo 2

Caso Clínico Principal de Avaliação detalhado e respectiva Intervenção

Identificação:

Lurdes é do sexo feminino, tem 87 anos de idade e pertence a uma família de três irmãos contando com ela. Tem uma filha e é viúva, sendo que o marido morreu quando a filha tinha 10 anos de idade. A filha vive em Lisboa. Lurdes é natural de Lisboa e trabalhou com bordados, sendo que a sua principal ocupação foram essencialmente trabalhos domésticos. Completou a 5ª Classe.

Integrou o lar D. Leonor em 2010. Encontra-se no lar há cerca de cinco anos, devido à uma doença que a afectou nos últimos tempos.

Encaminhamento/ Tipo de pedido:

A utente foi encaminhada para consulta de Psicologia, uma vez que apresentava humor variado, desmaios e apatia devido ao diagnóstico: *Demência Secundária a Doença de Parkinson (Corpos de Lewy)*. Deste modo, foi pedida consulta de acompanhamento individual.

Problema e História do Problema:

O problema principal foi o aparecimento da doença Demência Secundária a Doença de Parkinson (Corpos de Lewy), acompanhado na maioria das vezes, com delírios, alucinações e tremores. Algumas funcionárias do lar encontraram-na estendida no chão várias vezes e não percebiam o que significava essa atitude: *“Encontramo-la muitas vezes no chão e não percebemos porquê”* (sic).

A Sra. Lurdes veio para o lar, há cerca de cinco anos antes da primeira consulta (2013). *“Gosto de estar aqui, tenho saudades de Lisboa mas aqui tenho tudo e estou bem”* (sic).

A utente apresentava tremores, alucinações, com pensamento ausente em alguns dias, no entanto, noutros considera-se que estava com bom humor, um discurso razoável mostrando alegria e motivação para viver. É conhecida como a utente mais brincalhona do lar, como

referem as funcionárias, “*está sempre a brincar com todas e a meter-se com toda a gente*” (sic).

Queixa-se de dormir mal. No que concerne às queixas das funcionárias do lar e das outras utentes que a conhecem, estas referem que a Sra. Lígia se alimenta mal devido ao pouco apetite que tem e que nos últimos tempos emagreceu bastante. Duvidam que tenha sido devido ao diagnóstico que tem.

Estado Mental/ Observação:

Num primeiro contato a utente pouco falou, encontrava-se distante em pensamento, apresentava expressão apática e pouca ou nenhuma reacção ao que lhe diziam. Apresentava-se nitidamente com rigidez corporal e houve pouca ou nenhuma comunicação, não mostrando contato ocular.

No entanto, e com o passar das consultas, durante o segundo “encontro” em consulta, a utente estava com humor bom, sorria várias vezes e falava muito. O discurso foi coerente a maior parte do tempo embora com algumas lacunas e má construção de frases em alguns momentos do discurso.

Respondeu à anamnese, na segunda consulta, em pouco tempo e com muita motivação. Percebeu-se logo que uma das principais características era a mudança de humor repentina, que fazia até parecer que Lurdes era duas pessoas diferentes, dependendo dos dias.

Foi-lhe explicado a importância das consultas de psicologia clínica, tendo esta cedido à sua realização “*faço muito gosto em falar consigo, respondo a tudo o que quiser*” (sic).

Relativamente à história de saúde queixa-se de dormir mal. Queixa-se de ter problemas de memória, assim como muitos tremores que não conseguia controlar (sentia vergonha por isso) e, por último, queixa-se de se sentir triste.

Apresentou-se orientada auto e alopsiquicamente. Mostrou ter contato ocular apenas a partir da segunda consulta, colaborando sempre nas consultas seguintes, a maior parte das vezes, com bom humor, mostrando um comportamento adequado e discurso organizado, no entanto, há dias em que apresenta falhas de memória e um discurso muito confuso.

A memória está clinicamente afetada devido ao diagnóstico e verificam-se, na maior parte das vezes, alucinações, delírios e tremores.

O vestuário esteve sempre adequado e mostra ter higiene e cuidados relativamente à imagem pessoal, apresentando-se muitas vezes com colares, com gosto próprio, característico da pessoa que é. A idade aparente é igual à idade real.

Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial

Lurdes nasceu e viveu em Lisboa, numa família de três irmãos contando com ela. Foi doméstica e trabalhava com bordados. Relativamente à história educacional esta utente tem a 5ª Classe, mostrando nas consultas grande facilidade para o cálculo em comparação com as outras áreas. Sobre a história profissional descreve não ter exercido profissão mas que ajudava muito em casa e que sempre se considerou uma pessoa inteligente.

Quando se questiona sobre o(s) relacionamento(s), na história pessoal, a utente refere que casou, que mantinha um bom relacionamento com o marido mas que este faleceu quando a filha tinha 10 anos de idade. Lurdes considera que foi uma etapa complicada mas uma fase pela qual toda a gente passa; considera, ainda assim, uma das fases mais difíceis.

Teve uma filha e uma neta que vivem em Lisboa e que por isso visitam a Sra. Lurdes só quando podem. Conta que adora a neta e que tem muitas fotografias desta no quarto, “*Ela é linda, como a nossa família toda, simpática e boa pessoa*” (sic).

Quando lhe é questionado sobre a sua rotina diária refere que adora dançar, sendo uma coisa que ainda faz: “*eu depois mostro-lhe como danço, adoro, é o que mais gosto de fazer*” (sic). Tem, várias vezes, visitas dos familiares.

História Institucional

A Sra. Lurdes está no lar há cinco anos, integrando o lar em 2008.

Relativamente às visitas, estas ocorrem com alguma frequência, às vezes tem visitas de algumas pessoas conhecidas, como de uma professora de Astrologia que vai ao lar de oito em oito dias, ma também da família.

A relação que mantém com as pessoas do lar é ótima, contando que se dá muito bem com as funcionárias da cozinha (são as que gosta mais).

Relativamente à relação que mantém com as utentes do lar, a Sra. Lurdes relata que a relação que mantém com a utente que partilha o quarto com ela é, às vezes, complicada. Considera que é devido ao facto de terem feitios diferentes.

Relativamente à integração no lar, aceitou com naturalidade a entrada, e embora sinta falta dos familiares e de Lisboa, considera que o lar é um grande apoio e um local com as condições necessárias para ter acesso aos cuidados e aos profissionais de saúde de que necessita.

Avaliação Psicológica e Resultados:

A avaliação neuropsicológica é indicada, principalmente, na identificação de declínio cognitivo no idoso, na avaliação dos prejuízos de áreas cerebrais com alterações neurológicas, no diagnóstico diferencial de síndrome psicológica/psiquiátrica e neurológica, norteando uma intervenção reabilitadora (Zanini, 2010).

O acompanhamento do caso clínico da Sra. Lurdes consistiu na avaliação da utente e na intervenção. No entanto, a avaliação deste processo foi mais extensa, fez-se em várias sessões e, desta forma, este foi o caso de avaliação principal do relatório de estágio.

Foi feita uma avaliação inicial com a Anamnese acerca do idoso da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos e foi aplicado o MMSE (Mini- Mental State Examination), que avalia o estado da memória. Seguidamente aplicou-se a EDG (Escala de Depressão Geriátrica), para avaliar o estado depressivo e, finalmente, e com a qual se trabalhou mais, foi aplicada a BLAD (Bateria de Lisboa de Avaliação da Demência), um teste neuropsicológico considerado pelos profissionais de saúde bastante extenso. Desta forma, e de acordo com a opinião pessoal do orientador de estágio, foi estabelecido que a psicóloga estagiária aplicaria alguns itens do teste, sendo que, aqueles que considerasse não serem necessários avaliar, excluía.

Relativamente aos resultados dos testes, no MMSE a pontuação total indicou 23 pontos, o que significa que não se considera defeito cognitivo. No entanto, a diferença para se considerar defeito cognitivo é de apenas um ponto. O motivo de estar tão perto de defeito cognitivo é precisamente as falhas de memória que a Sra. Lurdes tem, devido ao diagnóstico de Demência Secundária a doença de Parkinson (doença difusa do Corpo de Lewy).

Já relativo ao teste neuropsicológico, a BLAD, os resultados indicam na orientação 8 pontos, no corte de A's aproximadamente 3 pontos, obtendo 2,6 pontos. Relativamente à memória de dígitos, na ordem direta obteve 30 pontos e na ordem inversa 10, o que faz um total de 40 pontos na memória de dígitos. Na linguagem automática e no controlo mental, os resultados indicam, 2 pontos para a pontuação direta e 4 pontos para a pontuação tempo. Na memória verbal com interferência, tem um resultado de 9 pontos. Na evocação com ajuda a utente obtém 13 pontos na história A. Relativamente à aprendizagem associativa, obtém um total de 4, 5 pontos sendo que na evocação diferida obtém – 1,5 pontos. Na iniciativa verbal, nos artigos de supermercado, obtém 11 pontos e nas palavras começadas pela letra “p” = 5 pontos. Na Linguagem, compreensão de ordens escritas obtém um total de 4 pontos e na identificação de objetos um total de 5. Na nomeação de objetos obtém 4 pontos e na escrita 2

pontos. Na escala de depressão geriátrica pertencente à BLAD, a utente obtem 7 pontos.

