



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Ercília de La Salette Lemos Aspra

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

SETEMBRO 2015



CATOLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local de 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.**

Ercília de La Salette Lemos Aspra

Sob a Orientação do Prof^ª Doutora **Eleonora
Cunha Veiga Costa**

Agradecimentos

A todos os que me inspiraram confiança, que estiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada.

Ao meu marido Joaquim, aos meus filhos Vasco e Mónica, a minha família, a minha base de operações, a minha força na vida.

À minha orientadora de estágio, Professora Doutora Eleonora Veiga Costa, pela disponibilidade, compreensão, orientação e aconselhamento durante o estágio, às técnicas de psicologia, de orientação local, que me transmitiram diversos saberes técnicos e psicológicos, e à Instituição, Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, pelo excelente acolhimento.

Por último, agradeço a Deus pela força, nos momentos mais difíceis, e pela concretização de tão ambicionada realização pessoal.

Resumo

O presente relatório de estágio do ano letivo 2014/2015 surge no âmbito do 2.º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais de Braga, da Universidade Católica Portuguesa, realizado na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, sendo as atividades, maioritariamente, dirigidas à valência idosa. Tem como finalidade descrever as atividades realizadas pela estagiária, com vista ao desenvolvimento de um saber profissional congruente com as aprendizagens realizadas ao longo do percurso académico. Neste sentido, o estágio é um processo indispensável na formação de profissionais competentes para enfrentar os desafios da profissão. Assim, o estágio curricular teve como objetivo aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, contribuir para a aquisição de experiência e competências profissionais, refletir sobre as práticas e as aprendizagens no contacto com a realidade e promover a formação ética alicerçada com a componente teórica. O presente relatório apresenta, primeiramente, a caracterização da instituição e das atividades desenvolvidas pós observação, seguindo a intervenção individual, em grupos, a ação de formação e atividades extracurriculares. Finaliza-se dando-se ênfase a uma reflexão das aprendizagens.

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

Abstract

This report related to the 2014/2015 school year's internship arises on the extent of the 2nd year the Master in Clinical and Health Psychology, from Braga's Faculty of Philosophy and Social Sciences, which belongs to the Portuguese Catholic University, realized at the Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. The activities were directed mainly to the old aged valence. It aims to describe the activities performed by the intern, in order to develop a consentaneous knowledge within the learning acquired throughout the academic path. As such, the internship is a learning process necessary for professionals to be prepared to face the challenges of the profession. Thus, the curricular aim was to apply the theoretical knowledge acquired during the course, contribute to the acquisition of experience and skills, reflect on practices and learning in contact with reality and promote the ethical education grounded in the theoretical component. This report presents, firstly, the characterization of the institution and the performed activities post observation, followed by an individual intervention, in groups, a training action and extra-curricular activities. It ends up by giving emphasis to a reflection of the learnt issues.

Keywords: Internship, Master in Clinical and Health Psychology

Acrónimos

SCMS - Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

LRDL - Lar Rainha D. Leonor

ERPPI - Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas

LNSM - Lar Nossa Senhora da Misericórdia

CSCDMENC - Centro Social Comendadora D. Maria Eva Nunes Corrêa

LSA - Lar Santo André

SAD - Serviços de Apoio Domiciliário

CMFR - Centro de Medicina Física e de Reabilitação

SP - Serviço de Psicologia

ACER - Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

TCC - Terapia Cognitiva-Comportamental

PIR - Plano Individual de Recuperação

MMSE - Mini Mental States Examination

ESSS - Escala de Satisfação com o Suporte Social

HA - Hipertensão Arterial

QAS - Questionário de Avaliação da Satisfação

TOR - Terapia da Orientação para a Realidade

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Acrónimos	iv
Índice	v
Índice de Quadros.....	vii
1- Caracterização da Instituição	1
1.1 - Caracterização da Instituição.....	2
1.2 - Tipologia das ações desenvolvidas.....	3
1.3 - Descrição do contexto e do papel do psicólogo	3
2- Caracterização da Observação	5
2.1- População Alvo	6
2. 2 - Avaliação das Necessidades	6
3 - Intervenção Individual.....	8
3.1- Caracterização da Intervenção Individual	9
3.2- Atividades de Acompanhamento e Intervenção Psicológica.....	9
3.2.1 - Processo 1: “N” (Estudo de Caso)	9
3.2.2 - Processos Clínicos Gerais	20
4 - Atividades de Intervenção em Grupo.....	30
4.1 - Atividades de Intervenção em Grupo	31
4.2- Intervenção em Grupo: “Novos desafios, um sentido para a vida”	31
4.2.1- Introdução	31
4.2.2- Fundamentação Teórica da Intervenção em Grupo	32
4.2.3- Estrutura do Programa de Intervenção em Grupo.....	34
4.2.4- Apresentação Sumária da Intervenção em Grupo.....	35

4.2.5- Estratégias de Avaliação do Processo dos Resultados.....	37
4.2.6- Reflexão e Limitações da Intervenção em Grupo.....	37
5 - Atividade de Ação de Formação	39
5.1- Introdução.....	40
5.2- Fundamentação Teórica da Ação de Formação.....	41
5.3- Plano da Ação de Formação	42
5.4- Resultados da Ação de Formação.....	43
5.5- Reflexão da Ação de Formação.....	44
6 - Outras Atividades.....	45
6. Atividades Desenvolvidas no Contexto de Estágio	46
7- Reflexão Integrativa	47
7- Reflexão Integrativa	48
Referências Bibliográficas	50
Anexos.....	58

Índice de Quadros

Quadro 1: Resultados do funcionamento cognitivo no ACR-R.....	13
Quadro 2: Resultados do SCL-90-R.....	14
Quadro 3: Síntese das sessões de grupo.....	35
Quadro 4: Resultados do Questionário de avaliação de Satisfação.....	43

1- Caracterização da Instituição

1.1 - Caracterização da Instituição

A Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB) é reconhecida como uma instituição de excelência na implementação de práticas de solieriedade e qualidade. Procura salvaguardar os seus valores culturais e históricos, visa promover, com eficiência, o desenvolvimento de respostas sociais direcionadas para a Terceira Idade, Infância e Saúde, privilegiando os grupos mais vulneráveis e contribuindo para o desenvolvimento da comunidade.

A primeira Misericórdia foi fundada em Lisboa, sob a direção de D. Leonor, no ano de 1498, atualmente, a instituição está instalada em quase todos os concelhos do país. No que concerne à Misericórdia de Barcelos, em 1836 o regime liberal cedeu-lhe o edifício do extinto Convento dos Capuchos no campo da feira, onde se situam atualmente dois dos sectores - Lar da Misericórdia e Lar Rainha D. Leonor (LRDL) – assim como os serviços centrais da instituição. Como supramencionado, atualmente esta instituição presta resposta social a duas valências, nomeadamente à valência infantil e à valência idosa, assim como ao nível da saúde. A valência infantil é constituída por seis sectores, nomeadamente o Centro Infantil de Barcelos, o Infantário Rainha Santa Isabel, o Centro de Atividades de Tempos Livres, a Creche As Formiguinhas, o Centro Social de Silveiros e a Creche Familiar. No que concerne à valência idosa, esta é constituída por cinco lares - Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (ERPPI) - dois centros de dia e dois setores de visita domiciliária. As ERPP são constituídas pelo Lar Nossa Senhora da Misericórdia (LNSM), Lar Rainha D. Leonor, Lar da Misericórdia, Lar Santo André, Centro Social Comendadora D. Maria Eva Nunes Corrêa (CSCDMENC) em Silveiros. Ainda, referentes à valência idosa, existe o Centro de Dia localizado no LNSM e os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), no LNSM e no CSCDMENC, para idosos não residentes nos lares. Tendo como objetivo a promoção de melhor assistência e qualidade nas respostas sociais, a SCMB proporciona uma variedade de serviços, nomeadamente, psicologia clínica, psicologia gerontológica, enfermagem, nutrição, animação, cabeleireiro, estética, entre outros.

Para além destas duas valências, atualmente a SCMB dá, também, respostas ao nível da saúde e da cantina social. A primeira abarca mais especificamente dois setores, a Clínica de Medicina Física e Reabilitação da Misericórdia de Barcelos, onde existe um consultório de psicologia, assim como outros serviços, nomeadamente fisioterapia Eletroterapia, Fototerapia, Termo terapia, Magnetoterapia, Hidroterapia, Massoterapia,

Cinesiterapia, Ventiloterapia, Mecanoterapia e Treino terapêuticos. E a unidade de cuidados continuados Integrados de Santo António, onde, atualmente foi criado outro consultório de psicologia.

Ao nível da Cantina Social, esta pretende suprimir as necessidades alimentares de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade socioeconómica, através da disponibilização de refeições e apoio psicológico (Pedras, 2011; 2014).

1.2 - Tipologia das ações desenvolvidas

A instituição acolhe estagiários de psicologia com a finalidade de acompanhar casos individuais clínicos, realizar intervenção em grupo e ações de formação. Assim, primeiramente, a atividade a ser desempenhada foi a observação de consultas de acompanhamento psicológico aos idosos da SCMB, assim como às psicólogas da instituição. Posteriormente, foram realizadas outras atividades, nomeadamente o acompanhamento de casos individuais, intervenções em grupo e ações de formação a outros profissionais.

1.3 - Descrição do contexto e do papel do psicólogo

A nível demográfico, assiste-se a um considerável aumento de pessoas idosas, resultando num dos fenómenos mais preocupantes da nossa sociedade, nacional e internacional (INE, 2012). O envelhecimento pode ser entendido como um problema social, bastante atual, considerado um dos maiores desafios com que as sociedades contemporâneas se confrontam e caracterizado por uma série de perdas a vários níveis, propiciando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos. Deste modo, esta população representa também uma fonte de preocupações para os seus familiares devido a não reunir as condições necessárias para que possam viver sozinhos e no seu próprio lar, o que leva a um comprometimento da satisfação das atividades de vida diária. Tais limitações expõem a pessoa idosa a uma situação de dependência física e mental, necessitando de alguém que os possa auxiliar, de forma a satisfazer as suas atividades de vida diária (Perlini, Leite & Furini, 2007). Neste sentido, torna-se relevante o contexto de internamento institucional, uma vez que está integralmente conexo a condições sociais, manifestação de doença, imobilidade, instabilidade e a perdas cognitivas (Spar & La Rue, 2005; Tavares, 2012; Urretavizcaya, 2003). Embora seja considerado que o ideal para o idoso seria estar inserido na família e na

comunidade, viver a sua vida com o máximo de qualidade possível, gozar de condições de cidadania plena e dispor de apoio institucional adequado quando se tornar necessário, contudo a realidade é que, muitas vezes, a institucionalização é uma necessidade incontornável (Pereira, 2012).

Nesta ótica, tratando-se de um campo tão abrangente e uma vez que o processo de envelhecimento depende de inúmeros fatores, de ordem genética e/ou patológica, de potencialidades individuais, assim como, da interferência do meio ambiente e do contexto sociocultural (Almeida & Malagris, 2011; Tavares, 2012; Young & Vitaliano, 2007), torna-se fundamental o papel do psicólogo relativamente à área do idoso institucionalizado. É pertinente referir que ao psicólogo integrado neste contexto, além da intervenção na psicopatologia e na doença mental é-lhe atribuída a tarefa de compreender o idoso e as suas perturbações, tornando-se necessário uma compreensão global da pessoa – o seu sofrimento, dificuldades comportamentais, relacionais, entre outros - tendo sempre em vista a promoção do bem-estar psicológico do idoso institucionalizado (Andresen, Oades & Caputi, 2003 cit in Slade, 2011).

O serviço de psicologia (SP) da SCMB consiste num trabalho especializado que pretende desenvolver funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento a nível da saúde de crianças, adultos e idosos. Procura, igualmente, ter um papel ativo na prevenção no campo da saúde mental e na colaboração com os demais departamentos da instituição.

Na valência da terceira idade, o SP depois de auxiliar na tomada de decisão acerca da admissão do idoso para a integração na instituição, engloba a avaliação psicológica e neuropsicológica que pressupõe uma intervenção, procurando criar, em conjunto com o idoso, estratégias no sentido de prevenir, diminuir, aliviar ou terminar com o seu sofrimento, com o objetivo último de restabelecer o seu bem-estar e equilíbrio psicológico. Ainda, caso se denote necessário, este acompanhamento psicológico engloba sessões com os respetivos familiares. Tendo em conta as necessidades dos idosos, comumente, as consultas são realizadas nos próprios lares, contudo, idosos com maior autonomia são acompanhados no Centro de Medicina Física e Reabilitação. O encaminhamento dos idosos é feito pelos profissionais de saúde - médicos e enfermeiros - dos respetivos lares ou mesmo pelos diretores técnicos destes setores. Nesta valência, são ainda realizadas intervenções em grupo, tais como, grupos de estimulação cognitiva, treino de competências sociais, grupos de Reminiscências, entre outros.

2- Caracterização da Observação

2.1- População Alvo

A observação apresenta-se, atualmente, como uma ferramenta bastante valorizada e altamente vantajosa para o processo terapêutico, uma vez que, facilita a previsão e o controlo de comportamentos (Dittrich, Strapasson, Silveira & Abreu, 2009). Assim, durante o período de estágio procedeu-se à observação dos idosos com a finalidade de recolher informação sobre eles, sobre a interação e a dinâmica entre os próprios utentes e entre estes e os colaboradores da instituição. Procedeu-se, também, à observação de consultas de acompanhamento psicológico aos utentes, assim como às psicólogas da instituição, no sentido de conhecer e perceber a dinâmica da consulta e a relação terapêutica estabelecida, assim como, as competências e estratégias utilizadas. Esta técnica foi fundamental para averiguar as exigências do contexto terapêutico e as possíveis formas de atuar neste contexto populacional.

No processo de observação, tornou-se possível observar diferentes casos clínicos e ter um conhecimento mais aprofundado de determinadas problemáticas, tais como adaptativas (adaptação ao lar), neurológicas (demências: Alzheimer, Parkinson), mentais (psicose, deficiência mental, depressão) e físicas (saúde e nutrição). Assim foram selecionados seis casos clínicos, sendo um caso representativo de cada problemática, estes encontram-se explanados no anexo VI.

2.2 - Avaliação das Necessidades

Partindo do conhecimento da realidade da população idosa nesta instituição, obtido através da observação da dinâmica no meio local, da interação com os utentes, da informação retirada junto da responsável do serviço de psicologia - Dra. Sofia Miranda - e outros técnicos e da consulta dos processos clínicos dos utentes, aponta-se algumas áreas passíveis de intervenção. Assim, tendo em consideração que existem apenas duas psicólogas – sendo que uma das profissionais permanece maioritariamente na valência infantil - para um número exacerbado de situações e casos individuais, considera-se prioritária e pertinente a elaboração e implementação de dois programas de intervenção em grupo, um no sentido de promover a estimulação cognitiva, e outro de treinar as competências sociais nos utentes idosos.

Relativamente ao primeiro programa de intervenção, uma vez que se verifica que as alterações cognitivas afetam grande parte desta população, a intervenção nesta área torna-se bastante pertinente, sendo que diversas investigações levaram a concluir

que a estimulação cognitiva tem consequências positivas no desempenho cognitivo dos idosos. Assim, estes resultados colocam em questão a irreversibilidade da degeneração das competências cognitivas associadas ao envelhecimento, relacionando maioritariamente essa decadência com a falta de estimulação dessas competências (Ferández-Ballesteros, 2011).

No que respeita ao segundo programa de intervenção, o seu desenvolvimento torna-se relevante uma vez que a responsável do SP demonstrou necessidades de intervenção nessa área, justificando que os utentes idosos demonstram carência de competências de comunicação e competências sociais. Atendendo a esta lacuna, a presente intervenção torna-se relevante devido à extrema importância, para o idoso, em saber interagir socialmente à medida que envelhece, uma vez que reforçam as redes de apoio para ultrapassar acontecimentos de vida potencialmente stressantes, assegurando deste modo, melhor qualidade de vida (Araújo & Melo, 2011).

Constatou-se, também, que uma das necessidades urgentes na instituição consiste na implementação de atividades de formação dirigidas às educadoras de infância e auxiliares da ação educativa de toda a valência infantil da SCMB, no sentido de fornecer informação e promover uma maior consciencialização da relevância da comunicação assertiva entre todos os profissionais para um melhor funcionamento interpessoal e institucional.

Verificou-se, igualmente, necessidade de realizar acompanhamento individualizado, sendo que, como supramencionado, existe apenas duas psicólogas para todos os setores da SCMB. No que concerne à valência idosa, estas intervenções tornam-se muito importantes uma vez que estão relacionadas com perturbações, doenças biológicas ou existência de acontecimentos de vida - adaptação, luto e perda de autonomia - que afetam significativamente a vida do idoso.

3 - Intervenção Individual

3.1- Caracterização da Intervenção Individual

A intervenção psicológica no âmbito individual, neste local de estágio, remete para atividades de avaliação psicológica e neuropsicologia. Esta avaliação constitui segundo Primi (2010) uma área central na psicologia, consistindo num processo complexo que visa conhecer o funcionamento psicológico dos idosos, de modo a orientar futuramente determinadas ações e decisões. Neste sentido, trata-se de um processo dinâmico que consiste na observação psicológica, na recolha de informação, nos instrumentos psicométricos¹, entre outras estratégias que permitam obter uma conclusão. Neste sentido, a utilização destas medidas de avaliação apresentam-se cruciais para uma melhor compreensão e conhecimento da pessoa. As intervenções tiveram, maioritariamente, como base a Terapia Cognitivo-Comportamental suportada pelos pressupostos da Psicologia Clínica e da Saúde.

3.2- Atividades de Acompanhamento e Intervenção Psicológica

3.2.1 - Processo 1: “N” (Estudo de Caso) N.º de Sessões 21

Identificação da utente

N. é natural de Guimarães, nascida a 25/12/1941 tem, atualmente, 74 anos de idade. É do sexo feminino, viúva e reside no Lar Nossa Senhora da Misericórdia, pertencente à SCMB, há cerca de um ano. A utente ingressou no lar devido à indisponibilidade da família.

Problema Apresentado

N. foi encaminhada para os serviços de psicologia por se apresentar num estado de esvaziamento afetivo, muito deprimida, isolada e com tendência autodepreciativa. A

¹ A caracterização da avaliação psicométrica utilizada, nos casos clínicos acompanhados, encontra-se no anexo VI.

utente revela sentir-se muito triste, com dificuldades no sono, sem disposição e entusiasmo para participar em qualquer situação e sem motivação para viver.

História do Problema

A utente refere com angústia o facto de viver a sua infância/adolescência num colégio interno, separada dos pais e dos irmãos, o que a deixava muito triste e deprimida.

Aos dezassete anos quando saiu do colégio deparou-se com a madrasta que, segundo a utente, tinha um temperamento muito negativo e agressivo, causando-lhe pavor e baixa autoestima. Consequentemente, mais uma vez foi forçada a abandonar a família e trabalhar noutra cidade.

Mais tarde, após o falecimento do marido sentiu uma grande agonia, mais uma vez se sentia desprotegida. A utente revela ser uma fase muito difícil de ultrapassar (*“mas tinha que continuar a minha vida, já só tinha a minha filha e a família dela, que me apoiou muito”*, sic.). Apesar do apoio da filha revela que sentia continuamente angústia e desmotivação afirmando, também, que sempre foi uma pessoa desanimada e deprimida.

Devido à falta de disponibilidade da filha, esta, decidiu que a mãe ingressasse no lar, com a pretensão de evitar-lhe o isolamento, uma vez que N. teria que ficar sozinha durante o dia todo. Esta ingressão não parece ter favorecido a utente, atendendo ao humor deprimido e isolamento social que apresenta, assim como ao relato da sua história de vida marcada por perdas e separações e atualmente ao medo de perder o suporte prestado pelo lar. Todos estes fatores aparentam estar na origem do seu sofrimento, sentimentos de angústia e abandono, tendo as suas repercussões no seu estado de saúde psicológica.

História Biopsicossocial

N. refere que era uma criança tímida e muito calma. Os seus pais divorciaram-se quando tinha quatro anos de idade, sendo integrada num colégio interno, onde viveu até aos dezassete anos. Refere que foi muito difícil a vida no colégio, por diversas vezes sentiu vontade de fugir e ir para perto da mãe e dos irmãos, mas percebia que era impossível e ficava a chorar por longos períodos de tempo (*“as freiras eram muito severas, mas foi lá que me ensinaram tudo e que fiz o exame da quarta classe”*, sic.). Tinha seis irmãos, quatro eram da segunda união do pai, a relação com os pais e irmãos

sempre foi positiva, embora muito afastada. Quando saiu do colégio foi viver com o pai e a madrasta, esta (*“era muito exigente e nervosa, queria que eu trabalhasse o tempo todo nas tarefas de casa e no quintal e ainda me batia, chamava-me nomes e dizia que eu era feia e fraca”*, sic.). A sua mãe refizera a vida com outra pessoa e imigrou para outro país (*“de vez enquanto ou no Natal escrevia-me uma carta”*, sic.). Devido à relação conflituosa com a madrasta, o pai conseguiu-lhe um emprego numa fábrica de bordados no Porto, ficando a viver em casa dos patrões (*“trabalhava muito, mas eles foram meus amigos”*, sic.).

Por volta dos dezoito anos conheceu o homem com quem se casou após dois anos. O marido tinha uma empresa de serralharia e N. ficou em casa dedicando-se aos trabalhos domésticos e aos bordados. A relação com o marido era estável (*“tínhamos as nossas desavenças mas dava-nos bem”*, sic.). Faleceu há trinta anos de doença (*“foi uma fase muito difícil, senti que mais uma vez ficava sozinha, mas tinha que continuar a minha vida, já só tinha a minha filha e a família dela, que me apoiou muito”*, sic.). Apesar do apoio da filha revela que sentia continuamente angústia e desmotivação afirmando, também, que sempre foi uma pessoa desanimada e deprimida.

Tem uma única filha, com quem mantém boa relação, assim como com o genro e com os dois netos. A filha é gerente num supermercado e o genro tem uma empresa de construção. A utente revela que eles têm uma vida muito ocupada e que ultimamente precisava de alguém para a apoiar devido às fragilidades próprias da idade, e também porque passava muito tempo sozinha, então a filha decidiu que ela ingressasse no lar. Contudo, desabafa: (*“Carrego comigo a mágoa de ter que deixar de viver com eles lá em casa, e agora tenho medo se um dia tenho que sair daqui”*, sic.).

No processo clínico de N. não são referidas outros problemas de saúde, além de um historial depressivo, osteoporose, problemas de obesidade e ultimamente revela dificuldades auditivas.

Avaliação do estado mental

A utente de aparência cuidada e vestuário adequado apresentou-se colaborante mas com um contacto ocular lento. A sua idade real corresponde à aparente. Apresenta uma postura estática e curvada, sem reflexos gestuais. O seu discurso tem uma velocidade lenta, fluência organizada e ligeiras falhas de memória no discurso espontâneo.

No que concerne ao humor, N. apresenta um estado de humor depressivo, com sentimentos de angústia e desânimo, a expressão facial, a maior parte do tempo, é triste.

Relativamente, ao espaço e tempo, está orientada auto e alopsíquicamente e com juízo crítico.

No que se refere à avaliação de perigo iminente, N. refere nunca ter pensado no suicídio. A utente não consome álcool, nunca fumou, nem recorreu ao uso de drogas ilícitas. Salienta-se, ainda, que não se verificou presença de atividade delirante nem evidências de fenómenos alucinatórios.

Observação

A utente na primeira consulta apresentou uma postura de resistência e desinteresse, não mantendo o contacto ocular e optando por respostas curtas e rápidas, contudo, com o estabelecimento da relação terapêutica, baseada na empatia, a utente foi assumindo posturas mais descontraídas e sentindo-se mais à vontade. Mantendo uma postura colaborativa e partilhando com facilidade os conteúdos mais traumáticos e delicados da sua história pessoal.

