



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Raquel de Castro Cunha



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2012



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local de Estágio: Santa Casa da Misericórdia de Braga

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

Raquel de Castro Cunha

Sob a Orientação de Prof.^a Doutora **Eleonora Costa**
Co-Orientação de Prof. Doutor **Sónia Basto**
Supervisão de Prof.^a Doutora **Eleonora Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2012

Agradecimentos

Cinco anos passados, fim de uma etapa e início de muitas outras, muito tenho que agradecer a todos vós que me ajudastes e apoiastes durante esta longa e, por vezes, difícil caminhada.

Começo por agradecer às minhas três “estrelinhas”, que acredito que me guiam e me protegem: a ti, minha irmã, Márcia Cunha, a ti, minha amiga, Sofia Alves e à minha querida bisavó Maria Castro. Pelo vosso amor, a vossa compreensão, força e coragem sois, sem dúvida, as principais pessoas por hoje ter chegado ao fim do meu curo.

Aos meus pais, por todo o sacrifício e esforço, para conseguirem pagar os meus estudos, trabalhando horas e horas, pelo seu apoio incondicional, conselhos, orientação e carinho demonstrado.

Ao meu namorado, e grande amigo, um muito obrigada por toda a força, paciência, pelo ombro amigo sempre disponível, e por todo o carinho e acompanhamento nesta etapa da minha vida.

Tenho a sorte de ter duas famílias, a biológica e a do coração. A ambas agradeço por toda a ajuda económica e, mais uma vez, por toda a força e confiança que sempre tiveram em mim. Em especial agradeço à minha madrinha, à Natália e aos meus quatro olhinhos azuis, não preciso dizer quais os motivos.

Tenho, ainda, que agradecer a todos os meus amigos, principalmente à Liliana Costa, por toda a dedicação e paciência, e ao Diogo Soares, por todos os conhecimentos psicológicos que comigo partilhou.

Por fim, mas não menos importante, agradeço todo o empenho, dedicação e tempo despendido à minha orientadora Dr.^a Sónia Basto e à diretora técnica Dr.^a Isabel Rocha, que me transmitiram vários saberes técnicos e psicológicos que levo para toda a vida. Agradeço ainda à minha orientadora Doutora Eleonora Costa e à Instituição Santa Casa da Misericórdia de Braga pelo excelente acolhimento.

Raquel Cunha, 02 de Julho de 2012

Resumo

O presente relatório de estágio do ano lectivo 2011/2012, surge no âmbito do 2.º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Filosofia de Braga, da Universidade Católica Portuguesa, e tem como finalidade descrever as atividades realizadas pela estagiária em contexto institucional de idosos, com vista ao desenvolvimento de um saber profissional consentâneo com as aprendizagens realizadas ao longo do percurso académico. Neste sentido, o estágio é uma continuidade académica de aprendizagem, possibilitando a efectiva mobilização/implementação dos conhecimentos adquiridos, através da sinalização e encaminhamento de sujeitos para intervenção clínica, com vista ao desenvolvimento de estratégias que facilitem uma melhor qualidade de vida e bem-estar. O estágio realizou-se na Instituição Santa Casa da Misericórdia de Braga, mais concretamente nas valências Lar Nossa Senhora da Misericórdia e Lar Dom Diogo de Sousa, com duração de nove meses (500 horas). O presente relatório apresenta, primeiramente, a caracterização da instituição e das atividades desenvolvidas pós observação, seguindo a intervenção individual, em grupos, a acção de formação, a acção de sensibilização e atividades extracurriculares. Finaliza-se dando-se ênfase a uma reflexão das aprendizagens.

Abstract

This report related to the 2012/2013 school year's internship arises on the extent of the 2nd year of Clinic Psychology and Health Master's Degree, from Braga's Faculty of Philosophy, which belongs to the Portuguese Catholic University, and it aims to describe the activities performed by the intern in an institutional context of the elderly, in order to develop a consentaneous knowledge within the learning acquired throughout the academic path. As such, the internship is an academic continuance of learning, enabling the effective mobilization/implementation of the acquired knowledge through the signaling and routing of subjects for a clinic intervention so as to develop strategies which help to enjoy a better life quality and well-being. The internship took place in the Institution Santa Casa da Misericórdia in Braga, more specifically in the facilities of Nossa Senhora da Misericórdia and Dom Diogo de Sousa nursing homes, with the length of 9 months. 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, an awareness action and extra-curricular activities. It ends up by giving emphasis to a reflection of the learnt issues.

Índice

| | |
|-----------------------------|------------|
| <i>Agradecimentos</i> ----- | <i>i</i> |
| <i>Resumo</i> ----- | <i>ii</i> |
| <i>Abstrat</i> ----- | <i>iii</i> |
| <i>Índice</i> ----- | <i>iv</i> |

1- Caracterização da Instituição

| | |
|--|---|
| 1.1.1- Caracterização da instituição ----- | 2 |
| 1.1.2- Lar Dom Diogo de Sousa ----- | 2 |
| 1.1.3- Lar Nevarte Gulbenkian ----- | 3 |
| 1.1.4- Lar Nossa Senhora da Misericórdia ----- | 3 |
| 1.1.5- Tipologia das ações desenvolvidas ----- | 4 |
| 1.1.6- Descrição do contexto e do papel do psicólogo ----- | 5 |

2- Caracterização da Observação

| | |
|---|---|
| 2.1.1- População alvo ----- | 8 |
| 2.1.2- Avaliação das necessidades ----- | 8 |

3- Intervenção Individual – Caso C.

| | |
|--|----|
| • Identificação da utente ----- | 10 |
| • Problema apresentado ----- | 10 |
| • História do problema ----- | 11 |
| • História biopsicossocial ----- | 12 |
| • Avaliação do estado mental ----- | 14 |
| • Observação ----- | 15 |
| • Avaliação psicométrica ----- | 16 |
| • Diagnóstico Multiaxial ----- | 18 |
| • Diagnóstico diferencial ----- | 18 |
| • Conceptualização ----- | 19 |
| • Plano de intervenção ----- | 20 |
| • Aplicação dos objectivos terapêuticos e resultados ----- | 22 |

4- Atividade de Intervenção em Grupo

- Introdução ----- 25
- Objetivos da intervenção em grupo ----- 25
- Fundamentação teórica da intervenção em grupo ----- 26
- Estrutura do programa de intervenção em grupo ----- 28
- Definição de estratégias da intervenção em grupo ----- 29
- Apresentação sumária da intervenção em grupo ----- 29
- Estratégias de avaliação do processo de resultados ----- 32
- Limitações e reflexões da intervenção em grupo ----- 34

5- Atividade da Ação de Formação

- Introdução ----- 37
- Objetivos da ação de formação ----- 37
- Fundamentação teórica da ação de formação ----- 38
- Plano da ação de formação ----- 41
- Resultados da ação de formação ----- 42
- Limitações e reflexões da ação de formação ----- 43

6- Atividade de Ação de Sensibilização

- Introdução ----- 46
- Objetivos da acção de sensibilização ----- 46
- Fundamentação teórica da acção de sensibilização ----- 47
- Plano da acção de sensibilização ----- 50
- Resultados da acção de sensibilização ----- 51
- Limitações e reflexões da acção de sensibilização ----- 51

7- Outras Atividades ----- 53

8- Reflexão Integrativa ----- 55

Referencias Bibliográficas

Anexos

Anexo I – Caso clínico da Ad
Anexo II – Caso clínico da A.
Anexo III – Caso clínico da L.
Anexo IV – Caso clínico da M.
Anexo V – Caracterização dos instrumentos
Anexo VI – Materiais usados na intervenção em grupo
Anexo VII – Gráfico com média de idades da intervenção em grupo
Anexo VIII – Apresentação dada na aula da intervenção em grupo
Anexo IX – Apresentação usada na ação de formação
Anexo X – Publicidade usada na ação de formação
Anexo XI – Notícia de jornal
Anexo XII – Apresentação da ação de sensibilização
Anexo XIII – Publicidade da ação de sensibilização
Anexo XIV – Noticia de jornal
Anexo XV – Boletim “O Cantinho das Estagiárias”
Anexo XVI – Poster das estagiárias.

1- Caracterização da Instituição

1- Caracterização da Instituição

1.1.1- Caracterização da Instituição

O estágio, realizado na Instituição Santa Casa da Misericórdia de Braga, tem como finalidade diminuir o sofrimento físico e mental da população que mais necessita de cuidados.

Actualmente, a instituição está instalada em quase todos os concelhos do país, sendo a primeira fundada pela Dona Leonor, viúva de Dom João II e Governadora do Reino em 1409. A Santa Casa da Misericórdia de Braga, criada entre 1508 e 1513, tendo até à data como objectivos actuar nos planos sociais (Creche Rainha Santa Isabel, e Creche Rainha Dona Leonor, Lar de Terceira Idade Dom Diogo de Sousa, Lar de Terceira Idade Nevarte Gulbenkian e Lar de Terceira Idade Nossa Senhora da Misericórdia, Centro de Dia e Apoio Domiciliário); no âmbito espiritual (culto religiosos praticados pelas igrejas da Misericórdia e de São Marcos na capela de São Bento e ainda nas capelas dos Lares) e na área de saúde (farmácia de venda ao público).

Como o estágio apenas abordará a população idosa torna-se fundamental descrever as unidades que compõe o Lar da Santa Casa da Misericórdia de Braga, especificamente os Lares, Centro de dia e Apoio Domiciliário. Estes dois últimos tem como finalidade cuidar da alimentação e higiene pessoal dos sujeitos idosos, ocupar o tempo livre destes, assim como admitir a permanência desta população no seu meio familiar e social. Em Braga a Santa Casa da Misericórdia é composta por três Lares: Lar Dom Diogo de Sousa, Lar Nervarte Gulbenkian e o Lar Nossa Senhora da Misericórdia. Estes núcleos acolhem sujeitos idosos, nos quais a permanência no núcleo familiar e social não é possível, oferecendo cuidados de saúde, higiene e alimentação. Quanto ao apoio técnico, semanalmente os lares recebem um médico assistente e realizam aulas de *yoga*, contam com a presença da Animadora Sociocultural e de um grupo de enfermeiras.

1.1.2-Lar Dom Diogo de Sousa

O Lar Dom Diogo de Sousa, situado em Braga no Largo do Fujacal em São Lazaro iniciou a sua actividade em 1978 com a finalidade de assistir aos internados do extinto Albergue Distrital. Das suas instalações faz parte uma capela, sala de convívio, refeitório, posto médico e elevador. Do corpo colaborativo fazem parte 12 funcionárias,

uma encarregada, que asseguram o bem-estar de 23 idosas com média de idades de 84 anos de idade. Destas, 13 são viúvas, seis solteiras, duas casadas e duas divorciadas. No que diz respeito à sua dependência motora, pode-se dizer que apenas seis têm dependência leve, quatro moderada, duas severa, oito total e duas com total independência. Quanto às suas habilitações literárias, verificou-se que, de um modo geral, As utentes apresentam uma baixa escolaridade, sendo que 12 são analfabetas.

Normalmente, apenas oito utentes participam nas atividades organizadas pela instituição mas, para percebermos este número, deve ter-se em conta o número elevado de utentes dependentes. Além disso, quatro residentes aproveitam as tardes para realizarem trabalhos manuais, como por exemplo, bonecas de pano, trabalhos com linhas, como croché. No que concerne às visitas, apenas nove recebem, no mínimo, uma vez por semana.

1.1.3-Lar Nevarte Gulbenkian

Situado no Largo do Fujacal, inaugurado em 1961, foi criado com a intenção para acolher alunas que frequentavam a escola de enfermagem do Hospital de São Marcos. Já em 1977, passou também a receber jovens estudantes, funcionárias públicas, enfermeiras e irmãs da Instituição. Em 1992 esta instituição passou por grandes reformulações e transformações passando a ser definida como Lar Nevarte Gulbenkian, tendo como finalidade acolher idosos de ambos os sexos. Sete anos mais tarde, recorreu-se ao aumento das infra-estruturas, ficando realizada a ala em 2008. Actualmente o lar dispõe de 39 quartos e oito suites, salão de convívio, auditório, capela, biblioteca, sala de informática, cozinha central, refeitório, posto médico e dois elevadores. O seu funcionamento está certificado por 11 colaboradores e uma Coordenadora Técnica.

1.1.4-Lar Nossa Senhora da Misericórdia

Está localizada no Largo de Santa Tecla, entrou em função nos anos 50 com finalidade para acolher mães solteiras durante a gravidez e pós parto, esta instituição inicialmente tinha o nome de “Mãe de Deus”. Passando duas décadas, este local é substituído para Lar de Terceira Idade iniciando as suas funções em 1980 tendo capacidade para acolher 25 utentes. Actualmente tem espaço para 33 sujeitos devido ao aumento das infra-estruturas. Quanto às divisões, a instituição é constituída por 14 quartos duplos, cinco suites, sala de visitas, salão de convívio, refeitório, posto médico,

capela, cozinha central e elevador. O Lar conta com a presença de 13 colaboradores e uma Coordenadora Técnica.

Relativamente à caracterização dos utentes, este lar acolhe 33 sujeitos, sendo 27 do sexo feminino e seis do masculino, com uma média total de 82 anos de idade. No que diz respeito ao estado civil, 23 residentes são viúvos, oito solteiros e dois casados. Quanto ao grau de dependência, seis são totalmente dependentes, nove tem uma dependência leve, 10 dependência moderada, seis severa e dois total. Os utentes manifestam na sua generalidade baixa escolaridade, sendo três analfabetos. Apresentam poucos hábitos de participação na comunidade e ocupação de tempos livres, limitando-se a passeios e actividades organizadas pela instituição. Dos 33 utentes, apenas 12 saem do lar para passear ou participar em festividades locais. Quanto às visitas por parte de familiares e amigos, somente 10 tem visitas semanais.

Esta instituição, para além de residência permanente, é preenchida com o Apoio Domiciliário que iniciou a sua actividade em 2000 e conta com o apoio de duas funcionárias. Neste momento, dedica-se a 15 sujeitos idosos, tendo como finalidade tratar da alimentação, da roupa e da higiene pessoal dos idosos na sua própria casa.

O Centro de Dia também pertence a esta instituição, prestando cuidados durante o dia a 15 idosos, colaborando e ajudando desta forma com os familiares. Este último iniciou a sua actividade em 1980, composto por três funcionárias e garante transporte entre a Instituição e a habitação dos utentes. Estes sujeitos dispõem de convívio, pequeno-almoço, almoço e lanche, regressam a casa a partir das 17horas.

1.1.5- Tipologia das ações desenvolvidas

A instituição acolhe estagiários de psicologia com a finalidade de acompanhar casos individuais clínicos, realizar intervenção em grupo e acções de formação. Neste sentido, a intervenção individual passa por um conjunto de tarefas, nomeadamente observação, entrevista desenvolvimental, avaliação psicológica e neuropsicológica e diagnóstico, que servirá de base para intervenções futuras. Com efeito, a consulta individual oferece informação muito valiosa e não invasiva que possibilita detectar, através da observação, dos registos dados pelos utentes e dos instrumentos, possíveis lesões e disfunções cerebrais precoces (Ballesteros, 2001).

Já a intervenção em grupo, tendo em conta a população alvo, deve dar importância à demência uma vez que é uma síndrome adquirida, de natureza orgânica,

que se caracteriza pela deterioração da memória e de outras funções intelectuais. Por vezes, é acompanhada com outras manifestações patológicas, levando a alterações ao nível consciente, afectando a função social e ocupacional (SEP, 2000).

Relativamente à actividade de formação, terá como público-alvo os funcionários da instituição e será de âmbito psicoeducativo, transmitindo conhecimentos aos participantes sobre a noção de envelhecimento e os cuidados a ter com a população idosa. Já a acção dirigida aos idosos, terá como finalidade a reeducação e o incentivo a terem um envelhecimento ativo.

1.1.6- Descrição do contexto e do papel do psicólogo

O século XX foi assinalado por um enorme crescimento de natalidade e aumento da esperança média de vida, consequência dos hábitos alimentares, de saúde e higiene (Belsky, 1996), manifestando em pleno século XXI uma população envelhecida (Birren & Schroots, 2001 cit in Fonseca, 2004). Portugal não foge a esta realidade, enfrenta taxas baixas de mortalidade e natalidade, com um aumento significativo da população idosa (Paúl & Fonseca, 2005). Esta população é constituída maioritariamente por mulheres, pois a esperança média de vida é superior à do homem com uma divergência de três a quatro anos (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Vieira (1996, cit in Netto, 2004) e Lopes (2000, cit in Netto, 2004), referem o envelhecimento como um procedimento enérgico e evolutivo no qual ocorrem alterações, morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perdas das capacidades de adaptação ao meio ambiente, ocasionado maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos.

Neste sentido, o contexto de internamento institucional está inteiramente ligado a condições sociais, manifestação de doença, imobilidade, instabilidade e a perdas cognitivas. Por esta razão, uma elevada percentagem dos indivíduos idosos institucionalizados acarretam consigo doenças crónicas, deficiências, problemas médicos e psicológicos, associados a perda da capacidade funcional (Rosa, 2003; cit in Martins & Medeiros, 2005). Assim, o psicólogo tem um papel fundamental quanto a esta temática do idoso institucionalizado. Actua na avaliação comportamental, na psicoterapia e na compreensão dos processos cognitivos procurando estratégias de prevenção e intervenção para o sucesso da reabilitação da saúde (Neri & Yassuda, 2004). Também informa a população próxima dos idosos (cuidadores e familiares) acerca do significado de envelhecimento e das suas consequências. De acordo com

Ballesteros (2001) para o bem-estar e ampliação de saúde dos idosos, o psicólogo deve avaliar os utentes proporcionando um maior conhecimento e descrição numa perspectiva psicológica, estabelecer um diagnóstico e orientação fundada, para propor a intervenção, permitindo a evolução do tratamento preventivo primário ou secundário no sentido de prevenir o agravamento de doença ou mal-estar físico/psicológico.

2- Caracterização da Observação

2- Caracterização da Observação

2.1.1- População Alvo

Durante o período de estágio, foi permitido observar todos os idosos desde os mais autónomos aos mais dependentes. A observação foi realizada na sala de convívio das duas valências (Lar D. Diogo de Sousa e Lar N.ª S.ª da Misericórdia), com a finalidade de recolher informação sobre os utentes, analisar a interacção entre direcção técnica e utentes, bem como compreender e perceber a dinâmica entre os próprios utentes.

A observação permitiu, ainda, perceber com mais exactidão os comportamentos dos idosos portadores de Alzheimer, Parkinson e deficiência mental ligeira, levando a estagiária a realizar um pequeno trabalho de casa com vista a um maior conhecimento das doenças, nomeadamente estratégias comunicativas para melhorar a relação com esses sujeitos.

2.1.2- Avaliação das Necessidades

Fim da etapa de observação, fez-se uma análise às necessidades institucionais no âmbito da psicologia clínica e da saúde. Concluiu-se que é importante dar ênfase aos casos mais críticos e com mais necessidade, começando pela avaliação psicológica e neuropsicológica individual. Com efeito, a maioria dos utentes manifesta a presença de défices cognitivos, sendo importante aplicar intervenções individuais, e elaborar uma intervenção em grupo, com a finalidade de promover e estimular a cognição dos sujeitos.

Verificou-se que também é necessário apostar em intervenções grupais psicoeducativas na sala de convívio sobre a demência Alzheimer, uma vez que em ambas as valências os utentes não compreendem a mudança comportamental dos sujeitos diagnosticados com Alzheimer, insinuando que esses comportamentos são uma forma de prejudicar o bem-estar e qualidade de vida dos utentes da instituição.

3- Intervenção Individual

Nota: Casos Clínicos Gerais
estão em Anexo.

3- Estudo de Caso – C.

293.83 Perturbação do Humor Secundária a Psoríase, Com Episódio Semelhante a Depressão Major.

N.º de Sessões 18

Identificação da Utente

C. é natural de Braga, nasceu em 1942, por isso atualmente tem 70 anos de idade, é do sexo feminino e é solteira. A sua ocupação profissional esteve sempre relacionada com atividades domésticas, encontrando-se, neste momento, a “gozar” a sua reforma. Em 2010, por vontade própria, decidiu ingressar na instituição Santa Casa da Misericórdia de Braga, valência Lar Dom Dioso de Sousa.

Em termos clínicos, A utente está a ser acompanhada por um médico psiquiatra, no Hospital Escala Braga, devido a transtornos depressivos, também tem consultas na área da dermatologia devido a uma doença genética, a Psoríase. Por tudo isto, C. foi aconselhada, e orientada, pela direção técnica da valência em que se encontra, a seguir acompanhamento psicológico.

Problema Apresentado

A utente aponta como o seu principal problema a depressão, bem como episódios depressivos a que foi sujeita ao longo da sua vida. Com efeito, sofreu pela primeira vez uma depressão quando tinha 24/25 anos, e desde então esta realidade tem sido uma constante no seu quotidiano. No entanto, para além da sintomatologia depressiva, a utente descreve, ainda, medos que lhe causam sofrimento e muita angústia, nomeadamente o receio que o Lar Dom Diogo encerre e fique sem acolhimento, e o medo do escuro que terá surgido no seguimento de um acontecimento traumático e das doenças crónicas que a acompanham. C. descreve, ainda, que por vezes sente dificuldade em lidar com as colegas que se encontram totalmente dependentes, pois sente-se triste e ao mesmo tempo angustiada sem saber o que poder fazer.

Para além do que já foi referido, C. passou por um processo de desvinculação por parte da directora técnica do Lar Dom Diogo que, por motivos institucionais, teve que assumir outra direção. Por isso, a utente revela que sente muito a sua falta, sentindo-se triste e com saudades: “olhe... ela é como as minhas sobrinhas, gosto muito

dela... tenho muito carinho por ela, mas sempre que posso ligo-lhe, mas depois fico a chorar” (sic.).

História do Problema

Ainda nos primeiros tempos de vida, C. foi diagnosticada com psoríase, pelo que a sua mãe tinha que a cobrir com lençóis para que não sentisse dores. Sensivelmente até aos sete anos de idade, tinha uma camada de derme muito fina e, mais ou menos a partir daqui começou a sentir com menor frequência os efeitos da doença, tendo, no entanto, várias recaídas e, durante a adolescência, chegou a ser hospitalizada. Para além desta doença crónica, C. começou a ser alvo de depressões, tal como já foi referido.

O seu primeiro emprego foi como *caseira* numa família com bastantes posses. Durante o período em que trabalhou para esta família, descreve que ouvia os patrões a terem relações sexuais e, para evitar ouvir os barulhos, ia para a janela passando noites sem dormir. Por isso, nesta altura, sentia-se muito nervosa e fatigada: “eu tinha vergonha de falar no assunto ia contra a minha aprendizagem andava sempre cansada” (sic.). A frequência de ocorrência destes episódios, acabou por ditar o abandono deste trabalho, mas antes ainda tentou por fim à sua vida, através do enforcamento.

Aos 27 anos, já num segundo emprego (mantendo, no entanto, a profissão de empregada doméstica), teve uma recaída depressiva relacionado com o facto de ter-lhe sido cedido um quarto que a utente descreve como sendo escuro e sem luz: “o escuro provocava-me e provoca-me muito medo, não conseguia dormir por causa do escuro, estava sempre morta que chegasse o dia” (sic.). Anos mais tarde, após o falecimento de um namorado, com quem manteve uma relação durante cinco anos (consequência de um acidente de trabalho), tinha vários desmaios, sentia-se muito triste e chorava muito e, por isso, optou por sair da cidade de Braga para ir trabalhar para a Covilhã “fui procurar uma vida melhor e trabalhar como caseira para uns patrões que foram muito meus amigos, gostavam muito de mim” (sic.).

Por fim, descreve uma última e mais grave recaída depressiva, que se ficou a dever ao estado de saúde frágil da sua mãe. Durante o período em que a sua progenitora teve a derradeira recaída, foi morar para casa da sua irmã, de forma a poder estar mais perto da sua mãe, prestando-lhe todos os cuidados de que necessitava. No entanto, aqui sofria maus tratos psicológicos por parte do cunhado, que se sentia repugnado com os seus problemas de saúde. A morte da mãe, e de uma amiga muito chegada, agravaram o estado depressivo da C., o que resultou num estado de total desorientação, com falhas

de memória, voltando a tentar o suicídio, desta vez através da toma de medicação não adequada. A utente acrescenta “nessa altura, considero que fui muito forte, tive muitos ataques de choro... de tanto chorar a fonte na altura até secou... tinha o corpo sempre cansado e só queria estar deitada” (sic.).

Para além disto, já em adulta, foi-lhe diagnosticado Diabetes *Mellitus* Tipo II. Esta notícia não foi muito bem recebida pela utente, uma vez que, segundo a própria, já chegava de sofrer de doenças e de mau estar-psicológico. Por isso, Inicialmente negou que sofria de diabetes, mas com o tempo acabou por aceitar a situação.

Atualmente, a utente encontra-se com o humor disfórico, com características de tristeza, que acaba por ter consequências diretas com episódios de enurese. Esta situação causa-lhe um mal-estar psicológico muito grande, levando-a a ter sentimentos de inferioridade, por ser obrigada a mudar de roupa no mínimo uma vez por dia, e quando se compara com as suas colegas mais velhas que têm óptima saúde.

História Biopsicossocial

A C. descreve que foi um bebé com um temperamento muito calmo, apesar de ter nascido com uma doença genética, a Psoríase, transmitida pelo progenitor masculino. Então, desde muito pequena, devido a esta doença, os pais tinham que ter bastantes cuidados: “a minha mãe primeiro cobria-me com um lençol e depois com um cobertor por cima, só comecei a ganhar pele a partir dos 6/7 anos” (sic.).

A primeira infância foi, para a utente, um período bastante difícil. Afirma que a mãe não a deixava brincar com os colegas da sua idade, batendo-lhe com frequência e “berrava e resmungava muito” (sic.), mas ainda assim reconhece-lhe a forte personalidade. Com o pai, revela que tinha uma boa relação, “ele era meigo e quando sabia que a minha mãe me batia berrava-lhe” (sic.), descrevendo-o com sendo uma pessoa carinhosa e trabalhadora. Contudo, apesar de ser um excelente pai para ela, gastava quase todo o seu ordenado no álcool e, o que restava, era gasto com a saúde de C., em medicação e consultas.

Para C, os irmãos (dois irmãos e uma irmã) não a viam com bons olhos. Como era a filha mais nova e tinha o problema de saúde já referido, para que a mãe pudesse trabalhar na agricultura bem como tratar da lida doméstica, os irmãos eram obrigados a ocupar-se de si (desde a higiene até à alimentação). À medida que foi crescendo e ganhando autonomia, refere que tinha um bom relacionamento com os irmãos, brincava com eles e sabe que pode contar sempre com o apoio deles.

Aos oito anos de idade, a utente iniciou a educação escolar, concluindo apenas a terceira classe com 13 anos (que atualmente corresponde ao 3ºano do 1ºciclo do Ensino Básico) com aproveitamento satisfatório, sendo então obrigada, por motivos médicos, a abandonar os estudos.