Isto significa que, na “*orientação*”, a utente teve uma pontuação baixa, mostrando dificuldades neste campo em que exige capacidade de utilização da memória a longo prazo. No “Corte de A”, teve uma pontuação média, mostrando facilidade em identificar letras iguais numa sopa de letras em 60 segundos (tempo que demorou na identificação das letras A).

Relativamente à “*memória de dígitos*”, a utente repete melhor a ordem dos numeros por ordem direta, do que, por ordem inversa. Relativamente à “*linguagem automática e controlo mental*”, tem pontuação alta, para os itens de ordem direta (contar de 1 a 20, dias da semana e meses do ano), no entanto, na ordem inversa obteve uma baixa pontuação. Relativamente ao item “*memória verbal e com interferência*”, a pontuação considera-se média, sendo que, tem resultados mais positivos na evocação com ajuda. Obteve a máxima pontuação no item relacionado com “*identificação*”, mostrando facilidade em identificar objectos. Relativamente ao item memorial lógica, uma vez realizada a evocação com ajuda, a pontuação encontra-se alta, o que mostra que ainda usa facilmente a memória a curto prazo. Relativamente à aprendizagem associativa, a pontuação é baixa, e nos itens de evocação diferida também se considera baixa, principalmente devido às palavras consideradas difíceis.

A característica essencial da Demência Secundária a Doença de Parkinson é a presença de uma Demência devida a consequência fisiopatológica direta da doença de Parkinson, que é uma doença neurológica, lentamente progressiva, caracterizada por tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural. Caracteriza-se por lentificação motora e cognitiva, disfunção executiva e défice na memória de evocação. Na autópsia, são evidentes a perda neuronal e os corpos de Lewy na substância negra (Santana, 2005).

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I: 294.1 Demência Secundária a Doença de Parkinson

Eixo II: V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]

Eixo III: Doença de Parkinson

Eixo IV: Problemas com o grupo primário (filha mora distante da utente: Lisboa)

Problemas relacionais com a companheira de quarto do lar.

Eixo V: AGF = 60 (no momento de avaliação)

AGF = 70 (no momento atual)

Diagnóstico Diferencial

A **Demência Secundária a Doença de Parkinson** é diferenciada de:

Delirium, uma vez que no Delirium, durante a evolução clínica, os sintomas apresentam uma flutuação e não são reativamente estáveis como na Demência. Ainda no Delirium as múltiplas deficiências cognitivas não persistem de forma imutável como na Demência. No caso de Sra. Lurdes, os sintomas apresentaram-se estáveis e as deficiências cognitivas persistiram durante o tempo de doença.

Perturbação Mnésica pois nesta perturbação a característica principal são os défices graves de memória, no entanto, nesta, não ocorrem outras deficiências significativas do funcionamento cognitivo como na Demência.

Demência Vascular, uma vez que nesta estão presentes sinais neurológicos focais (por exemplo, exagero dos reflexos tendinosos profundos, resposta plantar em extensão) e evidência laboratorial de doença vascular que se pensa estar relacionada com a demência. Ainda quanto ao tipo de evolução, esta distingue-se da Demência, pois a vascular progride tipicamente em degrau.

Demência Secundária a Outros Estados Físicos Gerais, (como por exemplo Doença de Pick, HIV) pois estas diagnosticam-se a partir de evidência a partir da história clínica, exames físicos testes laboratoriais adequados, e no caso da Sra. Lurdes os exames físicos indicaram outro tipo de demência que não a doença de Pick e o HIV.

Intoxicação por Substâncias ou Abstinência de Substâncias, pois neste caso os défices cognitivos múltiplos deveriam ocorrer apenas no contexto da utilização de substâncias.

Demência Persistente Induzida por Substâncias, pois a Demência não resulta dos efeitos de alguma substância.

Demência do Tipo Alzheimer, uma vez que as características do seu início (mostra-se gradual, envolvendo um declínio cognitivo continuado) como os sintomas e características que a utente apresentava eram relativos ao diagnóstico da doença de Parkinson. Mais

especificamente, os défices cognitivos de Lurdes são devidos a outra doença do sistema nervosa - o Parkinson.

Demência Sem Outra Especificação, pois existe evidência para determinar que a demência é devido a Doença de Parkinson

Perturbação Cognitiva Sem Outra Especificação, uma vez que esta perturbação é diagnosticada em casos em que os sujeitos apresentam alguns mas não todos os sintomas de demência.

Deficiência Mental, uma vez que nesta existe um funcionamento intelectual abaixo do corrente, com deficiências no funcionamento adaptativo e com início antes dos 18 anos, não estando a deficiência mental necessariamente associada aos défices de memória.

Esquizofrenia, não existe uma etiologia específica de estado físico geral e esta apresenta um padrão característico de sintomas que a identificam e que diferem dos sintomas característicos da Sra. Lurdes.

Perturbação Depressiva Major, uma vez que o declínio cognitivo nesta esta associado a um estado depressivo e não tanto a um estado pré-morbido do declínio do funcionamento cognitivo.

Simulação e Perturbação Factícia, pois aqui, os padrões não são consistentes no tempo e não se assemelham aos sintomas característicos da Sra. Lurdes, próprios da demência. Aqui, as pessoas podem fazer cálculos em várias situações e no exame mental, afirmarem que não são capazes de o fazer.

Envelhecimento, uma vez que o que acontece ao envelhecer é um declínio normal no funcionamento cognitivo.

Descrição dos Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados da Intervenção

A intervenção com a Sra. Lurdes iniciou-se com o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança e empatia. No primeiro encontro a utente encontrava-se pouco expressiva, bastante calada e com rigidez nos movimentos. Já num segundo encontro, a utente mudou de atitude, mostrando-se disposta a responder a todas as questões da Anamnese- Idoso da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, com bom humor e apenas mostrava alguma ansiedade e tremores.

O humor manteve-se sempre bom ao longo das consultas, a atitude bastante dada e participativa nas conversas durante quase todas as sessões. Quanto ao tipo de discurso, mostrava-se quase sempre confuso, com lacunas e mudanças repentinas de temas. No entanto, não era um discurso irrealista, mostrando fazer sempre muito sentido, estando sempre com atenção ao que lhe dizem e com bom contacto ocular.

Depois de recolhida a sua História Clínica através da Anamnese da Santa casa da Misericórdia de Barcelos e utilizados os testes: MMS (para avaliação da memória) EDG (para avaliação do estado depressivo) e BLAD (para avaliação neuropsicológica, avaliando as funções cognitivas), fez-se a conceptualização clínica do caso.

Deste modo, como a Sra. Lurdes mostrava alterações de humor e estava muitas vezes nervosa e ansiosa, a intervenção começou por se basear em Técnicas Cognitivo-Comportamentais, como a respiração diafragmática (RD).

A respiração diafragmática, é um exemplo de respiração profunda, cujo procedimento se descreve da seguinte forma: encher os pulmões todos com ar, inclusive a parte inferior dos pulmões, geralmente não utilizada na respiração porque a musculatura diafragmática comprime essa região. Ao movimentar o diafragma para baixo, ou seja, "enchendo a barriga", promove-se a inspiração. O vácuo existente entre o diafragma e os pulmões faz com que se encham de ar, resultando numa boa oxigenação. Movimentando-se o diafragma para cima, ou seja, "encolhendo a barriga", promove-se o total esvaziamento dos pulmões, com ausência de resíduos de CO₂. Pode-se ainda durante o treino, aliar a respiração diafragmática a uma imagem mental que seja relaxante e posteriormente, o utente deve utilizar isso como recurso de relaxamento (Pereira, F. & Penido, M., 2010). Com esta técnica a Sra. Lurdes sentiu-se melhor, considerando que seria bom repetir sozinha, mais vezes. Nas sessões seguintes ao treino desta técnica, foi-lhe questionado se praticou o treino de relaxamento mais vezes. Esta

refere que o fez mais do que uma vez e que considera que foi importante ter aprendido o exercício.

Com a relação terapêutica estabelecida e a intervenção o seu humor parece ter melhorado ao longo do tempo.

A intervenção teve continuidade com um registo diário de sono, que trabalhou a dificuldade maior da Sra. Lurdes, que era, dormir bem. Com isto, foi registado durante um período entre sessões todos os dias, aproximadamente, a hora e minutos de deitar, e a hora e minutos de acordar. Para além disso foi registado como a Sra. Lurdes considerava que tinha sido o sono nessa noite segundo a escala: Nada bom, Moderado e Bom (Ramos, R., 2013). Seguidamente aos registos foram discutidas estratégias para evitar a insónia. Nesta continuidade foi também realizada a higiene de sono que inclui conselhos básicos sobre o que é que a Sra. Lurdes deve ter em conta para dormir bem e ter um sono reparador.

