



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**.

Sílvia Andreia Gomes de Oliveira



FACULDADE DE FILOSOFIA
FEVEREIRO 2013



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local do Estágio: Santa Casa da Misericórdia
de Barcelos.

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

Sílvia Andreia Gomes de Oliveira

Sob a Orientação do Prof. Doutor **Rui Ramos**
Supervisão da Doutora **Sofia Miranda**



FACULDADE DE FILOSOFIA
FEVEREIRO 2013

Agradecimentos

“Aqui me vejo, perante a finalização de um ano, conduzido por experiências únicas e cheias de imprevistos. A todos os que me acompanharam nesta etapa, agradeço pelos esforços evidenciados, pela preocupação, e mais concretamente, pelo companheirismo e sinceridade. O privilégio que foi poder estagiar na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos leva-me a agradecer a todas as pessoas que tão bem me receberam, e principalmente, por me terem dado tão ilustres colegas de trabalho. Obrigado Mariana e Mónica, pelo contributo excepcional para o meu bom desempenho e claro, pela constante “troca de ideias”. Não menos importante, à minha orientadora de estágio, Dr.ª Sofia Miranda, agradeço pelo papel essencial que desempenhou no meu crescimento como profissional. Ao Doutor Rui Ramos, agradeço pela confiança, disposição e apoio incondicional. À minha família, agradeço pelo esforço incomensurável em participar ativamente no meu crescimento como pessoa. Um obrigado especial a ti minha irmã, pelo apoio incondicional nesta longa caminhada...”

Sílvia Andreia Gomes de Oliveira, 2013

Resumo

O presente relatório, insere-se no âmbito do estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde, realizado na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. O seu objetivo principal consiste na descrição das atividades efetuadas ao longo do estágio curricular, realizado entre Novembro de 2011 e Setembro de 2012. As atividades foram dirigidas à valência idosa desta instituição.

O relatório é constituído por sete capítulos. No primeiro capítulo será descrita a caracterização da instituição, bem como o papel do psicólogo neste contexto e, o levantamento das necessidades e restrições. No segundo capítulo, serão apresentadas as atividades iniciais, nomeadamente a observação de casos clínicos. Seguidamente no terceiro capítulo, serão descritas as atividades de intervenção, que irá incluir os casos de avaliação e de intervenção psicológica, bem como a descrição detalhada de um caso clínico. No quarto capítulo serão apresentadas as atividades de intervenção em grupo. No quinto capítulo, será descrita a atividade de ação de sensibilização cujo tema é “é impossível não comunicar” realizada para os funcionários da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. Seguidamente apresenta-se o sexto capítulo onde são descritas algumas atividades propostas pela instituição nomeadamente o projeto ELOS, a participação na elaboração de um panfleto sobre a demência tipo do Alzheimer e ainda uma atividade proposta pelas estagiarias à instituição intitulada de “O Cantinho da Misericórdia”. Por fim, no sétimo e último capítulo, será realizada uma conclusão, onde se apresentará uma reflexão pessoal acerca do estágio curricular realizado.

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

Abstract

This report falls under the traineeship in Clinical Psychology and Health, held at the Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. Its main objective is the description of the activities performed during the traineeship, conducted between November 2011 and September 2012. The activities were directed to the valence of this old institution.

The report consists of seven chapters. The first chapter will describe the characterization of the institution as well as the role of psychologists in this context, and the surveys of needs and constraints. The second chapter will present the initial activities, including the observation of clinical cases. Then in the third chapter will describe the intervention activities, which will include cases of psychological assessment and intervention, as well as a detailed description of a clinical case. In the fourth chapter will present the activities of group intervention. In the fifth chapter, will describe the action-raising activity whose theme is "it is impossible not to communicate" held for employees of the Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. Following is the sixth chapter where we describe some activities proposed by the project ELOS particular institution, participation in drafting a pamphlet about dementia of the Alzheimer type and even a proposed activity by the institution interns titled "The Corner of Mercy". Finally, the seventh and final chapter, there will be a conclusion, where he will present a personal reflection about the curricular performed.

Keywords: Stage Curriculum, Activities performed, Masters in Clinical Psychology and Health

Acrónimos

ADAS: Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

EDB: Escala de Demência de Blessed

ESSS: Escala de Satisfação e Suporte Social

GDS: Geriatric Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica)

MMS: Mini-Mental State

SF36: Questionário do Estado de Saúde

TOR: Teoria de Orientação para a Realidade

AVC: Acidente Vascular Cerebral

SCMB: Santa Casa de Misericórdia de Barcelos

LSA: Lar Santo André

LNSM: Lar Nossa Senhora Misericórdia

Índice

Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract.....	5
Acrónimos	6
Índice de Quadros.....	10

Caraterização da Instituição

1. Caracterização da Instituição.....	12
1.1. População Alvo	14
1.2. Papel do Profissional de Psicologia na Instituição.....	14
2. Levantamento das Necessidades e Prioridades do Contexto Institucional.....	16
2.1. Metodologia de Observação dos Pontos Anteriores.....	17

Casos de Observação Inicial

3. Observação Inicial.....	19
3.1. População Alvo da Observação.....	19
3.2. Observação dos Casos Clínicos.....	20
3.2.1. Caso A.....	20
3.2.2. Caso B.....	20
3.2.3. Caso C.....	20
3.2.4. Caso S.....	21
3.2.5. Caso M.....	21
3.2.6. Caso G e R.....	21
3.2.7. Caso L.....	22
3.2.8. Caso N.....	22

Casos de Avaliação Individual

4. Caracterização da Intervenção Individual.....	24
4.1. Atividades de Acompanhamento e Intervenção Psicológica.....	26
4.1.1. Caso Clínico F (Caso Detalhado)	26
4.1.2. Caso Clínico D.....	40
4.1.3. Caso Clínico E	46
4.1.4. Caso Clínico B.....	52

Atividade de Intervenção em Grupo

5. Grupo: “ <i>Ora faço eu, ora faz tu</i> ”	59
5.1. Fundamentação Teórica da Intervenção em Grupo	59
5.1.1. Planeamento das Sessões	60
5.1.2. Observações Gerais.....	62
5.1.3. Reflexão e limitações da intervenção em grupo	63

Ação de Sensibilização: “É Impossível Não Comunicar”

6. Ação de Sensibilização “ <i>É Impossível não Comunicar</i> ”	66
6.1. Fundamentação Teórica.....	66
6.2. Tipos e Estilos de Comunicação	67
6.3. Plano da Ação de Sensibilização	68
6.4. Reflexão e Limitação da Ação de Sensibilização	71

Outras Atividades

7. Atividades Desenvolvidas no Contexto de Estágio.....	73
7.1. Panfleto: “ <i>O Alzheimer e nós</i> ”	73
7.2. Projeto “Conhecer e Apoiar”	74

7.3. Grupo de Terapia Ocupacional “ <i>O Cantinho da Misericórdia</i> ”	74
 Reflexão	
8. Reflexão Geral Sobre o Estágio	78
 Bibliografia.....	 81
 Anexos	
Anexo I - Breve Descrição dos Casos de Avaliação.....	86
Anexo II - Programa de Treino de Competências Sociais.....	90
Anexo III - Ficha de Avaliação Ação de Sensibilização: “ <i>É Impossível Não Comunicar</i> ” & Certificado de Participação.....	97
Anexo IV - Apresentação da Ação de Psicoeducação em PowerPoint.....	101
Anexo V - Planificação da Atividade “ <i>O Cantinho da Misericórdia</i> ”	106
Anexo VI - Panfleto “ <i>O Alzheimer e Nós</i> ”.....	109
Anexo VII - Certificado de Participação “ <i>Cantinho da Misericórdia</i> ”	112
Anexo VIII - Questionário Demográfico e Documento de Identificação do Projeto “ <i>Conhecer e Apoiar os Seniores de Barcelos</i> ”	114

Índice de Quadros

Quadro I: Processo de Intervenção da Paciente F	33
Quadro II: Caraterização Geral das Caraterísticas dos Utentes das Intervenções em Grupo	60
Quadro III: Planificação das Tarefas das Sessões Apresentadas ao Grupo “Ora faço eu, ora faz tu”	61
Quadro IV: Planificação da Ação de Sensibilização	69
Quadro V: Breve Descrição do Caso Clínico D	87
Quadro VI: Breve Descrição do Caso Clínico E	88
Quadro VII: Breve Descrição do Caso Clínico B	88
Quadro VIII: Planificação das Tarefas das Sessões Apresentadas ao Grupo “O Cantinho da Misericórdia”	107

Caraterização da Instituição

1. Caraterização da Instituição

O presente estágio decorreu na Santa Casa de Misericórdia de Barcelos (SCMB), uma instituição que tem como principal missão, promover o desenvolvimento de respostas sociais direcionadas para a Terceira Idade, Infância, Saúde e Religião. De modo a proceder á recolha da seguinte informação, recorreu-se à observação, à literatura referente à instituição e ao portal eletrónico da mesma.