A sua juventude também não foi um período nada fácil. Como já não estava a estudar, e ainda não tinha uma ocupação profissional, ajudava a sua mãe nas tarefas domésticas mas, aos 14 anos, teve de ser hospitalizada devido a uma anemia - “naquela altura era assim... passei muita fome” (sic.).

Por volta dos 20 anos de idade, C. começou a trabalhar na cidade onde nasceu, em Braga, como empregada doméstica. Como já foi relatado, nesta casa passou por um trauma que lhe causou algum desconforto e, quando conseguiu arranjar outra família que precisava dos seus serviços de doméstica, deparou-se com o medo do escuro consequência das experiências anteriores e da falta de luz do quarto onde dormia nesta nova casa. Ainda neste período, viu o seu namoro de cinco anos chegar ao fim, devido ao falecimento do seu namorado após um acidente de trabalho. Então, C. decidiu ir trabalhar, também como doméstica, para a Covilhã, relembrando com bastante alegria estes tempos: “fui muito feliz lá, todos eram meus amigos e gostava muito da minha patroa, eles tratavam-me como se fosse da família” (sic.). Nesta cidade, C. relata momentos muito felizes: ia a vários passeios organizados pelo grupo coral ao qual pertencia, tinha muitas amizades, os patrões gostavam muito do seu trabalho, tinha um namorado, e todos os meses fazia uma visita à família, em Braga. No entanto, a sua doença obrigava-a a fazer várias viagens a Lisboa para receber tratamentos médicos.

Esteve na Covilhã durante 30 anos, até que recebeu uma carta da sua irmã onde era informada que os pais estavam prestes a divorciar-se e, para que tal não acontecesse, devia regressar à terra natal. Agora C. recorda que “ao ver aquilo quis vir logo para cá, terminei o namoro de quatro anos com o meu namorado, de quem muito gostava e pronto, eles ficaram bem” (sic.).

Algum tempo depois, já em Braga, C. teve conhecimento que o namorado, que tinha deixado na Covilhã, ia casar. Para ela este momento foi um misto de emoções, por um lado sentiu uma enorme felicidade, pois o sonho dele ia realizar-se (podia agora ser pai e ter uma família), mas por outro lado, sentiu-se bastante triste por o ter abandonado e, por isso, não fazer parte daquele sonho que também ela gostaria de realizar.

Entretanto, o pai de C adoeceu pelo que teve de tomar conta dele até ao final dos seus dias. Mais tarde, também a sua mãe ficou doente e, como já foi dito atrás,

foram viver para casa da sua irmã. Foi, então, neste período que os pensamentos negativos e a os maus tratos psicológicos de que era alvo, por parte do cunhado, juntamente com os falecimentos da sua mãe e de uma amiga, acabaram por levar a utente a um estado de angústia e tristeza.

A C. voltou, finalmente, a sentir felicidade quando decidiu ingressar no Lar Dom Diogo de Sousa, com ajuda de uma amiga farmacêutica. Agora, a utente descreve que se sente muito bem. Nesta “nova casa”, foi muito bem acolhida e está completamente integrada. Aqui, encontrou novas amizades, participa em todas as actividades propostas pela instituição e quando pode vai à rua tomar um café ou fazer um pequeno passeio, mas acrescenta que não gosta de ir sozinha, porque sente, várias vezes, tonturas e alguma desorientação. E, apesar de estar institucionalizada, todos os meses está com a irmã e com as afilhadas, revelando um vínculo muito forte com estas “eu ajudei-as a criar, são as minhas filhas que não tive” (sic.).

Agora C diz que é feliz, mas quando pensa no passado não sente o mesmo sentimento. Efetivamente, narra que não teve um bom passado, o sofrimento foi muito e nem gosta de pensar naqueles tempos. Mas, em tom de confissão, diz que, apesar de tudo, o que a deixa mais triste foi o facto de não ter tido filhos, uma vez que a doença não o permitiu.

Medicação Prescrita à C.:

Protiadene; Preservision; Spasmoplex; Lasix; Lercanidipina; Fluvastatina Generis; Micardis; Gliclazida Generis; Pentoprazol Life; Lorazepam; Rantudil; Atarax. Para além desta medicação a utente, todos os dias, aplica três cremes para combater a psoríase. Depois de ler as bulas da respectiva medicação, verificaram-se efeitos secundários, que causam sofrimento à utente, como a enurese, lentificação, dificuldades de memória, incapacidade de lidar com problemas pela manhã, secura na boca e sonolência, causa directa deste tratamento farmacológico.

Avaliação do estado mental

C. tem um contacto ocular lento com reflexos, a expressão facial, a maior parte do tempo, é triste, com sorriso disfarçado. O discurso da utente é lento, com sentido lógico e tom de voz baixo. Verifica-se lentidão psicomotora, provavelmente causa directa de medicação. Quanto aos gestos, os braços e as mãos acompanham a comunicação não-verbal e durante as consultas C. mantinha uma postura curvada, pernas descruzadas e mexia sempre com as mãos.

Relativamente ao humor, C. apresenta um humor disfórico com tendência à tristeza e/ou ansiedade. Quando ao espaço e tempo, a utente está orientada, assim como apresenta uma orientação auto e alopsíquica e juízo crítico. Tem uma aparência física cuidada, andando com vestuário apropriado, mantendo cuidados com o rosto e o cabelo. A idade da C. aparente corresponde à idade real.

No que se refere à avaliação de perigo iminente, C. refere que já tentou o suicídio por três vezes mas, de momento não possui ideias suicidas. A utente consome álcool em quantidades adequadas às refeições (um copo de vinho) e nunca fumou, nem recorreu ao uso de drogas ilícitas.

Observação

A utente nas consultas iniciais apresentou uma postura bastante rígida e defensiva, optando por respostas curtas e rápidas, formando uma barreira entre si e a estagiária. Apresentava pensamentos automáticos negativos e visões de inferioridade “não valho nada” (sic.). No entanto, com o decorrer das consultas, C. foi assumindo posturas mais descontraídas, sentindo-se mais à vontade, expondo ela própria vários conteúdos mais traumáticos e delicados. Assim, também o próprio corpo da utente se tornou mais solto, perdendo, progressivamente, a rigidez inicial.

Ainda no decorrer das consultas a utente deu a conhecer a sua personalidade e o seu modo de estar na vida. Quando trazia algum problema que realmente a incomodava tinha a seguinte postura: cabisbaixa, respostas eram curtas e corpo muito rígido. Quando tal acontecia, optava-se por recorrer à técnica do silêncio, dando espaço à utente para se poder exprimir livremente. Normalmente, inicialmente chorava compulsivamente e só depois comunicava os acontecimentos ou as situações que a incomodavam.

Nas consultadas finais, verificou-se uma melhoria da C. com mudanças positivas significativas. Agora, C. dá mais valor à vida e acredita que, apesar das dificuldades relacionadas com a sua saúde, pode possuir qualidade de vida e bem-estar psicológico. Quanto aos pensamentos automáticos, verifica-se uma perda parcial e, por vezes total, destes.

Avaliação Psicométrica

Foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

- Mini-Mental State – MMS – *Score* total = 21 (défice cognitivo ligeiro) ; 7 na *subescala de orientação*; 3 na *subescala de retenção*; 4 na subescala de *atenção e cálculo*; 0 na subescala de *evocação*; 7 na subescala da *evocação* e 0 na subescala de *habilidades construtivas*.
- Escala de Depressão Geriátrica - *Score* total = 13 (depressão leve a moderada); 8 na subescala de respostas sim e 5 na subescala de respostas não.
- SCL-90-R Symptom Checklist 90 Revisted – Na Escala Clínica Somatização, a média de nota T= 70; na Escala Clínica Obsessão-Compulsão, a média de nota T foi de=58; na Escala Clínica Sensibilidade Interpessoal, a média de nota T= 58; na Escala Clínica Depressão, a média de nota T é de= 63; na Escala Clínica Ansiedade, a média de nota T= 63; na Escala Clínica Hostilidade, a média de nota T= 46; na Escala Clínica Ansiedade Fóbica, a média de nota T= 75; na Escala Clínica Ideação Paranóide a média de nota T= 60; na Escala Clínica Psicoticismo a média de nota T= 60. Nos itens globais a Nota T foi a seguinte: GSI (médias globais) Nota T=40; PST (Total de respostas positivas), Nota T= 63 e PSDI Nota T= 40.
- Escala de Satisfação com o Suporte Social – *Score* total =; 3 na dimensão *satisfação com os amigos*; 2 na dimensão *intimidade*; 5 na dimensão *satisfação com a família*; 6 na dimensão *atividades sociais*.

Os resultados obtidos no Mini-Mental State (MMS) revelam que C. tem um défice cognitivo ligeiro, tendo em conta o seu baixo nível de escolaridade. Alerta-se para a dificuldade de memorização, pois a utente obteve uma pontuação de 0 verificando-se declínio cognitivo na memória recente.

Na Escala de Depressão Geriátrica, verifica-se um estado depressivo leve a moderado, pois os valores estão em estado crescente, mas não são muito acentuados.

Ainda se verifica resultados favoráveis na Escala de Satisfação com o Suporte Social, principalmente nas atividades sociais.

Nas escalas globais do SCL-90 verifica-se a seguinte interpretação: o valor do GSI indica-nos que atualmente C. tem um sofrimento psicológico global não significativo, encontrando-se no estado limite do desvio padrão. O PST fornece-nos o total de respostas positivas dadas pela utente, pelo que se obteve um valor ligeiramente superior à média, sendo bom indicador para o sucesso da intervenção. O valor do PSDI ainda se encontra dentro da média, relevando minimização das respostas por parte da C. Quanto às Escalas Clínicas faz-se a seguinte análise: na Somatização o resultado com significância perante a média está relacionado com a frágil saúde de C.; na Obsessão-Compulsão relaciona-se com queixas já transmitidas pela utente como dificuldades de memória; na Sensibilidade Interpessoal, uma no T ainda dentro da média destaca-se a timidez e atitude de inferioridade que vai de acordo à observação e dados recolhidos da entrevista; na Depressão, valor ligeiramente acima da média, menciona-se a fadiga/cansaço relacionado com o desgaste das doenças crónicas, a vontade de chorar e tristeza; a Ansiedade com a mesma nota T, está relacionado com nervos internos: “de vez enquanto sinto estes nervos miudinhos” (sic.); na Hostilidade apenas se destaca a irritabilidade; a Ansiedade Fóbica, com um valor superior à média, está, mais uma vez, diretamente relacionado com o seu estado de saúde, pois sente várias tonturas e desequilíbrio o que lhe causa receio de andar sozinha na rua; a Ideação Paranóide, no limite do desvio padrão, está relacionada com a culpabilização que C. tem pela sua saúde; por fim o Psicoticismo, também com valor no limite do desvio padrão, está de acordo com os dados recolhidos na entrevista, pois a utente apontou pensamentos sexuais que lhe causam incómodo (ouvir os padrões a ter relações sexuais) e sentimento de algo que se passa com o seu corpo (estado de saúde).

Considerando as medidas de avaliação, foi possível obter resultados válidos que permitem fazer uma análise concisa e cuidada. A utente possui de capacidade crítica, encontrando-se lúcida em todo o processo terapêutico, embora revele um estado de saúde bastante fragilizado. C. mostrou-se bastante cooperante no processo de avaliação, respondendo aos instrumentos com entusiasmo e no tempo previsto.

Dá-se ênfase ao instrumento SCL-90, bastante útil para a conclusão do diagnóstico, pois as escalas clínicas são significativas com Nota T de 40. Assim, comparando com a entrevista realizada, verifica-se que os sintomas estão relacionados com o estado geral de saúde da utente.

Diagnóstico Multiaxial

| | |
|----------|---|
| Eixo I | 293.83 Perturbação do Humor Secundária Psoríase, Com Episódio Semelhante a Depressão Major. |
| Eixo II | V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2] |
| Eixo III | 696.1 Psoríase 401.9 Hipertensão Essencial 250.00 Diabetes <i>Mellitus</i> , Tipo II |
| Eixo IV | Sem diagnóstico |
| Eixo V | AGF inicial: 55 AGF final: 70 |

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico revelou ser um processo complexo e moroso devido à sintomatologia apresentada e ao historial da utente. Inicialmente pensou-se no diagnóstico de Perturbação Depressiva Major. No entanto, foi excluído este diagnóstico pelo facto de no momento de avaliação não preencher os critérios exigidos pelo manual da APA (2002). Além disso, nesta perturbação não são apresentadas evidências de mecanismos fisiológicos específicos e causais, associados ao estado físico geral. São excluídas, ainda, as Perturbações Bipolar I e II, e a Perturbação de Adaptação. Deve-se acrescentar que a utente não tem historial de episódios maníacos ou episódios hipomaníacos.

O manual APA (2002) acrescenta que a Perturbação do Humor Secundária a um Estado Físico Geral pode ser diagnosticada, no caso de a perturbação do humor não ocorrer durante um *delirium*. C. durante o acompanhamento psicológico não sofreu nenhum *delirium*, assim como não tem historial.

Ainda se exclui a Perturbação do Humor Induzida por substâncias, uma vez que não existem registos de uso recente ou prolongado de substâncias que causem efeito directo na Perturbação do Humor de C. Então, como se tem a certeza de que a condição da utente deve-se exclusivamente à condição do seu estado físico geral, rejeita-se, também, a Perturbação do Humor Sem Outra Especificação.

Conceptualização

Tendo em conta a história desenvolvimental de C. aplicou-se o Modelo da Motivação para a Proteção de Rogers (1923, cit in Bennet, 2002), que tem como finalidade discutir questões de saúde e trabalhar a atitude da pessoa perante o diagnóstico de uma doença. No caso de C. a psoríase é uma doença que a acompanha desde criança, mas tem vindo a agravar-se e, recentemente, a utente recebeu a notícia que tem que fazer tratamentos de fototerapia. A notícia foi recebida com algum desagrado e desmotivação: “Já estou cansada de tudo isto, de tantos tratamentos de tudo e nada resolve...” (sic.).

O modelo referido avalia essencialmente duas situações de resposta, ao *coping* e a avaliação da ameaça, determinando a atitude do sujeito (comportamento adaptativo ou inadaptativo), influenciando a motivação de proteger ou não a sua saúde, levando ao efetivo comportamento. Com efeito, segundo a teoria, há probabilidade do sujeito mudar a sua resposta perante uma mensagem desencadeadora de medo, acreditando que através de comportamentos protectores pode diminuir o risco/sintomas da doença. Para perceber a reação da utente foi-se analisar a gravidade do tratamento fototerapêutico, o que levou à descoberta dos medos/receios que assolam C., fundamentais para a posterior avaliação da auto-eficácia e das expectativas do resultado. Assim, sendo portadora de psoríase e, havendo a possibilidade de ser alvo de tratamentos de fototerapia, analisamos, em conjunto com a utente, a gravidade deste tratamento. Ao contrário das suas expectativas verificamos que é uma técnica que não queima a pele e não cria danos superficiais não sendo, por isso, uma ameaça de maior para o seu bem-estar físico e psicológico. Então, depois de trabalhar a gravidade do tratamento, verificou-se que as crenças de C. tornaram-se mais positivas, vontade de realizar o tratamento e ganhando expectativas do resultado do tratamento, no que diz respeito ao rejuvenescimento das células, o que resultou numa autoeficácia avaliativa. Assim, Depois de C. fazer a avaliação e a ameaça do tratamento, optou por um comportamento desejável, sendo que, atualmente, vai duas vezes por semana realizar o tratamento fototerapêutico, no Hospital Escala Braga. Nas suas idas ao hospital, é acompanhada por uma colega da instituição e, no caso de esta não lhe possa fazer companhia, a instituição disponibiliza uma funcionária para a acompanhar.

Ainda se aplicou o Modelo da Terapia Cognitiva de Beck (1987, cit in Gonçalves, 2006), uma vez que C. já foi alvo de Depressões consideradas graves (de acordo com os seus relatos), apresentando actualmente um humor deprimido. Como tal,

foi necessário apostar neste modelo para conduzir à reestruturação dos esquemas cognitivos, alterando os erros de processamento da informação com base na constatação empírica das cognições disfuncionais do cliente. Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) defendem que existem três processos cognitivos para explicar a depressão: os esquemas cognitivos, a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. Para Vaz – Serra (1989), os esquemas cognitivos estão relacionados com pensamentos negativos automáticos e involuntários; a tríade cognitiva diz respeito à visão negativa que o sujeito tem sobre o mundo, o futuro e sobre si próprio; e, por último, as distorções cognitivas são estruturas mentais através da qual o sujeito analisa e codifica a informação (lê o mundo à sua maneira) (Bucks & Dobson, 2000). A propósito destes três factores, Beck (1987) refere correlações negativas entre a patologia depressiva e o acontecimento, o que significa que todos os depressivos têm um juízo negativo sobre si. No caso de C, pode-se verificar que tem pensamentos negativos automáticos, como “eu não valho nada; não sei fazer bem as coisas, faço quase tudo mal.” (sic.), o que leva a uma desvalorização total que pode estar relacionada com todas as dificuldades de vida por que passou. No que diz respeito à tríade cognitiva, a utente apresenta, frequentemente, pensamentos negativos e desvalorizados acerca do futuro, acreditando que vai passar, ainda, por várias dificuldades não acreditando na felicidade. Por fim, verifica-se que a utente tem uma percepção errada do mundo, tendo uma visão negativa sobre algumas situações, por exemplo, o medo de que o lar seja encerrado e o receio de ficar fechada em locais escuros. Tudo isto se deve a situações já descritas, nomeadamente o trauma do escuro e os conflitos com o cunhado, encarando a possibilidade de o lar fechado como sinónimo de falta de apoio e solidão

Plano de Intervenção

A intervenção de C. tem como objectivo principal a psicoeducação sobre a saúde e redução de sintomas que causam humor deprimido. A terapia tem assim como finalidade: i) promover uma relação terapêutica de confiança e empatia; ii) fornecer informação à utente sobre as doenças e formas de tratamento, promovendo atitudes motivadoras para enfrentar os problemas de saúde; iii) implementar estratégias de *coping* para o controlo da ansiedade (causa directa do desgaste das doenças) – relaxamento e respiração diafragmática; iv) terapia de reestruturação cognitiva de Beck; v) inversão de papéis.

Considerando a história desenvolvimental de C., parece que ao longo de toda a sua vida existem indícios de um humor deprimido, causado pelas várias experiências vividas e pelas doenças crônicas que foram surgindo em idade adulta (como a hipertensão arterial, diabetes tipo II), além da psoríase que é uma doença congénita.

No que diz respeito às doenças adquiridas pela utente, pode dizer-se que é possível que a Hipertensão arterial seja uma consequência direta dos Diabetes *Mellitus* tipo II, que normalmente se desenvolvem na idade adulta devido à diminuição da sensibilidade da hormona insulina (Faulhaber, 2008). Relativamente à doença congénita, a psoríase, é importante referir que é uma doença dérmica genética auto-imune e, etiologicamente, tem a mesma prevalência em ambos os sexos, sendo mais comum em caucasianos (Arruda & Abulafia, 2007). No caso da C. trata-se de Psoríase Tipo I, uma vez que surgiu e desenvolveu-se antes dos 30 anos de idade (Arruda & Abulafia, 2007).

Depois da entrevista realizada a C., aplicou-se o programa para Educação na Saúde no Autocontrolo da Diabetes, que tem como finalidade fomentar estratégias educativas que permitam o cumprimento de cuidados de saúde (Redman, 2001). Nesta primeira etapa, foi fornecido à utente informação acerca da doença, nomeadamente a definição de diabetes e a importância de seguir um programa saudável, de uma forma clara e concisa, compreensível e dinâmica. Tentou-se, ainda, em conjunto com a utente encontrar vantagens de seguir aquele programa saudável, fomentando e motivando atitudes positivas perante o problema. Aqui, dá-se importância à auto-eficácia, que Bandura (1987, cit in Bennett, 2002) define como a capacidade do sujeito se envolver numa situação, tendo como motivação uma crença ou expectativa. Neste sentido verificou-se que a crença que C. tem perante a diabetes é bastante positiva: “já neguei muito a doença, mas agora já me habituei e por vezes nem ligo a certas coisas” (sic.). Com efeito, o que lhe causa um desagrado maior é o facto de estar impedida de ingerir determinados alimentos, impedindo-a de se alimentar segundo os seus gostos.

Em casos que envolvem a doença Diabetes, Redman (2001) descreve que é necessário recolher informação realista, encontrar estratégias para a resolução de problemas e stresse e procurar suporte social adequado. Seguindo esta perspectiva, foram também trabalhadas estas questões, mais uma vez em conjunto com a utente, o que permitiu chegar a uma solução no que diz respeito à resolução de problemas e ao stresse (como o factor stressante é a alimentação, trabalhou-se esta questão evitando situações que desencadeiam o stresse). Relativamente ao suporte social, optou-se pelo

desenvolvimento de um trabalho em pares, que envolvia C. e uma colega da instituição. Esta intervenção permitiu trabalhar a importância de manter um suporte social saudável e resistente na doença, chegando-se à conclusão que o suporte social não só possibilita um acompanhamento ativo, como um fácil acesso à saúde, mas também funciona como um mecanismo de autocontrolo e auto-eficácia.

Aplicação dos Objectivos Terapêuticos e Resultados

A terapia psicológica dividiu-se em três partes, como forma a atingir todos os objectivos e o sucesso terapêutico: i) como C. se mostrou bastante reticente no início da terapia, foi necessário desenvolver uma relação empática e de confiança (através da compreensão pelo seu sofrimento, total entrega à terapia e explicação da obrigatoriedade do sigilo e ética profissional); ii) numa segunda fase trabalharam-se as questões de saúde (Diabetes e Psoríase), optando-se por seguir uma linha psicoeducativa, procurando estratégias para lidar com situações de crise; iii) por fim, trabalharam-se os pensamentos negativos que causam sofrimento psicológico à utente. Acrescenta-se que as duas últimas sessões terapêuticas foram dedicadas à prevenção de recaída através das competências adquiridas ao longo de todo o processo terapêutico.

Inicialmente seguiu-se a linha humanista de Rogers (1967) e Bozarth (1998) com o objectivo de oferecer um ambiente agradável, de forma a compreender os objectivos de C. e como os deseja concretizar, coloca-los na orientação de auto-actualização para assim impedir a ansiedade e depressão. Ainda se apostou na qualidade da relação interpessoal, de forma a não julgar a utente, ajudando-a a encontrar novos caminhos, ou seja, apostar numa atenção positiva incondicional (Rogers, 1967). Para que se desse a mudança terapêutica recorreu-se às três condições de Rogers (1967): a) integração e genuinidade (*feedback*) relacional com C.; b) compreensão empática e comunica-la; c) atenção positiva incondicional. Dá-se ênfase à empatia que evolue a compreensão da situação, dos problemas, dos sentimentos e das preocupações da utente, de forma a transmitir compreensão. Esta técnica foi muito útil, pois os receios, e mesmo a falta de confiança por parte de C. no início da terapia, foram desaparecendo. Efetivamente, C. foi ganhando autoconfiança, entregando-se cada vez mais ao tratamento terapêutico psicológico.

No tratamento psicoeducacional, dirigido à saúde, deu-se ênfase à motivação. Com efeito, em casos de saúde, é importante fomentar a motivação, uma vez que este mecanismo movimenta o interior do sujeito através de desejos e necessidades que o

levam a agir e atingir o que quer e precisa (Baumeister & Vohs, 2007). Numa vertente psicológica, Rogers (1967) define a motivação como uma necessidade do sujeito receber e retribuir afetos, a urgência de pertencer a um grupo social, assim como, a necessidade de se sentir valorizado, proporcionando-lhe auto-estima. Foi interessante ver a evolução de C. no que diz respeito à forma como encarava a terapia, pelo que o recurso à motivação foi muito importante. Facilitou-se, portanto, o desenvolvimento de posturas confiantes em si mesma, bem como a motivação para encarar a saúde como imprescindível, incentivando a procura de melhores técnicas e atitudes. Por vezes a técnica da motivação aplicava-se em conjunto com o recurso ao humor, de forma a quebrar momentos de tensão, proporcionando um tratamento lúdico e com sucesso.

Em seguida, realizaram-se intervenções direcionadas para a depressão, sugerindo a C. que fizesse um registo de situações e acontecimentos que desencadeiam emoções e pensamentos negativos, para em seguida avançar com a técnica de reestruturação cognitiva de Beck. Esta técnica permitiu que as falsas crenças e pensamentos distorcidos fossem substituídos por cognições mais realistas, melhorando a auto-estima da utente e proporcionando uma melhor crença no futuro.

No final da terapia individual, foi possível observar uma maior adesão aos cuidados e informação de saúde. C. encontrava-se motivada para continuar a aderir aos tratamentos e acrescenta: “ir ao hospital até acaba por ser bom, dou um passeio diferente, depois vamos ao café que gosto muito de comer uma torrada e só no fim do dia é que vamos para casa...” (sic.). Realmente, C. apresenta atitudes mais positivas perante a vida, sentindo-se com mais vontade de participar nas atividades com empenho e dedicação. Ultimamente, passa mais tempo a conversar com as suas colegas da instituição e, todos os dias, faz uma pequena caminhada com o auxílio da sua colega.

Para terminar, é importante referir que este caso foi muito aliciente, desde a primeira até à última consulta, uma vez que é uma senhora com um percurso de vida bastante sofrido, não só devido às doenças mas também a diversas situações apresentadas. Os resultados foram também muito animadores, sendo que entrou, pela primeira vez, no consultório de cabisbaixa e pouco confiante e foi evoluindo, com o desenrolar do processo terapêutico, para atitudes mais confiantes, encarando a vida com autoestima, e vontade de viver e de lutar sempre pela sua saúde e pelo seu bem-estar. C., mesmo tendo uma vida muito marcada pelo seu passado, é uma senhora que não demonstra mágoa, tendo uma personalidade paciente, com vontade e iniciativa de ajudar o outro, sendo um exemplo para todos que a observam.

4- Atividade de Intervenção em Grupo

4- Intervenção em Grupo

“Viver com a Idade, Combater a Velhice”

Introdução

No contexto do estágio curricular do Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde foram implementadas, semanalmente, actividades em grupo nas Valências Lar Dom Diogo de Sousa e Lar Nossa Senhora da Misericórdia. Na primeira, contou-se com a participação de sete idosos, todos do sexo feminino; na segunda, foram nove os idosos que usufruíram destas actividades.

O presente programa de intervenção em grupo, dirigido aos idosos independentes, é produto de um procedimento de investigação sobre exercícios de estimulação (Nunes & Pais, 2006; Pais, 2007), com recurso à Teoria Emocional Emotiva de Ellis (1988) e apoiado nas duas estratégias de Meichenbaum (1985) referentes às alterações da cognição. As etapas de observação e avaliação, foram um ponto fulcral durante as actividades, com vista ao desenvolvimento de uma intervenção primária, uma vez que as principais queixas dos idosos referiam-se a perdas de memória que, com o passar do tempo, tem tendência a deteriorar-se. Depois de um longo período de observação/avaliação, verificou-se que o discurso dos utentes, frequentemente, segue uma vertente pessimista e negativa da vida, sendo necessário apostar em técnicas de paragem de pensamento.