O registo diário de humor, foi realizado ainda a meio das sessões para que a Sra. Lurdes anotasse o seu estado de humor de acordo com a escala e as faces. A Sra. Lurdes adorou este registo e aproveitou para desenhar as faces do humor, ficando numa sessão completa a realizar o desenho. Anotou-se todos os dias o seu estado de humor de acordo com a seguinte escala: Humor muito triste irritável e fadiga; humor triste, irritável e fadiga; humor levemente triste, irritável e fadiga; humor positivo ou humor muito positivo numa escala de 1 a 5 (Ramos, R., 2013).

Foi realizada Psicoeducação acerca da Alimentação para que a Sra. Lurdes começasse a comer melhor.

Para Araújo, L. cit in Ribeiro, O. & Paul, C. (2011), vários estudos têm revelado que uma alimentação saudável pode influenciar favoravelmente o envelhecimento, melhorar a qualidade de vida e reduzir o aparecimento de algumas doenças associadas à idade. Com o passar dos anos, podem ocorrer alterações, normais do processo de envelhecimento, tanto a nível sensorial, gastrointestinal ou psicossocial. Com possíveis repercussões na alimentação. Surge assim um desafio: escolher um plano alimentar que assegure as necessidades energéticas e nutricionais. Por isso foram discutidas necessidades nutricionais e necessidades energéticas, percebendo com isto em conjunto com a utente, que, embora se faça um plano alimentar, existem sempre alterações que acompanham o processo de envelhecimento na visão, no olfacto e claro no paladar.

Face aos resultados obtidos começou-se a realizar uma vez por semana um treino de Estimulação Cognitiva, com o objectivo de estimular a memória imediata, remota e recente. Os exercícios incluíam a identificação de objectos no sentido de obter melhoras e ajudar a

organizar a dinâmica cognitiva.

Os Programas de Estimulação Cognitiva (PEC) têm demonstrado um resultado positivo na manutenção e na melhoria dos processos cognitivos (Verghese et al., 2003; Pires, 2008; Spector et al., 2006) e na diminuição dos sintomas depressivos em idosos (Gonçalves, 2007; Spector et al., 2003; Spector et al., 2001; Raes, Williams & Hermans, 2009; Niu et al., 2010) cit in Gonçalves, C., (2012). Várias investigações têm revelado uma melhoria significativa nas competências cognitivas, na qualidade de vida e nas habilidades funcionais em idosos, após a aplicação de PEC (Farina e outros autores, 2002; Loewensteine outros investigadores, 2004; Spector e outros cientistas, 2003; Spector, Orell & Woods, 2010; Orell et al., 2005; Thiel et al., 2011; Pires, 2008) cit in Gonçalves, C., (2012).

Os testes de avaliação aplicados no início da intervenção, foram novamente aplicados no final desta, sendo que os resultados permitiram verificar que houve remissão parcial dos sintomas depressivos e da ansiedade.

Anexo IV

Anexo IV - Processo 3

Identificação

Vitória, do sexo feminino, tem 84 anos, é viúva e estudou até à 1ª Classe. É natural de Barcelos e está no Lar D. Leonor da SCMB há cerca de 4 anos.

Encaminhamento

A utente foi encaminhada para consulta de Psicologia, uma vez que, apresentava tristeza e isolamento devido ao falecimento do seu cônjuge (falecido em 2012, há cerca de um ano). Deste modo foi pedida consulta de acompanhamento individual.

Problema

O que trouxe a Sra. Vitória ao Lar Nossa Senhora da Misericórdia de Barcelos foi uma queda grave que a levou primeiramente para o hospital, depois para o Centro de Dia, onde esteve 1 ano institucionalizada e finalmente até ao Lar Nossa Senhora da Misericórdia, juntamente com o marido. Há cerca de 1 ano, em Março de 2012, o marido morreu, ficando viúva. A utente diz que quando o seu marido adoeceu reagiu calmamente e com naturalidade. Relata que o marido bebia e que não era carinhoso com ela, no entanto, diz que era um homem muito trabalhador.

No presente, Vitória diz ter dificuldade em andar, embora não se encontre de cadeira de rodas mas se queixe de dores. A separação de um dos filhos que vive no Luxemburgo e que é divorciado, afetou-a muito.

A utente é uma senhora que se sente muitas vezes triste, perdendo o interesse pelas atividades do lar e preocupa-a pensar muitas vezes no marido: “....*Penso no dia do funeral, e não percebo porque não chorei, arrependo-me muito de não ter chorado....*”(sic). Também se queixa muito de falta de apetite: “.....*A comida para mim não tem sabor, estou sempre a pedir para porem molho, não como bem porque não me sabe a nada...*”(sic).

Desde que faleceu o marido, a Março de 2012, partilha o quarto com uma utente que dorme na cama do marido. Afirma não gostar muito da companheira porque ocorreu um mal sucedido; “.....*uma vez disse uma piada e ela levou a mal, depois disso, respondeu-me sempre mal e diz que não gosta das minhas piadas e das minhas conversas e deixamos de conviver!....*” (sic) Posteriormente a isto, deixaram de conviver, comunicar.

Relativamente à rotina diária, a senhora Vitória diz não fazer muita coisa para além de

ver televisão; as atividades que ainda vai praticando são a construção de sacas de lã feitas à mão. No que concerne à autonomia da utente, esta mostra-se capaz de realizar as tarefas de arranjo pessoal e apresenta uma imagem cuidada.

Estado Mental/ Observação

As consultas com a Sra Vitória correram sempre muito bem pois a utente estava sempre muito motivada para falar, mostrando contato ocular, humor neutro, apesar da tristeza que sentia quando pensava na morte do marido, mas esteve sempre com comportamento adequado e orientada auto e alopsíquicamente. Em termos de memória parecem existir dificuldades ao nível da recordação, quando repete o mesmo assunto em consultas diferentes. No entanto, não existem alucinações nem delírios. O discurso, mantém-se fluente e o tom de voz ajustado, expressando várias vezes gargalhadas quando conta situações passadas de que gostou e com as quais se sentia feliz. Mostra-se cooperante em todas as consultas e interessada naquilo que lhe dizem e no planeamento que é feito entre as sessões.

Breve descrição da história do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional

Relativamente à história do desenvolvimento psicossocial, no que concerne à rede social de suporte, esta conta que tem dois filhos, um no Luxemburgo e outro a viver em Barcelos. Dá-se muito bem com os filhos e está muitas vezes com o de Barcelos. Mantém um contato próximo com a nora que a visita com frequência no lar em Barcelos. Menciona que a nora e os netos a tratam por “*avó Vitorinha*”. Os netos estudam em Aveiro e tem um grande carinho por eles mas gostava de estar mais próxima.

Conta que perdeu alguém de quem gostava muito bastante cedo, o padrinho de casamento, pois morreu num acidente de automóvel. Esta e a perda do marido foram as maiores perdas que considera ter tido e que resultaram num sofrimento maior.

No que diz respeito à sua escolarização, tem a 1ª classe antiga, uma vez que o seu pai quis que trabalhasse e saísse da escola.

Os trabalhos desempenhados no passado trazem-lhe felicidade quando relembra que tomou conta de crianças e adorava o que fazia.

No que concerne ao seu casamento, o marido era pouco carinhoso com ela, conta que bebia muito, e que houve uma história de traição, em que o marido rouba coisas de casa (enquanto viviam fora do lar) para oferecer a outra mulher viúva. No entanto, descreve que

era um homem muito trabalhador.

Já relativo à História Institucional, desde que entrou há 4 anos no Lar Nossa Senhora da Misericórdia que gosta de lá estar e conta que no Centro de dia também gostava pois jogavam às cartas. A Sra. Vitória tem uma boa relação com os funcionários, no entanto, com os outros habitantes comunica menos, exceto com uma senhora com quem diz dar-se bem.

Avaliação Psicológica /Resultados

Na avaliação psicológica foi usada a Entrevista de Anamnese – Idoso da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. De forma a fazer uma avaliação cognitiva da Sra Vitória foi utilizado o Mini Mental State Examination – MMSE, no qual obteve 24 pontos, o que revela ausência de défice cognitivo, obtendo boa pontuação em todos os exercícios, exceto, no exercício de escrita, orientação e evocação, especialmente.

Para corroborar os dados recolhidos usou-se o Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI - um teste de personalidade que avalia os sintomas em termos de nove dimensões de sintomatologia e índices globais (avaliações sumárias de perturbação emocional).

Após a análise dos resultados obtidos através da BSI, escala de sintomatologia psicológica, a Sra. Vitória obteve um Índice geral de sintomas de 0,00.

O resultado mais elevado evidenciou na dimensão da Somatização com 1,86 valores, ligeiramente acima da média da população geral. Também, a Ideação Paranóide se encontra um pouco acima da média da população em geral com 1,80 valores, encontrando-se também acima da média da Perturbação Emocional.