Com o decorrer das consultas foi possível perceber que possuía um comportamento pouco assertivo (e.g., prefiro sofrer para mim, mas não consigo falar; nunca consigo dizer que não), nada a incomoda relativamente à dinâmica e ao pessoal do lar, recusava, unicamente, a participação nas atividades sócio-recreativas, optando por se acomodar na sua cadeira, argumentando não ter disposição nem competências. Contudo, com o decorrer das consultas verificaram-se mudanças positivas significativas relativamente à participação nas atividades, assim como na melhoria da saúde psicológica.

Avaliação Psicológica/ Psicométrica /Resultados:

No sentido de corroborar a sintomatologia previamente identificada procedeu-se à avaliação psicológica, que incluiu os seguintes instrumentos: a entrevista clínica da SCMB, a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista (ACER – R, 2008), a Escala Geriátrica de Depressão (EGD), o SCL-90-R Symptom Checklist 90 Revised e a Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Através da avaliação Cognitiva de Addenbroke, avaliou-se os domínios: orientação, atenção e concentração, memória, funções executivas, linguagem e aptidões

visuo-espaciais. As pontuações foram confrontadas com os valores normais do grupo etário (70-74) e grau cultural da população portuguesa (1-4).

A utente apresentou um resultado de 72 pontos no ACE-R total, o que sugere défice cognitivo (valor indicado para declínio cognitivo ligeiro é de 73.74, $dp=9.59$; pontuação máxima de 100), de acordo com os dados normativos para a sua idade (74 anos; $M=77.46$; $dp=9.7$) e escolaridade (4ª classe do ensino básico). No que diz respeito aos diferentes domínios avaliados, a utente obteve 14 pontos para o domínio de atenção e orientação ($M=17.13$; $dp=1.309$), 15 na memória ($M=17.47$; $dp=4.57$), 9 na fluência ($M=7.70$; $dp=2.54$), 24 pontos no domínio da linguagem ($M=21.48$; $dp=3.21$), 10 pontos no domínio visuo-espacial ($M=13.67$, $dp=1.61$) e 22 pontos no MMSE ($M=25.33$, $dp=2.79$).

Quadro 1: *Resultados do funcionamento cognitivo no ACE-R.*

ACE-R Total	72	Défice ligeiro
Atenção/orientação	14	Défice ligeiro
Memória	15	Défice ligeiro
Fluência	9	Sem défice
Linguagem	24	Sem défice
Capacidade visuoespacial	10	Défice ligeiro
MMSE	22	Défice Cognitivo ligeiro

Deste modo, podemos verificar que o seu desempenho se situa ligeiramente abaixo da média nos domínios de atenção/orientação, memória e capacidade visuo-espacial. A dimensão de fluência e linguagem apresentam-se mais preservadas.

Podemos concluir relativamente ao funcionamento cognitivo global, no instrumento de rastreio usado (ACE-R), que se verifica a presença de **défice cognitivo ligeiro**, com défice associado em alguns domínios avaliados (atenção e concentração, memória e capacidade visuo-espacial).

Através da Escala de Depressão Geriátrica avaliou-se a sintomatologia depressiva, verificando-se valores muito elevados. A utente apresentou um resultado de 22 pontos (numa pontuação máxima de 30), o que sugere a presença de sintomatologia depressiva grave.

No que concerne ao SCL-90-R Symptom Checklist 90 Revised foram obtidos os seguintes valores:

Quadro 2: Resultados do SCL-90-R.

Fatores do SCL-90-R	Valores obtidos pela utente	População geral	
		M	DP
Somatização	2.33	0.55	1.03
Obsessão e Compulsão	2.10	0.98	1.40
Sensibilidade Interpessoal	1.44	0.73	1.27
Depressão	3.23	0.65	1.10
Ansiedade	1.80	0.65	1.15
Hostilidade	0.16	0.79	1.39
Ans. Fóbica	1.14	0.29	0.87
Ideação Paranoide	1.00	0.94	1.50
Psicoticíssimo	0.80	0.40	0.80

Através da análise dos resultados obtidos torna-se possível concluir que na escala de Depressão N. apresenta valores extremamente elevados, o que corrobora com os dados recolhidos na entrevista, sendo uma pessoa com sentimentos contínuos e persistente de angústia, desânimo e inseguranças. Nas escalas de Somatização, Obsessão-Compulsão e Ansiedade obteve valores moderados. No que concerne às escalas Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticíssimo apresentou valores baixos e na escala Hostilidade obteve um valor muito baixo deve-se ao facto de ser uma pessoa muito passiva e acomodada.

Para averiguar a existência de alguma relação entre o suporte social e os seus sintomas depressivos, aplicou-se a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), obtendo os seguintes resultados: *Score total* = 34/15-75; dimensão *Satisfação com os Amigos* 13/25; dimensão *Intimidade* 8/20; dimensão *Satisfação com a família* 5/15; e na dimensão *Atividades Sociais* 8/15. Verifica-se resultados desfavoráveis na Escada de Satisfação com o Suporte Social total, assim como em todas as subescalas.

As medidas de avaliação utilizadas apresentaram-se profícuas, uma vez que permitiram a elaboração de um diagnóstico preciso e prudente. Relativamente à cooperação da utente, embora, por vezes, um pouco mais deprimida e com dificuldades auditivas, desenvolvia rapidamente uma postura bastante colaborante, respondendo aos instrumentos com entusiasmo e empenho.

Perante os sintomas apresentados pela utente através da entrevista, da observação, dos resultados dos testes de avaliação e da consulta do Manual de

Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V; APA, 2013), foi atribuído à Dona N. o seguinte diagnóstico: 300.4 Perturbação Depressiva Persistente, grave, com características melancólicas, com início tardio e com síndrome distímica pura.

Diagnóstico Diferencial

Tendo em consideração a sintomatologia apresentada pela utente, tornou-se particularmente difícil a definição do diagnóstico pelo fato da Perturbação Depressiva Major compartilhar sintomas muito similares. No entanto, este diagnóstico foi excluído uma vez que no momento de avaliação não preenchia a totalidade dos critérios exigidos pelo DSM-V (APA, 2013). São excluídas, também, as Perturbações Psicóticas, dado que a utente não tem historial de distúrbios psicóticos, ou seja, não se verificou presença de atividade delirante nem evidências de fenómenos alucinatorios. É diferenciada das Perturbações Bipolares, uma vez que a utente não tem historial de episódios maníacos ou episódios hipomaníacos e da Perturbação Devida a Outra Condição Médica, porque não foi verificada nenhuma condição médica à qual se pudesse atribuir a causa de sintomatologia depressiva. Ainda se exclui a Perturbação depressiva Induzida por substâncias/medicamentos, uma vez que não existem registos de uso recente ou prolongado de substâncias que causem efeito direto na Perturbação do Humor de N. Visto a paciente não apresentar critérios nem características de desadaptação da personalidade não lhe é diagnosticada nenhuma perturbação ao nível da personalidade (APA, 2013).

Concetualização clínica

A depressão é das doenças psiquiátricas mais frequentes, sendo também uma das maiores causas de morbidade e perda de qualidade de vida (Marques-Teixeira, 2007; Palma, 2000, cit in Barros, 2011). Esta patologia refere-se a um estado de esvaziamento afetivo, ou seja, de perda de energia vital, de entusiasmo, de motivação e de disposição de viver, todos estes sintomas estão continuamente presentes na vida e na história de N. Esta apresenta um estado de humor diferente do declínio passageiro do humor experimentado pela maioria das pessoas, quando estas reagem normalmente às situações de perda, e perturba muitos aspetos do funcionamento físico, mental e social.

Na depressão, são considerados como principais sintomas: o humor negativo (tristeza, choro, irritação, ansiedade); perda de interesse e satisfação pelas atividades; alterações na atenção, concentração e memória; perturbações do sono e do apetite;

fadiga crónica; queixas físicas atípicas; dificuldade na expressão verbal das emoções; baixa autoestima e diminuição da confiança em si e nos outros; sentimentos de culpa e ideias pessimistas sobre o futuro e em casos mais graves ideias suicidas (Hale, 2000, cit in Salgueiro, 2007; Marques-Teixeira, 2007; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Relativamente ao caso de N., esta apresenta vários dos sintomas supramencionados, nomeadamente, humor muito deprimido, diminuição na energia e disposição para a realização das atividades do lar, diminuição da atenção e concentração, alterações do sono e do apetite (sente muitas dificuldades em adormecer e aumento do apetite), ideias pessimistas sobre o futuro (preocupação em sair do lar e não ter para onde ir), baixa autoestima e autoconfiança (“já não sirvo para nada, não consigo fazer as coisas como os outros”, sic.).

É de salientar que, no que concerne ao idoso a depressão é comum, no entanto, e ao contrário do que comumente se pensa, não é um estado específico do indivíduo idoso nem faz parte do processo natural do envelhecimento (Maurício, 2010; Vaz & Gaspar, 2011). Os motivos que muitas vezes estão na origem dos sintomas depressivos na população idosa e que podem constituir fatores de risco para o desenvolvimento desta perturbação são: riscos demográficos (ruralidade, género, idade, estado civil, institucionalização, escolaridade e *status* socioeconómico); riscos psicossociais (acontecimentos de vida, luto, isolamento socio-afetivo, apoio sociofamiliar, solidão, dificuldades cognitivas e história prévia de depressão); e risco de saúde (doença física, doenças crónicas, incapacidades, doença psíquica e ingestão de medicamentos depressores) (Zunzunegui et al., 1998, cit in Vaz & Gaspar, 2011). Também os fatores genéticos, as interpretações distorcidas de acontecimentos vitais, os sentimentos de frustração e a própria história do sujeito, marcada por perdas progressivas, podem ser acrescentados ao conjunto de fatores que podem ter influência no desenvolvimento da depressão (Bastos, 1997; cit in Barros, 2011; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Os fatores de risco apresentados na história clínica de N. e que podem ter influenciado no desenvolvimento da depressão são: os episódios de perdas e separações de figuras significativas durante a sua história existencial; algumas interpretações distorcidas; o isolamento socio-afetivo; a perceção do baixo apoio sociofamiliar; e a solidão. Também a integração na instituição foi percecionada pela utente como mais uma separação/perda e atualmente a preocupação com a possibilidade de perder o lar (“*Carrego comigo a mágoa de ter que deixar de viver com eles em casa, e agora tenho medo de um dia ter que sair daqui*”, sic.).

Sendo a depressão uma patologia que afeta o bem-estar e o bom funcionamento da vida da pessoa, depois de diagnosticada, deve proceder-se a um acompanhamento profissional no sentido de lhe proporcionar um funcionamento mais saudável. Neste sentido, a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) torna-se imprescindível e eficaz no tratamento dos sintomas depressivos, uma vez que permite ajudar os pacientes a entender e gerir a sua doença, reduzir os sintomas e resolver problemas, que não respondem totalmente à medicação (Arlow et al., 1997; Hollon et al., 2005; Kingsep et al., 2003; Naem et al., 2006 cit in Writght, Turkington, Kingdon & Basco, 2009).

Ainda, no sentido de proporcionar à utente uma melhor recuperação, torna-se profícua uma intervenção coadjuvada entre a TCC e o Plano Individual de Recuperação (PIR). Este tipo de terapia – PIR - tem não só em consideração o tratamento dos sintomas depressivos, mas também a recuperação social do indivíduo, mais especificamente das atividades diárias e dos relacionamentos interpessoais. Para além destes aspetos, o plano proporciona à pessoa o desenvolvimento de um conjunto de competências de autogestão da doença, incluindo estratégias caso existam recaídas. Neste sentido, o indivíduo tornar-se-á mais independente e conseqüentemente terá a sua autoestima renovada (Slade, 2011).

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

A intervenção de N. teve como objetivo principal a recuperação pessoal, reabilitação psicossocial, e a redução da sintomatologia depressiva, no sentido de se promover o bem-estar geral da utente.

A terapia teve como objetivos específicos: (1) Otimização da relação terapêutica; (2) A normalização e desestigmatização; (3) Psicoeducação; (4) Identificação e modificação de pensamentos automáticos; (5) Modificação de crenças disfuncionais; (6) Implementação de estratégias comportamentais; (7) identificação de questões ou preocupações; (8) construção da prevenção de recaídas.

A terapia psicológica foi dividida em três partes, de modo a atingir todos os objetivos e o sucesso terapêutico. Assim, inicialmente, atendendo à postura renitente da utente, no início da terapia, foi necessário promover uma boa relação terapêutica baseada na confiança e empatia (total compreensão pelo seu sofrimento e explicação da obrigatoriedade do sigilo e ética profissional). Esta estratégia pretende demonstrar o interesse genuíno por parte do terapeuta nas lutas diárias do paciente, antes de tentar

modificar crenças disfuncionais (Kingdon & Turkington, 2005, cit in Writght, Turkington, Kingdon, & Basco, 2009).

Procedeu-se também à normalização e desestigmatização, procurando ajudar a paciente a perceber que os tipos de experiências que possui são compartilhadas por muitas outras pessoas no mundo e que acontecimentos de vida (por exemplo, alterações do sono, traumas, perdas) são conhecidos como desencadeares de sintomas depressivos. Fornecendo, assim, à utente uma compreensão e visão de aceitação dos seus problemas, ajudando-a a desenvolver atribuições normais sobre a sua perturbação, nomeadamente a aceitação da conceptualização vulnerabilidade, minimizar a auto-depreciação, adotar uma atitude de resolução de problemas, e contemplar o terapeuta como um aliado na terapia (tarefa de recuperação enquadramento da “doença mental”).

Relativamente à psicoeducação, esta componente educativa sobre a perturbação e métodos usados na terapia encontrou-se presente em todo o processo de acompanhamento, oferecendo benéficas oportunidades para explicar ou ilustrar conceitos. Deu-se ênfase à apresentação dos fundamentos lógicos do tratamento, ao esclarecimento do ciclo vicioso dos pensamentos negativos e da depressão, às particularidades do funcionamento desses pensamentos ao nível da mente e ao nível do comportamento, e por último ao esclarecimento da possibilidade de mudança. Nestas sessões iniciais, frisou-se a importância do seu papel ativo no processo terapêutico, sendo assim implementada a tarefa de recuperação (desenvolvimento de uma identidade positiva). Tornava-se evidente a utilidade destas técnicas, pois os receios, e a desmotivação de N. no início da terapia, foram desaparecendo. A utente desenvolvia autoconfiança e entregava-se ao processo terapêutico.

Seguidamente, uma vez que a utente apresentava uma postura muito colaborante e revelava concentração, prosseguiu-se com a identificação de pensamentos automáticos e modificação das crenças disfuncionais. Segundo, Writght, Turkington, Kingdon e Basco (2009) muitas das cognições mal adaptativas do sujeito surgem sob a forma de pensamentos automáticos, isto é, cognições que ocorrem rapidamente em situações ou em resposta às lembranças ou outras perceções, e que normalmente não são submetidas à análise racional. Esses pensamentos automáticos são muitas vezes negativamente distorcidos. Assim, uma vez que os erros cognitivos desempenham um papel importante na escalada de sintomas depressivos, a sua identificação e modificação torna-se fulcral.

Deste modo, numa primeira fase a utente identificava e registava situações e acontecimentos que desencadeavam pensamentos e emoções negativos (e.g., *sofro*,

porque tenho medo que um dia tenha que sair daqui, o que será de mim; Penso muitas vezes se fico numa cadeira de rodas e dou muito trabalho às pessoas; prefiro sofrer do que falar o que sinto). Numa segunda fase, avançava-se com a reestruturação cognitiva. Juntamente com a utente, procedeu-se à análise dos pensamentos e emoções identificadas, questionando e refletindo sobre os mesmos. Ou seja, através de um diálogo socrático, apresenta-se sugestões, possibilidades e evidências contrárias ao pensamento da utente, possibilitando-a a desacreditar ou dar menos valor aos seus pensamentos negativos. Esta técnica permitiu que as falsas crenças e pensamentos distorcidos fossem substituídos por cognições mais adaptados e realistas, melhorando a autoestima da utente e desenvolvendo uma maior confiança no futuro e nos outros.

Nestas sessões foi também introduzida a Terapia das Reminiscências. Este é um processo natural de evocação das experiências significativas ocorridas no passado e que é inerente ao ser humano (Jonsdottir, Steingrimsdottir & Tryggvadottir, 2001, cit in Gonçalves & Martín, 2007). Pretendia-se que N. recordasse experiências às quais associasse prazer ou dor (Haight, Bachman, Hendrix, Wagner, Meeks & Johnson, 2003, cit in Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008), possibilitando analisar o passado, compreender as mudanças ocorridas, as adaptações e transições, as suas relações com os outros e os conhecimentos adquiridos (Puyenbroeck & Maes, 2005; Watt & Cappeliez, 2000, cit in Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008). Tendo a possibilidade de enfrentar as suas memórias e avalia-las segundo outras perspetivas, N. teve a oportunidade de resolver eventuais conflitos intrapsíquicos localizados no passado (Gonçalves & Martín, 2007).

Avançou-se também com a implementação de estratégias comportamentais, uma vez que esta utente apresentava uma depressão persistente, profundamente enraizada, tornou-se importante o planeamento de atividades e atribuições de tarefas, objetivando a ativação comportamental, bem como programação de eventos agradáveis (e.g., identificar fatores facilitadores e distratores - participar na ginástica, nas atividades sócio-recreativas do lar, auxiliar nas tarefas do refeitório - promover as suas relações sociais - interagir com outros habitantes do lar e auxiliar os mais dependentes – no sentido de fortalecer a autoestima e a motivação e de combater o isolamento social.

Numa terceira fase procurou-se, também, identificar as questões ou preocupações que aumentavam a perturbação ou desorientavam o pensamento. No sentido de auxiliar a utente a ser capaz de melhorar o foco de atenção para outros assuntos através de auxiliares de concentração, tais como a construção de uma lista e

cartões de enfrentamento. Pediu-se à utente para listar as suas principais preocupações e problemas que estivessem a desorientar o seu pensamento, procurando identificar e encontrar soluções eficazes e adaptativas para lidar com os problemas. O objetivo é auxiliá-la nos processos de identificação dos problemas, especialmente perceber as suas causas e reconhecer os recursos de que dispõem para enfrentar as suas dificuldades, implementando, assim, a sensação de controlo sobre as mesmas (estratégia de coping). Foram construídos cartões de enfrentamento (eg., “esta é a minha casa, estou feliz e segura aqui”; “sinto-me muito bem ajudar os outros”; “animo-me e sou mais saudável”) que a utente colocou num lugar onde pode ler sempre que o pensamento disfuncional surgir, permitindo assim enfrentar situações problemáticas e evitar recaídas.

Nos últimos encontros, foi-se obtendo feedback da utente, relativamente à terapia decorrida ao longo dos encontros, no sentido de verificar os progressos da utente e de comunicar o término do acompanhamento psicológico. Foi novamente aplicada a EDG, obtendo-se valores que sugerem sintomatologia depressiva ligeira (14/30) vs. (22/30) sintomatologia depressiva grave.

O feedback foi positivo, N. apresenta-se, na maior parte do tempo, com um humor eufímio, mais autoconfiante e com uma postura mais positiva perante a vida. A utente revelou, com satisfação que a qualidade do seu sono melhorou significativamente. Auxilia, com muito agrado, em algumas tarefas do lar, participa, semanalmente, na atividade da ginástica e em outras atividades sociorecreativas do setor. Desenvolveu uma relação interpessoal mais positiva (conversa com as suas colegas e sai à rua, quase diariamente, com uma colega).

Em suma, este caso tornou-se muito estimulante, por todo o historial apresentado pela utente e muito reconfortante no que diz respeito aos resultados conseguidos.

3.2.2 - Processos Clínicos Gerais

Seguidamente apresenta-se uma descrição sucinta de outros processos clínicos acompanhados em consulta psicológica que foram sujeitos a avaliação e intervenção. Os mesmos encontram-se em anexo de modo completo e pormenorizado (anexo II, III, IV e V).

Processo 2: “M”

Identificação da utente

Sexo feminino, 77 anos, viúva. Ingressou no lar por vontade própria.

Problema Apresentado

Utente bastante ansiosa e apelativa. Preocupação com a possibilidade de ocorrer um episódio de epistaxis.

Avaliação Psicométrica

Entrevista clínica da SCMB, o Mini-Mental State (MMS), a Escala Geriátrica de Depressão (EGD), Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton e a Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Diagnóstico

300.02 (F41.1) Perturbação de Ansiedade Generalizada.

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

A intervenção de M. teve como objetivo principal a redução da sintomatologia ansiosa, no sentido de auxiliar no controlo da Hipertensão Arterial (HA) e de promover o bem-estar geral da utente.

A terapia teve como propósitos:

- Otimização da relação terapêutica, promovendo uma boa relação terapêutica baseada na confiança e empatia.
- Normalização e desestigmatização, referindo, por exemplo, que a ansiedade é uma emoção natural do ser humano, no entanto, o excesso de medo ou nervosismo pode prejudicar a vida social e a saúde emocional e física da pessoa, tornando-se numa perturbação.
- Psicoeducação, procedendo a uma identificação da relação entre os pensamentos e a ansiedade e fazendo uma análise aprofundada sobre o valor e utilidade da preocupação exacerbada.
- Identificação e Modificação de crenças disfuncionais, que contribuem para a visão negativista que caracteriza esta perturbação da ansiedade. Foi mostrado, à utente, através da análise de seus pensamentos, o que promove a manutenção dos seus medos e

lhe causa ansiedade (e.g., “ não posso ver desgovernos, eu sei que a minha gente gasta muito dinheiro mal gasto, tenho medo que precisem e não tenham”), através de um diálogo socrático apresenta-se sugestões, possibilidades e evidências contrárias ao pensamento da utente, oferecendo caminhos para novos pensamentos mais verdadeiros e menos ansiogénicos.

- Promoção de competências de autocontrolo e de gestão do stress. (1) Através do recurso a cartões de enfrentamento (eg., “o único momento real é o presente”; “hoje a minha família é prospera e saudável”; “hoje estou saudável, sinto-me grata”). (2) Promovendo técnicas que permitissem o alívio da sintomatologia ansiosa, nomeadamente, no âmbito do relaxamento (eg., relaxamento, respiração diafragmática).

- Treino de competências sociais, através da assertividade e resolução de problemas. No sentido de orientar para o desenvolvimento de novas competências alternativas ou modos de proceder mais adequados (e.g., papel das funcionárias; regras da instituição; importância do respeito moral para com os outros).

- Prevenção de recaídas, expondo a utente aos temas recorrentes que surjam como foco da preocupação, para desativar o seu potencial ansioso. Através desta técnica a paciente é encorajada a fazer um reconhecimento das circunstâncias que se podem tornar situações de alto risco para o aparecimento das suas crenças negativas (Rangé, 2011).

Foi resgatado juntamente com a utente os motivos pelos quais a sua HA se elevava, mesmo fazendo a medicação, lhe surgiam episódios de epistaxis e se envolvia em conflitos interpessoais. Atualmente, sabendo que pode lidar melhor com situações sociais diz sentir-se mais tranquila e confiante. Também foi reforçado que ela somente apresentou essas melhoras porque colaborou ativamente com todo o processo terapêutico, desenvolvendo recursos próprios para enfrentar situações de ansiedade.

Além disso, apesar da diminuição de comportamentos de ansiedade exacerbados característicos da PAG, ainda foi observada a necessidade de que a paciente fosse acompanhada no sentido de prevenção de recaídas, bem como a possibilidade de continuar o tratamento com relação a sintomas residuais da PAG observados na utente e apontados na escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (*Score* total = 31/56).

Processo 3: P. D.

Identificação da utente

Sexo feminino, 79 anos, viúva. Ingressou no lar por vontade da sobrinha (representante legal), uma vez que se encontrava a viver sozinha.

Problema Apresentado

A utente apresenta graves alterações de memória, assim, foi solicitado estimulação cognitiva e auxílio na integração ao lar.

Avaliação Psicométrica

Entrevista clínica da SCMB, a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke e a Escala Geriátrica de Depressão (EGD).

Diagnostico

331.9 (G31.9) Perturbação Neurocognitiva Major devida a doença de Alzheimer Possível, com perturbação do comportamento.