Objectivos da Intervenção em Grupo

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.

Para a Intervenção em Grupo foram descritos os seguintes objectivos:

Objectivo Geral

O objectivo geral do programa de intervenção primária, realizado em grupo, é promover o conhecimento de técnicas cognitivas para o controlo de pensamentos negativos, que possibilitem prevenir e/ou retardar a deterioração cognitiva, proporcionando maior bem-estar psicológico, a curto e a longo prazo.

Objectivos Específicos

- Avaliação e observação dos dois grupos de intervenção;
- Aplicação do Instrumento Mini-Mental pré-teste;
- Esclarecimento de objectivos;
- Incentivar e motivar os idosos a participarem e a cumprirem horários;
- Fomentar a orientação espaço-temporal;
- Prevenir o declínio da memória;
- Instruir técnicas de autocontrolo para os pensamentos negativos;
- Promover a autoestima;
- Proporcionar momentos autodidáticos e refletivos;
- Preparação para a finalização da intervenção em grupo;
- Aplicação do Mini-Mental no momento pós-teste;
- Finalizar a intervenção em grupo, propondo aos idosos a realização de um resumo de todas as sessões.

Fundamentação Teórica da Intervenção em Grupo

Através do estudo de vários autores, analisou-se que há uma interligação entre depressão, memória e atenção e, por isso, a intervenção em grupo tem como finalidade actuar nestes três campos de forma a proporcionar melhor bem-estar para os sujeitos idosos.

É através da memória que o sujeito consegue recordar-se de factos e experiências passadas, a fim de usar essas informações no presente. Efetivamente, a memória corresponde a um conjunto de processos dinâmicos associados à retenção e recuperação da informação sobre a experiência passada (Crowder, 1976; cit in Sternberg, 2000). Os psicólogos cognitivos reconhecem três tipos comuns da memória: codificação (transforma os dados sensoriais em representação mental), armazenamento (guarda a informação codificada) e recuperação (usa a informação armazenada) (Sternberg, 2010; cit in Oliveira; Costa; Costa & Lemos, 2012). Já Baddeley (1992, cit in Pinto, 1999) descreve dois tipos de memória: a memória a longo prazo e a memória a curto prazo. A primeira retém temporariamente as informações, sendo também conhecida como memória primária, imediata e recente (no que diz respeito a esta última, defende-se que é mais vulnerável no envelhecimento normal e patológico)

(Rotrou, 1993; cit in Pinto, 1999). A memória a longo prazo refere-se à informação codificada ao longo da vida.

Como já vem a ser estudado, o envelhecimento acarreta perdas de memória, tornando lento o processamento das informações (Salthouse, 1991; cit in Yassuda, Batistome, Fortes & Neri, 2006). Vários estudiosos acrescentam, ainda, que este facto não se deve apenas ao envelhecimento, mas também a factores depressivos.

A memória a curto prazo é a que sofre mais com o estado depressivo, revelando consequências ao nível da memorização e da concentração (Moffoot & O'Clarroll, 1995; Glass, Uhlenhuth, Hartel, Matuzas & Fishman, 1981; cit in Rozenhal, Laks & Engelhardt, 2004). Na mesma linha de pensamento, Luirie (2007) aponta que a diminuição da concentração leva a um grande esforço mental, no que diz respeito ao raciocínio básico nas suas actividades. Já a memória a longo prazo compromete a evocação e o reconhecimento verbal e não-verbal (Rozenhal, Laks & Engelhardt, 2004).

Então, sendo a depressão constituída por pensamentos negativos automáticos, tornou-se imprescindível atuar nesta área. Com efeito, os sujeitos processam, naturalmente, os dados da realidade através de processos cognitivos, baseados nas suas respectivas crenças. Estas determinam, então, os resultados emocionais e comportamentais que advêm dos processos cognitivos (Ellis, 1962; 1971; 1973; 1985; 1987; cit in Gonçalves, 1994). Ellis (1962; 1971; 1973; 1985; 1987; cit in Gonçalves, 1994) distingue dois tipos de crenças: as irracionais, que se amparam num suporte lógico e empírico das cognições, impedindo a satisfação das necessidades e dos objetos primários do sujeito; e as racionais, funcionando como o oposto das irracionais. A Terapia Racional Emotiva propõe disputar estas crenças, substituindo as absolutistas por um pensamento relativista (Ellis, 1988; cit in Gonçalves, 1994).

Para além dos conceitos e da teoria de Ellis, para trabalhar o módulo dos pensamentos, ainda se recorreu às duas estratégias de Meechenbaum (1985, cit in Nennett, 2002) com o objectivo de modificar as cognições. O autor deu-lhe o nome de treino de autoinstrução, que tem como finalidade interromper o pensamento que dá origem ao stresse, ajustando-o a pensamentos mais realistas. Então, a primeira estratégia consiste no processamento das cognições, de forma a incentivar o uso das técnicas de gestão de stresse de que dispõe. A segunda categoria delineada pelo autor, está relacionada com a tranquilização, recordando ao sujeito que é capaz de trabalhar eficazmente os seus sentimentos que lhe provocam angústia.

Neste sentido, a finalidade deste módulo foi trabalhar a paragem de pensamento, através da instrução de técnicas que possibilitam a interrupção de pensamentos inadequados, utilizando a introdução do estímulo distractivo (Gonçalves, 1994). A literatura indica que o sujeito deve ser treinado na ativação do pensamento até ser capaz de o fazer sozinho. Assim, quando demonstrar a capacidade de autocontrolar o pensamento em voz alta procede-se à interrupção de modo coberto (Gonçalves, 1994).

Em todas as sessões, independentemente do módulo, trabalhou-se a atenção de forma direta ou indireta. A atenção é, aqui, entendida como um fenómeno pelo qual o sujeito organiza ativamente um número limitado de informação disponível através dos sentidos, das memórias armazenadas e de outros processos cognitivos (Sternberg, 2000).

Estrutura do Programa de Intervenção em Grupo

O programa Intervenção em Grupo *Viver com a Idade, Combater a Velhice* destinado a idosos institucionalizados, composto por um total de 13 sessões, trata-se de uma intervenção cognitivo-comportamental.

Os encontros semanais, foram realizados no início do mês de Dezembro de 2011 e terminaram no mês de Abril de 2012. Cada sessão teve uma duração máxima de 50 a 60 minutos.

As temáticas serão distribuídas por sessões que, na sua globalidade, são compostas pela identificação dos objectivos específicos, descrição dos procedimentos para operacionalização dos respectivos objectivos, apresentação dos materiais necessários e identificação das tarefas inter-sessões, apresentando de forma sucinta as tarefas de casa que irão ser solicitadas aos participantes.

Resumidamente, o programa de intervenção terá o seguinte processo: Cada sessão será iniciada com as tarefas inter-sessões, sendo este o primeiro objectivo; 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, é dos momentos mais importantes da sessão, uma vez que se recebe o *feedback* dos idosos, sendo possível realizar um levantamento de necessidades, avaliar a pertinência da intervenção, possibilitando, à estagiária, melhorar o seu empenho e progresso. Uma reflexão posterior sobre a avaliação permite, ainda, o

ajustamento dos objectivos de cada sessão às necessidades e motivações dos idosos em questão.

Depois de terminar as sessões, será feito o desmame, através de atividades grupais: duas no mês de Maio e uma nos meses de Junho e Julho. Este desmame tem grande como finalidade a promoção de técnicas de foro cognitivo-comportamental, para que os idosos não necessitem da ajuda terapêutica e adquiram atitudes preventivas quanto a possíveis recaídas, no que diz respeito a pensamentos negativos.

Definição de Estratégias da Intervenção em Grupo

Para a realização desta intervenção, recorreremos à Teoria Racional Emotiva de Ellis (1988), às estratégias de Meichenbaum (1985) e às técnicas cognitivo-comportamentais (Nunes & Pais, 2006; Pais, 2007). Por isso, passou-se por várias fases: avaliação dos idosos; recurso à motivação; implementar relação terapêutica; utilização de técnicas cognitivo-comportamentais de exposição (recurso a imagens e objectos); técnicas especiais para treino de memória e pensamentos, bem como o recurso à disposição para proporcionar bom humor.

Apresentação Sumária da Intervenção em Grupo

No seguinte quadro, serão apresentadas, resumidamente, as sessões da Intervenção em Grupo *Viver com a Idade, Combater a Velhice*. Neste quadro, Para além da clarificação do tema, dos objectivos e do material utilizado, expõem-se também as tarefas inter-sessões, utilizadas como forma de responsabilizar e motivar os participantes durante as sessões, facilitando a sua integração e participação.

Quadro X – Resumo da Intervenção em Grupo

| Sessão | Tema | Objectivos | Material | Tarefas Inter-sessões |
|----------------------------------|--------------|---|---|------------------------------|
| 1.^a Sessão | Apresentação | Apresentação dinâmica dos participantes | Folhas de registo. Aplicação do Mini-mental. | |

| | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|---|
| 2.^a Sessão | “Vou Fazer um Calendário” | Prevenir desorientação espaço-temporal. Promover dinâmica de grupo | Lápis de cor; Tesoura; Cartolina | |
| 3.^a Sessão | “Dia, Mês e Ano? Eu sei!” | | Fios de lã; Furador; Papel para plastificar | Todos os dias um dos membros do grupo vira a página do dia. |
| 4.^a Sessão | “A Trabalhar no Pensamento” | Inverter os pensamentos negativos em positivos; Aprender a pensar de forma mais positiva; Aquisição e percepção de controlo dos pensamentos negativos | | Sugerir aos idosos que tenham conversas com temas positivos. |
| 5.^a Sessão | “Vamos Fazer Medo aos Pensamentos Negativos | Aprender a substituir os pensamentos negativos prejudiciais ao bem-estar do idoso, por pensamentos positivos; Fazer com que os idosos tenham outra percepção dos acontecimentos que lhes causam sofrimento, | Elásticos; Post-it; Cartolina (imagem) | Afixar os post.it no quarto e todos os dias ler a frase positiva; Sempre que ocorrer pensamentos negativos, puxar o elástico na mão. |
| 6.^a Sessão | “Vamos Olhar, Ver e Sentir a Vida com Pensamentos Positivos” | Aumentar o pensamento e reconhecer que há sempre um lado positivo da vida. | | |

| | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| 7^a Sessão | “O Meu Balão tem Bons Pensamentos” | Proporcionar conhecimento aos idosos, de que os pensamentos positivos são benéficos para o bem-estar da pessoa; Finalizar o módulo dos pensamentos | Balões, Marcadores | Recordar aos idosos a importância do elástico, das frases e conversas positivas. |
| 8^a Sessão | “Um Mar de Memórias” | Estimular a memória remota, através de acontecimentos passados pessoais na agricultura; Proporcionar um momento de bom humor e disposição. | Pequenos utensílios agrícolas. | |
| 9^a Sessão | “Estamos a Ouvir uma História” | Estimular a memória recente, episódica, semântica e atenção. | Histórias | Propor aos utentes que, entre eles, partilhem histórias e lendas tradicionais. De seguida fazem um resumo do que ouviram. |
| 10^a Sessão | “Recordo-me do que Vejo” | Estimular a memória imediata e a atenção. | Cartolinas com várias imagens | Propor aos utentes que no próximo encontro, façam o resumo da 10 ^a sessão. |
| 11^a Sessão | “O Sol, a Chuva, e a Minha Memória” | Adquirir conhecimentos; Estimular a memória semântica; Finalizar o módulo da memória. | Cartolina com várias imagens. | |

| | | | | |
|----------------------------------|------------------------|---|---|--|
| 12^a Sessão | “E tu, que Animal és?” | Finalizar todas as sessões de forma indireta, trabalhando a memória e pensamentos positivos. Proporcionar autoestima e bom humor. | Pêlo de coelho; Pano; Penas; Cartolina; Madeira; Cola. | |
| 13^a Sessão | “Até Já!” | Finalizar a intervenção em grupo, fazendo um resumo de todas as sessões; Dar a palavra a cada elemento do grupo para se expressar sobre a sua experiência. | Folhas de registo; Aplicação do Mini-Mental. | |

Estratégias de Avaliação do Processo dos Resultados

Para A avaliação do programa de intervenção recorreu-se, essencialmente, a duas estratégias: à aplicação do instrumento Mini-mental, pré e pós teste aos dois grupos de intervenção, e ao registo de informações decorrentes da observação e dos resultados crescentes obtidos durante todas as sessões.

No fim da intervenção em grupo, os participantes deveriam apresentar um maior nível de capacidade cognitiva comparado com o início da atividade em grupo.

Grupo 1 – Valência Nossa Senhora da Misericórdia

O grupo da Valência Nossa Senhora da Misericórdia é constituído por 9 sujeitos autónomos. No total, apenas um é do sexo masculino e têm uma média de idades de 83 anos. No que diz respeito às suas habilitações literárias, pode dizer-se que quatro concluíram o 1º ciclo, dois ficaram-se pela terceira classe (corresponde ao actual 3º ano do 1º ciclo) e três são analfabetos.

No pré-teste, num total de 10 valores, os participantes obtiveram uma média de 5,9 na subescala orientação; na subescala retenção, num total de três valores, adquiriram 2,7; na subescala atenção e cálculo, com valor esperado de cinco, alcançaram 1,9; na

subescala evocação, num total de três, obtiveram 0,33 valores; na subescala linguagem com valor esperado de oito, obtiveram 6,8 e na subescala habilidades construtivas, num total de 1 valor, os participantes adquiriram 0,7 pontos. Assim, Num total de 30 pontos, os utentes alcançaram uma média de 18,22. No entanto, este valor não é alarmante tendo em conta a escolaridade dos participantes, mas já é um indicador de necessária intervenção cognitiva.

No pós-teste, os participantes obtiveram uma média de 8,4 na subescala orientação; na subescala retenção, adquiriram 2,9; na subescala atenção e cálculo, alcançaram 3,4; na subescala evocação, obtiveram 1,89 valores; na subescala linguagem, obtiveram 7 e na subescala habilidades construtivas, os participantes adquiriram 0,7 pontos. Num total de 30 pontos, os participantes, pós intervenção, alcançaram uma média total de 24,33. Pode considerar-se este resultado significativo, uma vez que existe uma diferença positiva de 6,11 pontos entre o pré e o pós-testes.

Grupo II – Valência Dom Diogo de Sousa

O grupo II é constituído por 7 idosas. Destas, uma é dependente a nível físico e outra está diagnosticada com deficiência leve. No geral, têm uma média de idades de 81 anos e um baixo nível de escolaridade: tendo apenas uma idosa possui o 1ºciclo, duas completaram o terceiro ano do 1ºciclo, e as restantes são analfabetas.

No pré-teste, as idosas obtiveram uma média de 7,1 na subescala orientação; na subescala retenção, adquiriram 2,7; na subescala atenção e cálculo, alcançaram 2; na subescala evocação, obtiveram 0,71 valores; na subescala linguagem, obtiveram 7 e na subescala habilidades construtivas, as idosas adquiriram 0,57 pontos. Num total de 30 pontos, as utentes alcançaram uma média de 20,14. Este valor, para um grupo com sujeitos com um baixo nível de escolaridade, é bastante satisfatório. No entanto, não é dispensável a a intervenção em grupo, uma vez que possibilita a prevenção da deterioração cognitiva.

No pós-teste, as idosas obtiveram uma média de 8,9 na subescala orientação; na subescala retenção, adquiriram 3 pontos; na subescala atenção e cálculo, alcançaram 3,9; na subescala evocação, obtiveram 2,3 valores; na subescala linguagem, obtiveram 7,1 e na subescala habilidades construtivas, as idosas alcançaram 0,7 pontos. A aplicação do Mini-mental pós-teste, permitiu avaliar a intervenção em grupo de forma positiva. Além dos resultados favoráveis no pré-teste, obteve-se um valor superior no pós-teste: 22,7 pontos.

Avaliação informal

A avaliação informal, realizada nos dois grupos, possibilitou avaliar o módulo dos pensamentos. Em todas as sessões dava-se ênfase a uma conversa livre, onde se pretendia analisar o discurso dos participantes de forma a compreender se havia, ou não, alterações significativas.

Tanto no grupo I como no grupo II, logo no início da intervenção em grupo, os participantes tinham tendência para falar de problemas institucionais e pessoais. Faziam acusações e culpavam o outro, não tendo capacidade de compreender diversas situações. A nível pessoal, os idosos demonstravam-se bastante queixosos, chorando e insistindo em assuntos negativos da sua vida. Ainda no decorrer de conversas, chegou-se à conclusão que os idosos procuravam estes aspectos negativos na tentativa de revelar uma pior que o colega.

Do grupo I retira-se algumas das frases “Oh Dona x não se queixe das suas pernas, não está a ver que estou pior que pouco ando”; “Eu choro e vou chorar sempre pelo meu marido e pela dor que tenho nas pernas...”; “Eu não sei o que tenho, mas quero chorar e sofro mais que elas todas”...

O grupo II, no decorrer de pequenas conversas, os idosos também usavam o mesmo significado de frases: “Queixa-se tanto e não lhe dói nada, a mim é que me dói”; “Eu só tive tristezas durante esta vida”.

Já no final da intervenção em grupo, os participantes começaram a ter um discurso mais positivo e com perspectiva de vida. Os temas de conversa, mesmo que por vezes ainda negativos (os próprios idosos chegavam à conclusão que estavam a ter uma perspectiva negativa da vida e corrigiam-se em voz alta), tendiam para assuntos mais positivos. A compreensão a nível institucional também melhorou, pois começaram a analisar situações colocando-se no lugar do outro. No fim das sessões, as frases mais usuais eram as seguintes: “oh mas para que estou eu a pensar nisto, vamos falar noutras coisas”; “pois foi assim que se passou, mas realmente tenho que perceber”; “bem vamos falar de outras coisas mais importantes”.

Limitações e Reflexões da Intervenção em Grupo

A intervenção em grupo foi uma experiência grandiosa para a estagiária, proporcionando o desenvolvimento de competências a nível prático, desde a

aprendizagem de dirigir o grupo, até ao desenvolvimento de aptidões para motivar os idosos a participarem ativamente.

Tanto os sujeitos do grupo I como os do grupo II já se conheciam. O primeiro grupo criou algumas dificuldades a nível de integração da estagiária. Pelo contrário, o grupo II recebeu com agrado a estagiária e envolveram-se desde o início até ao fim com muita motivação e interesse.

Em todas as sessões eram explicados os objectivos de forma simples para que os participantes compreendessem a finalidade da sessão. No entanto, alguns deles não conseguiam atingir o porquê de fazermos várias atividades, assim como não compreendiam para que é necessário estimular a memória. Este aspecto era um ponto de limitação para a estagiária, pois ficava numa situação delicada, tendo que procurar argumentos válidos e credíveis para que o idoso ficasse convencido. Uma outra limitação é relativa ao período de tempo para implementação do programa. Seria necessário que este tipo de programas fosse implementado duas vezes por semana e durante um longo período de tempo.

Para além das limitações, pode concluir-se que a intervenção em grupo foi uma mais-valia para todos, pois quer para os participantes, quer para a estagiária, foram momentos de aprendizagem, entrega, empenho e interesse.

Embora houvesse algum desinteresse por parte de dois utentes, os restantes participantes empenharam-se ao máximo, realizando sempre as tarefas inter-sessões e apresentando-se ativos e com muito empenho em todas as sessões.

5- Atividade de Ação de Formação

5- Ação de Formação para as Colaboradoras e Estagiários:

“Eu Compreendo a Pessoa, Não Compreendo o Alzheimer”

Introdução

Para a realização da Ação de Formação dirigida às colaboradoras da valência Nossa Senhora da Misericórdia, e aos estagiários do segundo ano de Enfermagem, foi feita uma breve revisão bibliográfica relativamente há temática Alzheimer.

A escolha do tema deveu-se essencialmente ao vasto número de sujeitos idosos diagnosticados com a demência em estudo na respectiva valência. Neste sentido, é fundamental esclarecer e orientar os trabalhadores formais sobre o Alzheimer, fornecendo um conjunto de informações teóricas, bem como estratégias sobre como atuar na prática.

A ação de formação, com duração de 1h30min foi concretizada no dia nove de Maio de 2012 na capela da Valência Nossa Senhora da Misericórdia.

Palavras-Chave: Alzheimer, comunicação e relação.

Objectivos da Ação de Formação

Num contexto em que há cada vez mais utentes diagnosticados com a demência de Alzheimer é fundamental uma ação de formação sobre esta temática dirigida às colaboradoras, com a finalidade de promover um momento de informação e, acima de tudo, de reflexão sobre a demência.

Para a Ação de Formação foram descritos os seguintes objectivos:

Objectivo Geral

- Fomentar conhecimentos sobre a Demência de Alzheimer, invocando a importância da relação entre cuidador e utente.

Objectivos Específicos:

- Proporcionar aos formandos um maior conhecimento sobre a demência de Alzheimer;
- Informar os formandos sobre comportamentos adequados a ter com os sujeitos com Alzheimer;

- Facultar estratégias cognitivo-comportamentais aos formandos, para que as ponham em prática, de forma a evitar maior declínio;
- Proporcionar momentos de reflexão e autorreflexão;
- Implementar a importância da relação entre cuidador e sujeito com Alzheimer;
- Incentivar a criação de um grupo de cuidadores formais.

Fundamentação Teórica da Ação de Formação

Alzheimer

O Alzheimer é a demência mais prevalente na população idosa representando entre 50 a 60% das demências (Eisendrath & Lichtmacher, 2006; cit in Romano, Nissen, Paredes & Parquet, 2007). A mesma fonte acrescenta que existem 22 milhões de sujeitos em todo o planeta que sofrem desta demência e prevê-se que daqui a três décadas estes números serão duplicados.

Peña-Casanova (1999) descreve a demência de Alzheimer como uma evolução neurodegenerativa e progressiva que se caracteriza por um conjunto de alterações clínicas e patológicas. O mesmo autor menciona as alterações clínicas que se resumem em três aspetos: mudanças cognitivas, que envolvem alterações de memória e outras funções mentais; mudanças funcionais, que englobam a perda da identidade nas atividades da vida diária; e, ainda, mudanças psicológicas e comportamentais (ansiedade, delírios, alucinações, vaguear, agressão). Estas alterações neuropatológicas baseiam-se na atrofia cerebral com perda de neurónios e por dois tipos de lesões: a degeneração neurofibrilar (ovillos neurofibrilares) e das placas seniles (Peña-Casanova, 2009).

Para além das alterações cognitivas apontadas, Touchon e Portet (2002) acrescentam: perturbações da memória; perturbações da orientação; perturbações da linguagem; perturbações práxicas e as perturbações gnósicas. Relativamente à memória, os autores afirmam que a memória recente é a mais afectada com estas alterações, enfraquecendo a capacidade de aprendizagem. No que diz respeito à memória a longo prazo, os autores declaram que o doente perde capacidades com o evoluir da demência. A desorientação espaço-temporal também é muito frequente nestes casos, verificando-se significativas alterações da percepção espacial causadas pela perda de memória (Touchon & Portet, 2002).

Além destas perturbações, A demência de Alzheimer também provoca alterações psico-comportamentais, nomeadamente a perturbação do humor, à qual está frequentemente associada a depressão (30% dos casos apresentam este distúrbio associado, por vezes, a perturbações ansiosas); a modificação da personalidade; a alteração do comportamento motor (agitação, fuga e comportamentos agressivos); a alteração dos comportamentos básicos (sexuais, alimentares, controlo esfinteriano, ritmo vigília-sono) e perturbações psicóticas, que se desenvolvem num estado avançado de demência ou provocado por um rápido declínio cognitivo (Touchon & Portet, 2002).

O Alzheimer e a Prática

Após a apresentação da definição da demência de Alzheimer, e dos seus sintomas, é necessário abordar uma questão mais prática relativamente às atitudes mais adequadas que o cuidador deve ter perante um utente com este problema. Para tal, é necessário que haja uma relação terapêutica e uma adaptação de comportamentos perante o doente. No entanto, Alessandra e Vanni (2009) dizem-nos que, para atingir este objetivo, é necessário que o cuidador tenha um investimento e um conhecimento profundo da pessoa e do próprio.

Como já foi exposto, as alterações na memória são as mais frequentes e, por isso, o cuidador deve seguir uma atitude positiva, no sentido de não corrigir constantemente o doente, e de não o reprimir sobre os seus erros (Sequeira, 2006). A mesma fonte bibliográfica acrescenta que, para minimizar os sintomas, é importante que o utente seja estimulado indiretamente durante o dia (ou seja, promover atividades lúdicas como jogos e ver televisão), mas de uma forma adequada à sua faixa etária não infantilizando as tarefas que lhes são proporcionadas, insistindo com mais frequência o treino e a estimulação da memória. É ainda de anotar que o cuidador deve ter presente a evolução demencial do sujeito, uma vez que pode ser necessário implementar medidas de supervisão e segurança. Como já se verificou, a capacidade de aprendizagem fica comprometida pela dificuldade de recordar informação recente, sendo, portanto, necessário apostar num ambiente estável e com sinalética adequada utilizar proteção nas tomadas elétricas, do gás e de outros utensílios que constituem um risco para os utentes (Sequeira, 2006).

Peña-Casanova (1999) aponta a importância da intervenção a nível espaço-temporal, apostando em objetos (relógio, calendário) e rotinas, num ambiente adaptado

e sem modificações. Este contexto ambiental é muito importante, pois desenvolve-se a ação relacional entre utente e cuidadores (Alessandra & Vanni, 2009).

Como já vem a ser estudado, as mudanças sensoriais (disfunções na visão e audição) e motoras (lentidão e redução dos movimentos) também são afectadas, proporcionando uma perturbação na comunicação entre o interlocutor e o receptor (Peña-Casanova, 1999). Neste sentido, foi importante transmitir informação às colaboradoras sobre a importância da comunicação e como esta pode afectar a relação.

É, ainda, importante que se faça a distinção entre comunicação verbal e não-verbal. Stanley, Jones e LeBaron (2002) mencionam que a comunicação verbal refere-se à emissão de palavras e sons que usamos para comunicar com os outros e pode ser realizada através de uma entrevista e de uma informação oral; em contrapartida, a comunicação não-verbal realiza-se através de sinais corporais. Galimberti (1983, cit in Andolf, 2003) acrescenta que a comunicação não-verbal resume-se a um duplo conceito: por um lado diz respeito a uma entidade anatómica, que se refere à realidade e à singularidade do sujeito; por outro lado refere-se à comunicação enquanto relação social. Neste sentido, o corpo é a parte central do discurso. É este que, através da produção linguística acompanhada com gestos, expressões e posturas, proporciona a verdadeira comunicação e relação para com a outra pessoa (Andolf, 2003).