Esta é uma instituição que se situa em Barcelos, estando em funcionamento desde 1500, sendo apenas em 1836, que o regime liberal cede a esta, o edifício do Convento dos Capuchos no campo da feira, local onde se situa atualmente.

A SCMB dá atualmente, resposta ao nível social e da saúde a duas valências, nomeadamente à idosa e infantil. A valência idosa é composta por cinco lares, dois centros de dia e duas unidades de visita domiciliária. Os lares são os seguintes: Lar Rainha Dona Leonor, Lar da Misericórdia, Lar Nossa Sra. da Misericórdia, Lar Santo André e Centro Social de Silveiros. Relativamente à valência infantil é constituída pelas seguintes instituições: Infantário Rainha Santa Isabel, ATL – Atividades Tempos Livres, Centro Infantil de Barcelos, Creche As Formiguinhas, Centro Social de Silveiros e a Creche Familiar. Na atualidade encontra-se também a dar resposta ao nível da saúde física, mais especificamente no âmbito da reabilitação na Clínica de Medicina Física e Reabilitação da Misericórdia de Barcelos e no Centro de Hemodiálise (Pedras, 2006).

O Lar da Misericórdia, localiza-se na ala Norte do Antigo Hospital da Misericórdia, em Barcelos, junto ao campo da República, este surgiu como “Asylo de inválidos”, em 1989. Na atualidade, este adapta-se a utentes de média e elevada dependência. Inicialmente, o mesmo acolhia pessoas indigentes e, sem apoio familiar. As suas instalações têm capacidade para trinta e oito utentes, os quartos (dois duplos, dez triplos e um quadruplo) encontram-se adaptados às necessidades dos utentes, com camas articuladas e casas de banho apropriadas para casos de maior dependência.

O edifício do Lar Rainha D. Leonor situa-se no centro da cidade de Barcelos e, foi inaugurado em 6 de Julho de 1985. O mesmo tem quatro pisos com capacidade para sessenta utentes integrando quatro quartos individuais e vinte e oito duplos. O mesmo integra um espaço museológico, em honra á benemerência da Comendadora D. Maria Eva Nunes Corrêa e de seu marido, homenageando assim a sua atenção dedicada a Misericórdia.

O Lar N^a S^a da Misericórdia inaugurado em 1990 e localizado também em Barcelos, era na altura a mais moderna estrutura que albergava idosos. A sua configuração em meia-lua, tendo um corredor a todo comprimento do edifício, que permite aos utentes poderem realizar caminhadas no Inverno. Este lar, tem capacidade para acolher setenta utentes, oferecendo quatro quartos individuais, quinze duplos e doze triplos, estando os mesmos, distribuídos por alas no 1^o andar, sendo que em cada uma destas, existe ainda uma sala de estar e copa. No rés-do-chão ficam situados todos os serviços de apoio, como a receção, a capela, gabinete de direção, gabinete médico e de enfermagem, refeitório, bar, cozinha, lavandaria e sala de convívio.

O Lar Santo André localiza-se numa zona urbana, sendo inaugurado em 19 de Maio de 2002. O edifício é constituído por rés-do-chão e 1^o andar, com capacidade para cinquenta e dois utentes, tendo assim quatro quartos individuais e vinte e quatro duplos, sendo que as alas dos quartos estão decoradas com cores diferentes para melhor orientação dos utentes.

A sede da valência do Centro de Dia localiza-se no Lar Nossa Senhora da Misericórdia, e iniciou a sua atividade em 1996 com o acolhimento inicial de vinte e cinco idosos. Os serviços disponíveis e prestados por esta valência, incluem todas as refeições desde o pequeno-almoço até ao jantar, assim como a higiene pessoal, o tratamento de roupas, animação e atividades desportivas devidamente acompanhadas por técnicos da área.

Diferentemente dos outros lares, o Centro Social Comendadora D. Maria Eva Nunes Corrêa não se localiza no centro da cidade de Barcelos, mas sim numa das freguesias deste concelho, em Silveiros. Este Centro foi inaugurado em 2003, e presta serviço de apoio quer a valência idosa quer a valência infantil. O mesmo localiza-se numa zona predominantemente rural, rodeada de campos de cultivo, o que vem permitir a quem lá reside, viver num ambiente calmo. Inicialmente, a sua capacidade de acolhimento na valência idosa, era destinada a seis idosos em lar e doze em serviço de apoio Domiciliário, mas devido ao número de idosos a apoiar ser superior, procedeu-se ao alargamento das capacidades de apoio, surgindo então uma nova ala com capacidade para mais quinze idosos. Esta valência encontra-se equipada com sete quartos duplos e sete quartos individuais, com janelas viradas para um agradável jardim, sendo que todos eles possuem casas de banho privadas devidamente equipadas.

Para dar resposta à valência de infância encontra-se um espaço disponível com a capacidade para acolher cinquenta crianças. As instalações possuem um berçário, uma sala para o primeiro ano, duas salas para crianças até dois anos e uma sala para pré-escolar. Estas são apoiadas por estruturas de apoio, nomeadamente: sala de amamentação, instalações sanitárias, ludoteca, refeitório, sala parque, copa de leites, sala de higienização, refeitório, parque infantil, equipado e recreio coberto, além destes espaços possui ainda cinco salas destinadas a ateliês. Existem ainda, estruturas de apoio comuns às duas valências: cozinha, lavandaria, sala de pessoal, vestiários e polivalentes. O Centro Social, é ainda composto por: uma capela, um refeitório, duas salas de atividades, uma sala de banho assistido, um consultório médico e de enfermagem.

Relativamente ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação, este encontra-se em funcionamento desde 2008 e localiza-se numa zona urbana, junto ao Lar Santo André. É uma das mais modernas e bem equipadas unidades de todo o país. Tem uma capacidade para oitocentos utentes, possui uma médica fisiatra e vários técnicos de fisioterapia, tendo como serviços, a Electroterapia, Fototerapia, Termo Terapia, Magnetoterapia, Hidroterapia, Massoterapia, Cinesioterapia, Ventiloterapia, Mecanoterapia, Treino terapêuticos. O gabinete de psicologia Clínica, também se encontra neste edifício.

1.1. População Alvo

Os utentes que residem nos diferentes lares da instituição, são maioritariamente cidadãos de Barcelos, acolhendo ainda habitantes de aldeias vizinhas, assim como de outras cidades do país. Na atualidade, estima-se que este número no total dos cinco lares, seja de duzentos e quarenta e cinco utentes, sem incluir os pertencentes ao centro de dia. Maioritariamente, são idosos que tomaram a iniciativa de residir no lar, embora seja composto por idosos que não têm suporte familiar ou as famílias não têm condições de os acolher.