Desta forma, pela análise gráfica pontual, podemos admitir a existência de dois fatores positivos na psicopatologia: Somatização e Ideação Paranóide.

Num momento posterior, e tendo em conta sintomas de tristeza evidenciados pela utente, foi aplicada também a EDG, onde os resultados da mesma-10 pontos- demonstraram ausência de depressão.

Diagnóstico Multiaxial (DSM - TR, 2006)

Eixo I: 309.0 Perturbação de Adaptação com Humor Depressivo, crónica [F43.20]

V62.82 Luto Complicado [Z63.4]

Eixo II: V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]

Eixo III: Nenhum

Eixo IV: Problemas com o grupo de apoio primário: Divórcio do filho e novo casamento

Eixo V: AGF = 70 no momento de avaliação

AGF= 80 no momento atual

Publicação do luto no DSM ao longo do tempo

Desde a primeira publicação, o luto já foi considerado como algo a que é necessário dar atenção e foi classificado como “outras condições que podem ser foco de atenção clínica” (Parkes, 2009). A proposta deste foi o diagnóstico dentro da categoria de Desordem de Ajustamento, “Relacionado ao Luto”, que poderia ser diagnosticada pelo menos doze meses depois da perda de um parente próximo ou amigo.

No DSM-IV (2006), o luto, como já mencionado, aparece como transtorno de adaptação; pode ser definido pelo conjunto de sintomas emocionais e comportamentais desenvolvidos por uma ou mais situações de *stress*, como alguma doença, morte ou desemprego, e os seus principais sintomas são: insónia, angústia, isolamento social, anedonia, irritabilidade, fadiga, baixa auto-estima, pessimismo, hostilidade, impulsividade e, às vezes, uso de substâncias. Pelo facto dos fatores de *stress* desencadearem esse tipo de reação, física e comportamental, em grande parte dos indivíduos, esse diagnóstico foi reservado para aquelas pessoas que tem um prejuízo importante na área social, educacional e ocupacional.

Diagnóstico Diferencial:

Baseamo-nos no DSM-IV-TR (2006), para realizar o diagnóstico com base nos critérios do manual, tendo em conta os sintomas que a utente apresentava no momento da avaliação.

Os sintomas não se enquadram numa reação de luto normal mas assemelha-se a luto complicado.

A Perturbação da Adaptação é diferenciada da:

- Depressão Major ou outra Perturbação específica do Eixo I, se esta explicar os sintomas de reação à situação de *stress*, no caso de Vitória, o fator de stress foi a morte do marido que explicam a dor que sente e a tristeza quando relembra os acontecimentos.

- Perturbações da Personalidade, que são também exacerbadas pelo stress mas ocorrem com sintomas próprios da perturbação, por exemplo, uma pessoa já com perturbação paranóide da personalidade apresentar humor depressivo como resposta a perda de emprego, ou seja, se sintomas não característicos de Perturbação da Personalidade aparecerem como resposta a uma situação de *stress*, o diagnóstico também de *Perturbação da Adaptação* juntamente com *Perturbação da Personalidade* pode ser apropriado.
- Perturbação sem outra especificação, que se apresenta através de apresentações atípicas ou subliminares.
- Perturbação Pós-Stress Traumático e Perturbação Aguda de Stress, uma vez que estas requerem, as duas, a presença de um fator de *stress*, mas ao contrário da perturbação de Adaptação este factor tem de ser extremo e requerer uma constelação específica de sintomas. Na perturbação de Adaptação, o fator de stress pode ter qualquer gravidade e pode envolver uma grande variedade de sintomas possíveis desencadeando a Perturbação de Adaptação.
-
- Factores Psicológico Que Afectam o Estado Físico Geral, porque se tratam de sintomas específicos, comportamentos ou outros que exacerbam o estado físico geral, complicam o tratamento ou por outro lado aumento os riscos de desenvolver um estado físico geral. Na Perturbação de Adaptação a relação é inversa, sendo os sintomas psicológicos que se desenvolvem em resposta ao *stress* de ter ou tomar conhecimento do diagnóstico de um estado físico geral.
- Luto, pois no luto espera-se uma reação como resposta previsível e esperada à morte de um ente querido, enquanto na Perturbação da Adaptação a reação é excessiva ou mais prolongada do que o previsível.
- Reações não patológicas ao Stress, pois estas não provocam sofrimento excessivo e não causam diminuição significativa no funcionamento social e ocupacional.

- Efeitos Fisiológicos Directos de um Estado Físico Geral, que são por exemplo, o défice funcional transitório que está associado com a administração de quimioterapia.

Objectivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

A psicoeducação inscreve-se no modelo salutogénico do paciente informado ativo e responsável, pela sua doença. Não é uma alternativa à psicoterapia cognitivo comportamental nem à psicofarmacologia mas estas são maximizadas nos seus resultados. A psicoeducação é uma disciplina científica de conhecimento e actuação bidimensional entre saúde e educação que interage com o processo de aprendizagem humano (Ramos, 2013) e pode com isto servir para providenciar estratégias para gerir a vulnerabilidade do utente às circunstâncias de vida stressantes.

O luto complicado pode levar à depressão, mas não significa que são a mesma coisa, as características diagnósticas podem ser diferenciadas por critérios do DSM, ajudando a realização do diagnóstico correto (Zisook & Shear, 2009). Desta forma, a intervenção iniciou-se com uma psicoeducação acerca do luto e uma psicoeducação acerca da alimentação, com registo diário, uma vez que estes eram os principais problemas da Sra. Vitória.

Relativamente à psicoeducação alimentar e ao registo diário, foram apresentadas soluções de uma alimentação saudável, e sugestões de atitudes alimentares saudáveis para o registo diário (ex: tomar sempre o pequeno almoço, beber muita água durante o dia e comer alimentos ricos em Ómega 3, assim como, fruta e sobremesa (Ramos, 2013). Foram ainda discutidos alguns sintomas do envelhecimento normal, como pouca sede e boca seca.

Posteriormente, e noutras sessões, foram discutidas dicas para uma boa higiene de sono (de manhã e antes de dormir). Neste seguimento foi feito o registo diário durante 14 dias (2 semanas) de acções e comportamentos que ajudaram a utente a promover a sua saúde mental. O tempo em questão ajudou-a a melhorar hábitos e a estar mais atenta para avaliar aspectos importantes para a saúde mental nas diversas áreas: sono, atividades positivas, atividade física e humor. O apoio familiar (da nora e do filho, assim como dos netos) mostrou-se uma grande ajuda. Como refere Araújo & Melo (2011), este apoio tem-se mostrado no presente muito importante para a aceitação da perda e para a sua adaptação. Neste sentido, as relações são âncoras o que faz a utente sentir-se segura, apoiada e compreendida.

Estas sessões tiveram resultados bastante eficazes, mudando o comportamento da utente com sucesso. Foi-lhe dito que estava muito contente com a grande intervenção feita com ela e pedido que continuasse a praticar todos os exercícios que aprendeu, mantendo sempre um bom humor na vida.

Anexo V

Anexo V - Processo 4

Identificação:

Rosalina, do sexo feminino, tem 85 anos, é viúva e não tem escolarização. É natural de S. Miguel da Carreira e está no Lar St. André da SCMB há cerca de 4 meses.

Encaminhamento/ Tipo de pedido:

A Sra. Rosalina foi encaminhada para os serviços de Psicologia há cerca de quatro meses pela assistente social, por ter sérios problemas de suporte (não tem casa; os dois filhos venderam para conseguirem algum dinheiro).

Problema e História do Problema

A Sra. Rosalina quando chegou à SCMB, apresentou-se num estado emocionalmente e psicologicamente afetado, marcado por desorientação, nervosismo e confusão, assim como ansiedade e stress associados.

Como já foi mencionado anteriormente, manifesta insatisfação nas relações de suporte e a institucionalização foi realizada pela Segurança Social, tendo em conta que a Sra. Rosalina não tem qualquer tipo de rendimento mensal.

Durante as sessões repete quase sempre a mesma temática, diz que está em casa de S. Miguel da Carreira ou que está no lar mas que tem de voltar para casa e que quer apanhar um transporte, sendo que muitas vezes tenta fugir.

A falta de recursos monetários que a incomoda e a preocupa muito, prejudica o seu estado de saúde. Além disso, apresenta queixas de alterações do sono, diminuição do apetite e não pratica atividade física.

Desde que entrou na instituição tentou adaptar-se ao lar mas não tem sido fácil para a utente. É uma senhora apaixonada pelo campo, local onde sempre trabalhou e do qual sente muitas saudades.