Depois de um superficial conhecimento sobre a comunicação é necessário salientar qual a melhor forma de comunicação entre cuidador e sujeito com Alzheimer. A nível verbal, o cuidador deve transmitir as mensagens para o idoso de forma calma, pausada, clara, e repetir a frase as vezes necessárias, envolvendo sempre todos os sentidos (Sequeira, 2002). No que concerne à comunicação não-verbal, os gestos devem ser ajustados e adaptados à compreensão do utente, evitando gestos grandiosos para não exaltar o doente (Sequeira, 2002).

Como já foi descrito, as alterações de humor e de comportamento são frequentes nos utentes diagnosticados com Alzheimer e, por isso, é essencial proporcionar-lhes bem-estar e qualidade de vida, o que só é possível através de um reajustamento por parte dos cuidadores ao contexto real. Neste sentido, o cuidador deve ser capaz de proporcionar segurança, calma e tranquilidade, não contrariando o utente quando este não compreende uma situação (Peña-Casanova, 1999). Em casos mais graves, a agressão verbal e física é frequente, devendo existir compreensão por parte do cuidador, evitando expor-se a situações de risco (Sequeira, 2006).

Por fim, é relevante que os cuidadores tenham conhecimento de como actuar perante um delírio. Os delírios são entendidos como uma confusão da consciência e alteração cognitiva num curto período de tempo (APA, 2002). Sequeira (2006) refere que, no momento de delírio, o sujeito não deve ser contrariado, sendo necessário recorrer à distração, ao carinho e ao toque.

A Relação

A ação de formação terminou proporcionando um momento de reflexão dando ênfase à relação. Rogers (2009) defende que para haver relação é necessário que o sujeito seja genuíno, só assim terá consciência dos seus próprios sentimentos, evitando apresentar uma falsa aparência externa, mantendo uma atitude mais profunda e empática. A genuinidade, apresentada pelo autor, é entendida como a disposição para expressar o comportamento, sentimentos e atitudes, só assim o relacionamento pode ser uma realidade. Ainda nesta continuidade, Rogers (2009) considera fundamental que na relação a pessoa tem que ser ela mesma, com capacidade de compreender, aceitar e comunicar com os outros. Saint-Exupéry (2001, p.72), no seu livro com destinatário extratextual as crianças, escreve a importância da relação que nasce através do convívio e da conquista do outro: “Vocês não são nada parecidas com a minha rosa! Vocês ainda não são nada – disse-lhes ele. – Ninguém vos cativou e vocês não cativaram ninguém. São como a minha raposa era, uma raposa perfeitamente igual a outras cem mil raposas. Mas eu tornei-a minha amiga e ela passou a ser única no mundo.”

Plano da Ação de Formação

A ação de formação foi dividida em três partes, de forma a facultar informação estruturada e organizada, verificando-se empenho, interesse e concentração da parte dos formandos.

Então, a primeira parte iniciou-se com a entrega de material e clarificação dos objectivos e para *quebrar o gelo*, sugeriu-se que fosse feita a análise ao título escolhido: “Eu compreendo a Pessoa, Não Compreendo o Alzheimer”. Posteriormente, deu-se ênfase à temática Alzheimer, às suas alterações cognitivas e comportamentais e como actuar em situações de crise. Recorreu-se, ainda, à visualização e análise de um vídeo intitulado “O que é Aquilo?”, para melhor compreensão da informação teórica fornecida até ao momento.

A segunda parte da ação de formação foi destinada a momentos de reflexão, partilha e discussão de um segundo vídeo. Por fim, foi apresentado um caso prático fictício de uma idosa com Alzheimer e solicitou-se que através dos conteúdos até aqui apresentados, analisassem o caso, dando exemplos de como se deveria atuar na prática.

Esta ação terminou com a entrega de um questionário, para avaliar a ação de formação, um certificado de participação e ainda se propôs às colaboradoras que criarem um grupo de apoio entre elas, que permitisse partilhar experiências e sentimentos.

Resultados da Ação de Formação

Nesta ação de formação foram distribuídos questionários a todos os participantes, com avaliação *Likert*, e uma questão facultativa de apreciação crítica. Este questionário é composto pelos dados de identificação (idade, estado civil, género, profissão e habilitações) e por cinco questões com opção de resposta: nada, pouco, muito e bastante e, ainda, duas questões com resposta sim e não.

Neste questionário verificou-se que 24 pessoas assistiram à ação de formação. Destas 12 são funcionárias da instituição e 12 estudantes universitários. Como o grupo é heterogéneo, primeiramente irá ser realizada a análise dos questionários preenchidos pelas funcionárias e, posteriormente, pelos estudantes.

O grupo de auxiliares, todas do sexo feminino, com uma média de idade de 46 anos. Relativamente às suas habilitações literárias, duas tem a 4.^a classe, uma o 6.^o ano, cinco das auxiliares tem o 9.^o ano e as restantes o 12.^o ano.

À primeira pergunta do questionário, “Em que medida considera que os conteúdos da ação de formação foram úteis ao exercício da sua função?”, 8,3% responderam muito e 91,7% bastante. Na segunda, “Os conhecimentos adquiridos são aplicáveis ao seu trabalho diário?”, 33,3% objectaram pouco, 25% muito e 41,7% bastante. À terceira questão, “A ação de formação foi útil para o seu desenvolvimento pessoal?”, 8,3% assinalaram muito e 92% bastante. À quarta, “A ação de formação teve impacto ao nível do seu desempenho?”, 33,3% responderam muito e 66,7% bastante. Finalmente à quinta questão, “Qual a utilidade da ação de formação na evolução da carreira?”, 16,7% responderam muito e 83,3% bastante.

No grupo dos estudantes, na primeira e na segunda questão 50% responderam muito e 50% bastante. A terceira pergunta foi preenchida por 75% muito e 25%

bastante. A quarta, teve como respostas 91,7% muito e 8,3% bastante e finalmente, a quinta questão teve 83,3% muito e 16,7% bastante.

Nas duas questões, de respostas sim ou não: “Recomenda esta ação de formação a outra pessoa?” e “Tem interesse em frequentar outras ações de formação?” teve 100% nas respostas sim em ambos os grupos.

Quanto à questão quantitativa, as auxiliares apontaram como crítica o empenho na ação de formação, a comunicação simplificada e o recurso aos vídeos, foram uma mais-valia para a compreensão. Os estudantes foram também de acordo com estas afirmação, acrescentando que seria importante ter apostado mais na composição química e neuronal.

Limitações e Reflexões da Ação de Formação

A maior limitação desta ação de formação relacionou-se com o fornecimento de informação, que fosse ao encontro do objectivo geral. Há muito material relativamente à temática Alzheimer, no entanto, o material referente aos comportamentos adequados a ter perante os utentes com Alzheimer e a importância da relação entre cuidador formal e utente é muito escasso.

Mesmo havendo esta limitação, o seguimento deste tema, deportou-se a dois motivos, o primeiro, está relacionado com uma ação de informação que foi dirigida às colaboradoras da Santa Casa da Misericórdia de Braga pela Associação de Alzheimer. Esta ação de informação foi bastante rica, esclarecendo o que é a demência Alzheimer, neste sentido, foi importante fazer uma continuação de como atuar na prática.

O segundo motivo, está relacionado com a observação realizada à Valência Nossa Senhora da Misericórdia, tem um vasto número de utentes diagnosticados com Alzheimer e com contínuas mudanças comportamentais, por tal, foi necessário instruir as auxiliares sobre a temática.

Esta ação de formação foi uma mais-valia para todos os participantes, pois o uso da técnica refletiva durante a ação gerou um ambiente homogéneo em que todos trabalharam numa única direção. As análises pedidas imagens e aos vídeos apresentados, tornou possível a procura de melhores soluções e mais adequadas, para além daquelas apresentadas.

É de acrescentar, que esta ação de formação permite que a curto e a longo prazo haja maior relação entre cuidador e utente, assim como, instruiu para um conjunto

de técnicas que podem ser benéficas, proporcionando melhor bem-estar, para ambas as entidades.

6- Atividade de Ação de Sensibilização

6- Atividade de Ação de Sensibilização para os Idosos:

“A Vida Começa aos 65!”

Introdução

Para a realização da Ação de Sensibilização para os idosos, atividade proposta pela instituição, foi realizada uma breve revisão bibliográfica relativamente ao envelhecimento e às áreas onde se deve intervir para que haja um envelhecimento ativo e bem-sucedido. Será dirigida a todos os idosos autónomos da Santa Casa da Misericórdia de Braga (Lar Dom Diogo de Sousa, Lar e Centro de Dia Nossa Senhora da Misericórdia), no dia 13 de Junho de 2012, na capela da Valência Nossa Senhora da Misericórdia.

Palavras-Chave: Envelhecimento; envelhecimento ativo; solidão; suporte social; perdas; qualidade de vida e envelhecimento bem-sucedido.

Objectivos da Ação de Sensibilização

Num contexto residencial de idosos, e centro de dia, é importante reunir pontos e factores do envelhecimento que afectam ou podem afectar esta população e, em conjunto, encontrar estratégias de como os ultrapassar, recorrendo a técnicas que levam o sujeito a possuir um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Para a Ação de Sensibilização foram descritos os seguintes objectivos:

Objectivo Geral

- Proporcionar um conjunto de estratégias e técnicas que promovam o envelhecimento ativo e bem-sucedido na população idosa.

Objectivos Específicos:

- Proporcionar conhecimentos sobre as definições: envelhecimento e envelhecimento ativo;
- Proporcionar conhecimentos sobre a solidão e estratégias para a ultrapassar;
- Proporcionar conhecimentos sobre a importância de ter um suporte social presente;

- Proporcionar conhecimentos sobre a definição de perdas e estratégias para as superar;
- Proporcionar conhecimentos sobre o envelhecimento bem-sucedido e estratégias para a sua continuidade;
- Promover e incentivar estratégias consentâneas com o envelhecimento activo.

Fundamentação Teórica da Ação de Sensibilização

O ano 2012 foi considerado o “Ano Europeu do Envelhecimento Activo e a Solidariedade Intergeracional” (decisão n.º 940 do Parlamento Europeu - Jornal Oficial da União Europeia, 2011). Neste sentido, pensou-se em realizar uma acção de sensibilização para os idosos da instituição, promovendo o envelhecimento activo, através da transmissão de informação teórica e prática, para que os sujeitos em causa possam um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Desde os anos 60/65, temos assistido a um aumento significativo da população idosa nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, respectivamente. Por isso, é fundamental apostar em programas de sensibilização/formação dirigidos a esta comunidade em especial. Segundo Areosa e Areosa (2008), este aumento deve-se, essencialmente, aos avanços tecnológicos e científicos que promovem melhores condições de saúde, alimentação, higiene e trabalho, resultando num aumento da esperança média de vida.

Para uma compreensão acessível do envelhecimento, os autores definem-no como uma continuidade de vida, que se inicia logo após o nascimento (Neri, 1997; cit in Cupertino; Rosa & Ribeiro, 2007). Segundo Rowe e Kahn (1998 cit in, Cupertino; Rosa & Ribeiro, 2007) existem três elementos para o envelhecimento humano: o normal, o patológico e o saudável, interligados através do baixo risco de doença, do funcionamento mental e físico saudáveis, e na relação ativa e positiva com a vida. Neste sentido, a OMS (2005, cit in Carvalho & Dias, 2011) defende que, para haver um envelhecimento ativo, é necessário a coexistência de um sistema positivo, favorável à saúde, redes de apoio social e segurança, com objectivo de ampliar a qualidade de vida no processo de envelhecimento.

Para Levenson, Aldwin e Cupertino (2001, cit in Cupertino; Rosa & Ribeiro, 2007) o envelhecimento baseia-se na teoria da transcendência do *ego*, vinculado ao conhecimento, à libertação do determinismo cultural e ambiental. Na óptica de Fonseca

(2010), o envelhecimento é entendido como um período do ciclo de vida onde estão presentes alterações com particularidades individuais (biológicas, psicológicas e sociais) inter-relacionadas, criando uma nova imagem de si enquanto idoso. Na mesma linha de pensamento, Spirduso (2005, cit in Deponti & Acosta, 2010) define o envelhecimento como um conjunto de processos que ocorrem no organismo com o passar do tempo, que levam a perdas de adaptabilidade e deficiência funcional e, posteriormente, à morte. Em contrapartida, Matsudo (2001, cit in Deponti & Acosta, 2010) defende que o envelhecimento não é apenas uma fase de desenvolvimento negativa. Pelo contrário, é constituída por um conjunto de factores positivos que enriquecem a vida do sujeito em diferentes áreas e, por isso, o idoso deve ser visto como alguém que tem muito para oferecer.

No decorrer do envelhecimento, o desenvolvimento psicológico está sujeito a um conjunto de adaptações individuais face às alterações do *self*, consequente de mudanças cognitivas, corporais, emocionais, sociais, relações interpessoais, alterações profissionais e familiares, e na própria composição habitacional, conduzindo por vezes à institucionalização (Fonseca, 2010). As alterações transcritas, normalmente, conduzem à saída, do sujeito idoso, do seu meio familiar para passar a residir numa instituição permanente, o que pode causar maior ou menor sofrimento (Imaginário, 2004, cit in Carvalho & Dias, 2011). Esta situação é fruto da falta de uma rede de apoio familiar com capacidade para responder à autonomia e bem-estar do idoso, onde a solidão passa a ser uma realidade e onde a velhice é encarada como uma doença social (Lima, 1988, cit in Carvalho & Dias, 2011).

Segundo vários autores, a mudança de residência revela a importância de um processo de adaptação positivo para a obtenção de uma velhice bem-sucedida (Lemos, 2006 cit in Carvalho e Dias, 2011). No entanto, tal só pode ser concretizado quando o idoso estabelece vínculos com pessoas próximas (amigos ou familiares) e com a comunidade, evitando assim o sentimento de solidão ou o isolamento social (Carvalho & Dias, 2011).

Efetivamente, o suporte social é essencial para gerar máxima satisfação de vida, através da reciprocidade que envolve mútua partilha, ajuda e autoestima (Lee, 1985, cit in Rash, 2007). Atchley (2000, cit in Rash, 2007) descreve o suporte social como um conjunto de pessoas com quem um sujeito pode contar para lhe proporcionar apoio emocional, afirmação, informação e assistência, principalmente em tempos de crise. Lee (1985, cit in Rash, 2007) acrescenta que o suporte social oferece ao sujeito

idoso capacidade para lidar com o seu envelhecimento, melhora a autoestima e proporciona ajustamento emocional. Em contrapartida, o sujeito idoso que se encontra desvinculado do seu meio social e familiar, ao deparar-se com uma nova realidade habitacional, tem tendência a sentir solidão (Oliveira, 2006, cit in Carvalho & Dias, 2011).

A solidão é, aqui, entendida como uma avaliação qualitativa e subjetiva, relacionada com as expectativas dos indivíduos e com a satisfação de proximidade com outros sujeitos (Gierveld & Havens, 2004, cit in Shankar, McMunn, Banks & Steptoe, 2011). Este sentimento, pode estar relacionado com o isolamento social, viuvez, divórcio, vulnerabilidade ao stress, podendo afectar, por isso, a saúde do idoso (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2008 cit in Shankar, McMunn, Banks & Steptoe, 2011). É importante acrescentar o impacto da depressão como uma possível variável de relação entre o isolamento social, a solidão, e os factores comportamentais e biológicos (Cacioppo, Hawkey & Pickett, 2008, cit in; Shankar, McMunn; Banks & Steptoe, 2011).

Quando o idoso tem dificuldades em vivenciar um envelhecimento ativo, para além da perda de suporte social e da solidão, por vezes vive intensamente as perdas. Estas perdas podem ser mais ou menos penosas, e o sujeito pode ter a capacidade de as ultrapassar através de uma mudança bem-sucedida. Na velhice, as perdas tornam-se mais marcantes uma vez que o idoso não só perde alguém que lhe é querido, como também o que ganhou durante toda a sua vida. Sendo assim, a perda tem um forte poder emocional nos idosos, pois traduz-se numa tristeza múltipla: morte do conjugue, amigos familiares e conhecidos, declínio das habilidades físicas, entrada na reforma (Yokoyama, Carvalho & Vizzotto, 2006). O idoso torna-se, assim, solitário e isola-se da sociedade, vivendo o medo que experiencia face à sua própria morte.

Todos os conceitos acima transcritos: solidão, suporte social e perdas, podem ser ultrapassados se o idoso tiver a capacidade de os enfrentar positivamente, auto-proporcionando o envelhecimento ativo, obtendo qualidade de vida. Este conceito é definido como uma vivência de saúde, boas relações familiares e estabilidade no aspecto económico (Paschoal, 2000, cit in Yokoyama, Carvalho, Vizzotto, 2006). A mesma fonte acrescenta que, de um ponto de vista subjetivo, a qualidade de vida é aquela percebida pela pessoa. Deste modo, a opinião do idoso e a percepção sobre o seu envelhecimento passa a ser fundamental para que possua ou não uma boa qualidade de vida.

Segundo Neri (1999, cit in Yokoyama, Carvalho, Vizzotto, 2006), o bem-estar na velhice depende de vários factores. Entre eles, destaca-se a longevidade, a saúde biológica e mental, a satisfação de vida, a ausência de défices a nível cognitivo e a competência social (manter relações com amigos primários). Silva, Fossatti e Portella (2007) defendem que, para ter um envelhecimento com qualidade, é essencial que o idoso aposte numa vida ativa, participativa, proveitosa e afectuosa com a família, com os amigos e com a sociedade.

Para que haja um envelhecimento bem-sucedido, é necessário que o idoso usufrua de uma boa qualidade de vida e que o estado de desenvolvimento anterior tenha sido positivo (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). Para estes autores, a qualidade de vida traduz-se numa satisfação com a vida e bem-estar social. Kalache (2008) acrescenta, que o envelhecimento bem-sucedido está relacionado com a capacidade de o idoso se adaptar à mudança social, aprender continuamente, ter aptidão para adquirir novos conceitos e novas tecnologias e, acima de tudo, ter capacidade para tomar decisões e aceder à informação.

Quando o envelhecimento não é aceite pelo próprio, o idoso pode sofrer destruição psíquica devido à ocorrência de mudanças como, por exemplo, valores existenciais, perda do conjugue, aparecimento de doenças, dependência física, entre outros (Corrêa, 1997, cit in Porcu, Scantamburlo, Albrecht, Silva, Vallim, Araújo, Deltreggia & Faiola, 2002).

Plano da Ação de Sensibilização

Primeiramente é explicado aos idosos o objectivo da ação de sensibilização. De seguida, é apresentada a definição dos conteúdos de forma simplificada, com apoio a imagens, respeitando os sujeitos analfabetos.

Seguidamente, faz-se a reflexão a todos os conteúdos citados e, em grupo, discutem-se possíveis estratégias que facilitem o bem-estar e o envelhecimento ativo. Ainda no decorrer desta discussão, uma utente do Lar Dom Diogo de Sousa vai intervir com o seu próprio testemunho, dando exemplo de como é possível ter um envelhecimento ativo, fazendo face às consequências que por vezes o envelhecimento acarreta para o idoso.

Ainda será projetado um excerto do filme *UP Altamente* com uma finalidade reflexiva, possibilitando mais uma vez o trabalho em grupo como forma de encontrar uma orientação que se adapte à personagem principal do filme.

A sessão termina com uma música, para a qual a estagiária escreveu uma letra adequada englobando todos os conteúdos apresentados e discutidos de forma positiva. A letra é distribuída por todos os idosos, assim como certificado de participação.

Resultados da Ação de Sensibilização

Nesta ação de sensibilização participaram 38 utentes e não foram distribuídos questionários (tendo em conta os sujeitos que não sabem ler e escrever). Neste sentido, manteve-se uma observação bastante ativa de forma a avaliar a satisfação dos utentes. Durante toda a ação os utentes mantiveram a atenção, interesse e colaboração, fazendo várias questões e dando sugestões, sempre que eram pedias. Pode fazer-se uma avaliação bastante positiva, opinião concordante com a os pareceres da diretora técnica da valência Nossa Senhora da Misericórdia, da orientadora de estágio, Sónia Basto, e dos próprios utentes.

Limitações e Reflexões da Ação de Sensibilização

A informação sobre o envelhecimento ativo é principalmente dirigida a profissionais formais e informais, havendo pouco material sobre esta temática direcionada especificamente para os idosos.

Este tipo de ações sensibilização são muito úteis, quer para os utentes quer para o próprio formador, e seria importante que a instituição desse continuidade a estas iniciativas, de forma a ceder e a promover informação sobre várias temáticas.

7- Outras Atividades

7- Outras Atividades

Durante o ano lectivo 2011/2012 para além das atividades curriculares obrigatórias para a obtenção de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, a equipa técnica da instituição permitiu que a estagiária colaborasse em diversas atividades.

Assim, a estagiária colaborou em dois passeios organizados pela instituição e pela animadora sociocultural ao Bom Jesus em Braga e às Cabes do Vinho do Porto, da cidade do Porto. Estes acompanhamentos permitiram um maior conhecimento sobre os idosos, sendo momentos propícios de observação. Ainda neste campo sociocultural, a estagiária, colaborou em festividades: Natal e Carnaval.

Para além de atividades lúdicas, a estagiária colaborou juntamente com a directora técnica nos processos individuais do cliente (versão breve e longa) e na elaboração de mapa mensal e de férias das funcionárias. Ainda foram transmitidos vários saberes técnicos, como por exemplo prática para dirigir uma IPSS.

Juntamente com a Dr.^a Isabel Rocha e estagiárias suas orientadas, escreveu-se um texto breve sobre os objectivos de cada estágio, publicado no boletim de Maio da Santa Casa da Misericórdia de Braga. Com a mesma temática elaborou-se um poster afixado no seminário “Envelhecimento Ativo: Uma Geração de Todos com Todos – Uma Oportunidade Multifacetada” realizada no dia 27 de Junho de 2012. Neste mesmo seminário, a orientadora Dr.^a Sónia Basto deu a oportunidade da estagiária colaborar na organização e no secretariado, sendo mais uma experiencia enriquecedora.

8- Reflexão Integrativa

8- Reflexão Integrativa

Foram quatro anos a aprender conceitos, teoria, vários modelos de vários autores e por vezes era difícil de compreender como se aplicava toda essa teoria na prática. Este estágio curricular tornou possível assimilar todos os conhecimentos e incuti-los na prática. Os idosos com quem se trabalhou direta ou indiretamente permitiram a compreensão da forma como a pessoa reage face a diversas situações de vida: morte do conjugue, abandono, solidão, convívio... Por vezes, os seus comportamentos não são adaptativos, e fez parte do trabalho da estagiária atuar no momento certo, independentemente do idoso estar ou não, a seguir acompanhamento psicológico.

O vínculo profissional que se formou com praticamente todos os idosos das valências do local de estágio, permitiram à estagiária bastantes momentos de reflexão e compreensão e sobretudo, a estagiária aprendeu que para dirigir a palavra a um idoso é necessário pensar e escolher as palavras adequadas.

A primeira consulta foi um misto de emoções, pois o nervosismo era inevitável, no entanto, com o avançar das sessões tudo se tornou mais nítido. A relação terapêutica nesta população é fundamental, pois alguns idosos estão marcados por sofrimento e precisam de alguém que os compreenda e os aceite com os seus defeitos e qualidade. A empatia e a congruência foram fundamentais para o sucesso das intervenções, pois os idosos sentem que tem um suporte profissional que os compreendem.

Com o avançar das intervenções individuais, tornou-se necessário rever matérias e modelos teóricos, pois a prática permitiu compreender que tudo o que se aprendeu na faculdade desde o primeiro ano, até ao último é necessário para se obter sucesso nas intervenções.

A intervenção em grupo foi uma atividade muito aliciante. Permitiu trabalhar em conjunto com os idosos áreas mais problemáticas e acima de tudo, permitiu que idosos e estagiária obtivessem uma relação terapêutica saudável, dando à-vontade a todos os idosos de questionarem e de procurarem a estagiária sempre que necessitavam.

Ainda é necessário apontar a importância da ação de formação e da ação de sensibilização. Embora houvesse alguma inquietação interior por parte da estagiária devido ao nervosismo, foram duas atividades que ensinaram a estagiária a estar e

comunicar-se de forma dinâmica para um conjunto de pessoas, de forma a manterem a atenção e motivação.

Em suma, pode-se verificar que o psicólogo não se resume apenas ao contexto clínico de consulta individual, mas a um vasto número de atividades.

Referencias Bibliográficas

- Areosa, S, V, C,. & Areosa, A, L,. (2008). Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. *Revista Textos & Contextos Porto Alegre*, 7 (1), 138-150.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos mentais – DSM-V-TR* Tradução José Nunes de Almeida. Lisboa: Climepsi Editores.
- Azulay, L.; Bonalumi, A.; Azulay, D. R. & Leal, F. (2007). *Atlas de Dermatologia da Simiologia ao Diagnóstico*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Backs, B. J. & Dobson, K. S. (2000). Cognitive Therapy for Depression: Conceptual and Empirical Issues. *Psiquiatria Clínica: 21(2):* 107-123.
- Beck, A. T., Rusk, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive Models of Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: (1):* 5-37.
- Belsky, J. K. (1996). *Psicología del Envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Editora: Masson, S.A.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Bozarth, J. (1998). *Terapia Centrada na Pessoa: Um Paradigma Revolucionário*. Lisboa: Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Buela-Casal, G. & Sierra, J. C. (2001). *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Butters, J. R., Salmon, D. P., & Butters, N. (1992). Semantic memory impairment in Alzheimer's disease – Failure of access or degraded knowledge. *Neuropsychologi*, 30; 301-314.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2001). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium* 40, 161-184.
- Costa, A. M. N. (2006). Transtorno afectivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (3); 104-110.
- Cunha., P. J. & Novaes, M. A. (2004). Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1): 23-27.
- Cupertino, A, P, F, B., Rosa, F, H, M., & Ribeiro, P, C, C., (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 81-86.
- Deponti, R, N., & Acosta, M, F., (2010). Compreensão dos idosos sobre ps factores que influenciam no envelhecimento saudável. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15 (1), 33-52.
- Dykstra, P, A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute*, 6, 91-100.
- Faulhaber, H. D. (2008). *A Hipertensão*. Editorial Presença.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Introducción a la evaluación psicológica II. Madrid: Ediciones Perámide.

- Figueiredo, A. L., Sousa, L., Áglio, J. C. D. & Argimon, I. I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11 (1); 15-24.
- Fonseca, A, M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3 (2), 124-131.
- Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento. Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Freitas S., Simões, M.R., Martins, C., Vilar, M. & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3): 345-357.
- Gonçalves, O. (1999). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Kalache, A. (2008). O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência & Saúde Colectiva*, 13(4): 1107-1111.
- Lurie, M. (2007). *Depressão. Resposta às suas perguntas*. Editora: Civilização.
- Martins, G. B., & Medeiros, F. D. (2005). Avaliação da capacidade funcional de idoso institucionalizado e não institucionalizado. *Universidade do Sul Santa Catarina*, 1: 1-8.
- Moreno, R. A., Moreno, D. H. & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, Tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (1); 39-48.
- Neri, A., Yassuda, M., (2004). *Velhice bem sucedida*. São Paulo: Papyrus Editora.