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

Atendendo à sintomatologia da utente (problemas de memória, desorientação no espaço e no tempo e dificuldades nas funções executivas) foi utilizado o Treino de Estimulação Cognitiva, no seu plano de intervenção. Este apresenta como principal objetivo retardar o processo degenerativo e promover melhoramentos ao nível da plasticidade cerebral da utente, através da reestruturação cognitiva. Os objetivos específicos consistem na estimulação de várias áreas cognitivas, nomeadamente a nível da memória, das funções perceptivas, da orientação espaço-temporal, da linguagem e das funções executivas.

Relativamente à estimulação ao nível da memória, atuou-se, prioritariamente, na memória a curto prazo (através da memorização, retenção e evocação) e na memória autobiográfica, no sentido de manter a identidade e a autoestima da utente. Trabalhou-se, também, a memória semântica e a implícita através de questões acessíveis, no sentido de contrariar a evolução da doença, uma vez que, com a evolução desta, também estes tipos de memória começam a sofrer alterações.

Estimulou-se as funções da atenção e concentração, solicitando-se à utente que realizasse determinados exercícios, numa folha de registo (eg., encontrar: algarismos, letras, nomes, diferenças), incitando que os realizasse com sucesso. Numa primeira abordagem a utente procurou realizar os exercícios individualmente, quando apresentava dificuldades repetia-se a instrução e auxiliava-se na realização e compreensão da tarefa.

Procedeu-se, insistentemente, à estimulação espaço-temporal, através técnicas de orientação para a realidade, utilizando-se a apresentação de questões relativas ao meio envolvente (hora, dia, estação do ano, local onde reside, entre outros).

Na estimulação das funções executivas, uma vez que a utente apresenta dificuldades na capacidade de pensamento abstrato e de planear, monitorizar e parar um comportamento complexo, foram utilizados exercícios práticos (sobre semelhanças, diferenças, sequências de ação e sequências lógicas) que a obrigassem pensar sobre melhor forma de solucionar a situação.

Para além da aplicação de exercícios de estimulação da memória, da atenção e das funções executivas, foram utilizados também exercícios direcionados para a estimulação de áreas cognitivas facilmente afetadas por esta doença: estimulação da afasia, apraxia, agnosia.

Na estimulação da afasia, promoveu-se a compreensão da linguagem, através da estimulação da leitura, solicitando à utente a nomeação de pessoas e objetos, a repetição de frases e palavras e a execução de ações. Na estimulação da apraxia, tendo em atenção que os doentes com esta área afetada revelam dificuldade de organizar atos motores intencionais apesar de as capacidades motoras, a função sensorial e a compreensão da tarefa requerida estarem intactas (Santana 2005), estimulou-se as capacidades para executar movimentos ajustados ao que se pretende, através da mímica e da cópia de desenhos. Para a estimulação da agnosia, aplicou-se exercícios de interpretação de informações sensoriais, solicitando o reconhecimento de objetos e lugares, figuras geométricas, rostos, animais, cores e objetos, identificar sons, através de exercícios olfativos, tácteis, visuais e auditivos.

Nas últimas consultas foi executada nova avaliação, sendo que os resultados foram semelhantes (Na ACE-R, apresenta um *score* total de 29/100 vs. 27/100; na EDG 13/30 vs. 14/30) ainda que a evolução tenha sido menos satisfatória que o esperado, considera-se um resultado positivo. Assim, torna-se relevante a continuidade do acompanhamento psicológico, no âmbito da estimulação cognitiva, uma vez que se

pretende retardar o processo degenerativo e promover melhorias no âmbito da plasticidade cerebral.

Processo 4: M. J.

Identificação da utente

Sexo feminino, 75 anos, solteira. Reside no Lar há um mês e meio. Ingressou no lar por vontade própria devido a residir sozinha e sem condições físicas habitacionais.

Problema Apresentado

Solicitação de auxílio no processo de integração e adaptação ao lar, uma vez que se mostrava isolada e muito deprimida.

Avaliação Psicométrica

Entrevista clínica da SCMB, o Mini-Mental State (MMS), a Escala Geriátrica de Depressão (EGD) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Diagnóstico

309.0 (F43.21) Perturbação de ajustamento com humor deprimido.

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

A presente intervenção baseou-se 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).

A intervenção de M.J. teve como objetivo principal a recuperação de um nível satisfatório de bem-estar psicológico para promover adaptação positiva ao lar. Nesse sentido os objetivos específicos são: (1) Otimização da relação terapêutica; (2) A normalização e desestigmatização; (3) Psicoeducação; (4) Identificação e modificação de pensamentos automáticos; (5) Implementação de estratégias comportamentais; (6) Modificação das crenças disfuncionais.

Inicialmente foi estabelecida uma relação terapêutica baseada na empatia, na compreensão, na confiança e no apoio incondicional, mostrando o interesse genuíno nas dificuldades. Procedeu-se também à normalização e desestigmatização, procurando ajudar a paciente a perceber que a sua experiência é compartilhada por muitas outras pessoas e que certos acontecimentos desencadeiam determinados sintomas, fornecendo-lhe uma compreensão e aceitação dos seus problemas. Na componente psicoeducativa deu-se ênfase à importância da motivação e do seu papel ativo no processo terapêutico.

Seguidamente, prosseguiu-se com a identificação de pensamentos automáticos e modificação das crenças disfuncionais. Foi explicado à utente que os seus pensamentos automáticos (acerca da morte das irmãs no lar e do distanciamento da família) são muitas vezes negativamente distorcidos causando-lhe um estado de desmotivação e tristeza profunda. Tal como referiram, Wright, Turkington, Kingdon e Basco (2009) uma das principais causas da falta de motivação e bem-estar, são crenças mal adaptativas do sujeito surgem sob a forma de pensamentos automáticos. Avançou-se com a reestruturação cognitiva, juntamente com a utente, procedendo-se à análise dos pensamentos e emoções identificadas, questionando e refletindo sobre os mesmos, permitindo que as falsas crenças e pensamentos distorcidos fossem substituídos por crenças mais adaptadas e realistas, melhorando a autoestima da utente e desenvolvendo uma maior confiança no futuro e nos outros.

Posteriormente, procedeu-se à implementação de estratégias comportamentais, uma vez que, por um lado, esta utente apresenta isolamento e humor deprimido, mas, por outro lado, referiu ter boa relação com amigos e com os outros habitantes do lar, tornou-se importante o planeamento de atividades e atribuições de tarefas, procurando a ativação comportamental, bem como a programação de eventos agradáveis (eg., participar na ginástica e nas atividades sociorecreativas do lar; interagir com outros habitantes do setor; encontrar-se com as suas amigas fora do lar), no sentido de fortalecer a autoestima e a motivação, e de combater o isolamento social.

Outra questão trabalhada com a utente refere-se à reorganização da nova realidade de vida após se ter deparado com perdas e alterações significativas na sua vida. Comumente, as pessoas não estão preparadas nem são educadas para aceitar a morte como uma etapa natural da vida. A perda não ocorre apenas por morte, e é um tema bem mais presente em vida. Uma vez que é necessário aceitar a realidade da perda ou da ausência de algo e promover a adaptação (Souza, Rua, & Santos, 2012). Assim, foi trabalhado este tema com a utente, no sentido de aceitar a realidade dos factos,

permitir a reorganização da nova realidade de vida, promovendo a adaptação positiva ao lar e visando, como objetivo último, o seu bem-estar psicológico.

Atualmente, a utente apresenta humor eutímico e uma forte motivação para prosseguir com a nova realidade de vida. A colaboração ativa demonstrada pela utente foram fulcrais para o sucesso de todo o processo terapêutico.

A desconstrução dos pensamentos erróneos e o reforço da motivação permitiram à utente ajustar-se positivamente às situações de mudança ou perda, diz sentir-se mais tranquila e segura da decisão tomada.

Processo 5: A.

Identificação da utente

Sexo feminino 86 anos, solteira. Foi encaminhada para o serviço de psicologia por demonstrar níveis elevados de ansiedade e ter historial de depressão.

Problema Apresentado

A utente apresenta dores contínuas no corpo todo, principalmente nas ancas o que lhe causa sofrimento e muita angústia, sentindo-se desmotivada, sem disposição para interagir com os outros, assim como para participar em qualquer atividade, preferindo isolar-se no seu quarto.

Avaliação Psicométrica

Entrevista clínica da SCMB, o Mini-Mental State (MMS), a Escala Geriátrica de Depressão (EGD), a escala de avaliação de Ansiedade de Hamilton e o Questionário de Meios para Lidar com a Dor de Brown (1993), Versão Portuguesa de McIntyre e Araújo- -Soares (1999).

Diagnóstico

293.83 Perturbação Depressiva Devida a Outra Condição Médica

Objetivos e estratégias terapêuticas e Principais Resultados

A terapia teve como objetivo principal retirar o foco da dor, diminuindo a sua percepção e fornecer à utente a sensação de controlo da situação dolorosa, no sentido de melhorar a seu bem-estar geral.

Assim recorreu-se a várias estratégias:

Otimização da relação terapêutica - baseada na empatia, na confiança e no apoio incondicional relativamente ao seu sofrimento.

A distração – focalizou-se a atenção da utente para vários estímulos diferentes da dor, dentro das suas preferências (cantar com os lábios fechados; ouvir música instrumental suave; usar a religiosidade; ver televisão; concentrar-se na respiração profunda e regular - focando a sua atenção na sua respiração e ouvir o murmúrio do ar a entrar e sair dos pulmões; ver televisão; jogar jogos).

A imaginação – a utente revelou que os momentos mais agradáveis foram passados nas férias em família, principalmente o prazer de cozinhar pratos diferentes. Assim, foi incentivada a descrever em pormenor essas questões e encorajada a “ver-se” nesse local a fazer essas atividades. O objetivo foi criar uma imagem mental, concentra-se nessa imagem ou experiência agradável, no sentido de se permitir relaxar e experimentar a sensação de bem-estar.

Relaxamento, através da respiração diafragmática, promoveu-se o exercício respiratório, através de inspirações e expirações profundas e lentas, para dotar a utente de uma estratégia a ser usada em situações de maior intensidade da dor.

As Estratégias de Confronto – a utente foi incentivada a monitorizar e avaliar as suas crenças irracionais ou distorcidas, associadas à dor de modo a substituí-los por pensamentos mais relativistas, adaptados e funcionais.

No final da terapia individual, foi possível observar uma maior adesão a estratégias de *coping* para lidar com a dor crónica e apresentava motivação para participar em atividades e interagir com os outros utentes. Revelava, também um humor mais positivo e melhor bem-estar geral. Deste modo, verifica-se que as representações cognitivas contribuem para os resultados físicos e emocionais da intensidade da dor. Quando a utente apresentava a crença de que a sua dor era uma condição crónica (eg., “*a dor não tem cura*”), apresentava níveis de humor mais baixos, menor satisfação com os outros e menor qualidade de vida. Neste sentido, torna-se relevante, através da intervenção cognitivo-comportamental, por um lado, a substituição de crenças negativas relativas à dor por outras crenças mais adaptativas e funcionais, e por outro lado, a promoção de

estratégias de *coping*, dando formação e informação aos utentes. Assim, estes poderão alterar determinados aspetos da sua vida, adequando as estratégias de *coping* a cada situação, com o objetivo último de, apesar da dor, ter um funcionamento mais eficaz.

4 - Atividades de Intervenção em Grupo

4.1 - Atividades de Intervenção em Grupo

As intervenções em grupo, realizadas no âmbito do presente estágio, visam responder às necessidades verificadas pela instituição. Assim, procedeu-se à constituição de dois grupos terapêuticos, designadamente, um programa de competências sociais, no LNSMB (dinamizado pelo colega estagiário com a minha colaboração) e outro de estimulação cognitiva que passo a descrever.

4.2- Intervenção em Grupo: “Novos desafios, um sentido para a vida”

4.2.1- Introdução

No contexto do estágio curricular do Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde foram realizadas, semanalmente, atividades em grupo com utentes do, CSCMENC em Silveiros pertencente à SCMB, dirigida aos idosos que apresentam défice cognitivo ligeiro/moderado, sem patologias demenciais em estado avançado e patologias que impossibilitem a interação num programa de estimulação cognitiva em grupo. Os participantes que usufruíram da presente intervenção cognitiva foram doze elementos, oito do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com uma média de idades de 84 anos. No que diz respeito às suas habilitações literárias, dois concluíram o 1º ciclo, um fez o segundo ano e nove são analfabetos.

Metodologicamente, procedeu-se a uma avaliação de caráter individual e teve dois momentos, nomeadamente uma antes das sessões de intervenção em grupo e outra no final de todas as sessões, a avaliação englobou a administração do teste “*Mini-Mental State Examination – MMSE*”.

Numa realidade institucional em que cada vez mais idosos dependentes procuram estas residências, para não viverem o isolamento e a solidão, torna-se necessário implementar programas de intervenção, de forma a proporcionar maior bem-estar psicológico a esta população. Neste sentido, o objetivo principal desta intervenção consiste em promover práticas que possibilitem prevenir e/ou retardar a deterioração cognitiva e estimular funções comprometidas, almejando maior bem-estar psicológico para os idosos institucionalizados.

As diversas atividades que o presente programa contempla visam estimular as diferentes funções cognitivas, nomeadamente a estimulação da atenção/concentração, da memória, do raciocínio lógico, das funções executivas, da linguagem oral, das competências motoras, da integração social, da estimulação da afetividade, da

orientação espaço-temporal e da orientação para a realidade. Como tal, os objetivos específicos do programa são:

- Exercitar a linguagem e o pensamento, contribuindo para a manutenção dos níveis de ativação cerebral;
- Promover um estilo de vida ativo;
- Facilitar e melhorar as relações de comunicação com os outros;
- Retardar os efeitos da perda de memória, de acuidade e velocidade perceptiva;
- Desenvolver a capacidade para compreender e expressar ideias através de palavras;
- Favorecer a integração no seu contexto social;
- Favorecer a neuroplasticidade.

4.2.2- Fundamentação Teórica da Intervenção em Grupo

Atendendo-se à elevada percentagem de população idosa, no local de estágio, que apresenta deterioração cognitiva, considera-se prioritária a implementação de um programa de intervenção em grupo procurando desenvolver atividades de estimulação nesta área (Galhardo, Mariosa & Takata, 2010).

O termo estimulação é definido como o ato de instigar, ativar, animar e encorajar os sujeitos. Assim, a estimulação torna-se a forma mais eficaz de conseguir diminuir os efeitos adversos do envelhecimento e, conseqüentemente, a promoção do aumento da qualidade de vida (Zimmerman, 2000). Esta temática mostra-se deveras pertinente atendendo ao facto do crescimento demográfico da população idosa representar um aumento significativo de doenças crónico-degenerativas, entre as quais os diversos tipos de quadros demenciais (Galhardo, Mariosa & Takata, 2010). Embora a estimulação não elimine as diferenças da idade, as capacidades cognitivas quando exercitadas e estimuladas adequadamente, tornam-se menos propensas a sofrer declínio e, quando o sofrem este é mais tardio e menos dramático (Fonseca, 2006; Silva et al., 2011).

Algumas investigações com idosos institucionalizados salientam que no contexto da institucionalização, o idoso encontra-se numa situação de fragilidade física, cognitiva e emocional. Tal situação decorre de fatores intrínsecos e extrínsecos. No que concerne a fatores intrínsecos, salienta-se a própria organização física e administrativa, caracterizada pela rigidez de horários e normas, o que leva o idoso à perda da autonomia. Relativamente aos fatores extrínsecos, destacam-se, o abandono por parte de familiares e amigos, patologias pré-existentes, baixa escolaridade, carência em termos económicos, entre outros (Soares, Demartini, Suzuki, Oliveira & Komatsu, 2012).

Tendo em consideração o referido, um programa de intervenção em grupo com atividades de estimulação cognitiva torna-se profícuo, uma vez que as funções cognitivas dos idosos tendem a diminuir progressivamente.

No que concerne às estratégias de intervenção em grupo, o programa teve por base os trabalhos de reabilitação cognitiva de Camara, Gomes, Ramos, Moura, Duarte, e Fonseca (2009). Este fez uso de técnicas comportamentais, técnicas de orientação para a realidade, técnicas de estimulação cognitiva, técnicas de reminiscência e técnicas de validação.

Através de técnicas comportamentais estimula-se a mudança de comportamento indesejado, desenvolvendo reforços positivos e potencializa-se a participação nas atividades de vida diária e a socialização.

O recurso à terapia orientada para a realidade pretende estimular o passado no sentido de reconhecimento pessoal, de prazer e de lembranças positivas. No presente visa-se promover a independência, a orientação espaço-temporal, a redução da dependência no quotidiano e a estimulação da socialização. No futuro, despertar o interesse à elaboração de novos projetos de vida. Sugere-se, em atividade, utilizar calendários, relógios, nomes e ambientes do quotidiano da pessoa, reforçando repetições em busca de aprendizagem e da sua satisfação.

Através de técnicas de estimulação cognitiva pretende-se estimular áreas bloqueadas, de forma a procurar resgatar funções que se encontram comprometidas e desenvolver potenciais remanescentes. As atividades propostas devem ser técnicas de memorização com cores, calendários (e.g., ano, mês, dia da semana e hora), relógios, entre outros.

O recurso às técnicas de reminiscência permite a referência às lembranças do passado, valorizando o conhecimento da pessoa acerca do passado, favorecendo a criação de novos sentidos e organizando acontecimentos importantes e lembranças significativas e agradáveis da sua vida. Nesse sentido, a prática da terapia da reminiscência faz uso de lembranças significativas, nomeadamente canções antigas, cartas, fotos, discos, presentes, álbuns de família, filmes, jornais, músicas, proporcionando lembranças agradáveis.

No que concerne as técnicas de validação, visam oferecer suporte emocional, possibilitar o alívio de desconfortos emocionais e de conflitos relacionais. Pretendem também o aumento da atenção, do autocontrole, da autoestima e o envolvimento da pessoa no seu contexto social (Camara et al., 2009).

4.2.3- Estrutura do Programa de Intervenção em Grupo

O programa Intervenção em Grupo “*Novos desafios, um sentido para a vida*” destinado a idosos institucionalizados, composto por um total de dez sessões, trata-se de uma intervenção de âmbito cognitivo-comportamental.

Os encontros semanais iniciaram-se no mês de Janeiro de 2015 e terminaram no final do mês de Abril do mesmo ano. Cada sessão teve uma duração aproximada de sessenta minutos.

As temáticas foram distribuídas por sessões que, na sua globalidade, são compostas pela identificação dos objetivos específicos, descrição dos procedimentos para operacionalização dos respetivos objetivos e apresentação dos materiais necessários. Resumidamente, o programa de intervenção terá o seguinte processo: Cada sessão será iniciada com uma breve reflexão sobre as atividades da última sessão; de seguida, efetua-se a introdução do tema que irá ser abordado, executando os seguintes passos - definição do conteúdo; desenvolvimento da motivação e interesse; apresentação de material e conteúdos; aplicação das técnicas; resumo da sessão; e, por fim, avaliação da sessão.

Este último passo torna-se deveras pertinente, uma vez que se recebe o *feedback* dos idosos, permitindo realizar um levantamento de necessidades, avaliar a pertinência da intervenção e adequar os objetivos de cada sessão às necessidades e motivações do grupo.

A elaboração das sessões tiveram por base adaptações de um estudo de Estimulação Cognitiva de Apóstolo e Cardoso (2012) “Fazer a Diferença” versão portuguesa de *Making a Difference: An Evidence-based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy to People with Dementia* (Spector et al., 2006). Foi também utilizado jogos lúdicos de Teles (2003) trabalhando áreas específicas e no sentido de estimular triplamente o indivíduo, ou seja, a nível físico, psíquico e social, pois para além de estimular a mente, o raciocínio e a memória, através do manuseio dos objetos, promove o envolvimento físico do idoso na tarefa e a reminiscência criativa. Estes jogos lúdicos têm, ainda, como objetivo entreter e divertir, enquanto despertam e desafiam a mente envelhecida, pelo que estes se apresentam como um útil recurso para os profissionais que contactam com os idosos.

4.2.4- Apresentação Sumária da Intervenção em Grupo

No quadro que se segue, serão apresentadas, resumidamente, as sessões da Intervenção em Grupo “Novos desafios, um sentido para a vida” fazendo referência ao tema, aos objetivos e ao material utilizado.

As atividades desenvolvidas foram previamente planejadas e adaptadas às capacidades e ao nível de escolaridade do grupo, as quais, de forma sucinta, passo a descrever (as sessões encontram-se de modo detalhado no anexo VII).

Quadro 3: Síntese das sessões de grupo.

Sessão	Tema	Objetivos	Materiais
1ª	“Somos um grupo”	Apresentação do grupo e integração.	Quadro+, giz, apagador, computador, músicas, papel, marcadores.
2ª	“Jogos dinâmicos de integração”	Promoção da interação social. Estimulação da memória, atenção, concentração, coordenação motora e o equilíbrio.	Balões e imagens, caixa, objeto religioso, computador, sons, músicas, projetor.
3ª	“ A minha memória ajuda-me”	Estimulação da memória, atenção, orientação, raciocínio e concentração. Desenvolvimento da agilidade mental e perceptiva	Apresentação em power-point, cartões, computador, músicas, projetor.
4ª	“Cubos Lógicos”	Estimulação da destreza psicomotora, atenção, concentração, visualização espacial e aprendizagem através de tentativa e erro.	Jogos seniores: cubos lógicos, da autoria de Rita Teles. Cartões com figuras.
5ª	“Jogos de Memória e Atenção”	Estimulação da memória e da memória a curto prazo, da concentração, atenção, atenção voluntária visual, agilidade mental e perceptiva e do raciocínio-lógico.	Apresentação em power-point, frases relativas a profissões, imagens para encontrar diferenças, músicas, computador e projetor.

6ª	“Quem sabe sabe!”	Estimulação da memória, abstração lógica, concentração, atenção, compreensão verbal e coordenação psicomotora. Potenciação das redes de interação social e valorização da sabedoria popular.	Jogos seniores: Quem sabe sabe! da autoria de Rita Teles. Lista de provérbios populares. Computador e músicas
7ª	“Atividades de Grupo”	Estimulação da agilidade mental, da capacidade de concentração, da manutenção intencional da atenção. Promoção da interação social. Desenvolvimento das competências perceptivas como a visão, o olfato e o tato.	Caneta, relógio, limão, pinha, café, cominhos, louro, alecrim, ruda, cartões com figuras, computador e músicas.
8ª	“Formas & Palavras”	Estimulação da flexibilidade mental e da atenção visual voluntária. Desenvolvimento da capacidade de memorização, concentração e raciocínio. Estimulação da memória a curto prazo. Desenvolvimento do vocabulário.	Folhas com formas geométricas; lista de palavras; computador; projetor e músicas.
9ª	“Ordenar Cores & Palavras”	Desenvolvimento da agilidade mental. Estimulação da atenção e da concentração. Desenvolvimento da coordenação visual.	30 Bolas de 3 cores diferentes, 3 recipientes de cores correspondentes às bolas, folhas com palavras e categorias, computador; músicas.
10	“Finalizar com sabedoria popular”	Fortalecer a flexibilidade mental. Estimular a capacidade de memorização, concentração e raciocínio. Potenciação das redes de interação social e valorização da sabedoria popular. _Apreciação geral do grupo e incentivo para a continuidade da estimulação cognitiva.	Lista de provérbios populares. Computador, projetor e músicas.

4.2.5- Estratégias de Avaliação do Processo dos Resultados

No que concerne à avaliação do programa de intervenção recorreu-se, como supra mencionado, à aplicação do MMSE, pré e pós teste e ao registo de informações decorrentes da observação e dos resultados obtidos durante as sessões.

No pré-teste, num total de 10 valores, os participantes obtiveram uma média de 3.40 na subescala orientação; na subescala retenção, num total de três valores, adquiriram 2.80; na subescala atenção e cálculo, com valor esperado de cinco, alcançaram 1.30; na subescala evocação, num total de três, obtiveram 0.58 valores; na subescala linguagem com valor esperado de oito, obtiveram 6.20 e na subescala habilidades construtivas, num total de 1 valor, os participantes adquiriram 0.20 pontos. Assim, num total de 30 pontos, os participantes alcançaram uma média de 14.33. Embora se tenha em consideração a baixa escolaridade dos participantes, este resultado aponta para a necessidade de intervenção cognitiva.