Estado Mental/Observação

Durante a avaliação nas sessões, a utente apresentou-se desorientada no espaço, apresentando um discurso maioritariamente confuso, procurando sempre voltar para a casa onde vivia. Mostrou postura tensa, manifestando profunda ansiedade. Além disso, manifesta evidência de problemas de memória. Compareceu às consultas com boa aparência a nível da higiene. Em relação ao arranjo pessoal, tem autonomia, embora em certas situações necessite

de auxílio. Penteia-se sózinha, veste-se e vai à casa de banho sózinha mas com marcha lenta e, por isso, às vezes pede ajuda a uma funcionária, quando tem fortes dores nas pernas. O comportamento revelou-se adequado e o humor quase sempre depressivo. Ao longo das consultas foi falando, sorrindo e utilizando algum humor relativamente a alguns assuntos que foi percebendo não serem tão preocupantes (crenças disfuncionais). A idade aparente é igual à idade real.

Mais recentemente, nas últimas consultas, mostrou ter um bom contato ocular, boa expressão facial mas fraca atividade psicomotora. A sua percepção da realidade parece continuar afetada; considera que não vive no lar mesmo após três meses de orientação: *“Eu vivo na minha casa em S. Miguel da Carreira ..., trouxeram-me para aqui... Vim para aqui hoje e tenho de ir ver se apanho boleia para ir para S. Miguel da Carreira!”*(sic). Não foi observada presença de atividade delirante e ao nível perceptivo, não houve evidências de fenómenos alucinatorios. Sem alterações de atenção.

Após a utilização de algumas estratégias para se lembrar das datas, esta mostra dificuldade em lembrar-se do ano em que nos encontramos e, por vezes, não sabe o mês e dia da semana, assim como troca a estação do ano, entre outras coisas.

Breve descrição da História do desenvolvimento Psicossocial e Institucional

Relativamente à relação com a família, a Sra. Rosalina não tem contacto com ninguém a não ser com os dois filhos que a visitam, muito raramente. O marido morreu na Venezuela, ficando viúva por volta dos 35 anos de idade. É mãe de três filhos (dois filhos e uma filha) e cuidou sempre deles depois do falecimento do marido. É avó mas não mantém contacto com os netos.

Relativamente à história profissional, não tem escolaridade e viveu no campo, desempenhando atividades domésticas e trabalhos ligados à agricultura.

A institucionalização foi realizada pela Segurança Social, tendo em conta que a Sra. Rosalina não tem qualquer tipo de rendimento mensal. Relativamente à rotina diária na instituição, atividades e autonomia, costuma participar nas atividades de grupo do Departamento de Animação. Está satisfeita com o lar, embora os problemas de memória (esquecimento de conceitos, situações, momentos, palavras e frases que ouve ou lhe dizem) e desorientação, a limitem no convívio social. Mantém boa relação com a maior parte dos utentes da instituição mas não conhece todos pois está no lar há poucos meses.

Avaliação psicológica/ Resultados

Perante estas dificuldades aplicou-se o teste Mini-Mental State Examination, breve questionário de 30 pontos. O MMSE, foi desenvolvido por Folstein (1975) e consiste num questionário de avaliação do funcionamento cognitivo, que cota a orientação no tempo e no espaço, a memória a curto prazo e as competências verbais e de escrita (Mcdowell; Newell, 1996 cit in Marques, 2012).

Os resultados da Sra. Rosalina no MMSE, indicam que há defeito cognitivo. As alterações cognitivas avaliadas parecem dificultar a sua vida de forma severa.

Foi aplicada também a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), tendo obtido 17 pontos, considerando-se por isso depressão ligeira. Confirmam-se os resultados, uma vez que a Sra. Rosalina apresenta sintomas depressivos em quase todas as consultas. Estes resultados vão de encontro com aspetos registados na Anamnese – Idoso da utente.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I: 294.8 Demência Sem Outra Especificação [F03]

Eixo II: V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]

Eixo III: Nenhum

Eixo IV: Baixo suporte social, problemas económicos, problemas com o grupo primário: os filhos visitam raramente a utente e não são próximos

Eixo V: AGF= 60 (no momento da avaliação)

AGF= 65 (no momento atual)

Diagnóstico Diferencial

Uma vez que a Sra. Rosalina tem o diagnóstico de “Demência Sem Outra Especificação” exclui-se:

Delirium, uma vez que, no Delirium durante a evolução clínica, os sintomas apresentam uma flutuação e não são relativamente estáveis como na Demência. Ainda no Delirium as múltiplas deficiências cognitivas não persistem de forma imutável como na Demência. No caso de Sra. Rosalina, os sintomas apresentaram-se estáveis e as deficiências cognitivas persistiram durante o tempo de doença.

Perturbação Mnésica pois nesta perturbação a característica principal são os défices graves de memória e nesta não ocorrem outras deficiências significativas do funcionamento cognitivo como na Demência e no caso da Sra. Rosalina.

Intoxicação por Substâncias ou Abstinência de Substâncias, pois neste caso os défices cognitivos múltiplos deveriam ocorrer apenas no contexto da utilização de substâncias.

Perturbação Cognitiva Sem Outra Especificação, uma vez que, esta perturbação é diagnosticada em casos em que os sujeitos apresentam alguns mas não todos os sintomas de demência.

Deficiência Mental, uma vez que nesta existe um funcionamento intelectual abaixo do corrente, com deficiências no funcionamento adaptativo e com início antes dos 18 anos, não estando a deficiência mental necessariamente associada aos défices de memória.

Esquizofrenia, uma vez que ao contrário da Demência, a Esquizofrenia no seu início precoce, apresenta um padrão característico de sintomas e a ausência de uma etiologia específica de estado físico geral ou de utilização de substâncias. Tipicamente, o défice cognitivo associado à Esquizofrenia, ainda é menos grave do que o observado na Demência.

Perturbação Depressiva Major, uma vez que o declínio cognitivo nesta está associado a um estado depressivo e não tanto a um estado premorbido do declínio do funcionamento cognitivo.

Simulação e Perturbação Factícia, pois aqui, os padrões não são consistentes no tempo e não se assemelham aos sintomas característicos da Sra. Rosário próprios da demência. Aqui, as pessoas podem fazer cálculos em várias situações e no exame mental afirmarem que não são capazes de o fazer.

Envelhecimento, uma vez que o que acontece ao envelhecer é um declínio normal no funcionamento cognitivo.

Objectivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

Como defende Frances & Ross (2004), relativamente ao “Plano de Tratamento da Demência”, os doentes com demência manifestam frequentemente um aumento da confusão e da desorientação durante a noite e têm especiais dificuldades em lidar com situações em ambientes não estruturados e pouco familiares.

A mudança repentina de casa para o lar, no caso da Sra. Rosalina, teve tanto impacto nesta, que a utente não manteve a consciência da realidade, confundindo o lugar onde estava e o dia em que lá tinha chegado, entre outras situações.

Ainda para Frances & Ross (2004) a confusão associada à demência pode muitas vezes ser melhorada se se proporcionar um ambiente previsível, estruturado e orientador. O autor ainda refere que a demência não é apenas uma perturbação cognitiva, mas implica uma combinação complexa de sintomatologia que pode incluir: delirium, sintomas psicóticos, sintomas depressivos, alterações da personalidade e perturbações do comportamento.

Com a Sra. Rosalina, a estagiária teve o cuidado de perceber inicialmente se esta tinha uma perturbação da adaptação ou uma demência conforme os resultados da avaliação. Pela razão de os resultados da avaliação não serem suficientes, tanto no tempo em que ocorreram como no conteúdo destes, para saber o diagnóstico principal da utente, foi feita uma intervenção inicial para Perturbação da Adaptação. A terapia baseou-se num Treino de Estimulação Cognitiva e em Técnicas de Orientação para a Realidade. O treino de estimulação cognitiva baseou-se em dar-lhe a conhecer a cidade onde o lar se situa, com auxílio de mapas e de imagens simples da cidade de Barcelos; isto em nada resultou devido à sua pouca capacidade de recordar conversas recentes, e dificuldade em absorver conceitos e concretizar atividades difíceis, ou simples, que exijam memorizar.

Depois de perceber que o diagnóstico da utente era uma Demência, mais especificamente, demência sem outra especificação, foi possível começar a intervenção para este diagnóstico. Com esta intervenção obteve-se melhoras logo nas primeiras consultas, o que reforçou o diagnóstico, proposto pela estagiária clínica, de Demência (SOE).

Posteriormente a isto foi usada nas sessões seguintes a TOR, com a finalidade de a orientar no espaço e no tempo.

Para além disso, foi também usada a terapia das Reminiscências, para trabalhar os sintomas depressivos. A TR, é um processo natural de evocação das experiências significativas ocorridas no passado e que é inerente ao ser humano (Jonsdottir, Steingrimsdottir & Tryggvadottir, 2011, cit in Gonçalves & Martin, 2007).

O objetivo foi que a Sra. Rosalina recordasse experiências e factos aos quais associasse sentimentos de prazer ou de dor, permitindo analisar o passado, compreender as mudanças ocorridas, as adaptações e transições, os conhecimentos adquiridos e, de um modo geral, analisar as suas relações com os outros.