1.2. Papel do Profissional de Psicologia na Instituição

A equipa multidisciplinar da SCMB é composta, dentro de outros profissionais de saúde, por três psicólogas, as mesmas encontram-se distribuídas pela valência idosa e valência infantil. Duas destas profissionais exercem funções de gestão psicofuncional, assim como intervenção psicológica individual quando necessário. A outra profissional

é dedicada à área clínica, área na qual estive integrada durante o período de estágio curricular. O papel exercido pelo Psicólogo Clínico nesta instituição, incide em realizar intervenção psicológica ao nível individual nas duas valências, desenvolvendo técnicas de avaliação e psicodiagnóstico (Silva & Soares, 2006), ajudando também os prestadores de cuidados, devido a ter-se verificado vários problemas também a nível psicológico em pais de algumas crianças. As consultas de psicologia clínica, são realizadas no Centro de Medicina Física e Reabilitação, no entanto torna-se importante ressaltar que algumas consultas aos idosos podem ser realizadas nos próprios lares, consoante as necessidades dos utentes.

Devido ao aumento da esperança média de vida e, por conseguinte o aumento da população idosa, a prestação de cuidados nesta faixa etária aumentou. Os vários aspetos que caracterizam o envelhecimento, levaram os profissionais de saúde, assim como a população em geral, a procurar medidas que possam proporcionar a atenção que a população idosa necessita, em especial no campo da saúde, não apenas no sentido de conseguir controlar as doenças, mas também a promoção do bem-estar físico, psíquico e social (Papaleo Netto, 2002).

O papel que o psicólogo ocupa junto desta faixa etária, torna-se então importante na medida em que pode atuar e ajudar na sua avaliação, como também na reabilitação cognitiva, na psicoterapia e na informação relativamente ao envelhecimento e suas consequências (Neri & Yassuda, 2004). O psicólogo, ocupa também um lugar importante na exploração das relações complexas entre os fatores biológicos e psicológicos, assim como no desenvolvimento de interações direcionadas à promoção da saúde e prevenção, tendo em relevância o conhecimento de mecanismos subjacentes ao desenvolvimento de doenças crónicas e seus correlatos psicológicos (Young & Vitaliano, 2007). Na sua atividade, pode ainda ajudar o idoso na manutenção de um estilo de vida saudável, na qual vai promover a redução de ocorrência de patologias, ajudar no reforço dos recursos do próprio idoso para a preservação da própria saúde mental, estimular à participação em atividades educacionais e sociais, criar novos interesses, estabelecer novos laços afetivos e apoiar a realização de novas atividades que estimulem a sua criatividade (Neri, 2004). O psicólogo, pode ainda ter um papel significativo na interação direta em psicoterapia de grupo, tal como referem Eizirik, Knijnik e Vasconcellos (2008), alguns dos temas importantes a ser trabalhados em psicoterapia, junto da população idosa, são: as perdas (das capacidades, da saúde,

família, trabalho, dos papéis sociais) e a manutenção da auto-estima. No que concerne ao envelhecimento patológico com défice cognitivo, o papel do psicólogo também se revela preponderante, através da realização de intervenções psicoeducacionais em pacientes com demência, e até mesmo para os seus cuidadores, assim como estimulação cognitiva em pacientes com queixas de memória (Padua, Souza, Brunstein, 2008).

De um modo geral, o papel do psicólogo revela-se importante não só no âmbito da prevenção primária em idosos saudáveis, como também revela ter um papel preponderante na reabilitação em idosos que já possuem algum problema de saúde instalado.

2. Levantamento das Necessidades e Prioridades do Contexto Institucional

A SCMB, é composta por uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos de clínica geral, fisioterapeutas, e profissionais na área da psicologia, nomeadamente na valência de infância, idosa e clínica, sendo que esta última, presta apoio a um grande número de casos, quer a nível da valência de infância e mesmo até dos seus familiares, quer ao nível da valência idosa. O encaminhamento infantil, assim como o encaminhamento dos seus familiares, é efetuado pela psicóloga infantil, já o encaminhamento dos idosos é efetuado pelos enfermeiros, nutricionista ou pelo médico.

Dado só existir uma psicóloga clínica, para a ajuda na resolução de um grande número de casos individuais, as necessidades observadas junto da mesma, resumem-se:

- Falta de formação de grupos de intervenção e terapia de grupo com idosos (uma vez que só existe uma psicóloga clínica na instituição, torna-se difícil para a mesma ter disponibilidade para realizar este tipo de atividades);
- Carência de materiais de avaliação de psicologia clínica como, testes de avaliação e questionários validados para a população portuguesa (sendo que esta carência, se deve em parte ao serviço de psicologia clínica ainda ser recente na instituição);
- Torna-se também importante o desenvolvimento de estratégias e novas técnicas de intervenção, que possibilitem um maior bem-estar aos utentes;
- Revela-se ainda pertinente a formação e psicoeducação dos auxiliares, uma vez que estes estão diretamente ligados à prestação de cuidados dos utentes, e atendendo que estes têm necessidades diferentes ao nível da saúde no geral, tornava-se importante existir maior formação na forma como lidar com cada um deles, especialmente nas demências.

2.1. Metodologia de Observação dos Pontos Anteriores

No âmbito da caracterização da Santa Casa de Misericórdia de Barcelos, recorreu-se ao portal eletrónico da instituição e à literatura referente à mesma. No que concerne à recolha de informação relativamente às necessidades da instituição, a mesma foi sendo recolhida e registada ao longo do período de estágio através de conversação com a orientadora do local, de conversas formais e informais com os profissionais da instituição (técnicos e colaboradores), assim como, através da observação direta das atividades dos idosos da instituição.

Casos de Observação Inicial

3. Observação Inicial

3.1. População Alvo da Observação

Numa primeira fase, a nossa atividade como estagiários começou por ser a observação de forma direta, aprendendo como atuar assim como a desenvolver as nossas competências profissionais e humanas. Assim sendo, o foco principal numa primeira fase centrou-se na observação da relação entre psicólogo-utente, no que concerne não só as metodologias e técnicas de avaliação utilizadas, mas também na interação desta com os utentes, à recolha de informação relativa ao processo de intervenção assim como conhecer e perceber a dinâmica das consultas.

Apesar da Psicóloga Clínica da SCMS prestar apoio psicológico à valência infantil, e idosa, assim como a prestadores de cuidados das crianças, o presente estágio focalizou-se apenas na valência idosa, direcionando desta forma a observação aos casos clínicos desta mesma valência da instituição.

O processo de observação inicial teve a periodicidade de 3 meses, durante o qual se tornou possível observar diferentes casos, aos quais assistíamos salvo quando os pacientes manifestavam a preferência de que não estivéssemos presentes durante as consultas. Durante este período, foi usado como método de recolha de informação o diário de bordo, onde foi sendo registada toda a informação relevante à aprendizagem, assim como o registo de todas as atividades realizadas. Diariamente era ainda realizada uma discussão sobre os casos observados (com a orientadora do local), assim como uma reunião semanal onde se expunham e esclareciam dúvidas.

Durante este processo foi possível observar diferentes casos clínicos, nomeadamente:

- Adaptativas: Luto, adaptação ao funcionamento do contexto do lar;
- Neurológicas: Demências, especificamente a Tipo Alzheimer, de Corpos de Lewy, Parkinson e Doenças do Movimento como a Esclerose Múltipla;
- Mentais: Psicoses, Atrasos Cognitivos, Depressão;
- Físicas: saúde e Nutrição.

3.2. Observação dos Casos Clínicos

Durante o período inicial de observação, tivemos a oportunidade de observar 17 casos clínicos, no entanto seguidamente será apresentado apenas um caso de cada problemática.