- Netto, F. L. M. (2004). Aspectos Biológicos e Fisiológicos do Envelhecimento Humano e suas Implicações na Saúde do Idoso. *Pensar a Prática*, 7: 75-84.
- Nunes, B. & Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação*. Lisboa: Lidel Editores.
- Oliveira, C. S., Costa, S. L., Costa, I. C. & Lemos, C. E. (2012). Oficina de educação, memória, esquecimento e jogos lúdicos para a terceira idade. *Revista Ciência em Extensão*, 8 (1); 8-17.
- 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.
- Pais, J. (2007). *Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação*. Lisboa: Lidel Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Peña-Casanova, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico a la terapia: conceptos e hechos*. Barcelona: Fundacion La Caixa.
- Peña-Casanova, J. (1999). *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer: definición, descripción, guías de intervención y consejos*. Barcelona: Fundacion La Caixa.
- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N. R., Silva, S. P., Vallim, F. L., Araújo, C. R., Deltreggia, C. & Faiola, R. V. (2002). Estudos comparativos sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Departamento de Medicina, Universidade Estadual de Maringá*, 24 (3): 713-717.

- Rash, M. E. (2007). Social Support in Eldery Nursing Home Populations: Manifestations and Influences. *The Qualitative Report*, 12, 375-396.
- Redman, B.K. (2001). *The Practice of Patient Education*. Springer Publishing Company.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 547-558.
- Rogers, C. & Kinget, G. (1967). *Psicoterapia e Relações Humanas. Teoria e Prática da Terapia Não Directiva*. Belo Horizonte: Interlivros Editora.
- Rogers, C. (2000). *Manual de Conselling*. Lisboa: Encontro Editora.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Romano, M. F., Nissen, M. D., Paredes, N. M. D. H. & Parquet, C. A. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, 175(1): 8-12.
- Rovira, M. B. & Mestre, L. T. (2002). *Alzheimer La memoria está en los besos*. Ediciones Mayo.
- Rozenthal, M. Laks, J. & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria*, 26(2): 204-212.
- Saint-Exupéry, A. (2009). *O Príncipezinho*. Lisboa: Editorial Presença.
- Sequeira, C. (2006). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edição.
- Shankar, A., McMunn, A., Banks, J. & Steptoe, A. (2011). Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology* 30, 4.377-385.

- Silva, C. A., Fossatti, A. F. & Portella, M. R. (2007). Percepção do Homem em Relação às Transformações Decorrentes do Processo do Envelhecimento Humano. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 12: 111-126.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3): DOI: 10.1590/S0034-89102003000300016.
- Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: Atmed Editora.
- Touchon, J. & Portet, F. (2002). *Guia Prático da Doença de Alzheimer*. Climepsi Editores.
- Vanni, A. & Vanni G. (2009). *A ansiedade em Família. Mecanismos biológicos, emocionais e relacionais*. Edições Paulinas.
- Vaz-Serra, A. (1989). Abordagem Cognitivo-comportamental da Depressão. *Psiquiatria Clínica*, 10 (2): 71-78.
- Yassuda, M. S., Batistoni, T. S. S., Fortes, A. G. & Néri, A. L. (2006). Treino de memória no idoso saudável: Benefícios e mecanismos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3); 479-481.
- Yokoyama. C. E., Carvalho, R. S. & Vizzotto, M. M. (2006). Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência. *Instituto Metodista de Ensino Superior*, 10: 57-82.

Anexo I

Caso Clínico da Ad

a) Identificação do Problema

A K, encarregada geral da valência Nossa Senhora da Misericórdia, conhece Ad desde a infância. De livre vontade, e devido à indisponibilidade dos filhos, K disponibilizou-se a descrever a história desenvolvimental da utente e a sua história biopsicossocial.

A Ad nasceu no dia 18 de Outubro de 1937, tem 74 anos de idade, é do sexo feminino e é viúva. Actualmente, está a residir na instituição Santa Casa da Misericórdia de Braga, valência Lar Nossa Senhora da Misericórdia. Está a ser acompanhada por um médico neurologista numa clínica privada de Braga, devido ao diagnóstico de demência de Alzheimer, e foi orientada, pela direcção técnica da valência em que se encontra e por vontade dos próprios filhos, para usufruir de acompanhamento psicológico, com o objectivo de ser estimulada no que diz respeito a questões de memória e atenção.

Segundo a colega da utente, esta começou a manifestar problemas de orientação, pequena perda de memória e dificuldades em manter um discurso coerente no decorrer do ano 2006. Estes sintomas foram progredindo e agravando, pelo que actualmente Ad está totalmente desorientada a nível espaço-temporal, raramente reconhece as pessoas, é incapaz de manter um discurso coerente e, com facilidade, torna-se agressiva.

b) História do Problema

Há cerca de 5/6 anos atrás, a utente começou a sentir dificuldades de memória, que se revelavam na sua expressão oral, como nos disse a sua colega: “dava-lhe brancas, queria falar, dizer as coisas, ler e não conseguia” (sic.). O processo desenvolvimental da demência decorreu de uma forma bastante acelerada e, num curto período de tempo, Ad perdeu totalmente a noção do espaço e do tempo. Além destas perdas, no seu dia-a-dia passou, somente, a realizar com sucesso a rotina que tinha desde os 30 anos de idade, como por exemplo: ir à missa e comparecer nos ensaios do grupo coral (os colegas normalmente traziam-na a casa).

Na fase inicial da doença, quando começaram a surgir os primeiros sintomas, Ad estava a ser acompanhada simplesmente pelo seu médico de família, que num

primeiro período lhe omitiu a demência, prescrevendo-lhe alguma medicação. Ainda nesta fase, os filhos não aceitavam que a mãe sofria da demência de Alzheimer, não prestando os devidos cuidados à utente.

Posteriormente, e quando as acções da Ad começaram a não ser as mais adequadas (queimar a comida, salga-la demasiado, esquecer de se alimentar), os filhos acompanharam-na a um médico neurologista que os informou do problema demencial da Ad. Os filhos receberam a notícia com alguma apreensão e, segundo a sua colega, a utente compreendeu o problema que lhe tinha surgido. Para si, o grave dilema estava relacionado com o seu estatuto social, considerando que agora passaria a ser olhada, pela sociedade, como uma doente.

A utente teve, desde sempre, uma boa situação económica. Aliás, tinha dificuldades em gastar o seu dinheiro e gostava de poupar tudo o que ganhava. No entanto, aquando o diagnóstico do neurologista, Ad passou a gastar bastante dinheiro com a medicação prescrita, uma vez que os medicamentos eram bastante caros. Tentando manter a sua dependência, era a própria Ad que os administrava, optando por os tomar de semana a semana ou com espaçamento de dias.

Durante algum tempo, Ad teve a colaboração e o acompanhamento do Centro de Dia e Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Braga, uma vez que os seus filhos não tinham disponibilidade para se ocupar da sua mãe. Contudo, Perante o agravamento da sua situação clínica, tornou-se insustentável continuar a viver sozinha. Por isso, Nestes últimos tempos, antes de ingressar na valência em questão, Ad ocorreram vários acontecimentos que incentivaram a sua entrada na instituição: não se alimentava à noite - “acontecia o seguinte, as meninas do centro levavam a gamela, ela punha em cima da mesa e esquecia-se de comer” (sic.) e era várias vezes encontrada na rua desorientada durante o dia ou a noite - “ela dizia que estava numa cidade diferente de onde vivia” (sic.).

Actualmente, Ad. refere com frequência acontecimentos passados, o discurso é desorganizado, mas compreensível. Quando tem momentos mais lúcidos, rejeita a estadia na instituição, revelando alguma agressividade e desagrado.

c) História Biopsicossocial

Ad é a segunda filha mais velha de um total de oito filhos. Cresceu com um temperamento calmo, mas desde cedo revelou uma personalidade forte, demonstrando pouco as emoções. Sempre teve uma boa relação com os irmãos e com os pais e,

embora tivesse pouco tempo com o pai, que pertencia à guarda republicana, prestava-lhe a atenção devida.

Na escola foi uma boa aluna. Concluiu a quarta classe e desde então gostou muito da leitura. Ao contrário de algumas crianças, e como vivia na cidade, a utente teve uma infância feliz, não sendo forçada a trabalhar, dedicando o seu tempo livre a estudar e brincar com os colegas.

Aos 12 anos ingressou num curso de modista, que frequentava com gosto e motivação. Assim, conseguia contribuir economicamente para as despesas da família, uma vez que era uma família numerosa e com bastantes despesas. No final do curso trabalhou durante alguns anos, praticando a arte que aprendera, até ao dia do seu casamento.

Casou por volta dos 20 anos com o filho de um grande e reconhecido empresário de Braga. Este casamento proporcionou-lhe uma vida estável tanto a nível económico como emocional. Até à viuvez (marido faleceu de cancro nos pulmões há cerca de 20 anos), sempre teve um casamento saudável e amigável, não havendo graves desentendimentos e discussões. Encarou a morte do marido com naturalidade, não demonstrando o sofrimento que sentia. A empresa para a qual o seu marido trabalhava (empresa do sogro), mesmo após o seu falecimento, continuou a pagar-lhe um salário, realizando os seus descontos, garantindo assim um fundo de sobrevivência.

Deste casamento surgiram três filhos, dois rapazes e uma rapariga. Com os rapazes, Ad. sempre teve bom relacionamento “pareciam amigos” (sic). Em contrapartida, com a filha, não havia grande intimidade, discutiam com frequência, “tinham feitios muito diferentes e chocavam-se muito” (sic). Os três filhos estão casados e têm filhos. Foi Ad quem criou os seis netos mais velhos, e só não ajudou na educação do mais novo porque o seu estado demencial avançado não permitiu.

A vida da utente a nível social sempre foi bastante agitada. Pertencia a uma classe socioeconómica alta e ocupava com o seu tempo com várias reuniões, encontros de família e amigos. Para além destes convívios, Ad incorporou-se em várias actividades para ocupação de tempos livres: pertencia ao grupo *orfião de Braga* e era sócia da *Inatel*. Ao longo da sua vida de casada fez várias viagens com o grupo cristão a que pertencia e com a família (marido e filhos).

Actualmente, a utente participa nas actividades propostas pela animadora sociocultural, demonstrando algum agrado e interesse (exemplo: pintura, música, etc.).

Todos os sábados os filhos dão um passeio com Ad. levando-a até casa ou à igreja, local onde sempre se sentiu bem.

Esta informação foi recolhida a partir do relato da encarregada geral, considerando a incapacidade da utente.

Estado mental da Adelaide: A utente tem uma aparência física cuidada, a face e os cabelos estão bem tratados, assim como o vestuário é o mais apropriado (são as funcionárias da instituição que a vestem) e tem uma idade que não aparenta a idade real (parece ter entre os 55 a 60 anos).

Relativamente à comunicação não-verbal, Ad tem bastantes reflexos gestuais e oculares, mas o contacto ocular é, por vezes, quebrado por pequenas distrações. Muitas vezes, Apresenta, também, atitudes desadequadas perante diversas situações como, por exemplo, rir em circunstâncias sérias. Quanto à orientação espaço-temporal, Ad está totalmente desorientada, apresentando um estado de humor normal, mas, por vezes, associado a manifestações depressivas e apáticas.

No âmbito da comunicação verbal, denota-se um discurso com fluência desorganizada, volume baixo com velocidade normal, ritmo regular com fuga de ideias, o que resulta num discurso desorganizado relativamente ao seu conteúdo, mas compreensível no que diz respeito à as palavras/frases que expressa. No entanto, verbalizada, frequentemente as mesmas frases, como: “*Para que é isso assim?*” (sic.); “*Pois é isso o que tu dizes.*” (sic.); “*Eu já ouvia falar*” (sic.); “*É o que a gente quer*” (sic.); “*Oh valha-me Deus*” (sic.); “*Pois*” (sic.). Apresenta, ainda, dificuldades severas na percepção e compreensão do discurso que lhe é dirigido.

d) Avaliação Psicométrica

Foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

- **Bateria de Avaliação Frontal** – *Score* total= 5. Subescala de Semelhança= 0; 0 na fluência verbal; 1 nas séries motoras; 1 nas instruções conflitantes; 2 no controlo inibitório; 1 no comportamento de preensão manual.
- **Montreal Cognitive Assessment (MOCA)** – *Score* total= 2 . Na subescala visuo-espacial/executiva= 1; 0 na nomeação; 0 na memória; 0 na atenção; 0 na linguagem; 0 na abstracção; 0 na evocação diferida e 0 na orientação.

Os resultados são congruentes com a história clínica da utente confirmando o diagnóstico da Demência de Alzheimer, e as suas dificuldades associadas.

Quando utilizamos O instrumento de avaliação psicológica Bateria de Avaliação Frontal, a utente apresentou dificuldades na subescala de semelhança e na fluência verbal. Nas séries motoras, realizou com sucesso três tarefas com ajuda da avaliadora. Teve uma boa prestação no que diz respeito ao controlo inibitório e, no comportamento de prensão manual, Ad. pegou a mão, conseguindo controlar o impulso de não a amarrar. Dos resultados deste instrumento de rastreio cognitivo, pode concluir-se que a utente indica ter um padrão disfuncional em regiões frontais do cérebro (Cunha & Novaes, 2004).

Posteriormente foi aplicado Ad. um instrumento que avalia o Défice Cognitivo Ligeiro (MoCA). Neste, a utente apenas teve pontuação no contorno do relógio, apresentando graves dificuldades em todos os domínios avaliados: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidades de abstracção, cálculo e orientação (Freitas, Simões, Martins, Vilar& Santana, 2010).

e) Diagnóstico Multiaxial

| | |
|-----------------|--|
| Eixo I | 293.83 Perturbação do Humor Secundária a Doença de Alzheimer, Com Características Depressivas. |
| Eixo II | V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2] |
| Eixo III | 294.10 Demência Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Sem Perturbação Do Comportamento |
| Eixo IV | Relação conflituosa com a filha. |
| Eixo V | AGF= 30 (momento da avaliação) |

f) Diagnóstico Diferencial

Os sintomas e sinais manifestados pela utente não ocorrem exclusivamente durante a evolução de um *delirium*. E também não são o resultado de outra perturbação do Eixo I.

É importante, pois, fazer a distinção de demência vascular, de demências secundárias a outros estados físicos gerais, dado que a os sintomas manifestados por Ad não são consequência directa de um estado físico geral ou de doença cerebral.

Ad. não sofreu demência vascular e, por isso, não evidencia sinais ou sintomas neurológicos focais (paralisia pseudobulbar, dificuldade de marcha, exagero dos reflexos tendinosos profundos) (APA, 2006).

O estado demencial de Ad também não é consequência directa da doença do vírus da imunodeficiência humana, assim como não é o resultado de uma lesão cerebral traumática, hipotiroidismos ou deficiência de vitamina B₁₂.

No entanto, não se pode dizer que sofre da doença de Huntington, dado que as suas perdas de memória e alteração do comportamento não têm origem hereditária, assim como não são consequência de agentes transmissíveis que afectam o sistema nervoso central, o que afasta a possibilidade de sofrer da conhecida doença de Reutzfeldt-Jakob. Por outro lado, e embora parecidos os sintomas, não se pode diagnosticar doença de Pick, visto que as alterações da personalidade, deterioração das aptidões sociais, embotamento emocional, desinibição comportamental e anormalidade proeminentes da linguagem não estão relacionados com uma condição médica geral. (não fazer parágrafo) Ainda se diferencia da Doença de Parkinson, uma vez que a utente não manifesta tremor e/ou rigidez muscular, bradicinesia e instabilidade postural.

Deste modo, o diagnóstico comprova-se pelo facto de Ad preencher todos os critérios apresentados pelo DSM-IV para o Diagnóstico de Demência Tipo Alzheimer. A utente apresenta diminuição da memória, manifestando incapacidade para aprender nova informação ou recordar informação previamente aprendida (critério A1). Pode afirmar-se que tem uma perturbação ao nível da afasia (mantém um discurso ilógico e incoerente), ao nível da apraxia (dificuldades para elaborar trabalhos motores), ao nível da agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objectos), e perturbação na capacidade de execução (incapacidade no planeamento, organização, e abstracção) (critério A2). Como se pode verificar, a utente preenche todos os deficits cognitivos dos critérios A1 e A2, o que origina uma grave deficiência no funcionamento social e

ocupacional (critério B). É ainda de destacar que A evolução de Ad caracteriza-se pelo início gradual e declínio cognitivo continuado (critério C).

g) Conceptualização

A demência de Alzheimer pode ser diagnosticada em adultos de qualquer idade. No entanto, apresenta índices de prevalência mais elevados na população com mais de 65 anos, podendo, contudo, ter início precoce antes dos 65 anos de idade (Romano, Nissen, Paredes & Parquet, 2007). No caso de Ad, os primeiros sintomas surgiram entre os 67/68 anos, fazendo parte do grupo de dementes de Alzheimer com início tardio.

Esta demência pode ser dividida em três fases: a inicial, definida como uma sintomatologia ligeira ou leve, em que o doente manifesta a sua autonomia, precisando apenas de supervisão quando se trata de realizar tarefas completas; a intermédia, manifestando sintomas graves a moderados dependendo de um cuidador para realizar as actividades do quotidiano e a fase terminal, que corresponde ao estado mais avançado e terminal da demência, em que os utentes estão completamente dependentes de terceiros (Blanco, 2006, cit in Romano, Nissen, Paredes & Parquet, 2007).

Há cerca de dois meses, podia afirmar-se que Ad. estaria numa fase inicial, uma vez que vivia sozinha tendo apoio do Centro de Dia e do Apoio Domiciliário. No entanto, os filhos perceberam que a situação estava a tornar-se grave, uma vez que os comportamentos da utente começaram a ser alarmantes: esquecia-se de comer, saía de casa nua ou esquecia-se de fazer sua higiene pessoal. Actualmente, a utente está numa fase intermédia, precisando de ajuda para a realização com sucesso de tarefas da vida quotidiana, como por exemplo fazer as necessidades fisiológicas no lugar apropriado.

Segundo a neuropsicologia, a demência de Alzheimer trata-se de uma demência cortical e do hipocampo mais prevalente em idosos (Brandt & Butter, 1986; Butters, Sax, Montgomery & Tarlow, 1978, cit in Butters, Salmon & Butters, 1997). No caso de Ad, esta afirmação faz todo o sentido, pois a utente demonstra dificuldades na memória, aprendizagem e execução motora, indo ao encontro das zonas cerebrais afectadas.

Butters, Salmon & Butters (1997) acrescentam que a Demência Tipo Alzheimer é caracterizada pela mnésica anterógrada e retrógrada, com adicional deficits na linguagem, na semântica de conhecimento, no raciocínio abstracto, nas funções

executivas, de construção e nas habilidades visuo-espaciais. Estes sintomas apontados pelos autores são visíveis em Ad, uma vez que apresenta sérias dificuldades de memória (não tendo recordação do seu passado e do presente, recordando apenas situações ligadas à religião católica cristã e aos filhos), A linguagem, o reconhecimento de objectos e as funções motoras da utente também estão, também, bastante afectadas, revelando dificuldades, que podem ir de moderadas a severas, no que diz respeito ao sucesso com que realiza certas atividades.

De acordo com os autores citados acima, Rovira e Mestre (2002), apresentam detalhadamente os vários sinais e sintomas observados que inicialmente passam despercebidos, mas com o tempo tornam-se progressivos e irremissíveis, tais como: a alteração do estado de humor e de atitude (incómodo, irritabilidade em situações sociais, culpabiliza as pessoas mais próximas, comportamento mais rígido, desconfiança, sintomas depressivos); perda da memória imediata, remota e recente (como confundir ingredientes da cozinha e/ou repetir as mesmas frases); dificuldades a nível de orientação espaço-temporal (não reconhecer lugares habituais ou não recordar datas importantes); alterações da linguagem (afasia, alexia e agrafia); alterações práticas (alteração do controlo voluntário dos movimentos intencionais, como incapacidade de se vestir) e dificuldades em reconhecer objectos e pessoas.

Mais uma vez, os sintomas manifestados por Ad. vão ao encontro dos dos vários estudos realizados: Com frequência a utente revela um humor deprimido por vezes irritado, tendo uma atitude rígida face a situações de diálogo com as funcionárias ou as colegas da instituição. Mostra uma atitude/barreira defensiva e dialoga pequenas frases como “não é assim” (sic); “ai, valha-me Deus” (sic). Encontra-se totalmente desorientada, no que diz respeito ao espaço e ao tempo, confundindo a instituição com a igreja ou com a sua casa, associando o corredor a uma rua ou à Avenida da cidade de Braga. Quanto à memória, Ad manifesta sérias dificuldades em reconhecer pessoas. Recordar-se que têm três filhos e quando os vê reconhece-os, mas esquece-se dos nomes destes. Sente dificuldades em reconhecer objectos e, normalmente, troca a sua utilidade, por exemplo, troca a sanita pelo bidé.

h) Plano de intervenção

O plano de intervenção de Ad. tem por objectivo principal a redução e prevenção de sintomas que possam agravar o estado demencial da utente através da reestruturação cognitiva. Então, os objectivos específicos são:

- Estimular a memória – levar a utente a recordar, armazenar e evocar informação acerca da sua vida e do mundo que a rodeia. Trabalha-se, portanto, ao nível da memória imediata através da memorização, retenção e evocação. Pretende-se, ainda, despertar a memória recente, semântica e episódica através de questões simplificadas e compreensíveis.

- Estimular a atenção – É dada à Ad uma folha de registo com vários exercícios (encontrar: algarismos, letras, nomes, diferenças), solicitando que os realize com sucesso. Numa primeira abordagem a utente realiza os exercícios sozinha, caso tenha dificuldades a psicóloga estagiária repete a instrução e ajuda-a na realização e compreensão da tarefa.

- Trabalhar a afasia - Melhorar a linguagem e a sua compreensão, através da estimulação da leitura, solicitando à utente a repetição de frases e palavras e para executar acções.

- Estimular a apraxia – Pretende-se que Ad adquira capacidades para executar correctamente movimentos que a levem a um fim ajustado, através da cópia de desenhos e da capacidade para efectuar mímica.

- Estimular a agnosia – Fomentar uma maior sensibilidade perceptiva de cores, de reconhecimento de figuras geométricas, rostos, animais e objetos através de exercícios tácteis, visuais e auditivos.

- Estimulação espaço-temporal – Reduzir a desorientação e confusão, orientando Ad para a realidade através da apresentação de dados relativamente ao meio envolvente (dia, hora, estação do ano, ambiente em que se encontra).

- Estimular as funções executivas – Prevê-se que Ad. tenha controlo perante o seu comportamento e capacidades para iniciar e terminar uma tarefa, através de exercícios práticos que a obriguem a pensar qual a melhor solução.

Anexo II

Caso Clínico da A.

a) Identificação do problema apresentado

A., nascida a 12 de Fevereiro de 1932 tem, actualmente 80 anos de idade. É do sexo feminino e divorciada e reside na instituição Santa Casa da Misericórdia de Braga, valência Lar Nossa Senhora da Misericórdia.

A utente está a ser acompanhada por uma médica psiquiatra no Hospital Escala Braga devido a transtornos de ansiedade e, recentemente foi aconselhada e orientada, pela direcção técnica da valência em que se encontra, a seguir acompanhamento psicológico.

A A. descreve que desde muito nova sentia alterações no sistema nervoso e aponta que, desde o momento que a contrariassem, sentia dificuldade em respirar, encefalias, dores no peito, resumindo *“ficava logo doente”*. Actualmente, queixa-se da colega de quarto: não tem paciência para as *“asneiras”* que faz (a colega sofre de Alzheimer e faz as necessidades fisiológicas na cama e no chão), acrescentando que faz de propósito para a prejudicar e para a enervar. Além disso, a A. acrescenta como problema, e preocupação, os pensamentos em que não consegue ter controlo: *“quando meto uma cisma na cabeça, enquanto não resolver estou sempre a pensar e a remoer”*.

b) História do problema

A A. começou a sentir o problema apresentado ainda na idade escolar. Era filha de pais com bastantes posses, referindo que nunca lhe faltou nada, vendo todas as suas vontades, e a dos irmãos, concretizadas. Quando tal não acontecia, a A. descreve que ficava num estado de ansiedade em que não tinha controlo sobre o seu corpo.

Admite que não era boa aluna e, no Colégio onde andava, *“não conseguia aturar as freiras”* (sic.), tendo com frequência ataques que a faziam sentir-me muito mal, causando-lhe muita aflição. Nessa idade era seguida pela médica de família, que aconselhou os pais a retirarem-na da escola pois, caso não o fizessem, poderiam acontecer danos maiores.

A utente aponta que por volta dos 15 anos a situação piorou: sentia fortes encefalias, dores no peito e, por vezes, pensava que ia morrer, tomando medicação para se sentir mais calma.

Durante a vida adulta conseguiu desenvolver um certo autocontrolo, mas sentia sempre “aquele nervoso miudinho” (sic.), devido ao trabalho que lhe causava muito stress e ansiedade.

Em 2008, esteve internada no Hospital de São Marcos, em Braga, com quadro de euforia excessiva, actividade delirante de tipo persecutório e actividade alucinatória auditiva sob a forma de vozes dialogadas e comentadoras, não apresentando *insight*. Desde então a utente está a ser acompanhada no Hospital de Braga em psiquiatria.

c) História Biopsicossocial

É a irmã mais nova de entre cinco irmãos, filhos de pais com bastantes possibilidades económicas. Os pais tinham duas fábricas (uma de meias e outra de metalúrgica), na zona de Famalicão, onde passavam os dias a trabalhar.

A utente aponta que tinha uma boa relação com o pai, mas este apenas se dedicava ao trabalho, não dando muita atenção aos filhos. Quanto à mãe, descreve-a como sendo boa mãe: “era meiga e atenciosa” (sic.).

A. e os irmãos foram criados na quinta dos pais, em Famalicão, pela ama e pelas funcionárias da casa. A A. relata a sua infância com bastante contentamento e entusiasmo, descrevendo todas as asneiras e malandrices que faziam às funcionárias da casa: “eu e os meus irmãos não parávamos quietos... só fazíamos asneiras e maltratávamos as criadas que tomavam conta de nós. Eu tinha o diabo no corpo e maldade dentro de mim” (sic.). Acrescenta que, sempre que podiam, fugiam às funcionárias, para brincar pela quinta e chamava os amigos para brincarem com ela mas, ao contrário da utente, eles eram obrigados a trabalhar pelo que não tinham a mesma disponibilidade: “eu sempre tive tudo, fui criada como uma menina rica” (sic.).