No pós-teste, os participantes obtiveram uma média de 5.80 na subescala orientação; na subescala retenção, adquiriram 3; na subescala atenção e cálculo, alcançaram 2; na subescala evocação, obtiveram 0.67 valores; na subescala linguagem, obtiveram 7 e na subescala habilidades construtivas, adquiriram 0.08 pontos. Num total de 30 pontos, os participantes, pós intervenção, alcançaram uma média total de 18.1 versus 14.33. O presente resultado evidencia uma melhoria significativa do desempenho cognitivo.

4.2.6- Reflexão e Limitações da Intervenção em Grupo

A realização da presente intervenção em grupo consistiu numa experiência de excelência, no sentido que proporcionou à estagiária o desenvolvimento de competências a nível prático e constituiu uma boa oportunidade para consolidar os conhecimentos já adquiridos e aplicá-los nesta intervenção.

Inicialmente, foram explicados aos participantes os objetivos do programa de estimulação cognitiva (o que são as funções cognitivas, para que servem e porque precisamos delas). Durante todas as sessões, os participantes apresentaram-se muito assíduos, revelaram grande envolvimento e motivação, demonstrando bastante prazer e interesse nos temas abordados.

Relativamente às limitações, uma prende-se com a questão do tempo para a implementação do programa. Seria necessário que o programa fosse implementado duas vezes por semana e durante período de tempo mais prolongado. Outra limitação atribui-

se às agravadas dificuldades ao nível de mobilidade motora dos idosos, uma vez que dez são dependentes (cadeiras de rodas) e ao baixo nível de escolaridade, sendo que limitou a elaboração de atividades com maior nível de complexidade. Uma última limitação prende-se com o espaço, uma vez que local onde eram realizadas as sessões consistia num local de passagem, causando distrações, e com elevada dificuldade de reunir os participantes em círculo.

Contudo, apesar das limitações referidas, o objetivo principal desta intervenção, que almejava, de alguma forma, melhorar o desempenho cognitivo dos participantes institucionalizados, foi conseguido.

Em suma, verifica-se que a estimulação cognitiva influencia o desempenho cognitivo dos idosos, proporcionando uma melhoria a nível da cognição, o que confirma a ideia concebida por alguns autores acerca da plasticidade cerebral, contribuindo assim para o alcance de maiores níveis de competências e funcionamento e permitindo-lhes um maior bem-estar psicológico.

5 - Atividade de Ação de Formação

Ação de Formação: “Comunicação assertiva: a arte de se comunicar eficazmente”

5.1- Introdução

A presente Ação de Formação foi dirigida às educadoras de infância e auxiliares da ação educativa de toda a valência infantil da SCMB, com duração de uma hora, sendo concretizada no Centro Infantil de Barcelos.

A escolha do tema para a ação de formação, partiu da necessidade demonstrada pela instituição em fornecer informação e promover uma maior consciencialização da relevância da comunicação assertiva entre todos os profissionais para um melhor funcionamento interpessoal e institucional. A pertinência deste tema, prende-se também com o propósito das práticas de comunicação assertiva, quer a nível pessoal quer profissional, trazer bastantes benefícios, nomeadamente na prevenção e redução de possíveis situações de *stress* e aumento da qualidade, eficiência e competência na comunicação interpessoal (Cañnon-Montañez & Rodrigues-Acelas, 2011). Assim, tornou-se relevante promover um momento de informação e, acima de tudo, de reflexão sobre as vantagens de uma comunicação assertiva. Neste sentido, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Promover competências de comunicação assertiva na relação interpessoal, dos colaboradores, em contexto profissional.

Objetivos Específicos:

- Proporcionar aos colaboradores um maior conhecimento sobre a comunicação interpessoal verbal e não-verbal;
- Possibilitar uma maior compreensão dos vários estilos comunicacionais, enfatizando a relevância do estilo assertivo na comunicação interpessoal;
- Reconhecer as vantagens e desvantagens de cada estilo comunicacional;
- Promover a aplicação do estilo assertivo na comunicação interpessoal;
- Resolução de atividades práticas relativas aos vários estilos comunicacionais.

5.2- Fundamentação Teórica da Ação de Formação

As competências de comunicação são o principal pilar para o sucesso das relações interpessoais, afetando positivamente a satisfação e o desempenho profissional (Çetin et. al. 2012). Por outro lado, a carência de competências comunicacionais empáticas e assertivas incitam comportamentos socialmente inadequados e provocam complexidade e dificuldades nas relações interpessoais e na satisfação profissional (Niamh et. al.,2013).

As capacidades assertivas não são inerentes ao indivíduo, mas são passíveis de aprendizagem. Assim, o ensino da assertividade pressupõe uma prática metódica, onde o indivíduo aprende ou reaprende certas competências através do treino regular, sistemático e gradativo (Jardim & Pereira, 2006). Esta aprendizagem pode passar por uma intervenção do foro cognitivo-comportamental através da psicoeducação (Vagos, 2010).

Estilos de Comunicação

Para além dos dois tipos de comunicação, a verbal (palavras proferidas, que facilitam o dialogo) e a não-verbal (informação transmitida através das expressões faciais, contacto ocular, gestos, movimentos físicos, postura, tom voz, entre outros) (Navarro, 2009), apresentam-se quatro estilos de comunicação distintos, que correspondem a disposições ou formas que os sujeitos têm de se expressar perante os outros (Casares, 2009). Os estilos comunicacionais são: o passivo; o agressivo; o manipulador; o assertivo (Jardim & Pereira, 2006; Casares, 2009). O estilo de comunicação passivo é caracterizado por ser conformista, inibido, submisso. O indivíduo pode escolher ser passivo porque tem medo de ser rejeitado ou confrontado pelo outro, ou ainda por sentir necessidade de atenção e afeto, daí existir uma procura de aprovação e justificação excessivas (Jardim & Pereira, 2006). No que concerne ao estilo agressivo, este abrange os comportamentos autoritários, dominantes, competitivos e prepotentes. O indivíduo pretende vencer a todo o custo, fazendo com que não tenha em conta os direitos do outro, defendendo exageradamente e unicamente as suas opiniões. No estilo manipulador o individuo tende a não respeitar os direitos nem sentimentos dos outros. Altera as situações de modo a que não seja prejudicado, atribuindo assim, culpa a outras pessoas, ou seja, a atitude geral é sempre de manipulação. O último estilo considerado mais adaptativo, corresponde ao assertivo. Um indivíduo assertivo é caracterizado pela sua autoafirmação, autoexpressão, empatia,

justiça, autocontrolo e expressão emocional ajustadas (Jardim & Pereira, 2006; Casares, 2009).

A assertividade possui um carácter positivo na interação com os outros, designadamente, na asserção da autonomia, no bem-estar e na transformação das relações interpessoais em relações sociais adaptativas, produtivas, equilibradas e contínuas (Jardim & Pereira, 2006; Vagos 2010).

5.3- Plano da Ação de Formação

A ação de formação foi dividida em duas partes, de forma a facultar informação estruturada e organizada. No sentido de promover empenho, interesse e concentração por parte dos formandos.

Na primeira parte, inicialmente, procedeu-se a uma encenação, entre os dois estagiários, onde se aplicava um estilo comunicacional (agressivo), no sentido de atrair imediatamente a atenção e interesse dos colaboradores, proporcionando uma discussão, com os formandos, acerca de uma outra forma de comunicar mais assertiva e eficaz. Em seguida, foi referido o tema “Comunicação assertiva: a arte de se comunicar eficazmente” e os objetivos inerentes à ação de sensibilização. Posteriormente, deu-se ênfase à temática comunicação interpessoal, prosseguindo com uma compreensão aprofundada sobre os vários estilos comunicacionais, assim como, as causas e consequências de cada um deles, enfatizando a relevância do estilo assertivo na comunicação interpessoal (incitando uma abordagem dinâmica versus expositiva).

A segunda parte da ação de formação foi destinada à apresentação de casos práticos fictícios (com a participação das colaboradoras), relativas aos vários estilos comunicacionais, para uma melhor compreensão da informação teórica fornecida. Para cada caso, solicitou-se que elaborassem quatro respostas, de acordo com cada um dos estilos comunicacionais apresentados, reforçando os exemplos do estilo assertivo na prática da comunicação interpessoal.

Esta ação terminou com o preenchimento de um Questionário de Avaliação da Satisfação² (QAS) da ação de formação.

² Mod. 249/A – da SCMB.

5.4- Resultados da Ação de Formação

A avaliação desta sessão baseou-se nas respostas ao QAS de todos os participantes, cujos resultados são apresentados de seguida.

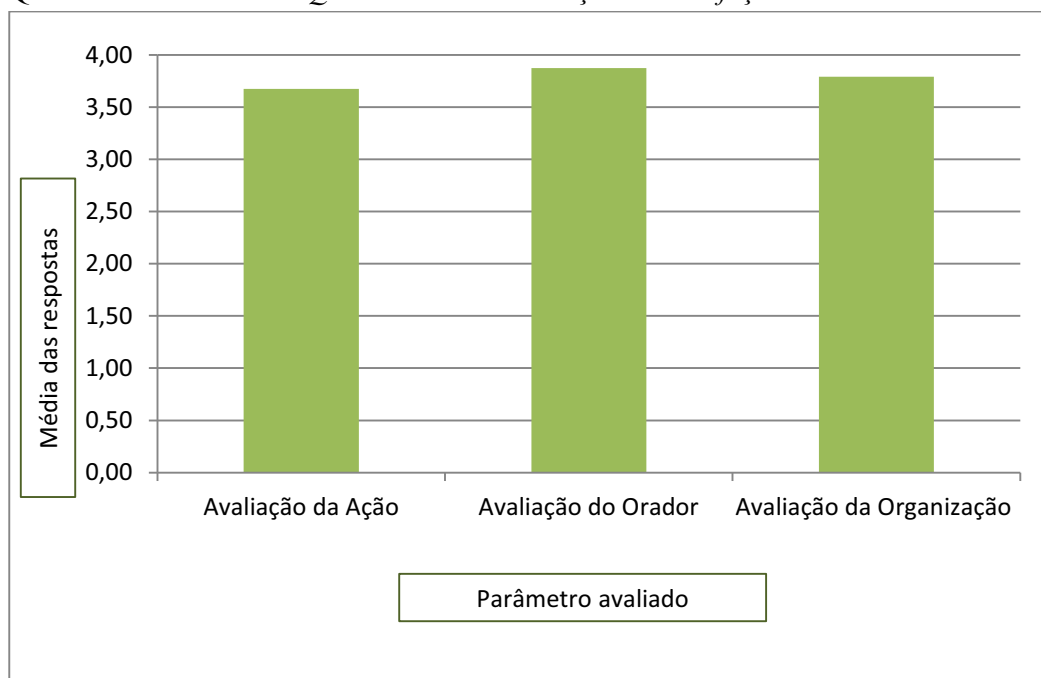
Os parâmetros avaliados foram:

- A satisfação global com a sessão, duração, conteúdo, aquisição de novos conhecimentos, importância para a interação com o educando, correspondência às expectativas;
- A apreciação global do formador, especificamente da pontualidade, clareza na exposição, disponibilidade para esclarecer dúvidas, incentivo à participação;
- A organização, no que diz respeito à qualidade das instalações, à documentação utilizada e aos equipamentos de apoio;

A análise do Gráfico abaixo, permite verificar que em todos os parâmetros avaliados, os participantes apresentaram um grau de satisfação elevado (média sempre superior a 3,5; sendo que 1=Nada satisfeito, 2=Pouco Satisfeito, 3=Satisfeito e 4=Muito Satisfeito).

Todos os participantes (100%) referiram que recomendariam esta ação a um colega.

Quadro 4: *Resultados do Questionário de avaliação de Satisfação.*



5.5- Reflexão da Ação de Formação

Tendo em consideração os resultados obtidos, através do QAS, podemos concluir que foi possível alcançar os objetivos propostos e que a presente formação teve resultados muito positivos.

Relativamente à participação do grupo salienta-se que demonstraram interesse e motivação pela temática da formação. A ação tornou-se muito dinâmica, uma vez que foi solicitada, continuamente, a participação ativa dos participantes, usando questões pertinentes e oportunas, recorrendo constantemente a exemplos. No final, foi aberto um espaço para discussão sobre os conteúdos abordados e para o esclarecimento de dúvidas suscitadas.

Assim, pode-se concluir que a realização da presente ação de formação, por um lado, proporcionou à estagiária o desenvolvimento de competências a nível prático e constituiu uma oportunidade para consolidar conhecimentos adquiridos e, por outro lado, atingiu os objetivos propostos e teve o impacto esperado, uma vez que foi consensual, por parte das participantes, que a aquisição de conhecimentos sobre a comunicação assertiva facultou-lhes competências a nível pessoal e para aplicar em contexto profissional.

6 - Outras Atividades

6. Atividades Desenvolvidas no Contexto de Estágio

Durante o período de estágio curricular foram desenvolvidas várias atividades, desde as exigidas pelo plano curricular, assim como outras em conjunto com a equipa técnica do lar, nomeadamente a aplicação de questionários de satisfação com a alimentação (em conjunto com a nutricionista), e questionários de satisfação com a instituição em geral. Estes questionários foram passados aos utentes de todos os lares da SCMB.

A estagiária participou numa ação de sensibilização “Gestão de Conflitos” dirigida a todos os funcionários da instituição, participou, também numa ação de formação na valência infantil “Escola à Vista” dirigida aos encarregados de educação das crianças finalistas. Estas ações foram promovidas pelo serviço de psicologia da SCMB.

Participou, ainda, nas marchas dos Santos Populares, organizadas pela equipa técnica da instituição, realizadas uma em Silveiros e outras no centro da cidade de Barcelos. O que permitiu um maior conhecimento sobre os idosos, sendo momentos propícios de observação e convívio.

A estagiária colaborou, também, no acompanhamento de outros casos de adaptação ao lar e de apoio psicológico a utentes da cantina social.

A participação em todas as atividades na SCMB tornaram-se uma experiência enriquecedora para a estagiária.

7- Reflexão Integrativa

7- Reflexão Integrativa

Como conclusão da experiência desenvolvida ao longo deste processo formativo, é de salientar a notável contribuição, da realização do estágio curricular, para a construção da experiência profissional e para desenvolvimento de competências práticas em contexto real de trabalho, uma vez que se tornou possível colocar em prática todo o conhecimento, anteriormente, adquirido. Permitiu, também, uma aprendizagem alargada sobre variadas problemáticas que emergem no contexto do idoso institucionalizado, permitindo, além da intervenção na psicopatologia e na doença mental, a compreensão global do idoso, das suas perturbações do seu sofrimento, dificuldades comportamentais, relacionais, entre outros. Tendo sempre em vista a promoção do seu bem-estar psicológico.

A nível de intervenção individual, esta atividade tornou-se uma experiência muito gratificante e enriquecedora. O desenvolvimento da aliança terapêutica tornou-se fundamental para o sucesso das intervenções. Todos os materiais e suportes teóricos apresentaram-se cruciais no apoio às intervenções individuais.

As intervenções em grupo foram atividades muito aliciantes e profícuas. Estas permitiram trabalhar em conjunto com os idosos as áreas mais problemáticas, assim como proporcionar à estagiária o desenvolvimento de competências a nível prático, constituindo uma boa oportunidade para consolidar e aplicar os conhecimentos anteriormente adquiridos.

No que concerne à ação de formação, esta, atingiu, globalmente, resultados muito positivos, alcançando os objetivos propostos e um impacto positivo relativamente à pertinência das questões abordadas. Sendo que, mostrou-se consensual que as práticas de comunicação assertiva beneficia, consideravelmente, o aumento da qualidade, eficiência e competência na comunicação interpessoal, assim como diminui a probabilidade de ocorrência de situações de *stress* e conflitos.

A única limitação observada prende-se com a escassez de gabinetes de psicologia, o que provocou situações de desconforto e a deslocação das consultas para os gabinetes de outros profissionais e outros locais não apropriados.

Em suma, tendo em consideração todas as atividades realizadas durante este estágio curricular, pode-se verificar que o psicólogo não se resume apenas ao contexto clínico de consulta individual, mas a um vasto número de atividades. Neste sentido, considero que esta etapa se mostrou bastante útil e gratificante no que concerne quer a

uma profunda reflexão a nível pessoal, ao trabalhar no contexto do idoso institucionalizado, quer para o futuro profissional.

Referências Bibliográficas

- Guerreiro, M., Silva, R. L., Botelho, L., Leitão, O., Caldas, A., & Garcia, C. (1993). Adaptação Portuguesa da Mini-Mental State - MMS. *Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hospital Santa Maria*.
- Alves, M. G.M., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. S. (2009). Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. *Revista Saúde Pública*, 43(5), 893-6. Obtido em: <http://www.scielosp.org/>
- Alzheimer's Association. (2013). 2013 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 9(2), 208-245. doi: 10.1016 / j.jalz.2013.02.003.
- American Psychiatric Association - APA (2013). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, F. A., & Pereira, L. V., Sousa, F. A. F. (2006). Mensuração da dor no idoso: Uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 271-6.
- Apóstolo, J. L. A., & Cardoso, D. F. B. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, L. & Melo, S. (2011). Relacionar-se com os outros. In O. Ribeiro & C. Paúl (Ed.), *Manual de Envelhecimento Ativo* (pp. 141-170). Lisboa: Lidel.
- Barreto, J. (2005). Os Sinais da Doença e sua Evolução. In A. Castro-Caldas, & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 141-170). Lisboa: Lidel.
- Barreto, J., Leuscner, A., Santos, F. & Sobral, M. (2003). *Escala de depressão geriátrica: tradução Portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Ysavage et al.* Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Barros, J. (2004). *Psicologia Positiva*. Porto: ASA.
- Caballo, V. (2003). *Tratamento Cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Caeiro, M., & Silva, M. G. (2008). Fatores predisponentes e incidentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa. *EssFisiOnline*, 4(1), 15-34. Obtido em: <http://www.chbargarvio.min-saude.pt/>

- Calvo, B. F. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo baseado en nuevas tecnologias en pacientes com demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 23(1), 44-50. doi: 0214 – 9915
- Camara, V. D., Gomes, S. D. S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, S. A., ... Fonseca, A. A. (2009). Reabilitação cognitiva das demências. *Revista Brasileira de Neurologia*, 45(1), 25-33.
- Cañnon-Montañez, W., & Rodríguez-Acelas, A. L. (2011). Assertividad: una habilidade social necessária en los profesionales de enfermaria y fisioterapia. *Texto Contexto Enfermagem*, 20, 81-87. Obtido em: <http://www.scielo.br/>
- Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 7-10. Obtido em: <http://www.scielo.br/>
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette A. D. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237. Obtido em: <http://www.scielo.br>
- Casares, M. I. (2009). *Cómo Promover la Convivencia: Programa de Asertividad y Habilidades Sociales (PAHS)* (2ª ed.). Madrid: Narcea.
- Celich, K. S., & Galon, C. (2009). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(3),345-359. Obtido em: <http://www.crde-unati.uerj.br/>
- Çetin, M., Karabay, M., & Efe, M. (2012). The Effects of Leadership Styles and the Communication Competency of Bank Managers on the Employee's Job Satisfaction: The Case of Turkish Banks. *Social and Behavioral Sciences*, 58, 227-235. doi:10.1016/j.sbspro.2012.09.996
- Chaves, E. C., & Cade N. V. (2002). Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com a depressão em mulheres com hipertensão. *Rev. Brasileira terapia comportamental cognitivo*. 4(1), 1517-5545. Obtido em: <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Corrêa, K., & Ceolim, M. F. (2008). Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 12-8.
- Corrêa, S. E. & Silva, D. B. (2009). Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de*

- Geriatrics e Gerontology*, 12(3), 463-474. Obtido em: <http://www.crde-unati.uerj.br/>
- Deminco, M. (2011). Jornada de Trabalho e Redução do Stress. *Psicologia organizacional*. Obtido em: <http://artigos.psicologado.com/atuacao/psicologia-organizacional/jornada-de-trabalho-e-reducao-do-stress>.
- Dittrich, A., Strapasson, B. A., Silveira, J. M., & Abreu, P. R. (2009). Sobre a Observação enquanto procedimento metodológico na Análise do comportamento: Positivismo lógico, Operacionismo e Behaviorismo radical. *Psicologia: teoria e prática*, 25(2), 179-187. Obtido em: <http://www.scielo.br/>
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive aging: objective, subjective and combined outcomes. *E – Journal of Applied Psychology*, 7, 22-30. Obtido em: <http://www.euro.centre.org>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca A. M. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (2ª Ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, F. C. A., Nicolato, R., Malloy-Diniz, L. F., & Filho, H. C. (2009). A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Revista Psiquiátrica*, 58(2), 128-134. Obtido em: <http://www.scielo.br/>
- Galhardo, V. A. C., Mariosa, M. A. S., & Takata, J. P. I. (2010). Depressão e perfis sociodemográficos e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 16-21. Obtido em: <http://rmmg.org>
- Gonçalves, D. C., & Martín, I. (2007). Intervenção na Depressão Geriátrica através da Reminiscência. *Psicologia Argumento*, 25(51), 371-384. Obtido em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>
- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1, 101-110. doi: 10: 14417/ap.479
- Guerreiro, M. (2010). *Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 46-53. Obtido em: <http://www.rpmgf.pt/>
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011: XV Recenseamento Geral da População.
- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia Prático para a Mudança Positiva*. Porto: ASA.

- Júlio, V. M. (2013). *Preocupações de carreira para a reforma e satisfação com a vida numa amostra de reformados* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Kaplan, H. I. & Sadok, B. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lago-Rizzardi, C. D. L., Teixeira, M. J., & Siqueira, S. R. D. T. (2010). Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *Mundo Saúde*, 34(4), 483-7. doi:org/10.1590/S1809
- Lipp, M. E. N. (2007). Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. *Revista Hipertenso*, 14(2), 89-93. Obtido em: <https://www.puc-campinas.edu.br>
- Maia, A. (2001). Modelos de Avaliação da Experiência Depressiva. *Psiquiatria Clínica*, 22(2), 197 - 204. Obtido em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>
- Manning, L. (2005). *A Neuropsicologia Clínica – Uma Abordagem Cognitiva*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Marques-Teixeira, J., Gramary, A., Marins, N., & Gonçalves, R. (2007). Consensos Psiquiátricos para Clínicos Gerais. Obtido em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0034.pdf>.
- Maurício, I. L. (2010). O envelhecimento Activo / Depressão em Pessoas Idosas – Que Intervenção nos cuidados de saúde primários em Portugal?. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 8(12), 55-65. Doi:org/10.14417/ap.736
- McCabe, L. (2008). A holistic approach to caring for people with Alzheimer`s disease. *Nursing Standard*, 22(42), 50-56. Obtido em: <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/>
- Menezes, G. B., Fontenelle, L. F., Mululo, S., & Versiani, M. (2007). Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. *Revista Psiquiatra*, 29(2), 55-60. Obtido em: <http://www.scielo.br/>
- Moreira, P. & Oliveira, C. (2005). Fisiopatologia da Doença de Alzheimer e de Outras Demências. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.41-60). Lisboa: Lidel.
- Muriel, D. M. A, Campos, J. L. B., Duque, O. B., Cuadros, V. P. Z., Echeverri, D. R. P., & Ibáñez, L. G. (2006). Estudio comparativo del nivel de ansiedad, personalidad tipo A y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes

- hipertensos y no hipertensos. *Archivos de Medicina*, 6(13), 51-67. Obtido em: <http://www.redalyc.org>
- Murta, S. G. (2005). Aplicação do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 283-291. Obtido em: <http://www.scielo.br>
- National Institutes of Health. (2011). National Institute on Aging - National InstitutesofHealth: obtido em: http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/alzheimers_disease_fact_sheet_0.pdf
- Navarro, J. (2009). *Verdade ou mentira: como saber o que os outros pensam mas não dizem*. Lisboa: Academia do Livro.
- Neufeld, C. B., & Cavenage C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de um caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 3-36. Obtido em: <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Niamh B., Marzec, B., Scully, P., & Draper, M. (2013). Implementing a Multidisciplinary Program for Developing Learning, Communication, and Team Working Skills in Second-Year Undergraduate Chemistry Students. *Journal of Chemical Education*, 338-344. doi:abs/10.1021/ed200643g
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª Ed.) Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Oliveira, K. L., Santos, A. A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em estudo*, 11(2); 351-359. Obtido em: <http://www.scielo.br/>
- Oliveira, M. F., Ribeiro, M., Borges, R. & Luginger, S. (2005). *Doença de Alzheimer. Perfil neuropsicológico e tratamento*. Obtido em: www.psicologia.com.pt.
- Pedras, A. B. (2011). Santa Casa da Misericórdia de Barcelos.
- Pedroso, R. A., & Celich, K. L. S. (2006). Dor: quinto sinal vital, um desafio para cuidar em enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 15(2), 270-6. Obtido em: <http://www.scielo.br>
- Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia. Um guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicossoma.