3.2.1. Caso A

A paciente A. tem 79 anos, foi encaminhada pelo serviço de enfermagem, devido a provável reação ao luto do marido. A paciente ficou viúva à dois anos, e a forma como este faleceu ainda é um assunto sobre o qual a paciente não gosta de falar, referindo ficar muito aborrecida ao faze-lo. A Sra. A. vem à consulta semanalmente, vestindo sempre peças de vestuário de cor preto. Esta apresenta sintomatologia depressiva, dificuldades em descansar e problemas interpessoais com os pares. A intervenção efetuada pela psicóloga clínica, passava pela reestruturação cognitiva, terapia das reminiscências e ainda trabalhar questões de suporte familiar.

3.2.2. Caso B

A paciente B. tem 86 anos, foi encaminhada para a psicóloga clínica, referenciada com uma perturbação neurológica, especificamente Demência de Corpos de Lewy. Esta paciente apresenta cognição flutuante, perdas de memória, confusão mental e algumas dificuldades na fala. Ao nível dos movimentos, apresenta alguma rigidez e tremura. Ao nível da intervenção, encontrava-se a realizar estimulação cognitiva, com uma periodicidade semanal. Aquando término do período estágio, a paciente ainda se encontrava a realizar a intervenção.

3.2.3. Caso C

A paciente C. tem 67 anos, foi encaminhada para a especialidade de psicologia, por apresentar uma Perturbação Neurológica do Movimento do tipo Esclerose Múltipla com episódios de ansiedade. Esta apresenta delírios persecutórios, alucinações, choro, depressão, dificuldades intestinais, défice cognitivo grau II, défice executivo, défice nas praxias construtivas, no pensamento abstrato, desorganização visuo-espacial e ainda

atividade paranóide, estando a ser seguida em tratamento psiquiátrico. Esta paciente encontra-se também muito afetada ao nível dos movimentos voluntários e involuntários. Até ao momento de finalização de estágio, esta paciente encontrava-se a realizar sessões de fisioterapia e um treino de reabilitação cognitiva uma vez por semana com a estagiária de Neuropsicologia.

3.2.4. Caso S

A paciente S. tem 76 (já falecida) anos de idade, foi encaminhada para a especialidade de psicologia pelo enfermeiro e nutricionista. Junto desta paciente, o objetivo principal era trabalhar os comportamentos relacionados com a alimentação e motivação para a perda de peso, visto possuir alguns problemas de saúde (hipertensão, diabetes, e pacemaker). Apesar das primeiras consultas serem efetuadas somente pelo serviço de psicologia, num momento seguinte começaram a ser acompanhadas pela nutricionista da instituição. Este trabalho conjunto, visava motivar e explicar a importância na mudança de hábitos alimentares para a perda de peso, e obtenção de melhoria na saúde e bem-estar.

3.2.5. Caso M

A paciente M. (já falecida) tinha 76 anos de idade, foi encaminhada para a psicóloga clínica, devido a sua má adaptação ao funcionamento do lar e para a gestão de conflitos com as auxiliares. A utente encontra-se a residir no lar à 6 anos, depois de ter sofrido uma trombose, que a deixou bastante afetada ao nível motor. Após ter saído do hospital, veio logo para o lar, visto não ter filhos e ser solteira, demonstrando ainda alguma revolta, por se sentir abandonada pelos seus familiares. Durante o seu acompanhamento eram trabalhadas as questões de comunicação assertiva e gestão de conflitos.

3.2.6. Caso G e R

A paciente G. e o Sr. R. eram um casal de idosos que tinham entrado muito recentemente no lar, e apresentavam notórias dificuldades de adaptação às normas do mesmo, evidenciadas mais pelo Sr. R, tendo este muitas vezes comportamentos agressivos, principalmente com a sua esposa.

O casal foi encaminhado pelo enfermeiro do respetivo lar, para o serviço de psicologia. A primeira abordagem não foi fácil, o Sr. R demonstrou-se bastante irritado com a presença da psicóloga e mesmo até com as estagiárias, demonstrando comportamentos de rejeição. Após algumas semanas da sua entrada no lar, o Sr. R adoece acabando por falecer uns dias mais tarde. Inicialmente, a esposa teve uma resposta adequada com o luto, mas rapidamente começou a notar-se uma grande confusão mental e com comportamentos desadequados, segundo os enfermeiros. Esta paciente foi encaminhada para o serviço de psicologia, tendo terminado pouco tempo depois, visto a paciente recusar ter ajuda nesse âmbito.

3.2.7. Caso L

A paciente L. é residente do lar e apresenta alguns atrasos cognitivos. É acompanhada pelo serviço de psicologia, por apresentar comportamentos desadequados como cuspir para o chão, além de não conseguir manter a atenção ao que lhe é perguntado, não ouvindo o que lhe é dito até ao final. A intervenção realizada, passava por trabalhar comportamentos de competências sociais. A posteriori, esta paciente vem a integrar o grupo terapêutico do treino de habilidades sociais “*ora faço eu, ora faz tu*”.

3.2.8. Caso N

A paciente N. tem 68 anos de idade, e esta a ser acompanhada pelo serviço de psicologia clínica há dois anos. A paciente foi encaminhada pelo serviço de enfermagem do respetivo lar, por apresentar comportamentos característicos da demência de tipo Alzheimer. Após avaliação inicial, em que a paciente revela um quadro demencial leve, passou a ser realizado um treino de estimulação cognitiva uma vez por semana, com o intuito de prevenir ou adiar uma deterioração mais progressiva.

Casos de Avaliação Individual

4. Caracterização da Intervenção Individual

Após o tempo de observação inicial junto da psicóloga clínica da instituição, foi realizada a intervenção e avaliação individual de cinco casos clínicos. Os encaminhamentos foram realizados pela psicóloga orientadora da instituição, tendo como critério de seleção: o tempo prolongado da lista em espera, a análise do processo clínico do utente e a urgência do pedido de intervenção.

No que concerne à fase de avaliação psicológica, torna-se importante salientar que foi utilizado o método da entrevista clínica para recolher informação. Esta técnica revela-se impar na possibilitação da observação das (in) congruências entre a linguagem verbal e não-verbal, dos silêncios no decorrer das sessões, do tom de voz do comportamento do paciente quando são abordados determinados temas, etc. (Silva, 2004.) Considerou-se também importante o recurso à utilização de testes psicométricos, uma vez que no decorrer das sessões foram surgindo dúvidas relativas ao estado cognitivo e mental dos pacientes encaminhados, tendo sempre em conta as especificidades de cada caso. Assim sendo os testes de avaliação psicométrica a que se recorreu nos casos de intervenção foram:

Mini-Mental State – MMS (Folstein, Folstein e McHugh, 1975, adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colaboradores, 1993).

O Mini-Mental State apresenta-se como um teste de rastreamento, que avalia as funções cognitivas. Este teste é constituído por 6 questões, que avaliam diferentes parâmetros cognitivos, tais como: orientação espacial e temporal, memória imediata, evocação, cálculo, linguagem e nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia do desenho.

O ponto de corte em pessoas com escolaridade é de 23 pontos e, em pessoas analfabetas é de 16 pontos.

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

A Escala de Depressão Geriátrica, foi desenvolvida especificamente para o rastreamento da depressão na terceira idade. Esta é composta por 30 itens que avaliam o comportamento e os sentimentos durante a última semana, as respostas variam entre sim e não.

Relativamente aos resultados estes variam: de 0-10= ausência de depressão; 11-20= depressão ligeira; 21-30= depressão grave.

Questionário do Estado de Saúde - SF 36 (Gangek & Ware, 1988, adaptado por Ferreira, 2007)

O Questionário de Saúde SF-36 é composto por 36 afirmações, que permitem avaliar o estado global de saúde do utente. Inclui 8 sub-dimensões que avaliam as diferentes componentes da saúde, nomeadamente: a função física, desempenho físico, dor física, saúde em geral, desempenho emocional, função social e vitalidade, sendo que estas duas últimas podem ser agrupadas em duas: a dimensão física e dimensão mental.