Estudos recentes indicam ser possível a utilização da TR junto de idosos com sintomatologia depressiva, trabalhando especificamente as estruturas da memória autobiográfica (MA), a nível da sua especificidade (Serrano et al., 2004; 2005, cit in Marques, 2012).

Perante o quadro apresentado pedi a colaboração do serviço clínico para possibilidade de encaminhamento para Psiquiatria.

Anexo VI

Anexo VI - Processo 5

Identificação

Margarida, do sexo feminino, tem 78 anos, é solteira, licenciada, veio por vontade própria para o lar St. André com a sua mãe, e está institucionalizada há 2 anos.

Encaminhamento/ Tipo de Problema

A Sra. Margarida, veio para o Lar Sto André com o diagnóstico de Demência Tipo Alzheimer com início tardio e apresenta-se ultimamente muito isolada e nervosa, tendo alguns conflitos sociais.

Problema

Os problemas principais da utente são o isolamento social (apenas convive com a mãe dentro do lar e entra em conflito facilmente). Além disso necessita de treinos de estimulação cognitiva pois foi-lhe diagnosticado Demência Tipo Alzheimer com início tardio.

Como defendem Camões, Pereira & Gonçalves (2005), a doença de Alzheimer é uma afecção degenerativa do sistema nervoso, ou seja, as suas causas não são realmente conhecidas e manifestam-se por uma perda sistematizada, anormalmente importante, de certos grupos de neurónios. Demências degenerativas primárias definem-se como causadas por um transtorno que afeta em primeiro lugar o sistema nervoso central, e cuja etiologia não é bem conhecida na atualidade. A mais frequente é a doença de Alzheimer ou Demência tipo Alzheimer, que por si só representa mais ou menos 50% dos casos nas séries clínicas dos hospitais e entre 70-80% do total dos casos nas séries anatomopatológicas.

Estado mental e Observação

Apresenta boa atitude, pouco contato ocular, um discurso variável entre calado e fluente com alguns risos, boa expressão facial. De uma forma geral apresenta-se bem cuidada e com indumentária adequada à época. Ao nível do pensamento, há uma certa perseveração relativamente a algumas histórias que conta. Mostra má orientação alopsíquica. A idade aparente é coerente com a idade real.

Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional:

A Sra. Margarida vive no lar com a sua mãe mas o pai morreu há menos de um ano. Não casou, não teve filhos e tem um irmão, um ano mais novo que ela, com quem se dá muito bem. Conta também que se dá bem com os primos e que estes ainda a visitam no lar.

Relativamente ao passado e às relações amorosas, refere que não namorou e que apenas teve alguns encontros sem significado.

Foi professora de História até à reforma (por volta dos 65 anos) e dedicou-se aos estudos durante a maior parte do tempo, tendo obtido o grau de licenciada. Trabalhou em Lisboa e também fazia trabalhos com bordados (ponto de cruz).

Na instituição, desde a entrada, tem uma boa relação com todos e quando existem discussões com alguma utente do lar diz que se vai distrair, dando um passeio. Gosta de dormir bem, caminhar e fazer trabalhos manuais. Adora estar com a mãe e diz que isso a faz sentir bem. Diz que gosta de coisas difíceis e valoriza a saúde.

Avaliação Psicológica/ Resultados

A avaliação da Sra. Margarida passou por uma entrevista de *Anamnese – Idoso* do serviço de Psicologia da SCMB, que iniciou o processo de avaliação. Em continuidade, realizou o MMSE apresentando neste 21 pontos o que, para uma pessoa com a licenciatura como a Sra. Margarida, significa um défice cognitivo. Uma vez que a utente tem o diagnóstico de Alzheimer, esta pontuação só serviu para perceber em que estado esta se encontrava a nível de memória, uma vez que já era esperado um baixo resultado.

Diagnóstico Multiaxial (DSM-IV-TR, 2006)

Eixo I: Demência Tipo Alzheimer Com Início Tardio.

Eixo II: V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]

Eixo III: 331.0 Doença de Alzheimer

Eixo IV: Problemas relacionados com o ambiente Social: Adaptação a transições do ciclo de vida como a Reforma

Eixo V: AGF: 40

Diagnóstico Diferencial:

A utente apresenta Demência do Tipo Alzheimer com Início Tardio. Desta forma diferencia-se de:

Perturbação Mnésica, uma vez que esta é caracterizada por défices graves de memória sem haver outras deficiências no funcionamento cognitivo (afasia, apraxia, agnosia ou perturbações da execução). A Sra. Margarida tem perturbações no funcionamento cognitivo, preenchendo critérios para Demência do Tipo Alzheimer com Início Tardio.

Demência Secundária a Múltiplas Etiologias, uma vez que a Demência do Tipo Alzheimer tem apenas uma etiologia e a Doença de Alzheimer tem múltiplas etiologias.

Demência Vascular, pois nesta estão presentes os sinais neurológicos focais e a evidência laboratorial da doença vascular, que se pensa estar relacionada com a Demência.

Demência Secundária a Outros Estados Físicos Gerais, uma vez que esta requer evidência, a partir da história clínica, dos exames físicos e de testes laboratoriais adequados, de que um certo estado físico está relacionado com a Demência.

Demência Persistente Induzida por Substâncias, pois esta resulta de efeitos de substâncias.

Demência Sem Outra Especificação, posto que esta é diagnosticada quando não se verificam evidências suficientes para determinar o tipo de demência.

Deficiência Mental, uma vez que, esta é caracterizada por um funcionamento intelectual abaixo do corrente, com deficiências no funcionamento adaptativo e com início antes dos 18 anos, enquanto o início da Demência normalmente é tardio.

Perturbação Depressiva Major, pois na Demência há história pré-mórbida de declínio da função cognitiva, enquanto nesta, o indivíduo tem, muito provavelmente, um estado pré-mórbido relativamente normal e um declínio cognitivo abrupto associado com a depressão.

Declínio Cognitivo relacionado com a Idade, ou declínio normal decorrente do envelhecimento, uma vez que deverá existir evidência demonstrável de défices de memória e de outros défices cognitivos superiores ao que se poderia esperar no processo de envelhecimento normal e se os sintomas causarem deficiências no funcionamento social ou ocupacional.

Objectivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

Foi estabelecida uma relação terapêutica com a Sra. Margarida, baseada na empatia, escuta e compreensão.

Embora estejam actualmente a ser desenvolvidos e ensaiados alguns medicamentos para prevenir a perda de memória, não existe, presentemente, uma cura ou prevenção para a doença de Alzheimer. Os tratamentos orientam-se muitas vezes para os sintomas (isto é, depressão, psicose, agitação e perturbação do comportamento) que podem estar associados a esta doença.

Ao tratar doentes com Alzheimer, é muito importante que o médico avalie o grau de funcionamento da pessoa no ambiente doméstico e que auxilie a família a aprender a tratar o doente e a identificar possíveis fontes de ajuda. A situação do doente e o seu nível de funcionamento devem ser avaliados com regularidade, recorrendo à informação fornecida pelos que prestam os cuidados, como meio de reavaliar o estado do doente.

Um programa pessoal de intervenção comportamental no doente com Alzheimer deve atuar sobre múltiplos fatores, nomeadamente: na adaptação e modificação do ambiente; na modificação das interações sociais; no tratamento psicoterapêutico; nos cuidados somáticos; no apoio à família e no tratamento em instituições. Uma das estratégias para promover a autonomia refere-se à estimulação da atenção a si próprio, pois permite preservar a cognição. Esta atenção a si próprio engloba as atividades para alimentação, higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, fazer a barba, pentear-se, etc., (Camões & Pereira & Gonçalves, 2012).

Como no lar não existe um programa de estimulação cognitiva para utentes com este diagnóstico, nem são exercidas atividades neste campo com os cuidadores (como a mãe que vive no lar) foi uma dificuldade exercer um bom treino e começar uma boa intervenção com esta utente.

No entanto, foi feita uma intervenção com o objetivo de criar estratégias de estimulação cognitiva. Posteriormente, foi ainda realizada a Escala do humor com faces para perceber o

humor depressivo atual.

Nas últimas consultas foi executada nova avaliação, sendo que os resultados do MMSE, foram semelhantes e os resultados da EDG alteraram de 16 pontos para 18, tendo sido, ainda que menos satisfatório do que o esperado, considerado um resultado positivo.

Propõe-se à instituição que façam programas de estimulação cognitiva com grupos de cuidadores para estes doentes obterem resultados mais funcionais.

Anexo VII

Anexo VII - Processo 6

Identificação:

Amélia, do sexo feminino, tem 74 anos, é solteira e tem 3 filhos. Estudou até à 4ª classe. É natural de Barcelos e está no Lar Nossa Senhora da Misericórdia da SCMB há 7 anos.

Encaminhamento/Tipo de Problema:

A Sra. Amélia foi encaminhada para os serviços de Psicologia por ter o diagnóstico de Deficiência Mental e por precisar de cuidados continuados, e também por viver sozinha.