Quanto aos irmãos, a utente sempre teve boa relação com todos, referindo que raramente havia zangas entre eles. Dois deles, entretanto, já faleceram devido a doenças (o tempo em concreto, a A. não se consegue recordar). Quando aconteceu, a utente já era maior de idade e diz que ultrapassou bem a morte dos irmãos: “éramos muito amigos, mas eles morreram e a gente aceitava” (sic.). Actualmente, tem um irmão vivo, que está em Famalicão, e a irmã é a única com quem mantém bastante contacto e relação. Acrescenta, ainda, que a véspera de Natal e o dia de Natal passa na casa desta irmã e, sempre que podem, marcam um pequeno convívio entre as duas recordando os tempos de infância e juventude.

Quanto às habilitações literárias, a utente estudou até ao sexto ano, no colégio Porto Luso-Francês, não concluindo, no entanto, os seus estudos. Diz que não tinha muito bom aproveitamento e, por questões de saúde, teve que abandonar a escola.

A adolescência, descreve como um tempo muito feliz: começou a namorar e, entretanto, casou. Deste casamento, a utente revela algumas mágoas: o marido era muito “desleixado, e não tinha preocupação comigo, só gostava de ir para o café ao fim de trabalhar, não era amigo” (sic.). A vida de casada não foi fácil e a relação com o marido não era a melhor. Acrescenta que era “uma chatice ter que esperar por ele, não cumpria nunca horários para comer” (sic.). Desta relação nasceu uma filha, que sempre foi amada pela mãe. A utente admite que o marido dava carinho à filha, mas pouco. Com o passar dos anos surgiu o divórcio “não estava mais para o aturar, ele nem era mau, mas também não dava atenção nenhuma (sic.)”.

Quanto à vida ocupacional, a A. trabalhou como telefonista, um trabalho que lhe causava bastante stresse, uma vez que além deste trabalho tinha a seu encargo as tarefas domésticas e a educação da filha. Por opção, teve apenas uma filha porque “não tinha paciência para ter mais, era uma correria” (sic.).

Com o fim do casamento, a utente encontrou um novo companheiro, que faleceu à 5/7 anos. Aponta que este senhor a fez muito feliz, iam passear com regularidade e “na verdade este meu primo, ele sempre gostou de mim e eu dele... era muito, muito meu amigo, mesmo quando chegava do trabalho e ele via que estava preocupada ele vinha sempre ver o que eu tinha” (sic.).

Actualmente, a utente ocupa o seu tempo a fazer visitas à filha e às duas netas com quem mantém uma relação saudável. Todos os dias, faz um passeio matinal para aliviar a cabeça e o stresse de estar todo o dia dentro do lar. Quando olha para o passado, relata que sente saudades do que era e do que fazia com os irmãos e, ainda, da qualidade de vida que tinha na quinta dos pais.

Avaliação do Estado Mental da A.: A utente mantém o contacto ocular muito fixo. Raramente pestaneja, revelando pouca expressão facial, e uma respiração bastante apressada. Por vezes, tem pressão no discurso sendo difícil a sua interrupção, mas é de fácil compreensão, acompanhando frequentemente a sua linguagem com vários gestos

A utente tem um humor disfórico que segue uma base ansiosa e de irritabilidade. Relativamente ao espaço e tempo, não aparenta qualquer desorientação.

Tem uma aparência física cuidada, todos os dias se maquilha e, uma vez por semana, faz a manicura. Quanto ao vestuário, Faz questão de andar sempre bem vestida, combinando cores. A idade aparente corresponde à idade real

Observação: Algo que cria irritabilidade excessiva na utente, levando-a a comportamentos desajustados, está relacionada com a incompreensão da demência da colega de quarto “ela faz de propósito para me enervar” (sic.), bem como conflitos com algumas funcionárias da instituição: “elas são umas mal-educadas” (sic.). Quando lhe é negado um pedido, por parte das colegas, fica com um estado de ansiedade bastante elevado, perturbando o ambiente da instituição.

d) Avaliação Psicométrica

- Mini-Mental Satate – MMS – *Score* total = 21 (ausência de deficit cognitivo); 8 na *subescala de orientação*; 3 na *subescala de retenção*; 2 na *subescala de atenção e cálculo*; 0 na *subescala de evocação*; 7 na *subescala de linguagem* e 1 na *subescala de habilidades construtivas*.
- Escala de Depressão Geriátrica - *Score* total = 15 (depressão em severidade crescente); 8 na *subescala de respostas sim* e 7 na *subescala de respostas não*.
- SCL-90-R Symptom Checklist 90 Revisted – Na Escala Clínica Somatização, a média de nota T= 70; na Escala Clínica Obsessão-Compulsão, a média de nota T foi de=63; na Escala Clínica Sensibilidade Interpessoal, a média de nota T= 45; na Escala Clínica Depressão, a média de nota T é de = 70; na Escala Clínica Ansiedade, a média de nota T= 60; na Escala Clínica Hostilidade, a média de nota T= 70; na Escala Clínica Ansiedade Fóbica, a média de nota T= 70; na Escala Clínica Ideação Paranóide a média de nota T= 63; na Escala Clínica Psicoticismo a média de nota T= 70. Nos itens globais a Nota T foi a seguinte: GSI (médias globais) Nota T= 60; PST (Total de respostas positivas), Nota T= 63 e PSDI Nota T= 70.

Este instrumento de rastreio cognitivo vai de acordo com os dados recolhidos da entrevista, pois verifica-se apenas um ligeiro defeito na cognição. Também de acordo vai a Escalda de Depressão Geriátrica, pois observa-se alguns sintomas de humor deprimido. Relativamente ao instrumento SCL-90 verifica-se acentuação em quase

todas as dimensões à exceção da Sensibilidade Interpessoal. É de notar as dimensões: Hostilidade, Fóbica e Psicoticismo para além do valor superior ao desvio padrão, confirma o quadro clínico observado e já com historial. Ainda se dá ênfase valor do GSI que indica que A. tem um sofrimento global significativo, o PST fornece-nos o total de respostas positivas dadas pela utente, pelo que se obteve um valor ligeiramente superior à média, sendo bom indicador para o sucesso da intervenção e o valor do PSDI situa-se acima da média, relevando maximização das respostas por parte da A.

e) Diagnóstico Multiaxial

| | |
|-----------------|--|
| Eixo I | 296.40 Perturbação Bipolar I, Episódio Hipomaníaco Mais Recente, Sem Recuperação Completa Entre Episódios [F31.0] |
| Eixo II | V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2] |
| Eixo III | Dislipímia |
| Eixo IV | Problemas relacionais com as funcionárias da instituição; Problemas relacionais com as três colegas da instituição. |
| Eixo V | 55 |

f) Diagnóstico Diferencial

Diferencia-se a Perturbação Bipolar I de Perturbação Depressiva *Major* e da Perturbação Distímica pela presença de um ou mais episódios maníacos ou mistos, ao longo da vida. Diferencia-se, ainda, da Perturbação Ciclotímica, uma vez que os sintomas hipomaníacos não preenchem critérios para episódio maníaco, e os sintomas depressivos não preenchem critérios para Perturbação Depressiva Major.

Distingue-se Perturbação Bipolar I das Perturbações Psicóticas, pelo facto de os sintomas psicóticos não ocorrerem na ausência de sintomas do humor elevado. Todos os sintomas associados à Perturbação Bipolar I devem ser distinguidos da Perturbação do Humor Secundária a um Estado Físico Geral, pois os sintomas da A. não são uma consequência direta de um estado geral específico. Exclui-se a Perturbação do Humor

Induzida por Substâncias pelo facto da A. não consumir substâncias que alterem o diagnóstico de Perturbação Bipolar I.

g) Conceptualização

A Perturbação Bipolar é constituída por um conjunto de síndromes clínicas, sendo as suas características predominantes associadas às perturbações de humor, acompanhadas com alterações comportamentais e fisiológicas (Goodwin & Jamison, 2007, cit in Figueiredo, Sousa, Áglío & Argimon, 2009).

A Perturbação Bipolar I é uma patologia recorrente, crónica e considerada grave, causando um impacto significativo na qualidade de vida dos sujeitos, em particular, dificultando sua relação com a família e com a sociedade em geral (Costa, 2008). No caso apresentado esta afirmação faz todo o sentido, uma vez que além do próprio sofrimento, a utente revela problemas com a filha e com as colegas, e funcionárias, da instituição onde se encontra. Nestes casos, os sintomas depressivos são os mais predominantes (Judd, Akiskal, Schettler & Endicott, 2002; cit in Costa, 2008), cerca de 3,5 vezes mais frequentes que os da mania e cinco vezes mais frequentes que os sintomas mistos ou de ciclagem rápida. Com efeito, Os episódios depressivos são os principais responsáveis pela denominação patológica do problema, o que leva a uma percentagem de 80% dos pacientes tentarem o suicídio (Goodwin & Jamison, 1990, cit in Costa 2008).

Os utentes portadores da Perturbação Bipolar I, segundo aqueles autores, revelam prejuízos observáveis na memória de trabalho, atenção e nas funções executivas (Torrent, Martinez, Moreno, Gomes & Goikolea, 2001, cit in Costa, 2008) (tal pode verificar-se no instrumento mini-mental aplicado à A.)

Segundo Moreno, Moreno e Ratzke (2005), a mania afeta o humor e as funções orgânicas (sono, cognição, psicomotricidade e energia). Resumidamente, pode dizer-se que O episódio maníaco caracteriza-se por: humor expansivo ou eufórico, diminuição da capacidade de sono, aumento de energia e atividades dirigidas a objectivos, atividades prazerosas, inquietação e agitação psicomotora, aceleração do pensamento, podendo evoluir para fugas de ideias, comunicação verbal apressada, com tendência a diálogos de grandiosidade podendo ser delirantes (Moreno, Moreno & Ratzke, 2005).

No período de nove meses, estes sintomas foram observados na presença de três a quatro episódios maníacos, acompanhados com ideias paranoides e alucinações. Já numa fase mais calma, a A. manifesta alguns sintomas de irritabilidade, por vezes,

humor deprimido, impondo muitas vezes a sua ajuda, como forma de receber o reconhecimento dos outros.

O tratamento psicológico teve por base a psicoeducação, técnica entendida como um fluxo de informação entre o terapeuta e o paciente (Callaham & Bauer, 1999, cit in Figueiredo, Sousa, Áglío & Argimon, 2009). Esta intervenção pretendia facilitar a exteriorização de informação, por parte da utente, com vista ao auto-reconhecimento dos seus anseios e sofrimentos. Assim, pretende-se que a utente assuma um papel activo durante toda a intervenção (Justo & Calil, 2004, cit in Figueiredo, Sousa, Áglío & Argimon, 2009).

h) Plano de Intervenção

A intervenção iniciou-se com técnicas i) psicoeducativas (explicar à utente diversas situações que lhe causam sofrimentos: incompreensão da demência Alzheimer; papel das funcionárias; regras da instituição; importância do respeito moral para com os colegas) ii) *coping* (para lidar com diversas situações) e iii) estratégias cognitivas para estados depressivos - técnica de Meichenbaum. Por fim trabalhou-se técnicas de iv) autocontrolo.

Anexo III

Caso Clínico da L.

a) Identificação e Problema Apresentado

L., nascida a oito de Abril de 1923, com 89 anos de idade, é do sexo feminino e é viúva. Actualmente, reside na instituição Santa Casa da Misericórdia de Braga, valência Lar Dom Diogo de Sousa.

Após apresentação e conhecimento da estagiária de psicologia, a utente solicitou, à directora técnica da respectiva valência, para continuar a ter seguimento psicológico.

O problema apresentado refere-se ao facto de a utente passar de uma situação de autonomia motora para um estado de dependência, pois houve um bloqueio motor (não consegue andar), sendo obrigada a depender de cadeira de rodas. Para além desta situação, a utente precisa da orientação e de alguém com capacidade para a ouvir e compreender os seus problemas e preocupações.

b) História do Problema

A utente, é uma senhora muito rigorosa quanto às suas ideias e atitudes tendo por base uma crença religiosa imensurável, defendendo que todas as situações da vida deveriam seguir os ideais bíblicos, não compreendendo, chegando mesmo a sentir estados de angustia e sofrimento, quando as pessoas tomam atitudes opostas ao que está lá escrito. Assim sendo, acontecimentos de vida, relacionados com a religião que a utente ainda não superou, referem-se, por exemplo, à saída dos três filhos do seminário; possível traição e gosto do marido pelo futebol e não pela religião e, acima de tudo, o divórcio de um dos filhos.

Outra questão que importa referir diz respeito a sentimentos de inferioridade, resultantes de acontecimentos de que foi alvo ao longo da vida, causando um mau estar psicológico. Criada pelos avós, e não pelos pais (ao contrário da sua irmã gémea, que esteve sempre ao lado dos progenitores), ouviu desde muito cedo a expressão “eras a mais fraquinha”, sentindo-se inferior relativamente à sua irmã. Estas atitudes faziam-na sentir mal, mas mesmo assim obrigava-se a mostrar uma força superior à que realmente possuía. Quando os seus filhos nasceram, revelava a sua força pela capacidade que demonstrava ter para os educar, oferecendo-lhes aquilo que antes lhe tinha sido roubado. Na escola, L. sentia-se também inferior aos restantes alunos,

ouvindo constantemente da boca da professora que não tinha capacidade para aprender, assim como nunca iria conseguir, o que a levou a desistir dos estudos.

Tudo isto motivou e desencadeou as atitudes que L. agora assume, como uma constante, e por vezes irracional, preocupação acerca do futuro, procurando sempre a perfeição em tudo e em todos que a rodeiam, desde família, colaboradoras e colegas da instituição.

c) **História Biopsicossocial**

L. é gémea homozigótica de outra criança do mesmo sexo e, além desta, teve três irmãos, um mais velho e os outros mais novos. A utente descreve que teve uma relação um pouco distante com os pais, uma vez que foi criada com os avós maternos: “*como eu era a mais fraquinha de nós gémeas aos nove meses fui para a casa do meu avô*” (sic.). A ida para a casa dos avós deveu-se a problemas de saúde, que foram tratados por um farmacêutico.

Durante a entrevista desenvolvimental, a utente referia-se apenas ao avô e nunca à avó, pelo que foi necessário abordar a relação destas duas figuras de vinculação. Relativamente ao avô L. descreve que tinha uma óptima relação, apesar do perfil autoritário e, por vezes, agressivo. No desenrolar do seu discurso, verificou-se que esta relação saudável devia-se ao facto de o avô lhe dar motivação e elogiá-la frequentemente: “*ele dizia que só eu é que me preocupava com ele*” (sic.). Quanto à avó, a utente relatou que também tinha boa relação com ela, vendo-a como uma figura maternal, por quem tinha um grande carinho.

Para além da distância dos pais, a utente descreve que o pai faleceu com 30 anos de idade, devido a uma pneumonia e, com alguma apreensão, acrescenta que a mãe voltou a casar anos mais tarde. Desse casamento, ganhou mais cinco irmãos, três do sexo masculino e dois do feminino, com quem sempre manteve um relacionamento distante.

Quanto ao seu percurso escolar, L. referiu que apenas estudou um ano quando era criança, “*meti na cabeça que a professora não gostava de mim e não fui mais para a escola*” (sic.). No entanto, nunca se esqueceu das letras e quando frequentou o Centro de Dia, já viúva, umas das funcionárias ensinou-a a juntar as letras, de forma a escrever algumas palavras.

Relativamente à adolescência, a utente salientou que passou-a a trabalhar: lavava a roupa, ajudava os avós na mercearia e cozinhava na lareira. Quanto à fase de

namoro, descreve que era muito envergonhada e fugia dos rapazes da sua idade. L. acrescenta, ainda, que gostava muito de um rapaz mas não conseguia falar com ele, pois sentia muita vergonha e, de cariz baixo e com um sorriso encoberto, descreve que o rapaz, acabou por casar com outra rapariga.

L. casou aos 25 anos com um rapaz por quem sentia algum interesse, mas admite que só ele é que gostava dela: “*ele vinha sempre para o meu avô para me ver, gostava muito de mim*” (sic). Foi um casamento religioso, sem romper com nenhum dos preceitos morais. Referindo-se a este momento, a utente utiliza o termo de *flor de laranjeira*, revelando a importância da virgindade antes do casamento, acrescentando que tinha que receber a bênção de Deus. No final da missa do matrimónio, L. diz que houve um almoço muito simples e, de tarde, tanto o marido como a própria foram trabalhar.

É ainda de sublinhar a seguinte afirmação da L. “Todos o gabavam, era bom moço e trabalhador e o meu avô gostava muito dele. Então casamo-nos e ai, o meu avô é que ficou a gostar” (sic.).

Depois de viver ainda algum tempo na casa do avô com o marido, mudou-se com o marido para uma casa própria: “quando mudei de casa é que vi o que era o casamento” (sic.). Descreve o seu marido como boa pessoa, mas não ajudava em casa, nas tarefas domésticas, nem na educação dos seus filhos: “ele apenas comia e mais nada” (sic.).

Cumprindo os seus deveres, o seu marido ingressou no serviço militar e, por isso, passou longos períodos de tempo longe dos filhos e de L. Quando terminou as suas obrigações de recruta, foi trabalhar como operário para uma empresa, onde conheceu uma senhora por quem começou a interessar-se L. acrescenta que não chegaram a vias de facto, porque se apercebeu do que estava a acontecer e, por conselho de um padre, foi procurar outro trabalho para o marido.

Deste enlace nasceram quatro filhos, todos do sexo masculino. Um ano após o casamento teve o primeiro filho que faleceu com dois anos e meio. Depois da sua morte do, a utente voltou a engravidar, e descreve este segundo filho como “*malandro e traquino*”. Nos anos seguintes teve mais dois filhos. Relata que as quatro gestações foram normais e saudáveis, trabalhando até ao fim de cada gravidez. Após os partos, não sofreu nenhuma depressão e teve capacidade para amamentar os quatro filhos, inclusive o mais novo que o amamentou até aos três anos.

Na criação dos filhos, houve uma triangulação entre o marido e L. Enquanto a utente encaminhava os três filhos a seguirem uma vertente religiosa, o pai incentivava-os a gostar de futebol levando-os a ver alguns jogos.

No entanto, Os três filhos foram estudar para o seminário para serem padres, mas todos desistiram de seguir essa profissão, acabando por se casar. Hoje, a utente tem um grande orgulho nos filhos, nos cinco netos e no bisneto (e secretamente tem esperança que este bisneto venha a ser padre), mas custa-lhe aceitar a nova companheira do filho mais velho e, dos três filhos, diz que se identifica com os dois mais novos, pois são mais sossegados e meigos.

A vinda de L. para a instituição deve-se, essencialmente, a motivos pessoais e familiares. Confessa que, antes de vir para este estabelecimento, esteve a viver com o filho mais novo e aos cuidados da nora mas, não suportava a falta de cuidado a nível emocional e psicológico por parte da cuidadora, decidindo ingressar-se na instituição (acrescenta que o filho sofreu muito ao perceber que a esposa não a tratava como deveria).

Relativamente à ocupação de tempos livres, é de acrescentar que L., embora apresente algumas dificuldades motoras, faz questão de participar em todas as actividades propostas pela instituição. É uma senhora que, apesar das queixas emocionais, não vive a solidão, uma vez que mantém um bom relacionamento com as colegas da instituição, todos os dias recebe visitas da família e, sempre que possível, os filhos fazem questão de a levar até às suas casas para que possa conviver com eles e com os netos, com quem mantém uma relação muito boa e de quem muito se orgulha.

Estado mental da L.: A utente tem uma aparência física cuidada, a face e os cabelos estão bem tratados, o vestuário é o mais apropriado e tem uma idade que não aparenta a idade real (parece ter entre os 75 a 80 anos). Relativamente à comunicação não-verbal, L. tem bastantes reflexos gestuais e oculares, que vão de acordo com a comunicação verbal. Quanto à orientação espaço-temporal, L. está orientada, apresenta um estado de humor eufímico, por vezes depressivo.

No âmbito da comunicação verbal, denota-se um discurso com fluência organizada, volume normal com velocidade normal, ritmo regular sem fuga de ideias, culminando um discurso organizado.

d) Avaliação Psicométrica

Foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

- Mini-Mental Satate – MMS – *Score* total = 18 (ausência de deficit cognitivo) ; 8 na *subescala de orientação*; 3 na *subescala de retenção*; 0 na subescala de *atenção e cálculo*; 0 na subescala de *evocação*; 7 na subescala da *evocação* e 0 na subescala de *habilidades construtivas*.
- Barthel ADL Índex – *Score* total = 25 (severamente dependente); 0 na subescala *higiene pessoal*; 5 na subescala *evocar*; 5 na subescala *urinar*; 5 na subescala *ir à casa de banho*; 5 na subescala *alimentar-se*; 5 na subescala *transferência*; 0 na subescala *mobilidade*; 0 na subescala *vestir-se*; 0 na subescala *escadas* e 0 na subescala *banho*.
- Escala de Depressão Geriátrica - *Score* total = 11 (ausência de depressão); 7 na subescala de respostas sim e 4 na subescala de respostas não.
- Escala de Satisfação com o Suporte Social – *Score* total =; 3 na dimensão *satisfação com os amigos*; 2 na dimensão *intimidade*; 5 na dimensão *satisfação com a família*; 6 na dimensão *atividades sociais*.

Os instrumentos aplicados vão de acordo com os dados da entrevista e da observação recolhida, verifica-se que a utente a nível cognitivo não apresenta qualquer défice, assim como tem ausência de depressão. Apesar das suas limitações físicas, avaliadas através da Escala de Barthel, verifica-se que a utente gosta e sente prazer nas atividades sócias, assim como apresenta satisfação com a família. Tentou-se aplicar instrumentos longos (SLC-90 e Mini-mult) para obter informação mais precisa, no entanto a utente não colaborou, distraíndo-se com facilidade. Neste sentido, o diagnóstico teve como base a observação, instrumentos aplicados e entrevista desenvolvimental.

e) Diagnóstico Multiaxial

| | |
|-----------------|---|
| | 300.02 Perturbação de Ansiedade Generalizada [F41.1]. |
| Eixo I | 293.83 Perturbação do Humor Secundária a Paraparésia, Com Características Depressivas [F06.XX]. |
| Eixo II | V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2] |
| Eixo III | Z73.6 Paraparésia |
| Eixo IV | 401.9 Hipertensão essencial |
| Eixo V | 60 |

f) Diagnóstico Diferencial

A Ansiedade Generalizada deve ser diferenciada da Perturbação de Ansiedade Secundária a Um Estado Físico Geral, pois os sintomas ansiosos da utente não são, exclusivamente, a causa directa de um estado físico geral específico. A utente apenas ingere medicação que não influencia a ansiedade e, por isso, colocamos de parte a hipótese de sofrer de uma Perturbação de Ansiedade Induzida por Substâncias. A preocupação excessiva da L. não está directamente relacionada com a possibilidade de ter um Ataque de Pânico, ou sofrer de uma Fobia Social, ou Perturbações Obsessivo-Compulsivas, de Somatização, ou à Ansiedade de Separação. Os pensamentos não são obsessivos, assim como a ansiedade não surgiu devido a um trauma ou uma separação forçada, excluindo-se assim a Perturbação Pós-Stresse Traumático e a Perturbação de Adaptação. Neste caso, a Ansiedade Generalizada está associada às Perturbações de Humor: Perturbação de Humor Secundária a um Estado Físico Geral.

Distingue-se Perturbação de Humor Secundária a um Estado Físico Geral da Perturbação Depressiva *Major*, da Perturbação Bipolar I, da Perturbação Bipolar II e da Perturbação de Adaptação com Humor Depressivo, pelo facto estas não preencherem mecanismos fisiológicos específicos associados a um estado físico geral.

A L. apresenta um sofrimento clinicamente significativo relativamente a questões ansiosas, devido a crenças muito enraizadas, preenchendo os critérios de Ansiedade Generalizada: Ansiedade e preocupação que ocorrem há mais e seis meses (pela história desenvolvimental, aparenta sofrer de ansiedade desde a adolescência); dificuldade em controlar a preocupação; manifestação de tensão interior; nervosismo; dificuldade de concentração e perturbação no sono.

A utente padece de Perturbação do Humor Secundária a Paraparésia, Com Características Depressivas, devido à perda de autonomia a nível físico, passando a depender de uma cadeira de rodas. Encontra-se com humor depressivo e sente perda de prazer por algumas actividades.

g) Conceptualização

A ansiedade acarreta um conjunto de sintomas internos: insónia, tensão, angústia, irritabilidade e dificuldades de concentração. A dimensão física é também afectada: taquicardia, tontura, cefaleias, dores musculares e suor (Dalgarrondo, 2000, cit in Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006). A L. queixa-se de alguns dos sintomas apresentados, principalmente a insónia, dificuldades de concentração, taquicardia, tonturas e suores.

Dugas e Ladouceyr (2007) apontam que 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. L., e de acordo com os autores, mantém a preocupação focada para a família e, seguidamente, para a saúde.

A intervenção apoiou-se no modelo de ansiedade generalizada de Dugas e Laouceur (1997, cit in Buéla-Casal & Sierra, 2001). Os autores apontam que as preocupações têm um estímulo desencadeador. A ansiedade, sendo uma ameaça percebida que gera preocupações, segue a linha de aproximação e vigilância ou evitamento de preocupações ameaçadoras. Neste sentido, é necessário recorrer a técnicas dirigidas ao controlo das emoções negativas; procurar recursos que reorientem a atenção do sujeito, ao controlo/paragem de pensamento; e procurar soluções para resolução do problema de forma a ajudar o sujeito a ultrapassar as dificuldades. Então, é essencial que sejam decididas as estratégias de resolução de problema de forma a poder prosseguir a orientação. Ainda tem que se ter em conta, o sistema de crenças, de valores e as expectativas do sujeito.

Os sintomas de ansiedade nos idosos, na maior parte dos casos, estão associados a transtornos depressivos e a doenças físicas (Byrne, 2002, cit in Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006). A depressão envolve, ainda, um conjunto de disfuncionalidades de âmbito social, a nível da qualidade de vida e da saúde (Fleck, 2002, cit in Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006). Tal situação acontece com L.,

uma vez que está a passar por um período de ansiedade, associado a transtornos de humor, tendo como principal causa a saúde e uma possível menor qualidade de vida.

h) Plano de Intervenção

O plano de intervenção de L. tem como principais objectivos a redução de sintomas ansiosos, e procura de soluções para implementar a auto-estima devido às fragilidades físicas. Então, tenciona-se (i) - promover autocontrolo sobre os pensamentos que causam ansiedade; (ii) - estratégia de *coping* para controlo da ansiedade (relaxamento, respiração diafragmática e apresentação do racional); (iii) - modificação de crenças desadaptativas; (iv) treino de competências (resolução de problemas); (v) – recurso ao *counselling* (centrar-se no aqui e no agora de forma a que a utente reflecta sobre diversas situações, proporcionando auto-estima e bem-estar psicológico).

Anexo IV

Caso Clínico da M.

a) Identificação do problema apresentado

M., nascida a 17 de Setembro 1931, tem actualmente 80 anos de idade. É do sexo feminino, viúva e reside na instituição Santa Casa da Misericórdia de Braga, valência Lar Dom Diogo de Sousa.