Escala de Suporte Social (ESSS) (adaptado por Pais – Ribeiro, 1999)

A Escala de Suporte Social, é constituída por 15 afirmações, as quais avaliam 4 fatores: Satisfação com os amigos, Intimidade; Satisfação com a Família e Atividades Sociais. O utente deve responder numa escala de *likert* o grau em que concorda ou discorda da afirmação (concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente).

Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS) (Davis, Mohs & Rosen, 1983, adaptado por Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia, 2003).

A Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer é um teste, desenvolvido com o objetivo de avaliar o grau de alterações cognitivas em demências ou caso de suspeita de doença de tipo Alzheimer. É composto por 11 itens que avaliam a memória, linguagem, praxias e compreensão de comandos. A pontuação máxima é de 70 pontos, e quanto maior for a pontuação maior o comprometimento cognitivo do indivíduo.

4.1. Atividades de Acompanhamento e Intervenção Psicológica

4.1.1. Caso Clínico F (Caso Detalhado)

Identificação

F. é uma mulher de 73 anos de idade, natural de Lisboa. Tem 2 filhos, e é viúva. Ao nível de habilitações literárias, possui o 5º ano de escolaridade. Reside no lar Nossa Senhora da Misericórdia (um dos cinco lares da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos), à quinze anos, momento em que teve um AVC e ficou impossibilitada de habitar sozinha (a paciente encontra-se numa cadeira de rodas).

Estado Mental/Observação

F. apresenta contato ocular, por vezes com uma expressão facial triste, com humor deprimido e anedonia. Apresenta-se maioritariamente com uma aparência cuidada, o seu tom de voz é ajustado, mantendo um discurso fluente. Ao nível da orientação auto e alopsíquica, revela por vezes alguma dificuldade. Relativamente à avaliação de perigo iminente, a paciente F. refere já ter pensado em suicídio, no seu passado, devido ao estado deprimido em que se encontrava, embora nunca tivesse feito nenhuma tentativa nesse sentido, não passando de uma ideia. A paciente demonstrou-se bastante cooperante desde as consultas iniciais e mesmo nos momentos de avaliação psicométrica.

Encaminhamento

A paciente é encaminhada para o serviço de psicologia através do enfermeiro do lar, devido ao seu “mau” relacionamento com os outros utentes, assim como o seu “humor triste” e tendência autodepreciativa. Deste modo foi pedida uma avaliação dos sintomas depressivos e acompanhamento psicológico.

História do Problema

A história do problema começa quando os seus dois filhos vão para a universidade (universidade Coimbra 1986), quando F. tinha 47 anos de idade, período em que foi

acompanhada pelo serviço de psiquiatria do hospital de Coimbra, com diagnóstico de depressão Major, fazendo consultas regulares durante um período de aproximadamente seis meses. F. é encaminhada para o serviço de psicologia da instituição, devido ao seu “relacionamento conflituoso” com os outros utentes, a mesma apresenta ainda nervosismo, alguma irritabilidade, humor triste, alguns pensamentos negativos disfuncionais, assim como pensamentos negativistas sobre si mesmo e sobre o futuro, bem como dificuldades no relacionamento interpessoal. Durante o contato das primeiras sessões, a paciente demonstra alguns sintomas depressivos e a sua principal queixa esta relacionada com os pensamentos negativos de si “sinto-me inútil, dependo de todos”, “não posso fazer nada, agora estou presa a esta cadeira” (sic), assim como a manifesta culpa que sente relativamente a sua relação um pouco conflituosa com seu filho, devido a nunca ter aceite a escolha que este fez em casar-se com a atual esposa com a qual não mantém qualquer relação “ a minha nora nunca gostou de mim, ele nunca devia ter casado com ela” (sic). Quando abordada sobre o tema pelo qual foi encaminhada, refere que se deve ao “humor instável” que ficou desde que teve a depressão no passado, “ não aguento ficar calada, quando sei que tenho razão, desde que tive a depressão que fiquei sem paciência e não consigo calar-me” (sic.), a mesma refere ter noção da sua agressividade verbal para com os outros. O sentimento de desmotivação e descontentamento não facilita o seu bom relacionamento com os pares. No que concerne à sua auto definição, refere sentir-se pouco útil, devido à sua limitação física, pois é dependente de uma cadeira de rodas. Relativamente a perspetivas futuras, revela não ter muita expectativa no futuro, “ desde que o meu marido morreu, e vim para cá sem os meus filhos, o meu futuro perdeu sentido” (sic.), referindo ainda que as atividades propostas pela instituição, não lhe despertam interesse optando por ficar na instituição e com poucas reuniões sociais.

História do Desenvolvimento Psicossocial

Nascida em Lisboa, no seio de uma família pequena F. refere ter tido uma infância muito feliz, não possuindo recordações negativas dessa fase, tendo sido uma criança planeada e desejada pelos pais, é filha única e pertencente a uma família de condição socioeconómica média. O pai pertencia à Guarda Nacional Republicana de Lisboa, e refere que a mãe nunca trabalhou fora de casa. No que concerne à história da gravidez, revela não ter havido qualquer tipo de complicações descrevendo-se ainda como um

bebé calmo e saudável. A sua infância foi passada entre Lisboa, cidade onde os pais moravam, e Costa da Caparica junto dos seus padrinhos na época de Verão, momentos que recorda como sendo muito bons. No que confere à vida académica, F. realizou os estudos até ao 5º ano de escolaridade na área de comercial, demarcando-se como boa aluna durante toda a fase escolar, “ adorava estudar matemática e história” (sic.), relativamente as suas amizades, diz serem muitas e algumas eternizaram-se até mesmo após o período escolar.

Quanto ao período da adolescência, refere que a adaptação foi fácil, sem grandes problemas a mencionar. Aos 14 anos teve o seu primeiro e único namorado, com o qual vem a casar 5 anos mais tarde. Após o seu casamento, vai morar para a Covilhã juntamente com o seu marido. Inicialmente descreve o seu casamento como sendo pouco satisfatório, devido ao excesso de ciúmes por parte do seu cônjuge, que refere terem desaparecido após o nascimento do primeiro filho. Do seu casamento resultam dois filhos, o mais velho do género feminino e o mais novo do género masculino. A paciente menciona, ter tido um casamento feliz, “era uma relação de muito amor e cumplicidade.” (sic.). Quanto à vida profissional, F. trabalhava com o seu marido, num supermercado, estrutura da qual eram proprietários. Recorda que realizou os seus estudos na área comercial propositadamente para poder ajudar o marido nas tarefas laborais, uma vez que este já era proprietário do supermercado enquanto solteiro. Recorda também que gostava muito do que fazia, porque além de poder estar sempre junto do seu marido, também mantinha muito contato social e estabelecia laços de amizade e não era um emprego monótono, exercia várias tarefas desde vendas à tarefas de contabilidade. Relativamente à sua vida familiar, refere ter sido sempre uma mãe muito presente, acompanhava sempre os seus filhos à escola, assim como às consultas médicas e em todos os passeios realizados pelos mesmos. Demonstra grande emotividade quando fala dos filhos, mencionando que é quando estes se afastam de casa para ir estudar para a Universidade em Coimbra, que entra na sua fase de depressão. Todos os dias lhes ligava para saber como estavam e como tinha corrido o seu dia, “ era muito doloroso para mim não os poder ver todos os dias, para saber se estavam realmente bem” (sic.). É quando relembra este acontecimento de vida, que conta o momento em que pensou algumas vezes em suicídio (embora nunca chegasse a efetuar nenhuma tentativa), porque não aguentava o sentimento de tristeza pela ausência dos seus filhos e a sobrecarga laboral para o seu marido, que tinha que lhe prestar cuidados

(devido à depressão) e trabalhar sozinho no supermercado, uma vez que ela não o conseguia ajudar. A mesma refere, que a sintomatologia foi diminuindo, ao passo que os anos passavam e o tempo académico dos filhos ia terminando.