Problema:

No encaminhamento para atendimento da estagiária de psicologia, foi dito pelas enfermeiras e funcionárias que a Sra. Amélia tinha comportamentos agressivos e que, às vezes, se tornava intolerante com algumas situações, mas que o acompanhamento era necessário para que começasse a manter um comportamento adequado e estabilizasse o humor que variava muito. Foi esclarecido que o diagnóstico principal da utente era o de Deficiência Mental.

A Sra. Amélia refere, logo nas primeiras consultas, que teve um acidente em que foi atropelada em idade jovem e ficou com uma pequena cicatriz na cabeça. Desde então, foi-lhe diagnosticado Deficiência Mental e começou a frequentar consultas de Psiquiatria.

Os problemas que apresenta, em consulta, são relativos ao contato social que tem no lar. Refere estar isolada a maior parte do tempo, no entanto, gosta muito de trabalhar na lavandaria do lar.

Outra das razões que preocupam a utente é a dentição. A Sra. Amélia tem problemas graves de dentição, acompanhados por um hálito desagradável que a inibe socialmente.

O diagnóstico de Deficiência Mental não a incapacita de forma severa. Sendo que esta pratica as atividades diárias e de arranjo pessoal, assim como mostra facilidade em falar dos assuntos; mostra-se capacitante em tudo o que faz, e diz fazer, fora da hora de consultas.

Tem diabetes mellitus.

Estado Mental e Observação:

A Sra. Amélia esteve disponível desde o início das consultas para o acompanhamento psicológico: *“fico contente por saber que me vai ouvir, por favor venha mais vezes”* (sic). Mostra atenção ao que lhe é dito, mantém o contato ocular e revela bom humor. Ao nível do

pensamento, há uma certa perseveração relativamente a algumas histórias passadas na infância e na idade adulta. Tem má articulação de palavras (às vezes não se percebe o que diz) e o discurso é confuso, lento, com paragens e *flashbacks*, mas não mostra problemas de memória, pois lembra-se de muitas coisas que lhe foram contadas (no passado e no presente). Além disso, mostra orientação alopsíquica. A indumentária é adequada, e a idade aparente é coerente com a idade real.

O mau comportamento, descrito inicialmente pela parte da enfermagem, relativo às problemáticas principais da utente, não foi percebido durante o acompanhamento psicológico. É provável que esse acontecesse noutras situações que não em consulta e, por esse motivo, o mesmo não pôde ser observado pela estagiária. Posteriormente, fez-se uma intervenção para que o comportamento agressivo se modificasse e se tornasse num comportamento mais adequado. Relativamente ao humor, a maior parte das vezes apresentou bom humor nas sessões, salvo exceções em que se queixou de não conseguir fazer amizades no lar e de se isolar dos restantes colegas, apresentando por isso um humor depressivo.

Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional

A Sra. Amélia sente tristeza ao contar o acidente que teve na infância e que a deixou com uma cicatriz na cabeça e com o diagnóstico de deficiência mental.

Relativamente à rede de suporte, esta namorou 5 anos com um senhor que conheceu, mas com quem não casou e, dessa relação, teve 3 filhos. Um dos filhos está a viver no Brasil, outro na Venezuela e outro em Barcelos, mas tem poucas visitas destes no lar. O pai e a mãe já morreram e a utente conta que a mãe morreu quando ela tinha 13 anos; diz que foi marcante e muito triste. Tem nove irmãos mas, atualmente, não tem proximidade e grande relação com nenhum em especial.

Relativamente à história educacional e profissional, tem a 4ª classe e foi doméstica a vida toda.

No que concerne à história institucional, a utente está no lar há 7 anos, diz que gosta muito e que prefere a vida que tem desde a entrada no lar à vida anterior. Diz que esteve muito tempo internada e que passava muito tempo sózinha em casa, sem cuidados e sem companhia. Por estas razões, explica que a instituição foi a melhor oportunidade que teve para viver com harmonia e para se sentir segura. Tem um gosto especial por estar na lavandaria do lar a trabalhar com as funcionárias, passando lá grande parte do tempo, onde trabalha e convive. A relação que tem com os outros utentes do lar é boa, mas podia ser melhorada, pois

esta isola-se muitas vezes.

A Sra. Amélia veste-se sozinha e pratica a higiene pessoal sózinha. Refere que adora comer mas que tem de ter cuidado com o peso e com a dentição. Tem boa actividade psicomotora mas ao nível da visão parece ter estrabismo.

Avaliação Psicológica/ Resultados

Na avaliação psicológica da utente foi utilizada a entrevista de *Anamnese – Idoso*. De seguida para perceber melhor os sintomas apresentados foi utilizado o MME e a EDG.

No MME, esta apresentou uma nota T de 30, o que com o seu grau de escolaridade (4º ano) e sendo doméstica, não indica défice cognitivo.

Na EDG, a Sra. Amélia, apresentou depressão ligeira com uma nota T de 16 pontos.

Desta forma foi proposto na intervenção, trabalhar os sintomas depressivos e o mau comportamento, assim como o isolamento descrito ao longo da Anamnese pela própria utente.

Diagnóstico Multiaxial (DSM-IV-TR, 2006)

Eixo I: Sem diagnóstico

Eixo II: 319 Deficiência Mental, Gravidade Não Especificada [F79.9]

Eixo III: Diabetes Mellitus

Eixo IV: Problemas com o Grupo Primário: Os filhos vivem longe e falam-lhe poucas vezes

Eixo V: AGF = 40

Diagnóstico Diferencial

Uma vez que o diagnóstico da Sra. Amélia é o de Deficiência Mental de Gravidade Não Especificada, diferencia-se de:

Perturbações da Aprendizagem ou Perturbações da Comunicação, que não estejam associadas com a Deficiência Mental, uma vez que no caso destas, o desenvolvimento numa área específica está alterado, mas não há um défice generalizado do desenvolvimento intelectual e do funcionamento adaptativo.

Perturbações Globais do Desenvolvimento, uma vez que nestas, existe um défice qualitativo no desenvolvimento da interação social e um desenvolvimento das aptidões de comunicação social verbal e não-verbal. No entanto a Deficiência Mental acompanha muitas vezes estas Perturbações.

Demência, pois este diagnóstico requer que a incapacidade da memória e outros défices cognitivos representem um declínio significativo em relação a um nível de funcionamento anteriormente mais elevado.

Funcionamento Intelectual Estado Limite, esta categoria é usada quando o foco de atenção médica é um comportamento anti-social do adulto, que não se deve a Perturbação Mental e descreve um QI superior ao exigido para a Deficiência Mental.

Objetivos Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

Alguns sujeitos com Deficiência Mental são passivos, calmos e dependentes, outros, no entanto, podem ser agressivos e impulsivos; a falta de comunicação pode predispor a condutas disruptas e agressivas que substituem a comunicação verbal.

Desta forma, e porque a Sra. Amélia se isolava muito, foi feito um Treino de habilidades sociais. Posteriormente a isto, foi realizado o Registo diário de alimentação para que a utente conseguisse perder peso. A meio das sessões foi feito um Treino de estimulação cognitiva com a identificação de objetos. Por último, tendo em vista a melhoria do comportamento e o humor depressivo, foi realizado nas últimas sessões um registo diário do humor.

No final das sessões foi realizada, uma nova avaliação, em que se realizou a EDG, que indicou que o humor se tinha alterado de depressivo para normal. Relativamente ao MMSE, os resultados foram idênticos.

Anexo VIII

Anexo VIII- Programa: Estimulação Cognitiva em Idosos com Envelhecimento Bem Sucedido “Tempo de Sorrir”

	<u>1º Sessão: Quem sou eu?</u>
<u>Objetivos</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Apresentação dos elementos participantes da intervenção em grupo, bem como das psicólogas; ○ Psicoeducação sobre envelhecimento e estimulação cognitiva, mencionando quais os objetivos da intervenção; ○ Explicação do programa das sessões e das regras para uma boa convivência do grupo; ○ Aplicação do pré-teste (mini-mental state examination).
<u>Procedimentos</u>	<p>Procedeu-se inicialmente à apresentação dos elementos que participaram na intervenção, bem como do psicólogo. De seguida falamos um pouco sobre envelhecimento e estimulação cognitiva, mencionando quais os objetivos desta intervenção. Os participantes foram inquiridos sobre os seus gostos e preferências neste tipo de atividades. O programa, definido inicialmente, foi readaptado às capacidades e possibilidades dos idosos. Foi também explicado o programa das sessões, onde foram explícitos os temas das sessões bem como dos seus objetivos. Por fim, foram explicadas as regras que devem prevalecer para o sucesso da nossa intervenção em grupo.</p>
<u>Recurso/Materiais</u>	Folhas de papel e lápis.