- Perlini, N. M. O. G, Leite M. T., & Furini A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 41(2), 229-36. Obtido em: www.ee.usp.br/reeusp/
- Pimenta, C. A. M., & Teixeira, M. J. (2000). *Dor no idoso*. In: Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu.
- Primi, R. (2010). Avaliação Psicológica no Brasil: Fundamentos, Situação Atual e Direções para o Futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 25-3. Obtido em: <http://www.scielo.br>
- Rabelo, D. F. (2009). Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 65-79. Obtido em: <http://www.revistas.pucsp.br>
- Ramírez, N. H., & Díaz, C. A. G. (2009). La terapia breve: uma alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances em Psicología Latino americana*, 27(1). Obtido em: <http://www.redalyc.org>
- Rangé, B. (2011). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais - Um Diálogo Com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise psicológica*, 3 (XVII), 547-558. Obtido em: <http://www.fpce.up.pt/>
- Salgueiro, H. D. (2007). Determinantes psicossociais da depressão no idoso. *Revista Nursing*, 11(1), 7-11. Obtido em <http://www.revistarene.ufc.br/>
- Santos, Z. M. S. A., Lima, H. P. (2008). Tecnologia Educativa em Saúde na Prevenção da Hipertensão Arterial em Trabalhadores: Análise Das Mudanças no Estilo de Vida. *Enfermagem, Florianópolis*, 17(1), 90-7. Obtido em: <http://www.scielosp.org/>
- Silva, B. L.T., Oliveira, A. C. V., Paulo, D. L.V., Malagutti, M. P., Danzini, V. M. P., & Yassuda, M. S. (2011). Cognitive training for elderly adults based on categorization strategies and calculations similar to everyday tasks. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 11. doi: 10.1186 / 1471-2318-11-55
- Slade, M. (2011). *100 Modos de apoiar a recuperação pessoal: Um guia para profissionais da saúde mental*. (M. Cruz, Trad.) (E. Gonçalves & M. Ferraz, Eds.). Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Soares, E., Demartini, S. M., Suzuki, M. M., Oliveira, T. P., & Komatsu P. S. (2012). Estudo epidemiológico do perfil do idoso institucionalizado em instituições do

- interior paulista. *Revista Ciência em Extensão*, 8(1), 35-59. Obtido em: <http://ojs.unesp.br>
- Soares, E., Oliveira, T. P., Komatsu, P. S., Demartini, S. M., Suzuki, M. M., Mendes, M. M., Reis, E. G., & Horimito, A. T. (2010). Projeto Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano*, 7(1), 62-73. doi:10.5335/rbceh.2010.007
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, 8(3), 91-98. Obtido em: <http://www.scielo.org/>
- Tavares, B. (2012). *Autoconceito e percepção do envelhecimento: estudo exploratório entre população idosa em meio urbano e em meio rural*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Teles, M. R. (2003). *Efeitos de uma intervenção Psico-educativa nas competências cognitivas de vida em idosos*. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa.
- Tomasini, S. L. V., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *RBCEH. Passo Fundo*, 4(1), 88-102. Obtido em: <file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/119-478-1-PB.pdf>
- Urretavizcaya, M. (2003). Psiquiatria del anciano. In Ruiloba, J. (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (5ª. Ed.). Barcelona: Masson.
- Vagos, P. (2010). *Ansiedade Social e Assertividade na Adolescência*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Vasconcellos, J. L. C. (2010). A Terapia Racional Emotiva Comportamental de Albert Ellis. *A Clínica no campo Psicologia*, 1(1), 1-3. doi: org/10.5935/1808-5687.20130006
- Vaz, S. F., & Gaspar, N. M. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4), 49-58. Obtido em: <http://www.scielo.mec.pt/>
- Wright, J. H. (2009). *Cognitive-behavior therapy for severe mental illness: An illustrated guide*. Washington DC: American Psychiatric Pub.

Zimerman, G. I. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossocias*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Anexos

Anexo I

Observação de Casos Clínicos

Foram observados vários casos clínicos, dos quais foram selecionados um caso representativo de cada problemática. Assim, seguidamente, de forma sucinta, serão explanados os casos observados.

Caso clínico: F

A utente F. tem 80 anos de idade, foi encaminhada para o serviço de psicologia pela equipa de enfermagem do setor, por apresentar comportamentos apelativos e manipuladores, colocando em causa o trabalho dos vários profissionais.

A paciente, de aparência cuidada e postura colaborante, queixa-se de variadas dores e supostos problemas de saúde. Além disso, diz que não lhe fornecem a medicação (facto que não corresponde à realidade).

A informação recolhida permitiu concluir a presença de preocupações com a ideia de que tem problemas graves de saúde, sem fundamento real. Estas preocupações estavam a causar alterações na sua vida social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento individual, nomeadamente, no desenvolvimento de comportamentos altamente desadequados e juízos erróneos acerca do trabalho da equipa do setor: queixas de que não lhe dão atenção, não a medicam, uso de linguagem desadequada, etc.

A intervenção usada pela psicóloga baseia-se na reestruturação cognitiva e identificação de fatores distratores, (eg., participação nas atividades sociorecreativas do lar). Os comportamentos desadequados foram trabalhados através de reforço e foram promovidas competências sociais.

Caso clínico: B.

A utente B. tem 85 anos de idade, foi encaminhada para o serviço de psicologia por apresentar atividade delirante e conteúdo persecutório.

Apresenta-se colaborante com aparência cuidada. Verbalizava ideias delirantes de perseguição e desconfiança. Por vezes manifestava uma distorção da realidade num discurso com contornos delirantes. Contudo conseguia localizar-se no espaço e no

tempo, o seu discurso era coerente, apresentava uma memória a curto, médio e longo prazo razoáveis.

A intervenção baseava-se na terapia cognitivo-comportamental. Identificação e promoção de atividades socio-recreativas, do setor, reforçadoras de humor positivo e interações sociais positivas e promotoras de atividade física. Foram, também, utilizadas estratégias de desdramatização dos medos da utente.

Caso clínico: R.

A utente R. tem 75 anos de idade, foi encaminhada por apresentar sintomatologia característica da demência de tipo Alzheimer. Após avaliação, a utente revelou a possibilidade da presença de uma perturbação neurocognitiva ligeira devido a doença de Alzheimer.

Após os resultados da avaliação foi iniciado, semanalmente, um treino de estimulação cognitiva, almejando a prevenção das áreas preservadas e evitando progressão da deterioração cognitiva.

Caso clínico: Z.

A utente Z. tem 73 anos de idade, foi encaminhada para o Serviço de Psicologia devido a dificuldades na adaptação às regras do lar e a comportamentos desajustados para com a colega de quarto e para com as auxiliares.

A utente apresenta um humor disfórico e uma postura constantemente apressada, ansiosa e de irritabilidade. Encontrava-se orientada no que concerne ao espaço e tempo.

Durante o seu acompanhamento eram trabalhadas as questões de psicoeducação, autocontrolo, comunicação assertiva e gestão de conflitos.

Caso clínico: S.

O utente A.S. foi encaminhado para o serviço de psicologia por se apresentar deprimido, com recusa na interação com os outros e nas idas à sua casa e à fisioterapia.

Apresenta-se angustiado e com queixas de dores em várias partes do corpo. Devido a esta sintomatologia, diz sentir-se mais isolado, evitando sair de casa com

receios de se sentir mal. A informação recolhida permitiu concluir a presença de sintomatologia psicossomática, desenvolvendo crenças irracionais em relação ao seu estado de saúde, provocando-lhe sintomatologia física e isolamento social. Aparentemente esta sintomatologia surgiu depois de passar por uma mudança ao nível familiar que o está a preocupar e que parece contribuir para a intensidade dos sintomas.

A intervenção para o caso apresentado consistia na reestruturação cognitiva, terapia das reminiscências e desenvolvimento de questões de suporte familiar.

Anexo II

Processo: M

Identificação da utente

M., do sexo feminino, tem 77 anos de idade e é viúva. É natural de Barcelos, reside no Lar Nossa Senhora da Misericórdia, pertencente à SCMB, há cerca de três anos. A utente ingressou no lar por vontade própria.

Problema Apresentado

M. foi encaminhada para os serviços de Psicologia pela diretora técnica, tendo referido tratar-se de uma doente bastante ansiosa e apelativa. Atualmente, devido a um recente episódio de epistaxis, revela preocupação com a possibilidade de ocorrer um novo episódio.

História do Problema

A paciente refere que sempre se percebeu uma pessoa ansiosa, mas os sintomas tornaram-se mais evidentes por volta dos 26 anos, devido a alterações de vida sociofamiliar (casamento e nascimentos dos filhos), estes sintomas foram-se agravando ao longo do tempo. M. aos 33 anos, na sequência de um desmaio tomou conhecimento que era hipertensa. Desde então refere ter feito medicação adequada à doença crónica, e ter tido cuidados comportamentais relacionados com a mesma nomeadamente ao nível da alimentação e de exercício físico, contudo os valores da Hipertensão Arterial (HA) elevavam-se consideravelmente em situações de maior ansiedade.

M. revela que tivera continuamente preocupação excessiva relativamente a inúmeras circunstâncias que se prendiam com as rotinas do dia-a-dia. Atualmente refere preocupações acerca da saúde (“Tudo me aparece, sou muito frágil de saúde; a minha família é muito descuidada com a saúde”, sic.), do dinheiro (“ Não posso ver desgovernos, eu sei que a minha gente gasta muito dinheiro mal gasto, tenho medo terrível que precisem e não tenham”, sic.) e de problemas familiares, elevando essas preocupações para um nível exorbitante. Menciona, ainda, conflitos interpessoais com os familiares e com o pessoal da instituição, assim como diversos sintomas

(irritabilidade, agitação nervosa, taquicardia, perturbações visuais, vertigens, cefaleias e perturbações do sono).

História Biopsicossocial

M. nasceu numa família de nível socioeconómico baixo, era a quinta de sete irmãos. Relativamente à sua primeira infância, revela terem-lhe contado que a sua mãe foi presa, devido a dívidas da sua profissão (padeira), quando M. tinha apenas sete meses de idade (*“o meu irmão mais velho, de onze anos, é que me levava à prisão para a minha mãe me dar o peito”*, sic.). Quanto à sua infância refere ter sido normal (*“ajudava a minha mãe a vender castanhas e brincava na rua com as outras crianças, era tudo muito simples”*, sic.).

Aos dez anos entrou para a escola e fez o primeiro ciclo, nessa fase diz ter uma postura introvertida (*“lembro-me de andar sozinha pelo recreio da escola e sentia-me bem assim”*, sic.). Teve bom aproveitamento escolar, mas devido à condição financeira dos pais ingressou no mundo do trabalho logo após a saída da escola, com treze anos, uma vez que concluiu quatro classes em três anos.

A sua relação com os pais era boa, M. descreve o pai como sendo uma boa pessoa, muito preocupado com a família embora tivesse um perfil autoritário e, por vezes, agressivo. Quanto à mãe, a utente relatou que ela não tinha tempo para dar muita atenção aos filhos, preocupava-se demasiado com o trabalho. A relação do casal também era, por vezes, negativa e conflituosa (*“a minha mãe era boa pessoa, mas quando bebia implicava com o meu pai, sempre por causa do dinheiro, e depois haviam agressões físicas e verbais”*, sic.). M. revela ter sofrido com esses episódios violentos dos pais sentindo-se assustada e muito ansiosa.

Aos treze anos foi trabalhar para uma empresa têxtil, era uma excelente funcionária e revelou-se satisfeita com a sua profissão de costureira. Após o casamento, aos vinte e quatro anos, estabeleceu-se por conta própria como costureira. O marido era carpinteiro, a relação do casal tornou-se com o tempo conflituosa (*“ele não era má pessoa, mas tinha duas coisas que me irritavam muito, era muito lento e não tinha grande golpe de vista, eu precisava de orienta-lo para tudo, senão fazia tudo errado”*, sic.). Faleceu há quatro anos devido a um enfarte do miocárdio.

A utente tem três filhos com quem mantem boa relação. Refere que com o nascimento dos filhos as dificuldades começaram a surgir (*“eu tinha que trabalhar,*

educar sozinha os meus filhos, porque o meu marido saia de manhã para trabalhar só regressava à noite, cuidar da casa, das finanças e de tudo”, sic).

M. relata que desmaiava com facilidade, um dia na sequência de um desmaio, que lhe causou um grave hematoma na cabeça, tomou conhecimento que era hipertensa. Desde então fez medicação adequada à doença crónica, teve cuidados comportamentais relacionados com a mesma, contudo, os valores da HA elevavam-se consideravelmente em situações de maior ansiedade. Passados alguns anos deparou-se com vários episódios de epistaxis, sendo necessária intervenção hospitalar, estes episódios ocorriam após circunstâncias de elevada ansiedade. Em consequência do último episódio, após a morte do marido, foi internada cinco dias e submetida a transfusões sanguíneas devido à perda sangue (que originou anemia). Foram feitos exames neurológicos e outros exames complementares não evidenciando qualquer anomalia. Refere que não se recorda de casos semelhantes no seio familiar, no que diz respeito a HA ou epistaxis.

M. revelou que sempre sentiu uma preocupação excessiva relativamente a inúmeras circunstâncias que se prendiam com as rotinas do dia-a-dia, nomeadamente: o sentir-se muito preocupada e nervosa quando precisava tomar uma decisão importante, causando-lhe demasiada indecisão e angústia; conflitos interpessoais relacionados com o dinheiro (*“sempre fui eu que governei a casa, por isso tinha de ser muito organizada e poupada e às vezes os meus filhos e o meu marido não percebiam isso”, sic.*); preocupação acerca da saúde dos filhos, embora estes sempre foram saudáveis. O seu médico assistente persuadiu-a a fazer tratamento psicológico, mas M. recusava continuamente, alegando falta de tempo.

Depois do marido falecer, uma vez que vivia sozinha, decidiu ingressar no lar (*“não foi uma decisão fácil, mas não queria nunca pensar ser um estrovo para os meus filhos”, sic.*). Contudo, desabafa que se sente muito preocupada com a saúde e o bem-estar da família, revela, também, algumas queixas da instituição (*“as funcionárias não nos atendem sempre que precisamos, a comida não presta para nada, eu enervo-me com tudo isto, só tenho medo de ter outra hemorragia pelo nariz”, sic.*).

Avaliação do estado mental / Observação

A utente tem uma aparência física muito bem cuidada e vestuário adequado, com uma idade real que corresponde à aparente e com uma dinâmica muito positiva. Apresentou-se colaborante, a sua comunicação gestual acompanhava a comunicação verbal, mantendo adequadamente o contacto ocular durante as consultas. Discurso, por

vezes, com tom elevado e fluência organizada. No que concerne ao humor, M. apresenta um estado de humor eutímico, revelando, na maior parte do tempo, boa disposição. Relativamente, ao espaço e tempo, está orientada auto e alopsíquicamente e com juízo crítico. No que se refere à avaliação de perigo iminente, M. refere nunca ter pensado no suicídio. A utente não consome álcool, nunca fumou, nem recorreu ao uso de drogas ilícitas. Salienta-se, ainda, que não se verificou presença de atividade delirante nem evidências de fenómenos alucinatorios.

Avaliação Psicológica/ Psicométrica /Resultados:

No sentido de corroborar a sintomatologia previamente identificada procedeu-se à avaliação psicológica, que incluiu os seguintes instrumentos: a entrevista clínica da SCMB, o Mini-Mental State (MMS), a Escala Geriátrica de Depressão (EGD), Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton e a Escala de Satisfação com o Suporte Social.

No Mini-Mental State M. apresenta um *score* total de 26 (sem défice cognitivo). Obtendo 10/10 na *subescala de Orientação*, 3/3 na *subescala de Retenção*, 3/5 na *subescala de Atenção e Cálculo*, 2/3 na *subescala de Evocação*, 8/8 na *subescala da Linguagem* e 0 na *subescala de Habilidades Construtivas*.

Relativamente à Escala de Depressão Geriátrica, verifica-se um estado depressivo ligeiro (15/30).

No que concerne à Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton a utente obteve um *Score* total de 46/56. Registando-se 24/28 no grupo de itens relacionados com sintomas de humor ansioso e 22/28 no grupo de itens relacionados a sintomas físicos da ansiedade.

Na Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), obteve-se os seguintes resultados: *Score* total = 61/15-75; dimensão *Satisfação com os Amigos* 23/25; dimensão *Intimidade* 17/20; dimensão *Satisfação com a família* 7/15; e na dimensão *Atividades Sociais* 14/15. Verifica-se resultados favoráveis na Escada de Satisfação com o Suporte Social, embora se verifique valores mais baixos na subescala satisfação com a família, o que se relaciona com a preocupação excessiva em querer “controlar/proteger” a sua família.

Perante os sintomas apresentados pela utente e para confirmar o possível diagnóstico de ansiedade, demonstrado através da entrevista, da observação e dos testes de avaliação, foi consultado o DSM-V (APA, 2013). Segundo este, a Dona M. apresenta o seguinte diagnóstico: 300.02 (F41.1) Perturbação de Ansiedade Generalizada.

Diagnóstico Diferencial

Tendo em consideração a história biopsicossocial apresentada pela utente, e uma vez que, segundo exames médicos, os sintomas de ansiedade não são considerados uma consequência fisiológica direta de alguma condição médica específica, tornou-se possível excluir o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica. Exclui-se, também, a Perturbação de Ansiedade Induzida por Substâncias/Medicamento, este só seria válido se uma substância estivesse etiologicamente relacionada com o distúrbio de ansiedade apresentado pela utente. A Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) deve ser diferenciada da Perturbação de Ansiedade Social, esta relaciona-se com o sentir embaraço em público ou em ser avaliado, a utente preocupava-se quer fosse avaliada ou não. É excluído a Perturbação Obsessiva-Compulsiva, esta encontra-se associada a pensamentos recorrentes e hábitos reconhecidos como inúteis mas que o indivíduo não consegue resistir em executá-los repetidamente. Exclui-se, também, a Perturbação de *stress* Pós-Traumático e de Perturbação de ajustamento. A ansiedade está sistematicamente presente na perturbação de *stress* pós-traumático, a PAG não é diagnosticada se a ansiedade são melhor explicados pelos sintomas da Perturbação de Stresse Pós-Traumático. A ansiedade pode estar presente na perturbação de ajustamento contudo, nestas a ansiedade ocorre em resposta a um fator de *stress* identificável nos três meses seguintes ao fator de stress e não persiste por mais de seis meses. São excluídas as Perturbações Depressivas, Bipolares e Psicóticas, uma vez que os sintomas de ansiedade/preocupação só ocorrerem apenas durante o curso dessas condições (APA, 2013).

Concetualização clínica

O conceito ansiedade não envolve um critério unitário, principalmente no contexto psicopatológico. Contudo a principal característica da PAG é a preocupação excessiva, a inquietação sentida pelas pessoas que sofrem de PAG, está claramente fora de proporção em relação à probabilidade real ou impacto do evento temido, levando frequentemente ao condicionamento da vida diária e a uma diminuição da qualidade de vida (Menezes, Fontenelle, Mululo, & Versiani, 2007; Neufeld & Cavenage, 2010). A utente relatou uma história de vida marcada por preocupações excessivas relativamente a diversos aspetos da sua vida, ela conseguia, por vezes, perceber que a sua preocupação estava fora de proporção em relação à probabilidade real ou ao impacto de qualquer evento por ela temido.

A ansiedade generalizada é a causa de maior prevalência de preocupação na família, 79%, as questões económicas apresentam uma prevalência de 50%, no trabalho 43% e em doenças 14%, seguem-se as preocupações relacionadas com questões interpessoais e preocupações do dia-a-dia (Dugas & Ladouceyr 2007). O caso de M. corrobora as dimensões supramencionadas, considerando que a sua preocupação sempre foi difícil de controlar e interferiria com as tarefas do dia-a-dia e com as relações interpessoais. Independentemente do foco da preocupação, esse sentimento temeroso era sempre acompanhado por uma resposta de sobressalto exagerada e por uma variedade de sintomas que causavam comprometimento significativo no funcionamento de diversas áreas da sua vida, assim como sofrimento acentuado. Neste sentido, a ansiedade pode, também, ser definida como um conjunto de manifestações somáticas – aumento da frequência cardíaca e respiratória, sudorese, tensão muscular, náuseas, vazio no estômago, vertigens – e psicológicas – apreensão, alerta, inquietude, híper vigilância, dificuldade de concentração e de conciliação do sono, entre outros. É definida, ainda, como um estado ou sensação de desassossego, agitação, incerteza e temor resultante da previsão de alguma ameaça ou perigo, comumente de origem intrapsíquica, cuja fonte é desconhecida ou não pode ser determinada (Dalgarrondo, 2000, cit in Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006). A utente queixa-se de alguns dos sintomas apresentados nomeadamente, irritabilidade, agitação nervosa, taquicardia, perturbações visuais, vertigens, cefaleias e perturbações do sono.

Assim, tendo em consideração todo o historial ansioso e os sintomas apresentados pela utente, existe uma forte probabilidade destes interferirem na elevação da sua pressão arterial. Vários estudos apontam que altos níveis de ansiedade e episódios de tensão repetidos, resultantes de situações dominadas por *stress*, tendem a elevar a tensão arterial, tendo como consequências, episódios de epistaxis e doenças como acidente vascular cerebral e infarte agudo do miocárdio (Alves, Chor, Faerstein, Werneck, & Lopes, 2009; Chaves & Cade, 2002; Fonseca, Nicolato, Malloy-Diniz & Filho, 2009; Lipp, 2007; Santos & Lima 2008).

Atendendo ao exposto, pretende-se intervir, através de estratégias terapêuticas, orientadas para intervir com a utente relativamente ao seu funcionamento cognitivo, centrando-se na capacidade de identificação de pensamentos (crenças) e comportamentos disfuncionais e, em simultâneo, dar a motivação necessária e aporte técnico (estratégias de *coping* e de adaptação aos acontecimentos stressantes) para modificar esse funcionamento cognitivo disfuncional. A Terapia Cognitiva-

Comportamental tem demonstrado elevada eficácia no tratamento da PAG (Kapczinski & Margis, 2004; Ramírez & Díaz, 2009; Rangé, 2011; Vasconcellos, 2010).

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

A intervenção de M. tem como objetivo principal a redução da sintomatologia ansiosa, no sentido de auxiliar no controlo da HA e de promover o bem-estar geral da utente.