É após ter sofrido um AVC, que a paciente vem residir para a SCMB, menciona que a adaptação foi fácil, entendendo que foi uma boa escolha uma vez que já não tinha condições físicas para morar sozinha devido às limitações físicas geradas pelo AVC, “os meus filhos tinham o seu trabalho não podiam ficar a tomar conta de mim durante o dia, a melhor escolha foi esta” (sic). Encontra-se institucionalizada à 15 anos, e durante os mesmos sempre teve a visita dos filhos, embora com mais frequência do filho mais novo, justificando as escassas visitas da filha, por esta morar mais longe, mas refere que a mesma lhe telefona todas as semanas.

Avaliação Psicológica e Resultados

Face aos sintomas evidenciados pela paciente, e após recolha cuidadosa de toda informação relativa a sua história através da entrevista clínica, procedeu-se a avaliação dos sintomas evidenciados. A avaliação dos sintomas realizou-se através da Escala de Depressão Geriátrica, Mini-Mental State, a Escala de Suporte e Satisfação Social assim como o Questionário do Estado de Saúde Sf-36.

Tendo-se verificado sintomatologia depressiva clinicamente significativa, aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica, cujo resultado (19 pontos) demonstrou uma depressão ligeira. Com a finalidade de avaliar o seu estado cognitivo, foi administrado o Mini-Mental State cujo resultado, aponta para ausência de défice cognitivo (24 pontos), obtendo a pontuação máxima em todos os exercícios exceto no exercício de orientação e evocação. A aplicação deste exame torna-se relevante na medida em que os sintomas cognitivos nesta faixa etária podem apresentar-se como desorientação, perdas de memória e distração (APA, 2002). Assim sendo torna-se pertinente realizar uma avaliação ao nível cognitivo, uma vez que, o aparecimento de sintomas depressivos nesta faixa etária tem sido considerado como um fator de risco, na medida em que a depressão pode estar associada ao início de uma demência, posto que a comorbidade desta contribui amplamente para o comprometimento das capacidades funcionais no idoso (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Como forma a averiguar se existia relação entre os sintomas depressivos e o suporte social, foi aplicada também a Escala de Suporte Social, onde os resultados revelam

baixas pontuações ao nível das Atividades sociais (4 pontos) Satisfação com os amigos (10 pontos), Intimidade (9 pontos) e Satisfação com a família (6 pontos).

Com a finalidade de avaliar a sua perceção de saúde física e psicológica aplicou-se Questionário do Estado de Saúde SF 36, os resultados obtidos revelaram pontuações negativas em todas as dimensões da componente mental: Vitalidade (40 pontos) Funcionamento Social (20 pontos), Desempenho Emocional (40 pontos), Saúde Mental (30 pontos) e ao nível do Componente Físico revelou valores negativos no Funcionamento Físico (0 pontos) e Saúde Geral (0 pontos) e valores positivos nas dimensões Dor corporal (80 pontos) e Desempenho Físico (50 pontos).

Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)

Eixo I: 296.31 Perturbação Depressiva Major, Recorrente, Ligeira

Eixo II: Sem diagnóstico

Eixo III: Nenhum

Eixo IV: Viuvez

Isolamento social

Eixo V: AGF Inicial: 51

AGF Final: 60

Conceptualização Clínica do Caso

O problema de F. foi analisado segundo o modelo depressivo de Beck (1982), onde o mesmo postula que são os pensamentos, as ideias e imagens distorcidas, a base dos sintomas da depressão. Beck (1967, cit in Gonçalves, 1999), refere que os sintomas depressivos e psicopatológicos provêm de distorções cognitivas, isto é, de um modelo cognitivo disfuncional, ou seja, os pensamentos distorcidos, ideias ou mesmo imagens são o suporte dos sintomas da depressão.

Tomando em consideração a história desenvolvimental de F. esta apresenta a partir de uma fase da sua vida uma história de humor deprimido. O desencadear do seu quadro clínico, aparenta estar diretamente relacionado com momento em que os dois filhos se ausentam de casa e, vão para Coimbra estudar. A baixa autoestima e, visão crítica do

self, levam o paciente a ter comportamentos disfuncionais nas suas relações sociais, levando-a ao isolamento social, assim como respostas cognitivas derrotistas “não sou competente para sustentar os meus filhos” (sic.), levando estes fatores a que a paciente tivesse respostas emocionais desadequadas, ou seja, constante humor deprimido ao longo do dia. De salientar ainda que F. revela crenças disfuncionais que promovem ainda a manutenção do seu quadro clínico, quer relativamente ao seu futuro “agora já não dá para fazer planos, já não sirvo para nada” (sic.), quer relativamente ao mundo “as pessoas de hoje são mais frias.” (sic.). O conjunto destas crenças, juntamente com a baixa autoestima e diminuto suporte social contribui para o favorecimento da manutenção dos sintomas depressivos. Revelou-se importante promover alterações ao nível dos processos cognitivos, através dos quais a paciente percebe o mundo à sua volta, sendo que neste momento se traduz numa estreita visão negativa. Ainda a exacerbação das distorções cognitivas, aparentam ser o fator de manutenção do humor deprimido, ou seja, desta forma o paciente hiper valoriza os acontecimentos negativos e aparenta uma incapacidade de alterá-los individualmente, tornando-se assim evidente a presença de esquemas cognitivos negativos quer face a si quer face ao mundo. De acordo com Beck (1979 cit in Gonçalves, 1999), o conceito de esquemas, é utilizado para explicar porquê que um paciente deprimido mantém os seus comportamentos indutores de sofrimento e auto destruidores, apesar de existirem evidências de fatores positivos na sua vida.

Objetivos e Estratégias Terapêuticas

Numa fase inicial, o processo de intervenção estabeleceu-se através de uma relação terapêutica baseada na criação de confiança, atitude empática e acolhimento. Toda a sua história de vida foi, recolhida através da entrevista clínica da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. Após a sua recolha foram implementadas algumas estratégias.

A intervenção geral teve como finalidade, diminuir a sintomatologia depressiva inerente ao seu diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, sendo que para o efeito da mesma, foram usadas técnicas de terapia Cognitivo-Comportamental semanalmente, nomeadamente a Reestruturação Cognitiva e a Terapia da Reminiscências.

A terapia Cognitiva aplicada à paciente, teve a duração de seis meses e ocorria uma vez por semana, cujo objetivo foi ensinar a pensar de uma forma mais funcional, alcançando desta forma pensamentos mais positivos e funcionais. A escolha das

técnicas, fora de acordo com a conceitualização geral, e as suas metas em cada sessão eram modificar o humor deprimido, triste, pensamentos negativos e disfuncionais, produzindo desta forma mudança nas suas atitudes e pensamentos negativos, mudança no seu autoconceito, e valorização do futuro.

A Reestruturação Cognitiva foi utilizada com o propósito de ajudar o paciente a identificar os pensamentos e crenças disfuncionais, assim como a irracionalidade dos mesmos. Uma vez identificados, o objetivo foi substituí-los por outros de caráter mais adaptativo (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2007). Outra técnica utilizada foi a Terapia da Reminiscências. A Reminiscência, foi aplicada com o intuito do paciente recordar experiências ou fatos, aos quais associasse dor ou prazer (Aberg, Hepworth, Lithell, O'Reilly & Sidenvall, 2005 cit in Albuquerque, Gonçalves & Martín, 2008). Com a realização desta terapia, pretendeu-se que F., recorda-se situações vividas, analisando desta forma o passado, a adaptação a transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da autoimagem do paciente (Maes & Puyenbroeck, 2005 cit in Albuquerque, Gonçalves & Martín, 2008). A Terapia das Reminiscências pode ser utilizada de forma preventiva ou remediativa (Albuquerque, Gonçalves & Martín, 2008). Durante o processo terapêutico com F., foi utilizada de forma remediativa, dado a sintomatologia já estar instalada. Esta foi utilizada com o principal intuito de diminuir a sintomatologia depressiva do utente.