	<u>2º sessão: “Jogos sócio-recreativos” (sueca)</u>
<u>Objetivos</u>	Estimular a interação social, a memória, a atenção, a concentração e o raciocínio.
<u>Procedimentos</u>	Primeiramente foi explicado aos participantes as regras do jogo e de seguida foi iniciado o jogo.
<u>Recurso/Materiais</u>	Baralho de cartas.

	<u>3ª Sessão: “Jogos sócio-recreativos” (jogo do burro)</u>
<u>Objetivos</u>	Estimular a interação social, a memória, a atenção, a concentração e o raciocínio.
<u>Procedimentos</u>	Primeiramente foram explicados aos participantes os naipes e as regras do jogo e de seguida foi iniciado o jogo.
<u>Recursos/Materiais</u>	Baralho de cartas.

	<u>4º Sessão: “Provérbios Populares”</u>
<u>Objectivos</u>	Estimular as capacidades cognitivas e a memória.
<u>Procedimentos</u>	Foram realizadas duas tarefas. Na primeira, foi pedido aos idosos terminassem a última palavra de cada provérbio. Na segunda tarefa, os idosos teriam que dizer outros provérbios populares que conhecessem.
<u>Recursos/Materiais</u>	Folha com os diversos provérbios populares.

	<u>5ª Sessão: “O jogo das expressões faciais”</u>
<u>Objetivos</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificação de diversas expressões faciais através de imagens; ○ Representação através da mímica de algumas expressões faciais.
<u>Procedimentos</u>	Foram realizadas duas tarefas. Na primeira foram mostradas

	aos idosos diversas imagens de expressões faciais e os idosos tiveram que identificá-las. Na segunda tarefa foi pedido aos idosos que representassem, mediante a mímica, algumas expressões faciais.
<u>Recursos/Materiais</u>	Folha com imagens de expressões faciais.

	<u>6ª Sessão: “Jogos sócio-recreativos” (jogo da bisca)</u>
<u>Objetivos</u>	Estimular a interação social, a memória, a atenção, a concentração e o raciocínio.
<u>Procedimentos</u>	Primeiramente foram explicados os naipes e as regras do jogo aos participantes e de seguida foi iniciado o jogo.
<u>Recursos/Materiais</u>	Baralho de cartas.

	<u>7ª Sessão: “Quem sabe, sabe!”</u>
<u>Objetivos</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estimular a memória, compreensão verbal, abstração lógica, concentração e atenção; ○ Tomada de decisão individual e em grupo; ○ Potenciação das redes de interação social; ○ Valorização da sabedoria popular.
<u>Procedimentos</u>	Primeiramente foram explicadas as regras do jogo aos participantes e de seguida foi iniciado o jogo, sendo que um dos jogadores teve a função de juiz.
<u>Recursos/Materiais</u>	Jogos séniores.

	<u>8ª Sessão: “Quem sabe, sabe!” (continuação)</u>
<u>Objetivos</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estimular a memória, compreensão verbal, abstração lógica, concentração e atenção; ○ Tomada de decisão individual e em grupo; ○ Potenciação das redes de interação social; Valorização

	da sabedoria popular;
<u>Procedimentos</u>	Primeiramente foram explicadas as regras do jogo aos participantes e, de seguida, foi iniciado o jogo, sendo que um dos jogadores teve a função de juiz.
<u>Recursos/Materiais</u>	Jogos séniore.

	<u>9ª Sessão: “Jogos sócio-recreativos”</u>
<u>Objetivos</u>	Estimular a interação social, a memória, a atenção, a concentração e o raciocínio.
<u>Procedimentos</u>	Primeiramente foram explicados aos participantes os naipes e as regras do jogo e, de seguida, foi iniciado o jogo.
<u>Recursos/Materiais</u>	Dominó.

	<u>10ª Sessão e última Sessão: “A despedida”</u>
<u>Objetivos</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliar os aspetos positivos e negativos da intervenção em grupo. ○ Discutir as aprendizagens e experiências dos participantes nas sessões; ○ Apreciação geral de todos os participantes; ○ Aplicação do pós-teste (mini-mental state examination);
<u>Procedimentos</u>	Discussão sobre as aprendizagens e experiências dos participantes nas sessões, onde também tentamos perceber qual foi a apreciação geral com que estes idosos ficaram acerca desta intervenção.
<u>Recursos/Materiais</u>	Folhas de papel e lápis.

Anexo IX

Anexo IX – Acção de Sensibilização



"Bem me quer, mal não quero"

Ação de Sensibilização sobre
Saúde Mental na Terceira Idade



Saúde Mental (1ª sessão)

Tarefa: dividir as participantes em grupos, e cada grupo irá proceder à definição de saúde mental.



Saúde Mental (1ª sessão)

Definição de saúde segundo OMS: «não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade»,

mas como **«um estado de completo bem-estar físico, mental e social»**.

Definição de saúde mental segundo OMS: Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa.



Saúde Mental



Relaxamento(2ª e 3ª sessão)

Ryman (1995), define o relaxamento como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”.



Relaxamento(2ª e 3ª sessão)

Técnicas do Relaxamento

- Relaxamento progressivo
- Relaxamento muscular passivo
- Relaxamento aplicado
- Relaxamento diferencial
- Respiração diafragmática (a que vamos aplicar)



Relaxamento(2ª e 3ª sessão)

Fazer os TPC'S

Praticar a respiração diafragmática, uma vez por dia.

Registrar o humor (escala)





Obrigada pela vossa atenção...

Serviço de Psicologia

Diana Gonçalves e Luísa Leal
Estagiárias de Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação Clínica de Sofia Miranda

Anexo X

Anexo X - Certificado de Participação da Acção de Sensibilização



 

Certificado de Participação

Para os devidos efeitos declara-se que:

participou na ação de sensibilização:
“Bem me quer, mal não quero”, que se realizou no(s) dia(s) _____
de Junho de 2013.

Dra. Flora (Diretora Geral do Lar Santo André)	Diana Gonçalves (Estagiária de Psicologia Clínica e da Saúde/ Palestrante)
Dra. Sofia Miranda (Psicóloga Clínica da SCM Barcelos)	Luísa Leal (Estagiária de Psicologia Clínica e da Saúde/ Palestrante)

Anexo XI

Anexo XI - Ação de Sensibilização: descrição detalhada

Ação de Sensibilização	“Bem me quer, mal não quero”
<p>Objetivo geral</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecimento de informação acerca do conceito de Saúde Mental na Terceira Idade aos idosos do Lar St. André da SCMB com uma apresentação com o tema: “Bem me quer, mal não quero”; - Ensinar numa segunda parte, a praticar a Técnica de Respiração Diafragmática (RD).
<p>Objetivo Especifico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consciencializar os idosos participantes na ação sobre o significado de Saúde Mental pela OMS, e como se alcança, ou quando se considera que podemos ter Saúde Mental, daí o nome “Bem me quer, mal não quero”; - Apresentar 5 tipos de Técnicas de Relaxamento: Relaxamento Progressivo, Relaxamento muscular passivo, Relaxamento aplicado, Relaxamento diferencial e Respiração diafragmática (a que aplicamos); - Explicar a importância de praticar o a respiração diafragmática em momentos isolados e indicação para estes praticarem como TPC (praticar uma vez por dia e registar o humor (escala)). - Permitir que cada participante reflita sobre a apresentação acerca da Saúde Mental oferecendo um espaço de debate

	<p>sobre a mesma e permitir também que exista um tempo de reflexão acerca da técnica de respiração diafragmática realizada no final das sessões.</p>
<p>Procedimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A Ação de Sensibilização começou com a apresentação das estagiárias de psicologia clínica, onde estas mencionaram quais os objectivos inerentes a esta ação. De seguida foi iniciada a apresentação do tema “Bem me quer, mal não quero”. - No final foi entregue uma ficha de avaliação (Anexo XI), que foi preenchida por todos os participantes, com o objectivo de percebermos qual foi o grau de satisfação dos participantes relativamente À ação de sensibilização.
<p>Material</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Computador e Retroprojektor para a apresentação da Ação de Sensibilização sobre Saúde Mental na Terceira Idade (Anexo IIX), “Bem me quer, mal não quero”.

Anexo XII

Anexo XII - Ficha de Avaliação da Ação de Sensibilização

Ficha de Avaliação da Ação de Sensibilização:

“Bem me quer, mal não quero”

	Sim	Não
Os conteúdos / temáticas abordadas foram adequados		
Esta Ação de Sensibilização será útil para o seu desempenho profissional e pessoal		
A duração da Ação de Sensibilização foi apropriada		
Globalmente a Ação de Sensibilização foi satisfatória		

Refira a sua opinião sobre o desempenho da (s) Formador (as):

	Sim	Não
Transmitiram com clareza os assuntos abordados		
Conseguiram criar um ambiente propício à participação		
Dominaram o assunto que expuseram		
Os métodos utilizados foram os mais adequados		
O material disponibilizado (documentação) foi apropriado		

Aspetos a melhorar

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo XIII