A utente está a tomar medicação para dificuldades de sono e, recentemente, foi aconselhada e orientada, pela direcção técnica da valência em que se encontra, a seguir acompanhamento psicológico.

A M. descreve que toma medicação para conseguir dormir há 30 anos, altura em que a mãe ficou doente. Aponta que os médicos disseram que tinha problemas de memória, e compara-a a uma senhora que sofre de Alzheimer na instituição, desconfiando-se que a mãe tenha sofrido de Alzheimer.

b) História do problema

Os transtornos de sono da M. surgiram quando a mãe adoeceu com desconfiança de demência de Alzheimer, acerca de 30 anos. Quando a sua mãe adoeceu, responsabilizou-se pela sua saúde durante um ano e meio, descrevendo que a doença estava muito avançada e tinha bastantes problemas pulmonares. Nesse período, tinha que passar noites sem dormir devido à agitação e aos comportamentos agressivos que a sua mãe demonstrava. Passou por alguns conflitos conjugais, pois marido opunha-se a esta situação pelo facto de M. não ser a única filha. Depois da morte da mãe, não conseguia manter um sono calmo e tranquilo, tendo que recorrer a medicação para ter noites tranquilas.

Poucos anos após a morte da mãe, o seu pai foi diagnosticado com um cancro da próstata e, em 2005, o seu marido com um cancro da garganta. Teve a seu encargo, portanto, estes dois familiares, revelando que este foi um período muito difícil da sua vida. Com efeito, o seu marido manteve este estado patológico durante cinco anos, o que foi desgastando M que já não suportava ver o marido a sofrer, já na fase terminal. Passava noites sem dormir e de dia só descansava quando chegava a enfermeira.

c) História Biopsicossocial

É a irmã mais velha de 12 filhos (dois faleceram à nascença e um atropelado). À parte estes 12, tinha mais dois irmãos, somente filhos do progenitor masculino. A sua

família tinha bastantes dificuldades económicas, vivendo simplesmente da agricultura. Como tal, M. descreve que, desde muito cedo foi obrigada a trabalhar, ocupando-se das tarefas domésticas e ajudando os pais na agricultura, o que a impediu de estudar. Com efeito, a sua ajuda em casa era indispensável: “como eu era a mais velha tinha que trabalhar e não tinha tempo de ir à escola, ficava triste... enquanto andava a roda com as vacas para a água sair do óculo, passavam os outros miúdos para ir à escola” (sic.). Hoje, M. fica muito triste por não saber ler nem escrever, sentindo-se inferior às colegas nesse aspecto. Com sete anos sofreu um acidente, caiu de um muro em cima de um ferro ferindo a vagina e, por isso, teve de ficar hospitalizada.

Relativamente à vinculação, M. tinha óptima relação com a mãe, descrevendo-a como muito calma e meiga, acrescentando que nunca levou um estalo da mãe. Em contra partida, o pai, para além do seu bom aspecto - “capitalista bem apresentado aos olhos dos outros...” (sic.), - em casa, era muito mau e demonstrava ter um temperamento agressivo, quer para a utente, quer para o restante núcleo familiar. No que diz respeito à relação dos pais, Acrescenta que sentia que não existia amor entre eles, e que não se davam bem.

Durante a primeira infância, contrataram uma funcionária para os ajudar com as tarefas domésticas, e M afirma que gostava muito dela e que sofreu bastante com o seu despedimento. No entanto, com o seu crescimento, e o desenvolvimento da sua autonomia, M. ficou encarregue pela realização das tarefas domésticos e, por isso, os serviços da funcionária foram dispensados.

Teve ensinamentos católicos cristãos e todos os domingos era obrigada a ir à missa, com os irmãos e com a mãe. O pai apenas ia em épocas festivas, mas caso soubesse que um dos filhos faltou à missa batia-lhes. Hoje, M. faz questão de manter viva a sua crença: vai todos os dias à missa a Santa Cruz e, caso não possa, faz a sua reza na capela da valência.

Em adolescente, M. continuou a servir os pais e irmãos. Queria aprender costura, mas “sempre que ia ter com a senhora para aprender a costurar, já estava a minha irmã atrás de mim para irmos para o monte” (sic.). Aos 18 anos começou a namorar, altura em que perdeu o medo dos homens, mas apenas estava com o namorado quando o pai não estava em casa. Aos 24 anos casou-se e fez questão de dizer que o marido, nesta altura, já tinha a tropa e a carta de motorista e, por isso, esta foi a profissão que o acompanhou durante a sua vida.

M. relata que sempre se deu muito bem com o marido, e desejava que os seus filhos tivessem o feitio do pai, pois era uma pessoa calma e meiga. “O trabalho dele não permitia que ele tivesse todos os dias com os filhos, ele saía primeiro que os filhos e quando chegava eles já estavam a dormir, mas nunca se esquecia de os cobrir e de lhes dar um beijinho” (sic.). Teve dois filhos (o filho mais velho é serralheiro e o mais novo trabalha numa imobiliária) e uma filha (professora) deste casamento. Mantém uma óptima relação com todos e fala deles com muito orgulho e satisfação. Os netos, são também um orgulho para M., principalmente o neto engenheiro que ficou a trabalhar com catedrático numa universidade, descrevendo que foi ela quem o criou e, durante algum tempo, ele fazia-lhe companhia durante a noite.

Depois da morte do marido, passado um mês, admitiu-se no lar, pelo facto de não conseguir estar na sua casa. Sentia bastante medo e apenas conseguia “dormir o primeiro sono” (sic.). Segundo M., como não queria incomodar os filhos, tomou esta iniciativa, não se arrependendo nunca, pois tem uma vida muito ativa: todos os dias sai da instituição, não passa uma semana sem ir à sua casa e conviver com a família e faz questão de participar em todas as atividades propostas pela instituição.

Fez um luto bem-sucedido, descrevendo que, por vezes, sente saudades do marido. No entanto, acrescenta que compreende e aceita a sua partida, sentindo-se mesmo aliviada, pois já não suportava assistir ao seu sofrimento. Actualmente, a utente queixa-se de algumas dores nos joelhos e de alguns conflitos com uma colega da instituição, sentindo-se enervada e apreensiva quanto a certas atitudes dessa colega

Avaliação do Estado Mental da A.: O contacto ocular da utente é normal, acompanhando a comunicação verbal. Por vezes, tem pressão no discurso, com tom elevado, acompanhando frequentemente a sua linguagem com vários gestos.

Tem um humor eutímico, revelando boa disposição a maior parte do tempo. Relativamente ao espaço e tempo, não aparenta qualquer desorientação. Tem uma aparência física cuidada, fazendo questão de andar sempre bem vestida e com roupa adequada. A idade aparente corresponde à idade real.

Observação: A dinâmica e a actividade da utente são um exemplo para qualquer senhora da sua idade. No entanto, tornou-se necessário trabalhar o envelhecimento activo, dando-se ênfase à atenção e à memória, tendo em conta que a mãe sofreu de Alzheimer, prevenindo assim uma possível predisposição.

d) Avaliação Psicométrica

- Mini-Mental Satate – MMS – *Score* total = 22 (ausência de deficit cognitivo); 7 na *subescala de orientação*; 3 na *subescala de retenção*; 2 na *subescala de atenção e cálculo*; 3 na *subescala de evocação*; 7 na *subescala de linguagem* e 0 na *subescala de habilidades construtivas*.
- Escala de Depressão Geriátrica - *Score* total = 4 (ausência de depressão); 2 na *subescala de respostas sim* e 2 na *subescala de respostas não*.
- Índice de Qualidade do Sono Pittsburgh – *Score* Total= 15 (má qualidade de sono).

No Mini-Mental (MMS) pode verificar-se que M. não sofre de *deficit* cognitivo, obtendo uma pontuação considerada elevada, tendo em conta a falta de habilitações literárias. Verificou-se, também, que M. não sofre de depressão, pois o instrumento forneceu uma pontuação bastante baixa, indicador bastante favorável. Estes dois instrumentos vão ao encontro da entrevista recolhida e da observação realizada, uma vez que, apesar dos 80 anos de M e sendo analfabeta, tem uma boa capacidade cognitiva, não manifesta sintomas depressivos, como humor deprimido ou falta de interesse pelas atividades.

Avaliando o instrumento mais importante, Índice de Qualidade do Sono Pittsburgh (PSQI), verifica-se que M. tem má qualidade de sono. Efectivamente, Descreve que normalmente se deita entre as 22/23 horas (*item* 1), demora cerca de 40 minutos a adormecer (*item* 2), já com efeito da medicação. Levanta-se entre as 7/8 horas da manhã (*item* 3), dormindo, sensivelmente, seis horas por noite (*item* 4), se as suas colegas não fizeram barulho, acrescentando que caso acorde de noite não consegue voltar a adormecer.

No *item* cinco na alinha a) M. apontou que demora mais de 30 minutos para adormecer; na alinha b) descreve que acordou a meio da noite e de manhã muito cedo mais que três vezes na semana; na alinha c) teve que se levantar na semana cerca de duas vezes para ir à casa de banho durante a noite; nas alinhas d), e), f), g) e h) a utente não sentiu dificuldades em respirar, não teve tosse, também não se apercebeu de rressonar, não sentiu frio nem calor e não se apercebeu de ter maus sonhos ou pesadelos. Na alinha d) M. descreveu que sentiu dores uma vez na semana e na alinha j) acrescenta que o problema de não conseguir dormir está relacionado com uma colega que sofre de Alzheimer, que grita de noite, entre uma a duas vezes por semana. No *item* seis verifica-

se que a utente toma medicação para dormir; nos *itens* sete e oito verifica-se que a M. não sofre de sonolência durante o dia e não perdeu o interesse pelas actividades e no *item* nove, M. classifica o seu sono como sendo mau.

e) Diagnóstico

| | |
|-----------------|---|
| Eixo I | 307.42 Insónia Primária |
| Eixo II | V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2] |
| Eixo III | 733.00 Osteoporose |
| Eixo IV | Sem diagnóstico |
| Eixo V | 81 Momento de Avaliação 90 Pós terapia |

f) Diagnóstico Diferencial

Diferencia-se Insónia primária do sono curto, visto que os sujeitos que padecem de sono curto não manifestam sintomas característicos da perturbação diagnosticada. M. sente, por vezes, sonolência durante o dia, consequência das insónias, mas não pode ser considerado como uma sonolência significativa. Ainda se exclui a Perturbação do Ritmo Circadiano do Sono, pois actualmente a utente não tem historial de Trabalho por Turnos ou *Jet Lag*. Exclui-se a Narcolepsia, uma vez que esta Perturbação raramente envolve uma queixa de insónia significativa e é marcada pela sonolência diurna, cataplexia, paralisia de sono e alucinações relacionadas com o sono.

A Perturbação do Sono Relacionada com a Respiração é diferenciada da Insónia Primária, visto que M. não sente dificuldades respiratórias, é saudável e não sofre de apneia obstrutiva (ressonar sonoro, pausas da respiração durante o sono e sonolência diurna excessiva). A Insónia Primária ainda é diferenciada de todas as Perturbações Mentais que incluem a insónia, pois a utente não sofre de nenhuma outra patologia. Exclui-se, assim, a Insónia Relacionada com Outra Perturbação Mental. Como M. não padece de um estado físico geral e não ingere substâncias, são excluídas a Perturbação do Sono Secundária a um Estado Físico Geral e a Perturbação do Sono Induzida por Substâncias.

g) Conceptualização

A Insónia Primária é definida pela dificuldade de dormir, prejudicando o funcionamento diurno e reduzindo a qualidade de vida (Edinger & Means, 2005). Esta pequena definição vai ao encontro da situação de M., uma vez que, além das queixas de manter um sono saudável durante a noite, quando a insónia se prolonga por várias horas afecta a qualidade de vida da utente, sentindo-se fatigada e bastante irritada.

Seguiu-se o modelo do sono de Buela-Casal (1990, cit in Buela-Casal & Sierra, 2001), onde os autores sugerem que a duração e a estrutura do sono estão determinadas em quatro dimensões: tempo circadiano (horas que dorme o sujeito); factores intrínsecos aos organismos (idade, padrões de sono, necessidade de dormir ou estado fisiológico); as condutas que inibem ou facilitam o sono e o ambiente (local onde dorme, luz, ruído...), permitindo ao terapeuta compreender a causa para o transtorno de sono. À luz deste modelo, verifica-se que M. dorme uma média de seis horas por noite, caso não seja perturbada pelo ambiente, ou seja, não ouça barulhos das colegas ou ruídos exteriores. caso aconteça, M. descreve que só consegue dormir poucas horas e é um sono muito ligeiro. Acrescenta, ainda, que por vezes consegue adormecer quando reza, sendo uma conduta facilitadora para o sono, descrevendo que com o avançar da idade sente que precisa de manter um sono saudável, uma vez que durante o dia, aquando as realização das actividades, sente dificuldades de concentração e memorização.

h) Plano de Intervenção

A intervenção baseou-se em três técnicas: **1) Relaxamento** – a) relaxamento muscular progressivo; b) respiração diafragmática; **2) Técnicas Cognitivas** – c) percepção de controlo; d) expectativas pouco realistas sobre o sono; e) paragem de pensamento; f) intenção paradoxal; g) estratégias distractivas; e **3) Mudança do Estilo de Vida** – h) Higiene do sono; i) controlo de estímulos e j) redução do tempo na cama.

Anexo V

Caracterização dos Instrumentos

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 actividades sociais (três itens). O formato de resposta 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. Relativamente à consistência interna, varia entre .64 para as Actividades Sociais e .83 para a Satisfação com os amigos.

Montreal Cognitive Assessment (MOCA) – O Montreal Cognitive Assessment (Freitas, Simões, Martins, Vilar & Santana, 2010) avalia o défice cognitivo ligeiro, aconselhado a aplicar a utente com desconfiança de Alzheimer. Aplicado em 10 minutos e com sistema de cotação por cada item, com pontuação máxima de 30 pontos. Aos sujeitos com escolaridade inferior a 12 anos é atribuído um ponto. Avalia oito domínios cognitivos: visuo-espacial/executiva; nomeação; memória; atenção; linguagem; abstracção; evocação diferida e orientação. Quanto à consistência interna, teve bons resultados, .94 Cronbach.

Bateria de Avaliação Frontal (FAB) – A Bateria de Avaliação Frontal (Cunha & Novais, 2004) é um teste de rastreio que avalia as funções executivas, associado ao córtex frontal, aplicado a utentes com problemas conhecidos na área frontal. Constituído por seis subteste: Semelhança, Fluência Verbal, Séries Motoras, Instruções Conflitantes, Controlo Inibitório e Comportamento de Prensão Manual. Tem um total máximo de 18 pontos, estando dentro da média valores entre os 16 e 18. Os valores iguais ou inferiores a 15 pontos, indicam eventual padrão disfuncional nas regiões frontais do cérebro.

Symptom Checklist – Revised-90 (S.C.L. – 90-R) – O Symptom Checklist (Baptista, 1993) 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.

Agrupam-se os resultados finais em três Índices Globais: índice de severidade global, total de sintomas positivos e número total de respostas assinaladas com valor igual ou superior a um. Tem valor de corte na versão portuguesa de 1.23 relativamente ao Índice de Severidade Global.

Mini-Mental State Examination (MMSE) – Este instrumento avalia o funcionamento cognitivo, usado como rastreio cognitivo ou para diagnosticar demência, adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva e Botelho (1994). Avalia 11 itens, divididos em duas secções. A primeira parte tem como finalidade avaliar respostas verbais relacionadas com a orientação, memória e atenção, enquanto, que a segunda parte refere-se à leitura, escrita, nomeação e copiar um polígono. Cada subitem que o sujeito responda com sucesso é dado um ponto, com total máximo de 30. 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.

Geriatric Depression Scale – (GDS-15) – A Escala de Depressão Geriátrica, versão portuguesa de Veríssimo (1998). Constituída por 30 questões de resposta sim ou não pretende avaliar a existência ou ausência de depressão. Na obtenção de um valor igual ou superior a 11 indica depressão em estado crescente e valor igual ou superior a 23 pontos é indicador de idosos gravemente deprimidos.

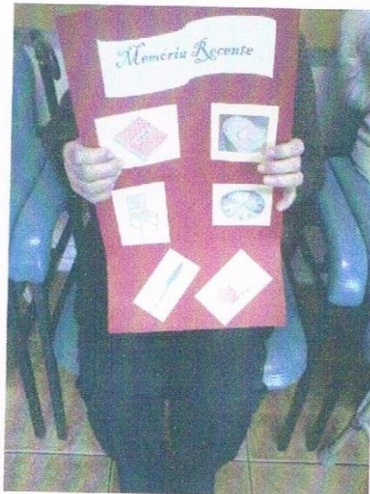
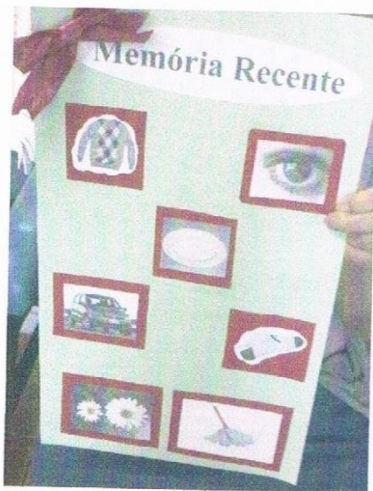
Índice Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) – Adaptado para a população portuguesa por Ramalho (2007) e avalia padrões de sono como sendo bom ou mau. A sua qualidade é avaliada através de sete dimensões: qualidade de sono subjectivos; latência do sono; duração do sono; eficiência habitual do sono subjectiva; perturbação do sono; uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna por sonolência no mês anterior. A pontuação de cada item varia de zero a três, sendo este a pior cotação. Tem um total de 21 pontos e caso haja um resultado igual ou inferior a cinco, significa que o sujeito tem má qualidade de sono. Tem um alfa de Cronbach de .66.

Anexo VI

Materiais Usados na Intervenção em Grupo (2)



Materiais usados para a memória a longo prazo



Materiais usados para a memória recente

Materiais Usados na Intervenção em Grupo (1)



Resultado final da intervenção espaço-temporal



Materiais usados na intervenção “pensamentos”

Anexo VII

Idades dos Participantes na Intervenção em Grupo

“Viver com a Idade, Combater a Velhice”

Tabela 1 – Lar Nossa Senhora da Misericórdia

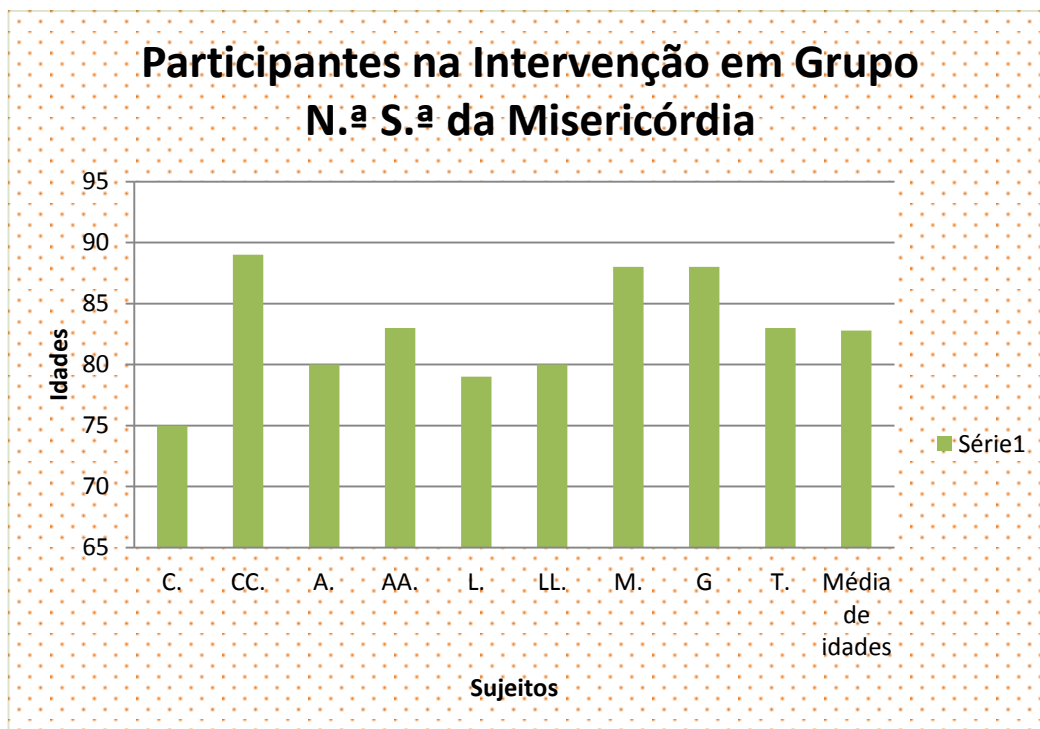
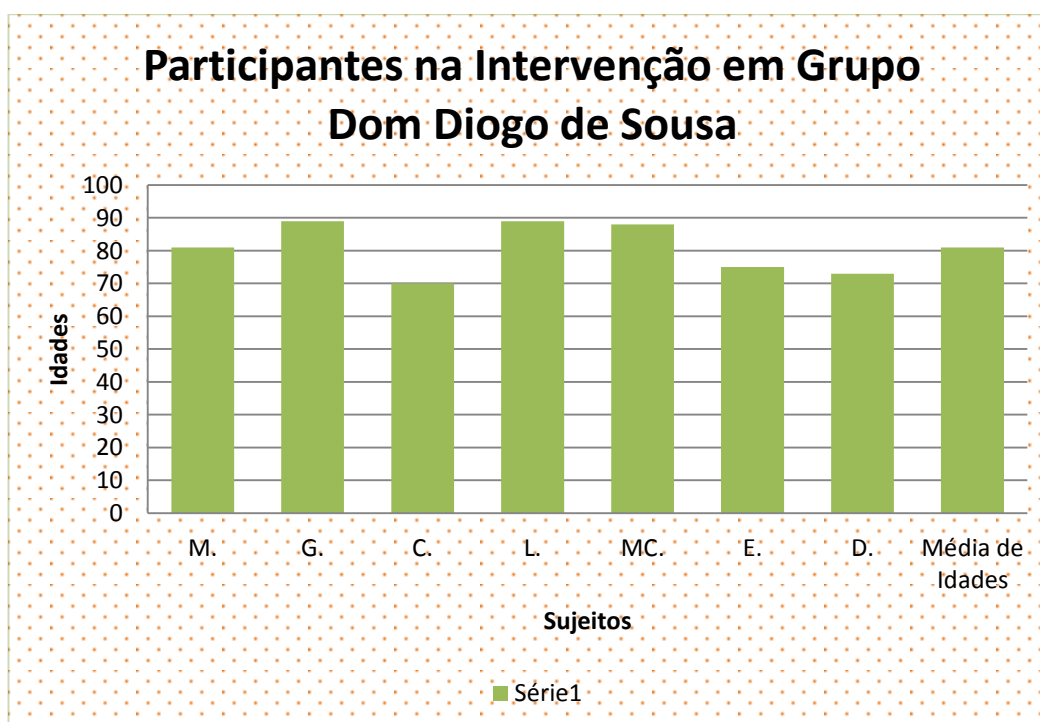


Tabela 2 – Lar Dom Diogo de Sousa



Anexo VIII



Teoria (1)

- Fonseca (2004) descreve o envelhecimento como uma continuação do desenvolvimento, considerando-o como um problema básico, e um fenómeno biológico inevitável, ao qual a sociedade responde através de actos médicos e de atitudes de protecção.

Teoria (2)

- Nivan (2002; cit in Lima, 2004) descreve que um sujeito infeliz, pode encontrar estratégias que promovam bem-estar e auto-estima.