O objetivo inicial do processo terapêutico, era reduzir os conflitos verbais entre o mesmo e com os outros utentes da instituição, desentendimento que acontecia devido à paciente possuir julgamentos negativos face aos outros utentes, “elas falam mal de mim assim que viro costas” (sic) alterando para isso o seu pensamento disfuncional relativo aos julgamentos negativos que os outros fazem dela, sendo desta forma obtido de forma positiva.

Planeamento

A reabilitação (uma vez por semana) teve a sua primeira sessão no dia 9 de Janeiro de 2012, e terminou no dia 7 de Julho de 2012, (num total de 31 sessões). As sessões foram feitas sempre no mesmo horário (salvo algumas exceções, devido a imprevistos), com a duração, aproximadamente, de uma hora. De seguida, é apresentado um quadro que aborda de uma forma sucinta, os exercícios realizados com o paciente F ao longo de todo o processo de intervenção.

Quadro I - Processo de Intervenção da Paciente F

<i>Sessão</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Estratégias/Exercícios</i>
1,2,3,4	Entrevista clínica; Insight dos défices; Expressão da emoção; Promoção do bem-estar e satisfação.	Terapia de Orientação para a Realidade; Recolha de informação relativa ao utente.
5,6,7,8	Aplicação do MMS; GDS; ESSS e SF-36; Promoção do bem-estar e satisfação.	Terapia de Orientação para a Realidade; Avaliação das alterações cognitivas; dos sintomas depressivos, do suporte social e da perceção da saúde física e psicológica.
9,10,11,12	Promoção do bem-estar e satisfação; Expressão da emoção; Estimulação do funcionamento cognitivo geral; Insight dos défices.	Terapia de Orientação para a Realidade; Sequências Lógicas; Semelhanças; Memória Imediata; Estratégias ligadas a reestruturação cognitiva.
13,14,15	Promoção do bem-estar e satisfação; Expressão da emoção; Estimulação do funcionamento cognitivo geral.	Terapia de Orientação para a Realidade; Estratégias ligadas a reestruturação Cognitiva; Memória Imediata e Remota.
16,17,18,19	Promoção do bem-estar e satisfação; Expressão da emoção; Estimulação do funcionamento cognitivo geral;	Terapia de Orientação para a Realidade; Estratégias ligadas a reestruturação Cognitiva; Terapia de Reminiscência Memória Remota.

	Insight dos défices.	
20,21,22,23,24,25	Promoção do bem-estar e satisfação; Expressão da emoção; Estimulação do funcionamento cognitivo geral.	Terapia de Orientação para a Realidade; Terapia de Reminiscência; Estratégias de reestruturação cognitiva; Identificação das distorções cognitivas.
26,27,28,29	Promoção do bem-estar e satisfação; Insight dos défices; Aplicação do MMS; GDS; ESSS e SF-36.	Terapia de Orientação para a Realidade.
30	Fim das sessões.	Feedback do paciente.

Primeiro Bloco de Sessões (1ª à 4ª)

As primeiras sessões foram especialmente dedicadas ao estabelecimento da relação empática entre terapeuta e paciente, assim como à recolha da história clínica do paciente, através da entrevista clínica da SCMB, de modo a perceber o problema pelo qual tinha sido encaminhada.

Segundo Bloco de Sessões (5ª à 8ª)

Efetuada a recolha de informação relativa ao paciente, às sessões foram direcionadas à avaliação dos sintomas. Deste modo e de forma a avaliar as alterações cognitivas, foi aplicado o Mini-Mental State. Ao nível da avaliação da sintomatologia depressiva foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica e no âmbito da avaliação do suporte social, usou-se a Escala de Suporte Social, relativamente à sua perceção física e psicológica foi utilizado o Questionário do Estado de Saúde - SF36.

Devido a algumas queixas de falta de memória apresentadas, foi introduzido também a partir destas sessões a Terapia Orientada para a Realidade (TOR), no início de cada sessão. Todas as sessões começavam por relembrar o dia da semana, o dia do mês, o mês do ano, o ano, bem como o nome do lar em que nos encontrávamos assim como o respetivo piso (Camões, Pereira & Gonçalves, 2005). Inicialmente a utente demonstrava algumas dificuldades em lembrar do dia em que estávamos, mas com o passar das sessões foram encontradas estratégias que a ajudavam a lembrar, tal como olhar todos os dias o calendário que tinha no quarto.

De forma a motivar a paciente, foi-lhe sendo explicada a importância deste tipo de exercício para ajudar a que se mantivesse sempre orientada no tempo.

Ainda no âmbito das queixas de falta de memória, foram também introduzidos alguns exercícios de estimulação cognitiva, nomeadamente exercícios de memória imediata e remota, assim como exercícios de semelhanças e sequências lógicas.

Terceiro Bloco de Sessões (9ª à 12ª)

A partir da informação obtida através da entrevista clínica, e dos resultados obtidos através do material de avaliação, foi permitido proceder ao início da conceptualização do caso, permitindo desta forma, encontrar estratégias de intervenção que possibilitassem o início da remissão de alguns dos sintomas negativos apresentados pelo paciente.

A psicoeducação do utente sobre a depressão assim como o esclarecimento quanto à intervenção a realizar, foi o primeiro passo da intervenção. Tendo em consideração que a paciente tinha capacidades cognitivas, para perceber a informação relativa ao seu “problema”, este fator funcionou como recurso, na medida em que permitiu consciencializar a mesma para reconhecer os seus pensamentos disfuncionais, a relação

entre cognições e comportamento, e de que pode ter controlo sobre os mesmos, ou seja, sobre os seus pensamentos disfuncionais e consequentes emoções e comportamentos.

O modelo cognitivo de Beck (1967, 1976), é um dos principais modelos que explica a depressão. Neste, o autor refere que a depressão pode estar intimamente ligada a pensamentos disfuncionais, e propõe que experiências de vida formam suposições gerais que o indivíduo tem sobre si, da realidade que o circunda e do futuro (tríade cognitiva) e que estas experiências são utilizadas depois para organizar a perceção, orientar e avaliar o comportamento, sendo necessárias ao comportamento normal do indivíduo. Durante as sessões, e de forma a tentar modificar os pensamentos disfuncionais e negativos apresentados, uma vez que a mesma apresenta bastantes crenças disfuncionais e pensamentos errados, foram introduzidas estratégias de reestruturação cognitiva do modelo de Beck (Beck et al 1982,). Através da monitorização e identificação dos pensamentos automáticos, pretendeu-se corrigir pensamentos disfuncionais substituindo-os por cognições mais realistas, ou seja, com esta técnica pretendia-se que F. reconhecesse e alterasse as falsas crenças e pensamentos desadaptativos que apresenta.

A Reestruturação Cognitiva, parte do princípio que as desordens emocionais são consequência de crenças irracionais, passando a terapia por intervir nesses pensamentos, alterando-os por outros mais funcionais e adaptativos (Dobson & Block 1988, cit in Gonçalves, 2004; Beck 1963, 196, cit in Bahls & Novolar, 2004).

Quarto Bloco de Sessões (13ª à 15ª)

Tal como referido anteriormente, todas as sessões começavam por recordar o dia do mês, o dia da semana, o mês, o ano, o local onde nos encontrávamos assim como o piso do lar. Com o passar das sessões e o uso da estratégia da paciente, pôde verificar-se que a dificuldade ia diminuindo substancialmente. Devido às suas queixas de alguma falha de memória, durante as sessões eram também realizados alguns exercícios de estimulação cognitiva, nomeadamente relativos a memória imediata e remota.