A terapia tem como propósitos:

- Otimização da relação terapêutica, promovendo uma boa relação terapêutica baseada na confiança e empatia.
- Normalização e desestigmatização, referindo, por exemplo, que a ansiedade é uma emoção natural do ser humano, no entanto, o excesso de medo ou nervosismo pode prejudicar a vida social e a saúde emocional e física da pessoa, tornando-se numa perturbação.
- Psicoeducação, procedendo a uma identificação da relação entre os pensamentos e a ansiedade e fazendo uma análise aprofundada sobre o valor e utilidade da preocupação exacerbada.
- Identificação e Modificação de crenças disfuncionais, que contribuem para a visão negativista que caracteriza esta perturbação da ansiedade. Foi mostrado, à utente, através da análise de seus pensamentos, o que promove a manutenção dos seus medos e lhe causa ansiedade (e.g., “*não posso ver desgovernos, eu sei que a minha gente gasta muito dinheiro mal gasto, tenho medo que precisem e não tenham*”, sic.), através de um diálogo socrático apresenta-se sugestões, possibilidades e evidências contrárias ao pensamento da utente, oferecendo caminhos para novos pensamentos mais verdadeiros e menos ansiogénicos.
- Promoção de competências de autocontrolo e de gestão do stress. (1) Através do recurso a cartões de enfrentamento (eg., “o único momento real é o presente”; “hoje a minha família é próspera e saudável”; “hoje estou saudável, sinto-me grata”). (2) Promovendo técnicas que permitissem o alívio da sintomatologia ansiosa, nomeadamente, no âmbito do relaxamento (eg., relaxamento, respiração diafragmática).
- Treino de competências sociais, através da assertividade e resolução de problemas. No sentido de orientar para o desenvolvimento de novas competências alternativas ou

modos de proceder mais adequados (e.g., papel das funcionárias; regras da instituição; importância do respeito moral para com os outros).

- Prevenção de recaídas, expondo a utente aos temas recorrentes que surjam como foco da preocupação, para desativar o seu potencial ansioso. Através desta técnica a paciente é encorajada a fazer um reconhecimento das circunstâncias que se podem tornar situações de alto risco para o aparecimento das suas crenças negativas (Rangé, 2011).

Foi resgatado juntamente com a utente os motivos pelos quais a sua HA se elevava, mesmo fazendo a medicação, lhe surgiam episódios de epistaxis e se envolvia em conflitos interpessoais. Atualmente, sabendo que pode lidar melhor com situações sociais diz sentir-se mais tranquila e confiante. Também foi reforçado que ela somente apresentou essas melhoras porque colaborou ativamente com todo o processo terapêutico, desenvolvendo recursos próprios para enfrentar situações de ansiedade.

Além disso, apesar da diminuição de comportamentos de ansiedade exacerbados característicos da PAG, ainda foi observada a necessidade de que a paciente fosse acompanhada no sentido de prevenção de recaídas, bem como a possibilidade de continuar o tratamento com relação a sintomas residuais da PAG observados na utente e apontados na escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (*Score* total = 31/56).

Anexo III

Processo: P.D.

Identificação da utente

P.D., do sexo feminino, tem 79 anos de idade e é viúva. É natural de Lisboa e reside no Lar Santo André, pertencente à SCMB, há dois meses. A utente ingressou no lar por vontade da sobrinha (representante legal) devido a encontrar-se a viver sozinha e sem condições de saúde e autonomia.

Problema Apresentado

A utente foi encaminhada para os serviços de psicologia, pelo diretor técnico e por vontade da sua sobrinha, solicitando estimulação cognitiva, uma vez que a utente se encontra com graves alterações de memória e, ainda, auxiliá-la na adaptação ao lar.

História do Problema

Devido ao estado confusional e discurso, por vezes, incongruente da utente, foi recolhida vária informação junto do diretor técnico do setor e da sobrinha da utente, esta também auxiliou na confirmação da história biopsicossocial de P.D.

Há, sensivelmente, oito ou dez anos a utente começou a manifestar dificuldades de memória, que se foram agravando progressivamente.

Na fase inicial da doença, o marido referia que o comportamento e as atitudes da esposa eram muito complexas, por vezes julgava-a de ter determinados comportamentos de propositadamente, contudo, percebia que algo não estava bem com a esposa. Quando os comportamentos se tornaram mais graves (*“deitava sal várias vezes na comida, lavava a mesma roupa e repetia as mesmas coisas várias vezes, esquecia-se de fazer a sua higiene, perdia-se e não reconhecia onde estava, passava o tempo todo a cuidar das roupas, entre outros”*, sic), foi consultada por um médico neurologista que lhe diagnosticou uma doença neuro-degenerativa, do tipo Alzheimer, prescrevendo-lhe a medicação adequada.

Com o falecimento do marido, há dois anos, P.D. continuou na sua casa, cuidada pela funcionária doméstica durante o dia e outra senhora fazia-lhe companhia durante a noite. Contudo, perante o agravamento da sua situação clínica e o aparecimento de escaras, uma profunda num pé e outra no sacro, tornou-se insustentável continuar a viver na sua casa sem outros cuidados especializados, razão pela qual a sobrinha procedeu à sua integração no lar.

P.D. embora nunca se recorde onde reside atualmente, percebe que não está na sua casa e refere com frequência que deseja ir para sua casa.

História biopsicossocial

P.D. nasceu numa família de nível socioeconómico médio. Diz não se lembrar muito bem da sua infância, contudo relata que era uma criança feliz e saudável, brincava com as outras crianças e ajudava a mãe nas tarefas de casa e nos bordados. Tinha cinco irmãos, sendo a A.D. a segunda filha mais velha, afirma ter tido sempre boa relação com eles, assim como com os seus pais. Relativamente às habilitações literárias, concluiu o primeiro ciclo, diz ter gostado muito da escola e ter sido boa aluna. Posteriormente foi trabalhar para uma “venda” até aos vinte e quatro anos, idade em que casou e se estabeleceu com o marido iniciando a atividade num modesto restaurante em Lisboa.

No que concerne à vida conjugal a utente refere que no princípio haviam vários conflitos, porque o trabalho no restaurante era demasiado, para o casal, causando bastante *stress*. Contudo posteriormente admitiram funcionários e o relacionamento conjugal tornou-se muito satisfatório. O casal não teve filhos, embora criassem uma sobrinha que ficara órfã com dois anos de idade (*“criámo-la como nossa filha, com muito amor”*, sic.)

Durante as últimas décadas de vida em comum, o casal vivia feliz e com alto nível socioeconómico, alugou o seu luxuoso restaurante, passeavam com regularidade, viajavam para o estrangeiro e desfrutavam positivamente a vida. Há dois anos o marido faleceu (doença) e a utente ficou sozinha na sua casa em Lisboa, cuidada pela funcionária doméstica. A sua sobrinha, que reside há vinte e cinco anos em Barcelos com a sua família, decidiu trazer a PD para um lar, onde facilitasse a proximidade e o acompanhamento à tia. Atualmente, a utente apresenta-se parcialmente autónoma, necessita de andarilho e de ajuda para vestir-se e para o banho. Passa a maior parte do tempo na sala com os outros utentes, rejeita a participação nas atividades. Refere continuamente que quer ir para sua casa (*“ aqui é ótimo, as pessoas são maravilhosas, mas eu quero ir para a minha casa, quero ver a minha família e os meus amigos, ninguém sabe de mim”*, sic.).

Avaliação do estado mental / Observação

A utente tem uma aparência física cuidada e vestuário adequado (é auxiliada pelas funcionárias da instituição), com uma idade real que corresponde à aparente. Apresentou-se colaborante, a sua comunicação gestual acompanhava a comunicação verbal, mantendo adequadamente o contacto ocular durante as consultas. Discurso com fluência, por vezes, desorganizada, volume baixo com velocidade normal, ritmo regular com fuga de ideias, o que resulta num discurso desorganizado, mas compreensível.

No que concerne ao humor, M.. apresenta, na maior parte o tempo, humor eutímico, por vezes, associado a manifestações depressivas e apáticas. Relativamente, ao espaço e tempo, está totalmente desorientada e autopsiquicamente apresenta alguma desorientação. Ainda, ao nível da memória, salienta-se que se verificaram agravadas dificuldades na memória recente, na evocação e na recordação.

Avaliação Psicológica/ Psicométrica /Resultados:

No sentido de corroborar a sintomatologia previamente identificada procedeu-se à avaliação psicológica, que incluiu os seguintes instrumentos: a entrevista clínica da SCMB, a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke e a Escala Geriátrica de Depressão (EGD).

Na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke PD. apresenta um *score* total de 27/100. Obtendo 3/18 na *subescala de Atenção e Orientação*, 3/26 na *subescala de Memória*, 2/14 na *subescala de fluência*, 18/26 na *subescala de linguagem* e 2/16 na *subescala Visuo-Espacial*.

Podemos concluir relativamente ao funcionamento cognitivo global, no instrumento de rastreio usado (ACE-R), que se verifica a presença de **défice cognitivo grave** em quase todos os domínios avaliados, sendo que o domínio da linguagem apresenta um resultado menos agravado. É de referir que a utente, ao nível da linguagem oral, e da compreensão da linguagem oral não apresentou dificuldades muito significativas.

Relativamente à Escala de Depressão Geriátrica, verifica-se um estado depressivo ligeiro (14/30).

Diagnóstico

O diagnóstico definitivo da doença de alzheimer (DA) só é feito após o estudo neuropatológico *post mortem*, do tecido cerebral, contudo, são através de provas

realizadas nos testes de despiste de deterioração cognitiva que é atribuído o diagnóstico provável de DA (Moreira & Oliveira, 2005). Assim, tendo em conta os sintomas da utente, os resultados da avaliação psicométrica e a análise do DSM-V (APA,2013), atribui-se uma 331.9 (G31.9) Perturbação Neurocognitiva Major devida a doença de Alzheimer Possível, com perturbação do comportamento.

Diagnóstico Diferencial

Os sintomas manifestados pela utente não se devem a outras perturbações neurocognitivas (PNC) (eg., doenças dos corpos de Lewy, degeneração lobar frontotemporal), embora estas partilhem o início insidioso e o declínio progressivo causado pela doença de Alzheimer, têm características próprias diferenciadas. A utente não apresenta historial de nenhum acidente vascular cerebral, na PNC vascular, geralmente, existe história de acidente vascular cerebral, com o início do défice cognitivo e as hiperintensidades da substância branca.

Também não se verifica presença de outras doenças neurológicas ativas concomitantes (eg., doenças da tiroide, défice da vitamina B12). Rejeita-se ainda o diagnóstico de perturbação depressiva major, porque a utente não tem historial de depressão e atualmente não apresenta sintomatologia depressiva que justifique o diagnóstico. Não se verificaram outras doenças médicas que possam ter contribuído para a perturbação neurocognitiva cerebral.

Concetualização clínica

Na fase de vida avançada, onde as perdas (ao nível físico, afetivo e social) são muito superiores aos ganhos, os idosos tornam-se mais propensos a desenvolver certas doenças mentais, como a depressão e as demências (Oliveira, 2010). A DA é responsável pela maioria dos casos de demência (60 a 80% dos casos) é uma doença degenerativa, progressiva, (Alzheimer's Association, 2013) e é caracterizada pela destruição lenta e progressiva das células do cérebro. Esta doença tem repercussões negativas nas atividades diárias da pessoa e no seu desempenho social e ocupacional (National Institutes of Health, 2011; Oliveira, Ribeiro, Borges & Luginger, 2005). Todas as atividades da utente, assim como, o desempenho nas várias áreas da sua vida está afetado e agravar-se progressivamente.

O curso da doença é um processo individual, contudo existem sintomas prevalentes ao longo da progressão da doença, destes destacam-se os défices cognitivos (principalmente ao nível da memória), dificuldades na aquisição de novos

conhecimentos, e dificuldades no planeamento, julgamento e organização. Ao nível comportamental verificam-se alterações na execução de tarefas motoras complexas, dificuldades na comunicação e orientação espacial e verifica-se, ainda, um desligamento social que em alguns doentes pode progredir para depressão (McCabe, 2008). Todos estes sintomas cognitivos assim como os comportamentais corroboram com o estado que PD se encontra, apresentando, também, tendência para deprimir, uma vez que recusa interagir e participar em qualquer atividade do setor.

De modo geral, na DA verificam-se, também, alterações da linguagem (afasia, alexia e agrafia); alterações práxicas (alteração do controlo voluntário dos movimentos intencionais) e dificuldades em reconhecer objetos e pessoas. Num estado grave do processo demencial é frequente a diminuição da agitação, o aumento da inércia, incontinência e perda de postura e da marcha, que conduz o doente à cama e inevitavelmente à morte (Barreto, 2005).

A DA pode ser caracterizada como tendo um início precoce ou um início mais tardio, sendo que alguns estudos referem que a demência com início mais precoce, antes dos 65 anos, pode ter uma progressão mais rápida (McCabe, 2008). No caso de PD, os primeiros sintomas surgiram entre os 67/68 anos, fazendo parte do grupo de dementes de Alzheimer com início tardio.

Considerando a natureza progressiva da doença e as repercussões extremamente negativas nas várias áreas da vida da pessoa, qualquer intervenção deverá ser iniciada o mais precocemente possível (Guerreiro, 2005). Embora, as expectativas de melhorias sejam limitadas, a intervenção cognitiva visa o retardamento do processo degenerativo e a promoção de melhorias no âmbito da plasticidade cerebral. Com o objetivo último de auxiliar na organização da dinâmica cognitiva da utente, de modo a, proporcionar-lhe maior bem-estar geral possível (Corrêa & Silva, 2009).

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

Atendendo à sintomatologia da utente (problemas de memória, desorientação no espaço e no tempo e dificuldades nas funções executivas) foi utilizado o Treino de Estimulação Cognitiva, no seu plano de intervenção. Este apresenta como principal objetivo retardar o processo degenerativo e promover melhoramentos ao nível da plasticidade cerebral da utente, através da reestruturação cognitiva. Os objetivos específicos consistem na estimulação de várias áreas cognitivas, nomeadamente a nível

da memória, das funções perceptivas, da orientação espaço-temporal, da linguagem e das funções executivas.

Relativamente à estimulação ao nível da memória, atuou-se, prioritariamente, na memória a curto prazo (através da memorização, retenção e evocação) e na memória autobiográfica, no sentido de manter a identidade e a autoestima da utente. Trabalhou-se, também, a memória semântica e a implícita através de questões acessíveis, no sentido de contrariar a evolução da doença, uma vez que, com a evolução desta, também estes tipos de memória comecem a sofrer alterações.

Estimulou-se as funções da atenção e concentração, solicitando-se à utente que realizasse determinados exercícios, numa folha de registo (eg., encontrar: algarismos, letras, nomes, diferenças), incitando que os realize com sucesso. Numa primeira abordagem a utente procura realizar os exercícios individualmente, caso tenha dificuldades repete-se a instrução e é auxiliada na realização e compreensão da tarefa.

Procedeu-se, insistentemente, à estimulação espaço-temporal, através técnicas de orientação para a realidade, utilizando-se a apresentação de questões relativas ao meio envolvente (hora, dia, estação do ano, local onde reside, entre outros).

Na estimulação das funções executivas, uma vez que a utente apresenta dificuldades na capacidade de pensamento abstrato e de planear, monitorizar e parar um comportamento complexo, foram utilizados exercícios práticos (sobre semelhanças, diferenças, sequências de ação e sequências lógicas) que a obrigassem pensar sobre melhor forma de solucionar a situação.

Para além da aplicação de exercícios de estimulação da memória, da atenção e das funções executivas, foram utilizados também exercícios direcionados para a estimulação de áreas cognitivas facilmente afetadas por esta doença: estimulação da afasia, apraxia, agnosia.

Na estimulação da afasia, promoveu-se a compreensão da linguagem, através da estimulação da leitura, solicitando à utente a nomeação de pessoas e objetos, a repetição de frases e palavras e a execução de ações. Na estimulação da apraxia, tendo em atenção que os doentes com esta área afetada revelam dificuldade de organizar atos motores intencionais apesar de as capacidades motoras, a função sensorial e a compreensão da tarefa requerida estarem intactas. (Santana 2005), estimulou-se as capacidades para executar movimentos ajustados ao que se pretende, através da mímica e da cópia de

desenhos. Para a estimulação da agnosia, aplicou-se exercícios de interpretação de informações sensoriais, solicitando o reconhecimento de objetos e lugares, figuras geométricas, rostos, animais, cores e objetos, identificar sons, através de exercícios olfativos, tácteis, visuais e auditivos.

Nas últimas consultas foi executada nova avaliação, sendo que os resultados foram semelhantes (Na ACE-R, apresenta um *score* total de 29/100 vs. 27/100; na EDG 13/30 vs. 14/30) ainda que a evolução tenha sido menos satisfatória que o esperado, considera-se um resultado positivo. Assim, torna-se relevante a continuidade do acompanhamento psicológico, no âmbito da estimulação cognitiva, uma vez que se pretende retardar o processo degenerativo e promover melhorias no âmbito da plasticidade cerebral.

Anexo IV

Processo: M. J.

Identificação da utente

M.J., do sexo feminino, tem 75 anos de idade e é solteira. É natural de Barcelos e reside no Lar D. Leonor, pertencente à SCM da mesma cidade, há um mês e meio. A utente ingressou no lar por vontade própria devido a residir sozinha e sem condições físicas habitacionais.

Problema Apresentado

A utente foi encaminhada para os serviços de psicologia, pela diretora técnica solicitando auxílio no processo de integração e adaptação ao lar, uma vez que se mostrava isolada e muito deprimida.

História do Problema

A utente revelou que ingressou no lar por iniciativa própria, devido a não ter condições habitacionais razoáveis e a encontrar-se a viver sozinha. Contudo, revela que foi muito angustiante tomar definitivamente a decisão de abandonar a casa e o lugar onde vivera toda a sua vida. Referiu dificuldades na adaptação às regras da instituição, uma vez que se sentiu forçada a uma profunda alteração relativamente à sua autonomia e liberdade.

Por outro lado, a utente revelou que, nesta sua decisão algo a afetava profundamente, as suas duas irmãs faleceram no lar, uma delas, uma semana após a ingressão no lar.

Diz sentir-se agoniada e sem disposição para participar em qualquer atividade do setor, para sair à rua ou interagir com os outros habitantes, isolando-se.

História biopsicossocial

M.J. nasceu numa família de nível sociocultural médio mas de nível económico baixo, era a terceira de cinco irmãos (duas raparigas mais velhas e dois irmãos mais novos).

Relativamente à sua infância, refere que devido a uma queda em bebé ficou com uma deficiência física e problemas renais. (*“Depois era uma criança normal, era feliz brincava com as outras crianças, com os meus irmãos e ajudava a minha mãe”*, sic.). Revela que teve sempre uma boa relação com os seus pais, principalmente com a sua

mãe (*“era muito querida e fez-me muita falta”*, sic). A relação com os irmãos também era muito unida e positiva. Quando tinha onze anos o seu pai faleceu, de doença, ficando a viver com a mãe e os irmãos.

Quanto à sua história educacional, refere ter-se adaptado muito bem à escola e terminado o primeiro ciclo com êxito e satisfação.

Na sua juventude teve um namorado (*“eu gostava muito dele, mas quando lhe contei que devido ao meu problema de saúde não podia ter filhos, ele terminou a relação, sofri muito e nunca mais quis relacionar-me com ninguém”*, sic.).

Durante a fase adulta, trabalhou inicialmente em casa, auxiliando nos trabalhos domésticos, em seguida trabalhou dez anos numa empresa de peúgas. Posteriormente, devido a problemas de saúde reformou-se aos trinta e sete anos, permanecendo em casa a cuidar da mãe, esta com problemas agravados de saúde faleceu passados dois anos, ficando a viver com o tio e os sobrinhos.

A utente refere que a morte da mãe e do tio foram momentos muito difíceis de ultrapassar e desde então, há vinte anos, vive sozinha. Todos os seus irmãos já faleceram, contudo tem muitos sobrinhos (*“muitos deles ajudei a criar, mas agora todos estão nas suas vidas e não têm tempo para me visitar sequer, o que me vale são as vizinhas que tinha, aqui da cidade, costumávamos ir à missa e lanchar juntas”*, sic.).

Relativamente a dados clínicos, aos vinte e setes anos foi sujeita a uma nefrectomia, e mais tarde a uma neoplasia mamária e a uma histerectomia. Atualmente, não refere problemas de saúde significativos.

No que concerne a sua história de institucionalização, encontra-se no lar há um mês e meio, revelando ter bom relacionamento com os colaboradores (*“são muito simpáticos e atenciosos”*, sic.) e com os outros residentes do lar, as principais dificuldades prendem-se com o afastamento da família, a angústia da decisão de abandonar a casa, os seus pertences e o lugar onde sempre viveu, com a alteração da sua autonomia e liberdade e com o falecimento das duas irmãs no lar. Diz sentir-se agoniada e sem disposição para participar em qualquer atividade do setor, para sair à rua ou interagir com os outros habitantes, isolando-se.

Avaliação do estado mental / Observação

A utente tem boa apresentação, com uma aparência física muito bem cuidada e vestuário adequado, com uma idade real que não corresponde à aparente (parece ter 65 anos), com boa conduta e atividade psicomotora. Apresentou-se colaborante, a sua

comunicação gestual acompanhava a comunicação verbal, mantendo adequadamente o contacto ocular durante as consultas. Discurso coerente, com tom normal e fluência organizada. No que concerne ao humor, M.J. apresenta um estado de humor marcadamente deprimido. Está orientada auto e alopsíquicamente e com juízo crítico. No que se refere à avaliação de perigo iminente, M. refere nunca ter pensado no suicídio. A utente não consome álcool, nunca fumou, nem recorreu ao uso de drogas ilícitas. Salienta-se, ainda, que não se verificou presença de atividade delirante nem evidências de fenómenos alucinatórios.

Avaliação Psicológica/ Psicométrica /Resultados:

No sentido de corroborar a sintomatologia previamente identificada procedeu-se à avaliação psicológica, que incluiu os seguintes instrumentos: a entrevista clínica da SCMB, o Mini-Mental State (MMS), a Escala Geriátrica de Depressão (EGD) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social.

No Mini-Mental State M.J. apresenta um *score* total de 25 (sem défice cognitivo). Obtendo 10/10 na *subescala de Orientação*, 3/3 na *subescala de Retenção*, 3/5 na *subescala de Atenção e Cálculo*, 1/3 na *subescala de Evocação*, 8/8 na *subescala da Linguagem* e 0 na *subescala de Habilidades Construtivas*.

Relativamente à Escala de Depressão Geriátrica, a utente apresenta depressão ligeira com uma pontuação de 14/30.

Quanto à Escala de Satisfação com o Suporte Social, obteve-se os seguintes resultados: *Score* total = 39 / (15-75); dimensão *Satisfação com os Amigos* 18/25; dimensão *Intimidade* 9/20; dimensão *Satisfação com a família* 5/15; e na dimensão *Atividades Sociais* 7/15.

Através da análise dos resultados obtidos torna-se possível concluir que na dimensão *Satisfação com a família* M.J apresenta um valor extremamente baixo, o que corrobora com os dados recolhidos na entrevista, sendo uma pessoa com sentimentos de afastamento/abandono por parte da família. Nas dimensões *Intimidade* e *Atividades Sociais* apresentou, também, valores baixos. Na dimensão *Satisfação com os Amigos* obteve melhores resultados, estes devem-se ao facto da utente se encontrar satisfeita com as amizades que possui e a relação que têm com os residentes e colaboradores do lar. Tal facto poderá apresentar-se como um fator protetor, no sentido de facilitar a adesão a novas experiências e atividades, contribuindo para sucesso da sua adaptação.

Perante os sintomas apresentados pela utente através da entrevista, da observação, dos resultados dos testes de avaliação e da consulta do DSM-V (APA,2013), foi atribuído à Dona M.J. o seguinte diagnóstico: 309.0 (F43.21) Perturbação de Ajustamento com humor deprimido.