Teoria (3)

- A **memória** é a capacidade do cérebro reter e evocar informação acerca de nós próprios e do mundo (Pais, 2007).

| Memória Imediata | Memória Remota | Memória Semântica | Memória Episódica |
|---|---|--------------------------------|---------------------------------------|
| Permite reter informação por um curto período de tempo. | Contém conhecimentos adquiridos ao longo da vida. | Conhecimentos acerca do mundo. | Conhecimentos acerca de nós próprios. |

(Pais, 2007)

Descrição dos Grupos

| Lar Dom Diogo de Sousa | | Lar Nossa Senhora da Misericórdia | |
|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| Tipo | Prevenção e Intervenção | Tipo | Prevenção |
| Público-alvo | Idosos | Público-alvo | Idosos |
| Dependência | Autónomas | Dependência | Autónomos |
| Número de participantes | Sete | Número de participantes | Nove |
| Sexo | Feminino | Sexo | Feminino e masculino. |

Intervenção em Grupo (1)

| Sessão | Tema | Objectivos | Material |
|-----------|--------------|---|---|
| 1ª Sessão | Apresentação | Apresentação dinâmica dos participantes; Explicação da intervenção em grupo e a importância de participar e pontualidade | Folha de registos. Aplicação do Mini-mental. |

Intervenção em Grupo (2)

| Sessão | Tema | Objectivos | Material | Tarefas Intercessões |
|-----------|---------------------------|---|--|--|
| 2ª Sessão | “Vou Fazer um Calendário” | Prevenir desorientação espaço-temporal. | Lápis de Cor; Tesoura; Cartolina; Cola. | |
| 3ª Sessão | “Dia, Mês e Ano? Eu sei!” | Promover dinâmica entre o grupo. | Fios de Lã; Furador; Papel para plastificar. | Todos os dias, um dos membros do grupo vira a página do dia. |

Produto Final





Intervenção em Grupo (3)

| Sessão | Tema | Objectivos | Tarefas Intercessões |
|-----------|-------------------------------|--|--|
| 4ª Sessão | "A Trabalhar nos Pensamentos" | <p>Inverter os pensamentos negativos em positivos; Aprender a pensar de forma mais positiva;</p> <p>Os sujeitos devem adquirir a percepção que podem controlar os pensamentos negativos.</p> | <p>Sugerir aos idosos que tenham conversas de âmbito positivo.</p> |

Intervenção em Grupo (4)

| Sessão | Tema | Objectivos | Material | Tarefas Intercessões |
|-----------|--|---|---|---|
| 5ª Sessão | “Vamos Fazer Medo aos Pensamentos Negativos” | Aprender a substituir os pensamentos negativos prejudiciais ao bem estar do idoso, por pensamentos positivos; Fazer com que os idosos tenham outra percepção dos acontecimentos que lhe causam sofrimento. | Elásticos; Post-it; Cartolina (imagem). | Afixar os post-it no quarto e todos os dias ler a frase positiva; Sempre que ocorrer pensamentos negativos, puxar o elástico na mão. |



Intervenção em Grupo (5)

| Sessão | Tema | Objectivos | Material | Tarefas Intercessões |
|-----------|--|---|------------------|---|
| 6ª Sessão | “Vamos Olhar, Ver e Sentir a Vida com Pensamento Positivo” | Aumentar o pensamento positivo e reconhecer que há sempre um lado positivo da vida. | | |
| 7ª Sessão | “O Meu Balão tem Bons Pensamentos” | Proporcionar ao idosos, que os pensamentos positivos são benéficos para o bem-estar da pessoa; Finalizar a sessão dos pensamentos. | Balões Marcador. | Recordar aos idosos a importância do elástico e das frases positivas. |

Intervenção em Grupo (6)

| Sessão | Tema | Objectivos | Material |
|-----------|----------------------|---|------------------------------------|
| 8ª Sessão | “Um Mar de Memórias” | Estimular a memória remota, através de acontecimentos passados pessoais na agricultura; Proporcionar um momento de bom humor e disposição. | Utensílios Agrícolas em miniatura. |



Intervenção em Grupo (7)

| Sessão | Tema | Objectivos | Material | Tarefas Intercessões |
|-----------|---------------------------------|--|-----------------------|--|
| 9ª Sessão | “Estamos a ouvir uma história!” | Estimular a memória recente, episódica, semântica e atenção. | Folhas com histórias. | Propor aos utentes que entre eles partilhem histórias e lendas tradicionais e de seguida devem fazer o resumo. |

Intervenção em Grupo (8)

| Sessão | Tema | Objectivos | Material | Tarefas Intercessões |
|------------|-------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| 10ª Sessão | “Recordo-me do que vejo!” | Estimular a memória imediata e atenção. | Cartolinas com várias imagens. | Propor aos utentes que na próxima sessão, façam o resumo da 10ª sessão. |
| 11ª Sessão | “O sol, a chuva e a minha memória!” | Adquirir conhecimentos; Estimular a memória semântica; Finalizar as sessões da memória. | Cartolinas com várias imagens. | |



Intervenção em Grupo (9)

| Sessão | Tema | Objectivos | Material |
|------------|------------------------|--|---|
| 12ª Sessão | "E tu, que Animal és?" | <p>Esta sessão tem como objectivo finalizar todas as sessões de forma indirecta, trabalhando a memória e pensamentos positivos.</p> <p>Proporcionar auto-estima e bom-humor.</p> | <p>Pêlo de coelho; Pano; Penas; Cartolina; Madeira; Cola.</p> |



Intervenção em Grupo (10)

| Sessão | Tema | Objectivos | Material |
|------------|-----------|---|---|
| 13ª Sessão | "Até Já!" | Finalizar a intervenção em grupo, fazendo um resumo de todas as sessões; Dar a palavra a cada elemento do grupo para se expressar sobre a sua experiência. | Folha de registos. Aplicação do Mini-Mental. |

• *Fim*

Anexo IX

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
ESTÁGIO CURRICULAR EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Ação de Formação

*Eu Compreendo a Pessoa, não
Compreendo o Alzheimer!*

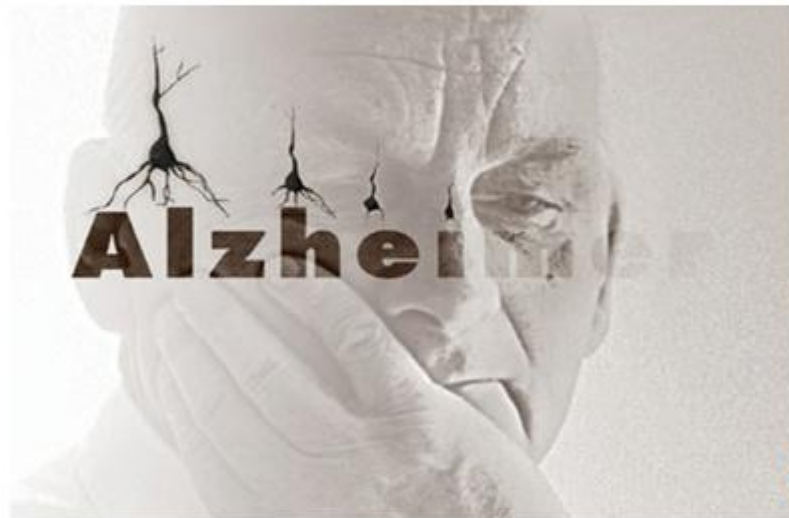
Estagiária,
Raquel Cunha

PARTE I

TEORIA



EU COMPREENDO A PESSOA...
NÃO COMPREENDO O ALZHEIMER



PESSOA

- Compreender como a pessoa se sente no seu mundo interior;
- Aceitá-la como ela é;
- Proporcionar liberdade: a pessoa pode pensar, sentir e ser;
- Utente para além da sua doença é uma pessoa que tem direito ao respeito e à dignidade.
- Tem uma identidade ou perdeu a identidade?

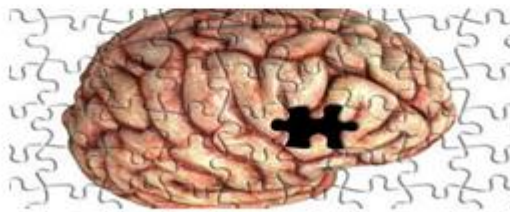
(Bozarth, 1998)





ALZHEIMER

- A Doença de Alzheimer tem uma evolução neurodegenerativa e progressiva que se caracteriza por um conjunto de alterações clínicas e patológicas (Peña-Casanova, 1999).



ALTERAÇÕES COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS

| Alterações Cognitivas | Alterações Comportamentais |
|------------------------------|--------------------------------------|
| Perturbações da memória | Perturbação do humor |
| Perturbações da orientação | Perturbações ansiosas |
| Perturbações da linguagem | Modificação da personalidade |
| Perturbações práticas | Alteração do comportamento motor |
| Perturbações gnósicas | Alteração dos comportamentos básicos |
| | Perturbações psicóticas |
| | (Touchon & Portet, 2002) |



“O QUE É AQUILO?”



QUAL O MELHOR COMPORTAMENTO? (1)

Perda de Memória

- Evitar corrigir constantemente o utente;
- Não se deve reprimir sobre os erros do utente;
- Estimulação indireta;
- Desenvolver rotinas;
- Cuidados especiais (supervisão e segurança).

(Sequeira, 2006)

QUAL O MELHOR COMPORTAMENTO? (2)

Espácio-temporal

- É necessário apostar nas rotinas, por um ambiente adaptado e sem modificações, este contexto ambiental é onde se desenvolve a ação relacional entre utente e cuidadores (Alessandra & Vanni, 2009).
- Procurar apoio em utensílios que possam orientar o utente.

QUAL O MELHOR COMPORTAMENTO? (3)

Comunicação Verbal e Comunicação Não-Verbal!

COMUNICAÇÃO VERBAL

- A nível verbal, o cuidador deve transmitir as mensagens para o utente de forma calma, pausada, clara, e repetir a frase as vezes necessárias.
- É essencial envolver todos os sentidos e contato ocular durante a comunicação, mantendo desta forma a atenção.

(Peña-Casanova, 1999)

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

- Os gestos devem ser ajustados e adaptados à compreensão do utente, evitando gestos grandiosos para não o enervar.
- Deve ser ajustada ao utente, para que não haja mal entendidos, pois podem entender como uma ameaça.
- A atitude melhor a seguir é a aproximação frontal evitando aparecer de surpresa aparentando agressividade, neste sentido, durante a comunicação, o cuidador deve manter o contato ocular, transmitir paciência, manter um discurso afetuoso e recorrer ao contato físico para tranquilizar o utente caso necessário.

(Peña-Casanova, 1999)

QUAL O MELHOR COMPORTAMENTO?

Alterações do Humor e Comportamento

- O cuidador deve proporcionar segurança, calma e tranquilidade.
- Quando o utente não compreende uma situação não deve ser contrariado e o cuidador deve proporcionar a distração.

(Sequeira, 2006)

ALTERAÇÕES DO HUMOR E COMPORTAMENTO

- Em casos mais graves, a agressão verbal é frequente e deve haver compreensão;
- A agressão física também pode ocorrer e o cuidador deve prevenir-se evitando expor-se a situações de risco, não se aproximando em excesso;
- O cuidador não deve demonstrar medo, assim como não deve ter atitudes e comportamentos provocatórios.

(Sequeira, 2006)

QUAL O MELHOR COMPORTAMENTO?

Delírios e Alucinações

- Quando o utente estiver numa fase de delírios ou alucinações, este não deve ser contrariado, no entanto é fundamental que seja distraído e que se dê importância ao carinho e ao toque.

(Sequeira, 2006)



PARTE II

REFLEXÃO

“O QUE É AQUILO?”



A RELAÇÃO ENTRE CUIDADOR E UTENTE COM
ALZHEIMER! (1)





A RELAÇÃO ENTRE CUIDADOR E UTENTE COM
ALZHEIMER! (2)

**Contidente – Conteúdo, é importante
entre cuidador e utente?**



A RELAÇÃO ENTRE CUIDADOR E UTENTE COM ALZHEIMER! (3)

- “-Vocês não são nada parecidas com a minha rosa! Vocês ainda não são nada – disse-lhes ele. – Ninguém vos cativou e vocês não cativaram ninguém. São como a minha raposa era, uma raposa perfeitamente igual a outras cem mil raposas. Mas eu tornei-a minha amiga e ela passou a ser única no mundo.”

(Saint-Exupéry, 2001)

A RELAÇÃO ENTRE CUIDADOR E UTENTE COM ALZHEIMER! (4)



A RELAÇÃO ENTRE CUIDADOR E UTENTE COM
ALZHEIMER! (5)

**Vamos Ver, Olhar, Refletir
e Pensar!**

PARTE II

CASO PRÁTICO

CASO PRÁTICO

Dona Maria de 82 anos, viúva há três anos e há um ano faleceu o neto e a filha mais nova com cancro.

A utente entrou há dois meses para um Lar de Terceira Idade no Porto e manifesta graves perdas de memória, desorientação, dificuldades na linguagem e está a maior parte do tempo depressiva, no entanto, às 14 horas, fica num estado comportamental muito alterado, por vezes agressivo e diz que tem os filhos pequenos que precisam muito dela. Chora de desespero e só acalma por volta das 15 horas.

14 HORAS? PORQUE?

FUNERAL DO MARIDO E FILHA FOI NESSA HORA
E POR COINCIDÊNCIA, ESTA FILHA NASCEU
ENTRE AS 14 E AS 15 HORAS.

O QUE SENTI?



O QUE POSSO MELHORAR?



COMO POSSO LIDAR COM O MEU INTERIOR?

Estagiária de Psicologia,
Raquel Cunha

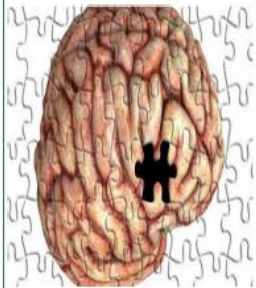
FIM

Anexo X

A Pessoa e o Alzheimer

Objetivo Geral

Fomentar conhecimentos sobre a Demência de Alzheimer, implementando a importância da relação entre cuidador e utente.



Ação de Formação para as Colaboradoras do Lar e Centro de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Braga

A Formação irá realizar-se na Capela do Lar Nossa Senhora da Misericórdia no dia 9 de Maio de 2012 às 14:30horas.

Estagiária de Psicologia,
Raquel Cunha
E-mail: ccunha.raquel@hotmail.com

Ação de Formação para as Colaboradoras do Lar e Centro de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Braga

EU COMPREENDO A
PESSOA, NÃO
COMPREENDO O
ALZHEIMER



Santa Casa da Misericórdia de Braga

EU COMPREENDO A PESSOA, NÃO
COMPREENDO O ALZHEIMER

Índice da Sessão

Parte I—Teoria

Análise do Tema da Formação

Alzheimer

Alterações Cognitivas e Comportamentais

Visualização de um vídeo

Qual o melhor comportamento?

Parte II—Reflexão

Momentos de reflexão e partilha

Visualização de um vídeo

Parte III—Caso Prático

Análise de um caso

Como está o meu interior?



Porquê participar numa Ação de Formação sobre Alzheimer?

★ Fico com mais conhecimentos sobre o meu trabalho, que o faço com prazer.

★ Adquiri mais conhecimento e competências.

★ Passo de momentos de reflexão que me fazem crescer a nível profissional e pessoal.

★ Adquiri mais motivação para o meu trabalho.

★ Compreendo melhor o outro.

★ Adquiri momentos de partilha com as minhas colegas de profissão.

★ "Foi o tempo que perdes-te com a tua rosa que tornou a rosa tão importante para ti!" (Saint-Exupéry, 2001)



Ação de Formação para as Colaboradoras do Lar e Centro de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Braga

A Formação irá realizar-se na Capela do Lar Nossa Senhora da Misericórdia no dia 9 de Maio de 2012 às 14:30horas.



Universidade Católica Portuguesa
Estagiária de Psicologia Clínica e da Saúde
E-mail: ccunha.raquel@hotmail.com
Raquel Cunha

Anexo XI

Notícia de Jornal da Ação de Formação
“Eu Compreendo a Pessoa, Não Compreendo o Alzheimer”

“Eu Compreendo a Pessoa, Não Compreendo o Alzheimer” foi o mote para a ação de formação que decorreu no Lar e Centro de Dia Nossa Senhora da Misericórdia.

A iniciativa surgiu no âmbito do estágio na área de Psicologia Clínica e da Saúde da aluna Raquel Cunha, sob a orientação técnica da diretora, Isabel Rocha.

A iniciativa teve como principal objetivo fomentar conhecimentos sobre a demência de Alzheimer, salientando a importância da relação entre cuidador e utente.

A sessão, com bastante adesão, teve a duração de 1h00. A ação dirigiu-se a todas as colaboradoras do lar, centro de dia, pessoal da cozinha e estagiários presentes na instituição.

Os exemplos práticos favoreceram a proximidade necessária à participação



Funcionários da Misericórdia sensibilizados para a Alzheimer

Misericórdia forma colaboradores

ativa dos envolvidos, que responderam com empenho às solicitações da estagiária.

Segundo os promotores, esta iniciativa cons-

tituiu uma oportunidade de promover a formação contínua dos cuidadores de idosos, melhorando a qualidade dos serviços prestados.

A formação contribuiu, assim, para a contínua humanização, através do desenvolvimento de competências pessoais e sociais.

Anexo XII

Universidade Católica Portuguesa
Estágio Curricular em Psicologia Clínica e da Saúde

Ação de Sensibilização
A Vida Começa aos 65!

Estagiária,
Raquel Cunha



Envelhecimento (1)

O que é o Envelhecimento?





Envelhecimento (2)

Segundo Rowe e Kahn (1998 cit in, Cupertino; Rosa & Ribeiro, 2007) existem três elementos para o envelhecimento humano: o normal, o patológico e o saudável, interligados através do baixo risco de doença, do funcionamento mental e físico saudáveis e na relação activa e positiva com a vida.



Envelhecimento Ativo (1)

O que é o Envelhecimento Ativo?





Envelhecimento Ativo (2)



Eu tenho um Envelhecimento Ativo?



Envelhecimento Ativo (2)

Vamos Ver e Ouvir o que é ter um Envelhecimento Ativo?





Suporte Social (1)

O que acham que é o Suporte Social?



Suporte Social (2)

Atchley (2000, cit in Rash, 2007) descreve o suporte social como um conjunto de pessoas com quem um sujeito pode contar para lhe proporcionar apoio emocional, afirmação, informação e assistência, principalmente em tempos de crise.



Suporte Social (3)

O que posso fazer para ter um bom suporte social?



Solidão (1)

Solidão, o que é?



Eu sinto a Solidão! O que posso fazer?



Solidão (2)

A solidão é entendida como uma avaliação qualitativa e subjectiva, relacionada com as expectativas dos indivíduos e com a satisfação de proximidade com outros sujeitos (Gierveld & Havens, 2004; cit in Shankar, McMunn, Banks & Steptoe, 2011).



Solidão (3)

Vamos Ver, Reflectir e Pensar numa Solução!





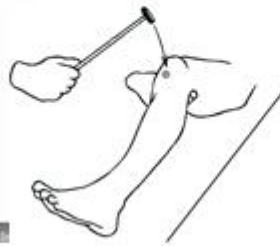
Solidão (4)

Que orientação podemos dar há personagem?



Perdas (1)

O que entendo que sejam as Perdas?





Perdas (3)

**O que posso fazer para viver feliz com a
Perda?**



Perdas (2)

A perda tem um forte poder emocional nos idosos, pois traduz-se numa tristeza múltipla (morte do conjugue, amigos familiares e conhecidos, declínio das habilidades físicas, entrada na reforma) (Yokoyama, Carvalho & Vizzotto, 2006).



Perdas (4)

A Vida faz Sentido... até ao dia de hoje toda a minha vida fez sentido?

O que me faz mais feliz? Pensar no que me acontece mau ou pensar no que me acontece de bom e o que possuí e possuo até ao dia de hoje?

Envelhecimento Bem-Sucedido (1)

O envelhecimento bem-sucedido traduz-se na capacidade de o idoso se adaptar à mudança social, aprender continuamente, ter aptidão para adquirir novos conceitos e novas tecnologias e, acima de tudo, ter capacidade para tomar decisões e aceder à informação (Kalache, 2008).

Envelhecimento Bem-Sucedido (2)

Vamos lutar por um Envelhecimento Bem-Sucedido?



Vamos Cantar!



Anexo XIII



Santa Casa da Misericórdia de Braga

Ação de Sensibilização para os Idosos



“A Vida Começa aos 65!”



Objectivo Geral

Proporcionar um conjunto de estratégias e técnicas que promovam o envelhecimento activo e bem-estar na população idosa.

Índice da Ação de Sensibilização

- ★ O que é ter um envelhecimento activo?
- ★ Testemunho de uma utente.
- ★ Combater a solidão!
- ★ Visualização de um Video.
- ★ Lutar pelo Suporte Social
- ★ Vou ultrapassar as Perdas!
- ★ Tenho um Envelhecimento Bem-Sucedido.
- ★ Vamos Cantar?

Onde é a Ação de Sensibilização?

Na capela da valência Nossa Senhora da Misericórdia às 14:30h.

Publico alvo?

Todos os idosos autónomos da Santa Casa da Misericórdia de Braga

É dada por quem?

Pela estagiária de Psicologia da Universidade Católica Portuguesa,

Raquel Cunha.



Anexo XIV

Notícia de Jornal da Ação de Sensibilização
“A Vida Começa ao 65!”

Ação sensibilizou idosos

O Lar Nossa Senhora da Misericórdia promoveu, no passado dia 13, uma ação de sensibilização intitulada “A vida começa aos 65”, no âmbito do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações.

A sessão decorreu durante a tarde e contou com a participação de utentes das diversas respostas sociais para idosos que a Santa Casa da Misericórdia de Braga promove.

A sua dinamização foi levada a cabo pela aluna Raquel Cunha, que desenvolve o seu estágio na



Sessão sensibilizou idosos para o envelhecimento ativo

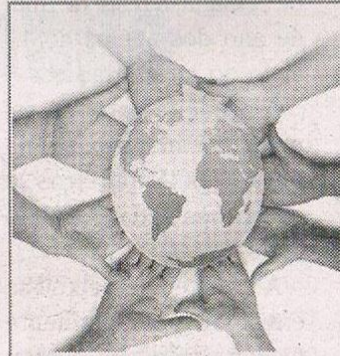
área de Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação técnica da diretora Isabel Lopes Rocha.

Esta prática pretendeu dar a conhecer um conjunto de estratégias e técnicas que promovam o enve-

lhhecimento ativo. A par de definições e questões mais teóricas, foram discutidas estratégias para lidar com a solidão e as perdas, bem como formas de encontrar suporte social para um envelhecimento ativo.

De destacar o envolvimento efetivo dos utentes, que participaram com opiniões e partilhando a sua experiência de vida.

PUBLICIDADE



FORMAÇÃO

XZ consulto

Anexo XV

"O Cantinho das Estagiárias"

Isabel Rocha

Daniela Marinho
Raquel Cunha
Rita Marques

O Lar e Centro de Dia Nossa Senhora da Misericórdia, desenvolve atualmente, três estágios que exploram as áreas de Educação, Psicologia e Produção de Eventos, promovidas respectivamente pela Universidade do Minho, Universidade Católica Portuguesa e Escola Secundária de Maximinos, sob a orientação da Diretora Técnica Isabel Rocha.

Com diferentes propósitos, estas atuações coincidem na sua finalidade, ou seja, contribuem para a melhor qualidade de vida dos idosos desta Instituição.

A área de educação, é baseada em recursos, técnicas e métodos de animação, com ações ajustadas às necessidades e interesses dos utentes. Das actividades realizadas podem destacar-se, a construção de um calendário para orientação, do mês, dia e aniversário de cada utente, uma sessão de esclarecimento realizada pela PSP, sobre algumas questões relacionadas com a segurança dos utentes em casa, sessão musical com orientação de um professor de música e tarefas de jardinagem que consistem na ornamentação de vasos e plantação de flores.

No âmbito da psicologia, realizam-se intervenções individuais e em grupo que, recorrendo a técnicas cognitivo-comportamentais adaptadas às necessidades dos envolvidos, visam o seu bem-estar psicológico. Serão também desenvolvidas duas acções de formação, dirigidas às colaboradoras, subordinadas à temática Alzheimer, tendo como designação "Eu não compreendo o Alzheimer, Compreendo a Pessoa".

Em paralelo, a Produção de Eventos pretende organizar uma passagem de modelos, no jardim do Lar Nossa Senhora da Misericórdia, tendo como protagonistas os idosos, os netos, as colaboradoras do lar, e também contará com o patrocínio de várias lojas de roupa, assim como cabeleireiro, maquilhadora e fotógrafo. Este desfile é aberto a toda a comunidade. Segundo uma perspectiva que encara o idoso como

detentor de uma vasta experiência e sabedoria, estas atuações baseiam-se numa visão humanista e no estabelecimento de relações de empatia e confiança.

Uma realização consistente das actividades e as aprendizagens permitidas contaram com a fundamental cooperação e apoio da directora técnica Dr.ª Isabel Rocha, e sustentam-se também na sua compreensão e disponibilidade, a par da valiosa colaboração das funcionárias e corpo administrativo da Instituição. A todos eles, e naturalmente aos utentes destas valências, pelas oportunidades que nos facultam, merecem um agradecimento especial.



Anexo XVI



LAR E CENTRO DE DIA NOSSA SENHORA DA MISERICÓRDIA

CONTRIBUTO DO ACOLHIMENTO DE ESTÁGIOS NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO | 2012

Diretora Técnica: Isabel Mesquita Lopes Rocha
Email: isabel.rocha@scmbraga.pt | Telefone: 253611457
Largo de Santa Tecla – S. Victor, BRAGA



Educação

ESTÁGIO DESENVOLVIDO NO ÂMBITO DO MESTRADO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO DE ADULTOS E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Projecto

"Qualidade de vida na terceira idade: o contributo da animação"

Finalidade

Promover a qualidade de vida na população idosa através da animação.

Público-alvo

Utentes das duas respostas sociais - Lar e Centro de Dia.

Alguns dos objectivos

- Dinamizar a instituição;
- Fomentar a auto-estima;
- Valorizar capacidades, interesses, motivações e saberes;
- Possibilitar momentos de actividades artísticas e criatividade;
- Promover amizades e relações;
- Proporcionar contactos intergeracionais.

Algumas das actividades desenvolvidas

CONSTRUÇÃO DE UM CALENDÁRIO



Permite orientação mensal.
Evolução dos utentes:
- como responsáveis pela sua construção e gestão; "Proprietários do dia";
- na identificação dos aniversários e outras datas comemorativas.
Com continuidade no tempo.

SESSÃO DE ESCLARECIMENTO SOBRE SEGURANÇA PELA P.S.R.



Sensibiliza sobre perigos reconhecidos como alto risco idoso, prevenção e medidas de segurança de risco.
Favorece a proximidade entre os utentes e os técnicos de segurança.

ORNAMENTAÇÃO DE VASOS E PLANTAÇÃO DE FLORES



Apoia a auto-estima e criatividade.
Apoia o sentimento de pertença à instituição através da responsabilidade.
Com continuidade no tempo.

VISITA DE JOVENS VOLUNTÁRIOS DO C.A.B.



Mobiliza competências e recursos de utentes com papéis sociais.
Promove o convívio entre gerações.
Atenua o isolamento e sentimentos depressivos.

SESSÃO DE DANÇA COM BALARINOS



Aprendizagem coreográfica do par, desenvolveu coreografias coreográficas e dança livre.
Proporciona momentos lúdicos e de socialização.
Participantes com redução mobilidade convivem com coreografias adaptadas.
Nota: A actividade foca promover o retardamento de determinadas danças.

LEITURA DO LIVRO "O PASSARO DA ALMA"



Inseriu uma reflexão pessoal acerca de sentimentos positivos, instrumento associado ao bem-estar, estímulo e pensamento crítico e o espírito crítico numa intervenção individualizada.

SESSÃO MUSICAL COM ORIENTAÇÃO DE UM PROFESSOR DE MÚSICA



Fomenta o contacto com a música teatral participativa.
Inseriu momentos de descoberta e convívio.
Promove a execução da coordenação motora através de percussão corporal (palmas) e instrumental (alguns utentes tocam instrumentos).

Rita Daniela Ferreira Marques



Organização de Eventos

ESTÁGIO DESENVOLVIDO NO ÂMBITO DO CURSO PROFISSIONAL DE ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS

Projecto

"A Santa Casa está na moda: modelos por um dia"

Finalidade

Proporcionar aos idosos um contacto diferenciado com outras gerações bem como o contacto com o exterior e a comunidade.

Público-alvo

Utentes das duas respostas sociais - Lar e Centro de Dia.

Alguns dos objectivos

- Estabelecer e aumentar a solidariedade entre gerações;
- Desenvolver o convívio entre gerações;
- Aproximar a instituição e os seus utentes da comunidade;
- Contribuir para a auto-estima e valorização pessoal dos participantes;
- Ultrapassar uma sociedade compartimentada por idades.

Algumas das actividades desenvolvidas



DESFILE DE MODA INTERGERACIONAL



Daniela Filipa Fernandes Marinho



Psicologia

ESTÁGIO DESENVOLVIDO NO ÂMBITO DO MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Projecto

"Bem-estar psicológico nos idosos: contributo da intervenção psicológica"

Finalidade

Proporcionar aos idosos institucionalizados bem-estar psicológico e emocional.

Público-alvo

Utentes das duas respostas sociais - Lar e Centro de Dia.

Alguns dos objectivos

- Acompanhamento de seis casos clínicos;
- Programa de intervenção em grupo;
- Ação de formação dirigida às colaboradoras;
- Ação de sensibilização destinada aos idosos.

Algumas das actividades desenvolvidas

AÇÃO DE FORMAÇÃO E AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO:



Dirigida às colaboradoras:
"Eu Compreendo a Pessoa, Não Compreendo o Alzheimer"
Dirigida aos utentes:
"A Vida Começa aos 65"

INTERVENÇÕES EM GRUPO:



ORIENTAÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL



MEMÓRIA



MEMÓRIA A LONGO PRAZO



PENSAMENTOS

Raquel de Castro Cunha