Diagnóstico Diferencial

A Perturbação de Ajustamento é diferenciada de:

- Perturbação Depressiva Major, uma vez que, a sintomatologia apresentada pela utente não preenche os critérios para a segunda perturbação
- Perturbação *stress* pós 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 Ajustamento, este fator tem de ser extremo e requerer uma constelação específica de sintomas. Na Perturbação de Ajustamento, o fator de *stress* pode ter qualquer gravidade e pode envolver uma grande variedade de sintomas possíveis desencadeando a Perturbação de Ajustamento.
- Perturbações da Personalidade, que são também exacerbadas pelo *stress*, no entanto com outros sintomas que não são devidos a um mau ajustamento. 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 de Ajustamento* é feito juntamente com *Perturbação da Personalidade*.
- Fatores Psicológicos que afetam outras condições médicas, porque se tratam de sintomas específicos, comportamentos ou outros que exacerbam a condição médica, complicam o tratamento ou, por outro lado, aumentam os riscos de desenvolver uma doença médica. Na Perturbação de Ajustamento a relação é inversa, sendo os sintomas psicológicos que se desenvolvem em resposta ao *stress* de ter ou tomar conhecimento do diagnóstico de uma doença médica.
- Luto, pois no luto espera-se uma reação como resposta previsível e esperada à morte de um ente querido, enquanto na Perturbação da Ajustamento a reação é excessiva ou mais prolongada do que o previsível.
- Reações normativas de *stress*, pois nestas, o mal-estar sentido não excedem o que seria normalmente expectável.

Concetualização teórica

Historicamente, a prestação de cuidados prestados às pessoas idosas, com alguma incapacidade ou dependência, atribuía-se aos seus familiares descendentes e era desenvolvido no espaço privado do domicílio, este cuidado foi sendo transferido para a responsabilidade das instituições (Figueiredo, 2007). Esta problemática coloca questões específicas que influenciam, quer o bem-estar físico, quer o bem-estar psicológico, a nível das condições de vida dos idosos na atualidade. A utente criou falsas expetativas em relação à disponibilidade dos sobrinhos, principalmente de uma sobrinha, em acolhe-la no seu domicílio e prestar-lhe os cuidados necessários. É consensual que, nas sociedades ocidentais contemporâneas, a capacidade de adaptação, o apoio familiar e, sobretudo, a qualidade da instituição são fatores relevantes para que os indivíduos idosos mantenham um determinado grau de autonomia e de independência, tendo em vista a aceitação progressiva da dependência que vai surgindo com o envelhecimento. Assim, são inúmeros os fatores biopsicossociais que interferem na adaptação do idoso institucionalizado ao contexto institucional. (Barros, 2004; Oliveira, 2005; Tomasini & Alves, 2007). O desinteresse e distanciamento dos familiares, nesta fase de mudança de vida, foi crucial para a dificuldade de adaptação da utente ao lar. Também as “ideias ruminantes” acerca da morte das irmãs no lar, inclusive a que falecera uma semana após a integração, dificulta a sua adaptação e desenvolve um humor depressivo e défice nas áreas sociais e ocupacionais. Vários estudos apontam para uma forte relação entre a depressão, o isolamento social e a solidão, podendo a depressão funcionar como verdadeira barreira para a funcionalidade do idoso e a adaptação bem-sucedida aos desafios que necessitam enfrentar (Munson, 1989; Squire, 2005; Caeiro & Silva, 2008).

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

A presente intervenção baseou-se 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).

A intervenção de M.J. teve como objetivo principal a recuperação de um nível satisfatório de bem-estar psicológico para promover adaptação positiva ao lar. Nesse

sentido os objetivos específicos são: (1) Otimização da relação terapêutica; (2) A normalização e desestigmatização; (3) Psicoeducação; (4) Identificação e modificação de pensamentos automáticos; (5) Implementação de estratégias comportamentais; (6) Modificação das crenças disfuncionais.

Inicialmente foi estabelecida uma relação terapêutica baseada na empatia, na compreensão, na confiança e no apoio incondicional, mostrando o interesse genuíno nas dificuldades. Procedeu-se também à normalização e desestigmatização, procurando ajudar a paciente a perceber que a sua experiência é compartilhada por muitas outras pessoas e que certos acontecimentos desencadeiam determinados sintomas, fornecendo-lhe uma compreensão e aceitação dos seus problemas. Na componente psicoeducativa deu-se ênfase à importância da motivação e do seu papel ativo no processo terapêutico.

Seguidamente, prosseguiu-se com a identificação de pensamentos automáticos e modificação das crenças disfuncionais. Foi explicado à utente que os seus pensamentos automáticos (acerca da morte das irmãs no lar, do distanciamento da família) são muitas vezes negativamente distorcidos causando-lhe um estado de desmotivação e tristeza profunda. Tal como, Wright, Turkington, Kingdon e Basco (2009) uma das principais causas da falta de motivação e bem-estar, são cognições mal adaptativas do sujeito surgem sob a forma de pensamentos automáticos. Avançou-se com a reestruturação cognitiva, juntamente com a utente, procedendo-se à análise dos pensamentos e emoções identificadas, questionando e refletindo sobre os mesmos, permitindo que as falsas crenças e pensamentos distorcidos fossem substituídos por cognições mais adaptadas e realistas, melhorando a autoestima da utente e desenvolvendo uma maior confiança no futuro e nos outros.

Posteriormente, procedeu-se com a implementação de estratégias comportamentais, uma vez que, por um lado, esta utente apresenta isolamento e humor deprimido, mas, por outro lado, referiu ter boa relação com amigos e com os outros habitantes do lar, tornou-se importante o planeamento de atividades e atribuições de tarefas, objetivando a ativação comportamental, bem como programação de eventos agradáveis (eg., participar na ginástica e nas atividades sociorecreativas do lar; interagir com outros habitantes do lar; encontrar-se com as suas amigas fora do lar), no sentido de fortalecer a autoestima e a motivação, e de combater o isolamento social.

Outra questão trabalhada com a utente refere-se à reorganização da nova realidade de vida após se ter deparado com perdas e alterações significativas na sua vida. Comumente, as pessoas não estão preparadas nem são educadas para aceitar a

morte como uma etapa natural da vida. A perda não ocorre apenas por morte, e é um tema bem mais presente em vida. Uma vez que é necessário aceitar a realidade da perda ou da ausência de algo e promover a adaptação (Souza, Rua & Santos, 2012). Assim, foi trabalhado este tema com a utente, no sentido de aceitar a realidade dos fatos, permitir a reorganização da nova realidade de vida, promovendo a adaptação positiva ao lar e visando, como objetivo último, o seu bem-estar psicológico.

Atualmente, a utente apresenta humor eutímico e uma forte motivação para prosseguir com a nova realidade de vida. A colaboração ativa demonstrada pela paciente foram fulcrais para o sucesso de todo o processo terapêutico.

A desconstrução dos pensamentos erróneos e o reforço da motivação permitiram à utente ajustar-se positivamente às situações de mudança ou perda, diz sentir-se mais tranquila e segura da decisão tomada.

Anexo V

Processo: A.

Identificação da utente

A., nascida a 25/12/de1929 tem, atualmente 86 anos de idade. É do sexo feminino, solteira e reside no Lar Nossa Senhora da Misericórdia, pertencente à SCMB, há cerca de um mês, devido à impossibilidade de permanecer na sua casa.

A utente foi encaminhada para o serviço de psicologia por demonstrar níveis elevados de ansiedade e ter historial de depressão. O processo de acompanhamento iniciou-se a 16/02/2015.

Problema:

A utente apresenta como principal problema dores contínuas no corpo todo, principalmente nas ancas o que lhe causa sofrimento e muita angústia, sentindo-se desmotivada, sem disposição para interagir com os outros, assim como para participar em qualquer atividade, preferindo isolar-se no seu quarto. Queixa-se também que lhe incham muito os tornozelos e menciona varias vezes que tem dificuldades de visão (*“ponho os óculos eles fazem-me muita confusão, tiro-os não consigo ver direito”*, sic.). Refere ainda que tem dificuldades no sono e que se sente incomodada, durante a noite, pela colega de quarto, o que prejudica ainda mais o seu sono.

História do problema

A. começou a sentir problemas de saúde por volta dos cinquenta e sete anos, altura em que fez a primeira operação a uma anca, para colocação duma prótese, sendo que durante um período de dez anos sentiu-se bem. Mas passados estes anos voltou a ser operada às duas ancas, ficando com dores contínuas e dificuldades na marcha.

Posteriormente foi detetado um cancro maligno na mama, sendo assim sujeita a uma neoplasia mamária, seguindo com tratamentos de quimioterapia e radioterapia. No seu processo clínico revela também a existência de uma colite ulcerosa.

História biopsicossocial

A Sra. A. é natural de Cossourado, era a sexta de onze irmãos, recorda uma infância feliz e tranquila, marcada por brincadeiras com os amigos e seus irmãos,

embora com grandes dificuldades económicas, (*“eram muitos filhos e só o meu pai, que era ferreiro, tinha um ordenado, a minha mãe era doméstica, trabalhava no campo e nós ajudávamos”*, sic.). Devido a estas dificuldades a utente refere que não existiam condições, quer para ela quer para os irmãos, de frequentar a escola tendo que ingressar no mundo do trabalho muito precocemente.

Refere que existia um relacionamento harmonioso entre todos os membros da sua família nuclear. A mãe morreu aos quarenta e seis anos, tendo A. catorze anos (*“morreu depois de uma operação a um joelho, eu fui vê-la e ela disse-me para eu ir para casa que no dia seguinte já tinha alta, mas no dia seguinte ela morreu, eu e os meus irmãos sentimos muito sua falta”*, sic.).

Por volta dos dezasseis anos começou a trabalhar, na cidade onde nasceu, como empregada doméstica (*“fui servir para casa de uns senhores”*, sic.), onde trabalhou três anos, altura em que engravidou e veio novamente para casa do pai, referiu gostar desse trabalho, contudo criou alguma resistência a abordar essas vivências (*“já passou muito tempo e eu já não me lembro de nada disso”*, sic.). Quando abordada a questão de relações amorosas na juventude, revelou incómodo e reagiu com bastante resistência (*“Eu nunca quis homem nenhum nem precisei, criei a minha filha sozinha livre de vergonhas, e nunca quis ninguém, tinha nojo dos homens”*, sic.).

Quando a sua filha tinha cinco anos empregou-se num hospital (asilo) como auxiliar, (*“era muito duro o trabalho no asilo, trabalhava muitas horas e dormia lá”*, sic.), trabalhou nessa instituição onze anos. Em seguida trabalhou num lar de meninas na mesma cidade, onde exercia a função de cozinheira e responsável por esse serviço, referindo que embora trabalhasse muito e fosse mal remunerada, gostou de trabalhar nessa instituição. Assim foi criando a sua filha, com ajuda do seu pai, este aceitou com respeito a sua gravidez e ajudou sempre na educação da menina, (*“sempre trabalhei muito para que não faltasse nada à minha filha e consegui forma-la professora”*, sic.).

Quando a sua filha casou A. foi viver com ela e com o genro, este morreu, há dez anos, devido a uma doença cancerosa, (*“era muito boa pessoa, mas estava a sofrer”*, sic.). Ficando A. a viver com a sua filha e com a neta. Tinham bom relacionamento, contudo a sua filha tem várias problemáticas de saúde, principalmente ao nível de coração, tornando-se impossível cuidar da mãe, (*“por esse motivo eu disse à minha filha para*

arranjar de eu vir para o lar, mas quem me dera poder estar na minha casa, nem há comparação”, sic.).

Avaliação do estado mental

A utente de aparência cuidada e vestuário adequado apresentou-se colaborante e manteve o contacto ocular, está orientada auto e alopsíquicamente e com juízo crítico. A idade aparente é igual à idade real.

Apresenta um estado de humor depressivo, com sentimentos de angústia e desânimo, a expressão facial, a maior parte do tempo, é triste.

Relativamente à comunicação não-verbal, os reflexos gestuais e oculares, estão de acordo com a comunicação verbal. Nesta denota-se um discurso com fluência organizada, contudo, direcionado continuamente para a sua sintomatologia (dores no corpo), volume normal com velocidade normal, ritmo regular sem fuga de ideias. Salienta-se ainda que não se verificaram problemas de memória, alucinações e delírios.

Avaliação Psicológica/ Psicométrica /Resultados:

No sentido de corroborar a sintomatologia previamente identificada procedeu-se à avaliação psicológica, que incluiu os seguintes instrumentos: a entrevista clínica da SCMB, o Mini-Mental State (MMS), a Escala Geriátrica de Depressão (EGD), a escala de avaliação de Ansiedade de Hamilton e o Questionário de Meios para Lidar com a Dor.

No Mini-Mental State A. apresenta um *score* total de 22 (sem défice cognitivo). Obtendo 9 na *subescala de Orientação*, 3 na *subescala de Retenção*, 1 na *subescala de Atenção e Cálculo*, 2 na *subescala de Evocação*, 7 na *subescala da Linguagem* e 0 na *subescala de Habilidades Construtivas*.

Na Escala de Depressão Geriátrica, a utente apresenta depressão ligeira com uma pontuação de 13/30.

Relativamente à escala de avaliação de Ansiedade de Hamilton, obteve 10 no grupo de sintomas de humor ansioso e 2 no grupo de sintomas físicos de ansiedade. Registando-se uma pontuação total de 12/56, não se verificando sintomas de ansiedade, contudo, foram avaliados alguns sintomas psicossomáticos.

Quanto ao Questionário de Meios para Lidar com a Dor, apresenta um *score* total de 30/64. Obteve 8/28 na subescala de Estratégias de Transformação da Dor, 16/20 na subescala de Estratégias Ativas do alívio da dor e 6/16 na subescala de Estratégias Distratoras da Atenção.

Perante os sintomas apresentados pela utente através da entrevista, da observação, dos resultados dos testes de avaliação e da consulta do DSM-V (APA,2013), foi atribuído à Dona A. o seguinte diagnóstico: 293.83 Perturbação Depressiva Devida a Outra Condição Médica. Com Características Depressivas (F06.31)

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de Perturbação Depressiva Devida a Outra Condição Médica deve ser diferenciado de outras perturbações depressivas que não sejam consequência de outra condição médica. Assim, no sentido de assegurar que uma condição médica que ocorre em simultâneo com uma perturbação depressiva está a causar a perturbação irá depender: (1) da ausência de episódio/s depressivos anteriores ao início da condição médica; (2) da possibilidade de que a condição médica associada tenha capacidade para promover ou causar a perturbação depressiva; e (3) do curso dos sintomas depressivos pouco depois do início ou agravamento da condição médica, principalmente se os sintomas depressivos remitem próximo da altura em que a condição medica é tratada de forma eficaz ou remite.

Exclui-se a Perturbação depressiva Induzida por medicamentos, uma vez que não existem registos de uso recente ou prolongado de medicamentos que causem efeito direto na Perturbação Depressiva da utente. Indicando, assim, que a condição desta se deva exclusivamente à sua Condição Médica.

Exclui-se também perturbação de ajustamento, atendendo à abrangência do quadro depressivo e à sintomatologia apresentada pela utente.

O diagnóstico de Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação é mais apropriado para os quadros clínicos com humor depressivo, com deficiência clinicamente significativa que não preencham a totalidade dos critérios para nenhuma das perturbações da classe diagnosticada das perturbações depressivas (APA, 2013).

Deste modo, o diagnóstico comprova-se pelo facto da utente preencher todos os critérios apresentados pelo DSM-V para o Diagnóstico de Perturbação do Humor Devida a Outra Condição Médica, com Características Depressivas, devido à

sintomatologia de dor, consequência de várias problemáticas de saúde supramencionadas (critério B) e relativa perda de autonomia a nível físico, passando a depender de moletas. Encontra-se com humor deprimido proeminente e persistente, sentindo uma exacerbada perda de interesse por todas as atividades (critério A). Portanto, a sua sintomatologia provoca-lhe mal-estar clinicamente significativo e défice social (critério E), também, como anteriormente referido, a utente não apresenta problemas de alucinações ou delírios (critério D).

Conceptualização

A dor é considerada pela Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial de lesões dos tecidos e relacionada com a memória individual. Trata-se de uma experiência subjetiva, que envolve aspetos físicos, psíquicos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio (Pimenta, 2000).

A função da dor é alertar para algo que está a ameaçar a integridade física do organismo (Celich & Galon, 2009). No caso de A., e atendendo à fase desenvolvimental que se encontra, a sensação dolorosa confronta-a com a sua fragilidade e ameaça a sua segurança, autonomia e independência, o que a impede de realizar as atividades da vida cotidiana e limita a sua capacidade de interação e convívio social, estas situações diminuem consideravelmente a sua qualidade de vida. Nos idosos, a perceção de dor pode ter repercussões significativas, principalmente a nível físico, emocional, sono e apetite (Celich & Galon, 2009; Correa K, Ceolim, 2008). Estes sintomas corroboram a sintomatologia apresentada pela utente. Segundo Pedroso e Celich (2006) a alta prevalência de dor nos idosos associa-se a desordens crónicas e degenerativas, particularmente as doenças musculoesqueléticas, como artrites e osteoporose. Além disso, o aumento da prevalência de cancro, historial de intervenções cirúrgicas, úlceras de pressão e as doenças cardiovasculares contribuem para o aumento das queixas de dor na população mais idosa. A utente apresenta, também, doenças musculoesqueléticas, colite ulcerosa, neoplasia mamária e tem historial de cinco intervenções cirúrgicas. Verificando-se, ainda, um estado depressivo contínuo. Segundo, Gold e Roberto, 2000 cit. in Andrade, Pereira e Sousa, (2006), pacientes que com dor crónica apresentam frequentemente comorbidade psiquiátrica. A depressão está associada ao aumento da

frequência e intensidade das queixas de dor e é identificada como uma variável dependente ou resultante dela.

Uma vez que a dor está entre os principais fatores que podem impactar negativamente a qualidade de vida do indivíduo idoso, torna-se essencial adotar neste contexto estratégias cognitivas-comportamentais, sendo muitas vezes vistas como cruciais para superar problemas, especialmente quando não se encontram respostas concretas na medicina para superar ou enfrentar as condições crônicas. (Celich & Galon, 2009; Lago-Rizzardi, Teixeira & Siqueira 2010). Segundo, Ogden (2004), a abordagem cognitivo-comportamental considera a dor como uma percepção que envolve a integração de quatro fontes de informação com elas relacionadas, nomeadamente a Cognitiva (e.,g “vai impedir-me de trabalhar”); a Emocional (“Estou ansioso porque ela nunca mais passa”); Fisiológica, Comportamental (não realizar exercício). Assim os doentes devem ser estimulados a desenvolver processos de pensamentos positivos para combater a dor e a identificar os seus pensamentos negativos acerca da dor. Deste modo os pensamentos negativos atuam como um sinal de que é precisa uma alteração dos processos de pensamento. Quando surge uma estimulação intensa, há que confrontá-la e lidar eficazmente com ela utilizando autoafirmações positivas. É importante que a pessoa aprenda interromper os pensamentos negativos com autoafirmações positivas através do recurso às técnicas de imaginação, distração e relaxamento.

Objetivos e estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

A terapia teve como objetivo principal retirar o foco da dor, diminuindo a sua percepção e fornecer à utente a sensação de controlo da situação dolorosa, no sentido de melhorar a seu bem-estar geral.

Assim recorreu-se a várias estratégias:

Otimização da relação terapêutica - baseada na empatia, na confiança e no apoio incondicional relativamente ao seu sofrimento.

A distração – focalizou-se a atenção da utente para vários estímulos diferentes da dor, dentro das suas preferências (cantar com os lábios fechados; ouvir música instrumental suave; usar a religiosidade; ver televisão; concentrar-se na respiração profunda e regular - focando a sua atenção na sua respiração e ouvir o murmúrio do ar a entrar e sair dos pulmões; ver televisão; jogar jogos.

A imaginação – a utente revelou que os momentos mais agradáveis foram passados nas férias em família, principalmente o prazer de cozinhar pratos diferentes. Assim foi incentivada a descrever em pormenor essas questões e encorajada a “ver-se” nesse local a fazer essas coisas. O objetivo foi criar uma imagem mental, concentra-se nessa imagem ou experiência agradável, no sentido de se permitir relaxar e experimentar sensação de bem-estar.

Relaxamento, através da respiração profunda, promoveu-se o exercício respiratório, através de inspirações e expirações profundas e lentas, para a dotar a utente de uma estratégia a ser usada em situações de maior intensidade da dor.

As Estratégias de Confronto – a utente foi incentivada a monitorizar e avaliar as suas cognições irracionais ou distorcidas, associadas à dor de modo a substituí-los por pensamentos mais relativistas, adaptados e funcionais.

No final da terapia individual, foi possível observar uma maior adesão a estratégias de *coping* para lidar com a dor crónica e apresentava motivação para participar em atividades e interagir com os outros utentes. Revelava, também um humor mais positivo e melhor bem-estar geral. Deste modo, verifica-se que as representações cognitivas contribuem para os resultados físicos e emocionais da intensidade da dor. Quando a utente apresentava a crença de que a sua dor era uma condição crónica (eg., “a dor não tem cura”), apresentava níveis de humor mais baixos, menor satisfação com os outros e menor qualidade de vida. Neste sentido, torna-se relevante, através da intervenção cognitivo-comportamental, por um lado, a substituição de crenças negativas relativas à dor por outras crenças mais adaptativas e funcionais, e por outro lado, a promoção de estratégias de *coping*, dando formação e informação aos utentes. Assim, estes poderão alterar determinados aspetos da sua vida, adequando as estratégias de *coping* a cada situação, com o objetivo último de, apesar da dor, ter um funcionamento mais eficaz.

Anexo VI

Caracterização dos Instrumentos Psicométricos Utilizados:

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

O MMSE é um teste de rastreamento, sendo o instrumento mais utilizado para avaliar as funções cognitivas em idosos. Este avalia diferentes parâmetros cognitivos, tais como: orientação espacial e temporal, memória imediata, evocação, cálculo, linguagem e nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia do desenho. Os resultados (ausência ou deficit cognitivo) varia de acordo com a escolaridade do sujeito, assim exige-se que um analfabeto tenha um valor igual ou inferior a 15; estudos de um a 11 anos deve alcançar um total de 22 e mais que 11 anos de estudos exige-se 27 pontos.

Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista (J. Hodge, E. Mioshi, 2005 / versão experimental portuguesa autorizada, H. Firmino, M. R. Simões, S. Pinho, J. Cerejeira, C. Martins, 2008).

É um instrumento sensível às manifestações iniciais de demência e considerado útil para classificar diferentes tipos de demência, particularmente diferenciar a Doença de Alzheimer da Demência Fronto-Temporal variante comportamental DFT.

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

A EDG consiste numa escala criada especificamente para o rastreamento da depressão na população idosa. Constituída por 30 questões de resposta dicotómica e pretende avaliar a existência ou ausência de depressão. Obtendo-se os resultados do seguinte modo: 0-10 = ausência de depressão; 11-20 = depressão ligeira; e 21-30 = depressão grave.

Symptom Checklist – Revised - 90 (SCL – 90-R) – (Tradução e Adaptação de Ana Galhardo, Paula Castilho e José Pinto Gouveia, 1999).

Symptom Checklist tem como finalidade avaliar padrões de sintomatologia clínica através de uma escala de *Likert* de zero a cinco pontos e é constituído por 90 organizados em nove dimensões: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade

interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticíssimo.

Escala de avaliação de Ansiedade de Hamilton (1959)

Esta escala auxilia na avaliação do paciente de acordo com o seu grau de ansiedade e condição patológica. Compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade – o que possibilita obter escores parciais, ou seja, separadamente para cada grupo de itens. O *score* total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56.

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) - A Escala de Satisfação de Suporte Social (Ribeiro, 1999) é composta por 15 itens, divididos em quatro subescalas: satisfação com a amizade (cinco itens); intimidade (quatro itens), satisfação com a família (três itens) e atividades sociais (três itens). O formato de resposta consiste numa escala *Likert*, onde varia entre 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente). É feito o somatório de todos os itens, podendo os resultados variar entre 15 e 75, sendo que os mais elevados significam maior suporte social.

Questionário de Modos de Lidar com a Dor de Brown (1983), Versão Portuguesa de McIntyre e Araújo-Soares (1999).

O questionário “Meios de Lidar com a Dor” tem por objetivo avaliar as estratégias de *coping* para lidar com a dor crónica (McIntyre & Soares, 1999). Compreende três subescalas a primeira, com 7 itens, corresponde à estratégia de *coping* que passa pela transformação da sensação de dor. A segunda, com cinco itens, refere-se à capacidade de mudar a atenção, ou seja à distração da dor. A terceira subescala, com quatro itens, refere-se a uma estratégia de coping com a dor a que se pode chamar de alívio ativo – o que possibilita obter escores parciais, ou seja, separadamente para cada subescala. O *score* total é obtido pela soma dos valores atribuídos em todos os 16 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 64.

Anexo VII

Atividades de Intervenção em Grupo

Sessão 1: “*Somos um grupo*”

Objetivos da sessão:

Apresentação do grupo e integração

Introdução da sessão:

Cumprimentar o grupo, individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Apresentação dos idosos que constituem o grupo terapêutico e dos psicólogos estagiários

- Apresentação das atividades propostas para a sessão.

1 - Psicoeducação, breve, sobre envelhecimento e estimulação cognitiva, mencionando quais os objetivos desta intervenção (o que são as funções cognitivas, para que servem e porque precisamos delas).

2 - Criar um nome para o grupo, envolvendo os membros nessa discussão até se chegar a um consenso quanto a 4 nomes. **A sabedoria da idade; É tempo de ser Feliz; Viver feliz com a Idade; Novos desafios, um sentido para a vida.** Escrever esses nomes no quadro e efetuar uma votação para se chegar ao nome vencedor. Escrever o nome vencedor em destaque no quadro.

3 – Escolher “canção temática” do grupo, mostrando três músicas aos participantes permitindo que estes escolham uma delas. **Alecrim aos molhos; La em cima está o tiro liro liro; Olha a xivinha.** Escrever no quadro qual a música selecionada. Cantar a “canção temática”.

4 – Perguntar: dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o Programa de Estimulação Cognitiva.

5 - “Jogo da bolinha de papel” – Fazer uma bolinha, dizer o nome da pessoa a quem a quer lançar e atirar a bolinha a esse membro do grupo.

Finalização da sessão:

Obter feedback sobre a atividade realizada (os aspetos mais negativos/positivos).

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a canção estabelecida no início.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte

Materiais: quadro, giz, apagador, computador, musicas, papel, marcadores.

Sessão 2: “Jogos dinâmicos de integração”**Objetivos da sessão:**

Promover a interação social.

Estimular várias áreas, nomeadamente, a memória, a atenção, a concentração, a coordenação motora e o equilíbrio.

Introdução da sessão:

Cumprimentar o grupo

Relembrar o nome do grupo

Cantar a “canção do grupo”.

Breve reflexão sobre a sessão anterior.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

- Apresentação das atividades propostas para a sessão.

1 - Segura o Balão (Berkenbrock, 2003): Entregar um balão com uma imagem dentro a cada pessoa. Os balões devem ser mantidos no ar, com a cooperação de todos. Passados 2 minutos, cada pessoa rebenta-o. Posteriormente procuram a pessoa que tenha ficado com a mesma imagem e agrupam-se aos pares para se conhecerem. Esta atividade

estimula a coordenação motora dos participantes (ao tentar manter o balão no ar) e o equilíbrio.

2 - Apresentação do outro (adaptação de Berkenbrock, 2003). Sentados dois a dois terão um tempo máximo de 1 minuto para se conhecerem. (nome idade, gostos, etc.). Finalizado esse tempo, cada pessoa vai apresentar o seu par ao resto do grupo, dizendo os principais dados que conseguiu obter na conversa. Quando o tempo acabar, deve passar a vez a outro colega. Nesta atividade será trabalhado o fator da exposição perante os outros, o que ajuda a prevenir o isolamento muito comum nesta população. Também se poderá averiguar alguns problemas relativos à atenção e concentração existentes nos participantes, e ao nível de prejuízos no que diz respeito à memória a curto prazo.

3 - Desafios (Mayer, 2005): Circular uma caixa pelos participantes, ao toque de uma música. Numa caixa coloca-se um objeto religioso e enchesse de papel de jornal, de forma a não perceberem o que está lá dentro. O orientador deve criar medo nos participantes e dizer que a pessoa que ficar com a caixa nas mãos, no momento em que a música parar terá que ficar com o que estiver lá dentro. Os participantes colocados em círculos devem fazer circular a caixa ao som da música. Após algum tempo o orientador, que permanece virado de costas para eles durante a atividade, deve desligar a música. Nesta atividade os sujeitos serão confrontados com o fator “surpresa” e revelarão a sua personalidade perante um desafio desconhecido.

4 – Identificar Sons: Reproduzir gravações de alguns efeitos sonoros da natureza, de animais e expressão de sentimentos: mar, campo, chuva, vento, trovoadas, galo, cavalo, gato, vaca, pássaros, gargalhada. Perguntar aos participantes qual o som que estão a ouvir. De seguida, apresentar imagens e pedir para fazerem corresponder esses mesmos sons com imagens apresentadas.

Finalização da sessão:

Relembrar novamente o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

Obter feedback sobre as atividades realizadas (os aspetos mais negativos/positivos).

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção do grupo”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.

Materiais: balões, imagens, caixa, objeto religioso, computador, sons, músicas, projetor.

Sessão 3: “ a minha memória ajuda-me” (adaptação de Neves, 2009).

Objetivos da sessão:

Estimulação da memória, da atenção, orientação, raciocínio e concentração.

Desenvolvimento da agilidade mental e perceptiva

Introdução da sessão

Cumprimentar o grupo

Relembrar o nome do grupo

Cantar a “canção do grupo”.

Breve reflexão sobre a sessão anterior.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

- Apresentação das atividades propostas para a sessão.

1 - Associação de imagens: os participantes têm que associar determinadas imagens, que lhes serão mostradas, a um conjunto de categorias que lhes são adequadas.

- Num segundo passo será feita a exploração de significados relatos às imagens apresentadas

2 - Jogo: serão colocadas perguntas (nomes de animais/frutas/objetos/ pessoas com a letra “X”) os participantes receberão um cartão por cada pergunta certa. O vencedor será que tiver mais cartões.

3 - Jogo da atenção: É dada a indicação que quando a música parar todos põem a mão na cabeça. Entretanto todos batem palmas ao som da música. Quando a música terminar (coloca-se em pause) os participantes têm que cumprir a ordem. Quem não cumprir sai do jogo.

Finalização da sessão:

Relembrar novamente o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

Obter feedback sobre as atividades realizadas (os aspetos mais negativos/positivos).

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção do grupo”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.

Materiais: apresentação em power point com imagens p/fazer associações; cartões; computador; músicas; projetor.

Sessão 4: “*Cubos Lógicos*”.

Objetivos da sessão:

Estimulação da destreza psicomotora, atenção, concentração, visualização espacial e aprendizagem através de tentativa e erro.

Adaptação a diferentes execuções.

Introdução da sessão:

Cumprimentar o grupo

Relembrar o nome do grupo

Cantar a “canção do grupo”.

Breve reflexão sobre a sessão anterior.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

- Apresentação da atividade proposta para a sessão.

1º - Os participantes, individualmente, desenvolvem a atividade manuseando os cubos de nível um.

2º - Num segundo passo, em grupos de quatro elementos, trabalham os cubos de nível dois, tentando elaborar imagens mais complexas.

3º Numa última fase, também em grupos de quatro elementos, constroem cubos de nível três, procurando produzir imagens com um grau de complexidade ainda maior.

(Os exercícios supramencionados aumentam gradualmente o nível de dificuldade).

4º - **Jogo das figuras** (Zimmerman, 2000): forma-se grupos de 2 elementos, o terapeuta vira um cartão. Depois os participantes devem conseguir descobrir o par nos outros cartões, tendo para isso 4 tentativas.

Num segundo passo devem virar os cartões, até encontrarem todos os pares.

Finalização da sessão

Relembrar novamente o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

Obter feedback sobre as atividades realizadas (os aspetos mais negativos/positivos).

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção do grupo”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.

Material: jogos seniores: jogos de estimulação cognitiva e diversão – cubos lógicos, da autoria de Rita Teles. Cartões com figuras.

Sessão 5: “Jogos de Memória e Atenção”

Objetivos da sessão:

Estimulação da memória

Estimulação da memória a curto prazo, através da retenção de informação por um breve período de tempo.

Estimulação da concentração

Estimulação da atenção

Estimulação da atenção voluntária visual

Estimulação da agilidade mental e perceptiva

Estimulação do raciocínio-lógico.

Introdução da sessão:

Cumprimentar o grupo

Relembrar o nome do grupo

Cantar a “canção do grupo”.

Breve reflexão sobre a sessão anterior.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

- Apresentação das atividades propostas para a sessão.

2 - É obrigatório memorizar: Serão projetadas um conjunto de 6 imagens e em grande grupo procede-se à sua definição. Em seguida apresenta-se um conjunto de 8 imagens sendo que 4 são as visualizadas anteriormente. É pedido aos participantes que as identifique.

(serão apresentados 2 conjuntos de imagens)

3 – Jogo das profissões: (Mayer, 2005): os participantes devem ser divididos em 2 grupos. Serão referidas oralmente frases que façam sentido com funções desempenhadas em determinadas profissões. Os participantes deveram descobrir de que profissão se trata, o grupo com mais respostas certas será o vencedor (eg.,: ensina as crianças → professor)

4 - Atividade das diferenças: é uma atividade que em pequenos grupos tentam encontrar as diferenças entre imagens semelhantes. Assim será entregue aos participantes uma folha onde constaram duas imagens aparentemente semelhantes, posteriormente ser-lhes-á solicitado que as observem atentamente de forma a identificar as diferenças entre as duas imagens.

Finalização da sessão:

Relembrar novamente o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

Obter feedback sobre as atividades realizadas (os aspetos mais negativos/positivos).

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção do grupo”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.

Material: apresentação em power point com imagens para memorizar; frases relativas a profissões; imagens para encontrar diferenças; músicas; computador; projetor.

Sessão 6: “*Quem sabe sabe!*” (Teles, 2008)

Objetivos da sessão:

Estimular a memória, abstração lógica, concentração, atenção, compreensão verbal e coordenação psicomotora.

Potenciação das redes de interação social e valorização da sabedoria popular.

Introdução da sessão:

Cumprimentar o grupo

Relembrar o nome do grupo

Cantar a “canção do grupo”.

Breve reflexão sobre a sessão anterior.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

- Apresentação da atividade proposta para a sessão.

1 - Descrição do jogo: este é constituído por 1 cubo com as faces de cores diferentes; 1 dado; 15 cartões para 6 categorias (provérbios, adivinhas, curiosidades, canções tradicionais, geografia de Portugal e gastronomia regional). Os participantes dividem-se em dois grupos. Um dos participantes tem a função de “Juiz”. Um elemento de cada grupo lança o dado e o jogo é iniciado pelo grupo que obtiver a pontuação mais elevada. Este jogador lança o cubo de faces coloridas, em que cada cor corresponde a uma categoria. Conforme a cor será lida a questão. Cada grupo tem direito a duas tentativas para acertar, caso não acerte pergunta-se ao outro grupo. Cada resposta certa vale o respetivo cartão. Na música tradicional o jogador ou o grupo deverá cantar ou trautear a canção. O jogo é ganho pela equipa que conseguir acumular o maior número de cartões. Ao longo do jogo os participantes serão estimulados a relatarem histórias pessoais relacionadas com o conteúdo dos seus cartões.

Jogar 4 rondas

2 – Lista de provérbios: dizer em voz alta o início de provérbios e pedir aos participantes que os completem. Após a tentativa dizer o provérbio completo de forma correta.

Finalização da sessão:

Relembrar novamente o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

Obter feedback sobre as atividades realizadas (os aspetos mais negativos/positivos).

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção do grupo”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.

Material: jogos seniores: jogos de estimulação cognitiva e diversão – Quem sabe sabe!
da autoria de Rita Teles; Lista de provérbios populares.

Sessão 7: “Atividades de Grupo”

Objetivos da sessão:

Estimulação da agilidade mental, da capacidade de concentração, da manutenção intencional da atenção.

Promoção da interação social.

Desenvolvimento das competências percetivas como a visão, o olfato e o tato.

Introdução da sessão:

Cumprimentar o grupo

Relembrar o nome do grupo

Cantar a “canção do grupo”.

Breve reflexão sobre a sessão anterior.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

- Apresentação da atividade proposta para a sessão.

1ª - Atividade: os participantes, dois a dois, deverão observar o seu parceiro identificando-o e descrevendo-o (nome, cor de roupa e dos olhos, cabelo, calçado e acessórios do respetivo parceiro), isto será feito alternadamente.

2ª - Atividade: será pedido aos participantes que identifiquem determinados objetos (relógio, caneta, limão, pinha) e odores (café, cominhos, louro, alecrim) de olhos vendados.

Num segundo passo, os participantes serão incentivados a relatar significados e utilidades dos objetos e odores identificados.

Finalização da sessão:

Relembrar novamente o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

Obter feedback sobre as atividades realizadas (os aspetos mais negativos/positivos).

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção do grupo”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.

Material: caneta, relógio, limão, pinha, café, cominhos, louro, alecrim, cartões com figuras, computador, musicas.

Atividade complementar - Jogo das figuras: forma-se grupos de 2 elementos, o terapeuta vira um cartão. Depois os participantes devem conseguir descobrir o par nos outros cartões, tendo para isso 4 tentativas. Num segundo passo devem virar os cartões, até encontrarem todos os pares.

Sessão 8: “*Formas & Palavras*”

Objetivos da sessão:

Estimulação da flexibilidade mental e da atenção visual voluntária.

Desenvolvimento da capacidade de memorização, concentração e raciocínio.

Estimulação da memória a curto prazo, através da retenção de informação por um breve período de tempo.

Desenvolvimento do vocabulário.

Introdução da sessão:

Cumprimentar o grupo

Relembrar o nome do grupo

Cantar a “canção do grupo”.

Breve reflexão sobre a sessão anterior.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

- Apresentação das atividades propostas para a sessão.

1- Formas Geométricas, será proporcionado aos participantes uma folha com diferentes figuras, onde eles terão que riscar as formas que lhes serão indicadas.

2 - Sinónimos e antónimos, será lido em voz alta determinadas palavras para as quais os participantes serão convidados a descobrir uma palavra que tenha o mesmo significado daquela que lhe foi lida e outra com o significado oposto.

Primeiramente, será explanado um exemplo, em seguida tentarão, de forma individual, responder à questão, caso não acerte, será perguntado ao grande grupo.

Finalização da sessão:

Relembrar novamente o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

Obter feedback sobre as atividades realizadas (os aspetos mais negativos/positivos).

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção do grupo”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.

Material: folhas com formas geométricas; lista de palavras; computador e músicas.

Sessão 9: “Ordenar Cores & Palavras”

Objetivos da sessão:

Desenvolver a agilidade mental.

Estimular a atenção e a concentração.

Desenvolver a coordenação visual.

Introdução da sessão:

Cumprimentar o grupo

Relembrar o nome do grupo

Cantar a “canção do grupo”.

Breve reflexão sobre a sessão anterior.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

- Apresentação da atividade proposta para a sessão.

1 – Ordenar cores: Nesta sessão foi apresentado aos participantes o seguinte material: 10 bolas amarelas, 10 bolas vermelhas, 10 bolas azuis, 1 recipiente amarelo, 1 recipiente azul e 1 recipiente vermelho. De seguida foi-lhes explicado o jogo e as regras do mesmo, sendo que cada participante, individualmente deveria colocar as bolas de diversas cores que se encontravam misturadas nos recipientes de cores diferentes. (ex: Colocar as bolas amarelas no recipiente azul, as bolas vermelhas no recipiente amarelo e as bolas azuis no recipiente vermelho).

2 - Ordenar palavras: serão referidas oralmente palavras (ex. sachola, vaca, sapateiro, bolachas, etc.) e quatro categorias: profissões, animais, comida e ferramentas. A tarefa consiste em ordenar as palavras apresentadas de acordo com a categoria a que pertencem (ex: Ferramentas: sachola; animais: vaca, comida: bolachas)

Depois de explicada e exemplificada a atividade, cada participante será convidado a responder individualmente à questão colocada, caso não acerte, será perguntado ao grande grupo.

Finalização da sessão:

Relembrar novamente o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

Obter feedback sobre as atividades realizadas (os aspetos mais negativos/positivos).

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção do grupo”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.

Material: 30 bolas de 3 cores diferentes; 3 recipientes de cores correspondentes às bolas; folhas com palavras e categorias; computador; musica.

Sessão 10: “finalizar com sabedoria popular”

Objetivos da sessão:

Fortalecer a flexibilidade mental.

Estimular a capacidade de memorização, concentração e raciocínio.

Potenciação das redes de interação social e valorização da sabedoria popular.

Apreciação geral do grupo.

Estimular os participantes para a importância da continuidade da estimulação cognitiva.

Introdução da sessão:

Cumprimentar o grupo

Relembrar o nome do grupo

Cantar a “canção do grupo”.

Breve reflexão sobre a sessão anterior.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC.

- Apresentação das atividades propostas para a sessão.

1 - Provérbios populares: dizer em voz alta o início de provérbios e pedir aos participantes que os completem. Após a tentativa dizer o provérbio completo de forma correta.

2 - Avaliação do programa: Será feita uma breve análise das sessões realizadas, percebendo os aspectos mais positivos e os que poderão ser melhorados futuramente, no sentido de estimular o sentido crítico do grupo. Será feita, também, referência à importância da continuidade da estimulação cognitiva.

Finalização da sessão:

Perguntar novamente o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC

Agradecer individualmente a participação.

Cantar a “canção do grupo”.

Material: Lista de provérbios populares; computador e músicas.

Anexo VIII

Apresentação da ação de formação (*Power-point*)

Comunicação assertiva: a arte de se comunicar eficazmente.



Objetivos

- **Geral:** Promover competências de comunicação assertiva.
- **Específicos:**
 - Possibilitar uma maior compreensão dos vários estilos comunicacionais, enfatizando a relevância do estilo assertivo na comunicação interpessoal;
 - Reconhecer as vantagens e desvantagens de cada estilo comunicacional;
 - Promover a aplicação do estilo assertivo na comunicação interpessoal.

ESTILOS DE COMUNICAÇÃO

Agressivo
Passivo
Manipulador
Assertivo

Agressivo

- Ignora e desvaloriza de forma sistemática o que os outros dizem ou falam
- Valoriza-se à custa dos outros.
- *Atitude geral é de dominância.*
- Reivindicativo, não reconhece erros, fala alto, interrompe e faz afirmações que impedem o outro de se sentir bem consigo mesmo.
- Possíveis causas/motivos: Sentimentos de revolta e frustração; situações constantes de conflitos e rivalidades.

Consequências da atitude agressiva:

- Dificuldade em estabelecer relações positivas e íntimas.
- Dificuldades em estabelecer relações de respeito e confiança.
- Despromoção dos relacionamentos.
- Aumento de tensões e de probabilidade de conflitos nas relações sociais.

Passivo

- Não respeita os seus próprios direitos.
- Não é capaz de manifestar as suas opiniões e sentimentos, só o faz indiretamente.
- Atitude geral é de submissão.
- Dificuldade em dizer "não"; dificuldade em tomar decisões; denota ansiedade e insegurança.
- Possíveis causas/motivos: Educação severa; inibição educativa; medo de falhar.

Consequências da atitude passiva

- Frequentemente é explorado e diminuído pelos outros.
- Desenvolve ressentimentos e rancores porque ao longo da sua existência vai sentindo que está a ser explorado e diminuído.
- Estabelece uma má comunicação com os outros porque não se afirma e raramente se manifesta. Os outros não conhecem os seus desejos, interesses e necessidades
- Perda do respeito por si próprio, porque frequentemente faz coisas que não lhe agrada muito porque não consegue recusar.
- Causa sofrimento à pessoa.

Manipulador

- Não respeita os direitos nem sentimentos de ninguém.
- Convence os outros de que a "culpa" é de outros.
- Atitude geral é de manipulação.
- Altera as situações de modo a que não seja prejudicado, atribuindo assim, culpa a outras pessoas.
- Possíveis causas/motivos: Falta de educação e apoio familiar durante a infância.

Consequências da Atitude de Manipulação

- O manipulador perde a sua credibilidade à medida que os seus “truques” forem descobertos;
- Uma vez descoberto, o manipulador tende a vingar-se dos outros e, se tem poder, utiliza-o para isso;
- Dificilmente recupera a confiança dos outros

Assertivo

- Respeita os seus direitos e sentimentos, assim como os dos outros.
- Exprime-se de forma direta, honesta e apropriada.
- Tem uma atitude geral de confiança.
- A postura adequa-se ao conteúdo verbalizado; é claro e objetivo; mantém contacto ocular; facilita a expressão dos outros.
- Possíveis causas/motivos: Educação com base na confiança e no respeito mútuo.

Manipulador

- Não respeita os direitos nem sentimentos de ninguém.
- Convence os outros de que a “culpa” é de outros.
- Atitude geral é de manipulação.
- Altera as situações de modo a que não seja prejudicado, atribuindo assim, culpa a outras pessoas.
- Possíveis causas/motivos: Falta de educação e apoio familiar durante a infância.

Consequências da atitude assertiva:

- Sentimentos positivos e respeito dos outros.
- Aumento de autoconfiança.
- Promoção dos relacionamentos.
- Cativam a admiração dos outros; reduzem tensões e mal-entendidos nas relações sociais e diminuem a probabilidade de conflitos.
- Frequentemente alcançam os objetivos desejados.

- Para a situação que se segue, elabore quatro respostas, de acordo com cada um dos estilos apresentados.

• **SITUAÇÃO: A responsável do sector descobre uma falha grave. Ela acusa-a/o de ser a/o responsável por essa falha, mas você sabe que é outra pessoa ...**

- Estilo passivo:
- Estilo agressivo:
- Estilo manipulativo:
- Estilo assertivo:

SITUAÇÃO: A diretora do sector descobre uma falha grave. Ela acusa-a/o de ser a/o responsável por essa falha, mas você sabe que é outra pessoa ...

Estilo Passivo	<i>Nada diz, ou refere muito hesitantemente que o erro não é seu ...</i>
Estilo Agressivo	<i>Protesta contra a injustiça de que foi alvo, chama toda a equipa para demonstrar a injustiça da diretora, insinuando que ela é uma incompetente.</i>
Estilo manipulativo	<i>Refere os erros que a diretora já cometeu e diz que, se quisesse poderia denunciá-los à administração.</i>
Estilo assertivo	<i>Explica, com muita calma, que o erro foi cometido mas que não tem qualquer culpa sobre a ocorrência, uma vez que não foi quem o cometeu.</i>

1ª SITUAÇÃO: O formador reparou que a colega se esqueceu das colunas de som e acusou-a “eu tive tanto trabalho a elaborar a formação e tu esqueces-te das colunas? Eu só vejo pessoas incompetentes, agora vou-me embora e apresenta a sessão sozinha, não admito irresponsabilidades.

- Para a situação supramencionada, defina qual foi o estilo comunicacional usado e elabore três respostas, de acordo com os restantes estilos apresentados.

- Estilo passivo:
- Estilo agressivo
- Estilo manipulativo
- Estilo assertivo

SITUAÇÃO: O formador reparou que a colega se esqueceu das colunas de som e acusou-a “eu tive tanto trabalho a elaborar a formação e tu esqueces-te das colunas? Eu só vejo pessoas incompetentes, agora vou-me embora e apresenta a sessão sozinha, não admito irresponsabilidades.

Estilo Passivo	<i>Nada diz, ou refere muito hesitantemente: “agora não sei o que fazer ...”</i>
Estilo Agressivo	<i>Protesta contra a irresponsabilidade dos outros, chama a atenção de todos para demonstrar a irresponsabilidade da colega, insinuando que ela é uma incompetente.</i>
Estilo manipulativo	<i>Estás constantemente a falhar, eu se quisesse podia denunciá-te à supervisão do serviço de psicologia.</i>
Estilo assertivo	<i>Explica, com muita calma: deparamo-nos com uma falha, não iremos ter colunas de som, contudo, esforçar-nos-emos por falar mais alto e agradecemos a colaboração de todos, fazendo o máximo de silêncio possível.</i>

Anexo IX