Durante estas sessões procedeu-se com a continuação do uso de estratégias da reestruturação cognitiva. Neste momento, começam a verificar-se progressos ao nível da substituição dos seus pensamentos identificados como disfuncionais, por pensamentos mais adaptativos, nomeadamente em relação as companheiras de mesa na hora do almoço e jantar.

Quinto Bloco Sessões (16ª à 19ª)

Nas seguintes sessões, além da Terapia para a Orientação para Realidade, dos exercícios de estimulação cognitiva e de Reestruturação Cognitiva, foi introduzida a Terapia da Reminiscências. O objetivo principal era que a paciente conseguisse recordar experiências ou fatos aos quais associasse dor ou prazer (Aberg, Hepworth, Lithel, O'Reilly & Sidernvall, 2005, Haight, Bachman, Hendrix, Wagner, Meeks & Jonshon, 2003 cit in Gonçalves, Albuquerque & Martim 2008). Desta forma, e com a ajuda da terapeuta, a paciente era levada a enfrentar as suas memórias, avaliando-as de outras perspetivas, desta forma pretendia-se que F. poderia conseguir resolver os conflitos intrapsíquicos do passado (Gonçalves e Martim, 2007).

Tendo em conta que a paciente já se encontrava com sintomas depressivos, esta terapia foi utilizada mais no sentido remediativo que preventivo, assim sendo, utilizou-se esta técnica para que se pudesse trabalhar questões como a aceitação das experiências do passado, como também diminuir a sintomatologia depressiva. Durante esta terapia o utente é encorajado a falar sobre acontecimentos importantes da sua vida ocorridos no passado, através de material como fotografia, vídeos, músicas (Wang, 2005, cit in Gonçalves & Martim 2007). Junto desta paciente o material utilizado foram, álbuns de fotografias, postais antigos assim como alguns relatos de viagens que realizou com o marido e filhos.

Sexto Bloco de Sessões (20ª à 25ª)

Estas sessões deram seguimento à estrutura das sessões anteriores, iniciando sempre cada sessão no sentido de orientar a paciente quanto ao tempo e espaço. Tendo em conta o feedback da paciente face aos resultados obtidos através das sessões anteriores, procedeu-se com a continuação das estratégias de reestruturação cognitiva assim como dos exercícios das reminiscências cognitivas.

Sétimo Bloco de Sessões (26ª à 29ª)

As seguintes sessões, foram direcionadas a receber o feedback do paciente relativamente as sessões decorridas ao longo dos seis meses, e começar a preparar a srª F. para o fim das mesmas. Durante estas sessões também se procedeu a aplicação dos

materiais de avaliação psicométrica usados na fase inicial, no sentido de verificar os progressos do tratamento.

Relativamente ao feedback dado pela paciente, quando foi informada do final das sessões, demonstrou-se um pouco triste, mas neste momento já se encontrava capaz de atribuir significado a alguns acontecimentos de vida, assim com aceitar a morte do marido, sentindo como positivo o processo de intervenção efetuado durante as sessões realizadas. Durante estas sessões foi também informada das possíveis recaídas, principalmente em momentos em que se assinalassem datas especiais tais como aniversários, datas do falecimento, natal, etc. Foi também explicado que ainda nos voltaríamos a encontrar durante mais três semanas, e que depois voltaria para verificar como se encontrava (uma sessão de *follow-up*), aqui foi informada também que se precisasse de continuar com acompanhamento, poderia solicitar os serviços de psicologia da SCMB.

Na avaliação final, foram aplicados novamente os testes de avaliação psicométrica, com o intuito de ver o progresso da avaliação (após 6 meses do início). Na Escala de Depressão Geriátrica obteve o resultado de 11 pontos, embora o resultado ainda aponte para uma depressão ligeira, houve melhorias relativamente a pontuação inicial. Na Escala de Suporte Social a quando esta sessão, a paciente revelava uma melhoria nas pontuações de satisfação com os amigos e ao nível das atividades sociais, demonstrando ainda algumas melhorias ao nível satisfação com a família. No Questionário do Estado de Saúde Sf-36 a sua perceção sobre o seu funcionamento físico, a saúde em geral e a vitalidade, continuam um pouco baixa, embora a sua perceção social apresente algumas melhorias. Relativamente ao Mini-Mental State, a paciente continua a não apresentar défice cognitivo. Os resultados obtidos permitem verificar as melhoras obtidas pela paciente, que se tornaram de igual forma evidente ao nível observacional.

Depois de efetuada a avaliação, foi realizado também o feedback por parte do estagiário, informando desta forma que os principais objetivos das sessões tinham sido cumpridos (remissão dos sintomas depressivos e pensamentos disfuncionais, assim como melhoria ao nível das relações sociais dentro da instituição), e da satisfação obtida por verificar as suas melhoras, assim como o fato de termos consigo alcançar os nossos objetivos.

Oitavo Bloco de Sessões (30ª)

Esta sessão foi dedicada ao *follow-up*, na tentativa de perceber como a paciente se estava a sentir desde o término das sessões, sendo que o seu feedback ainda se encontrava positivo.

Estado Atual/ Avaliação

Quando a paciente iniciou o processo de intervenção psicológica era notório o seu humor triste, falta de motivação para exercer qualquer atividade, e alguns pensamentos disfuncionais negativos. Apesar de motivada para a mudança o processo terapêutico contou com algumas dificuldades, nomeadamente na resistência que F. demonstrava em alterar os padrões de pensamento disfuncional relativo a sua nora. De relembrar, que era por não gostar da nora que discutia com o filho acabando às vezes por o afastar de si. Ao longo do processo terapêutico foram sendo notórias as melhorias verificadas, a paciente foi conseguindo melhorar a sua relação com a nora, desenvolvendo a consciência de que esta não lhe estava a retirar a atenção nem amor do filho. Este fato fez com que o filho se voltasse a aproximar da mãe, revelando-se bastante importante para a melhoria do estado de ânimo da paciente fomentando com que a mesma comesse novas atividades no lar (nomeadamente a integração no grupo coral), fator que lhe permitiu socializar mais com os pares. De reforçar que esta nova atividade também veio diminuir com o seu sentimento de inutilidade, uma vez que era bastante elogiada pela sua voz. Todas as melhorias verificadas, foram obtidas num processo que se revelou lento e exigiu persistência e reforço constante.

Num momento final, foram repassados os testes utilizados num momento iniciais, com a finalidade de se verificar se também existiam mudanças na avaliação psicométrica.

A quando repassados novamente, a pontuação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) baixou de forma significativa, sendo que inicialmente a pontuação era de 19 pontos (depressão ligeira), e embora num segundo momento continuasse com o diagnóstico de Depressão ligeira, a pontuação passou para 11 pontos. Este efeito positivo pode dever-se a reestruturação cognitiva, técnica utilizada com a finalidade de substituir pensamentos e crenças disfuncionais por outros mais funcionais. Foi também repassado o Mini-Mental State (MMS), os resultados permitem observar que a paciente continua sem défice cognitivo. A quando repassada a Escala de Suporte e Satisfação

Social (ESSS), pode verificar-se um pequeno aumento ao nível da satisfação das atividades sociais (6) mantendo a mesma pontuação nos outros fatores. Ao nível da sua perceção da saúde física e psicológica, os valores no Questionário do Estado de Saúde - SF36, apontam uma melhoria nas dimensões de desempenho emocional e funcionamento social.

Na atualidade, a paciente já se encontra mais estável do que inicialmente, envolvendo-se mais socialmente e, evitando o conflito com os outros utentes. Vários fatores contribuíram para os resultados positivos do paciente, tais como: a aliança terapêutica estabelecida, colaboração durante as sessões, realização das tarefas de casa, cordialidade e empatia durante todas as sessões.

4.1.2. Caso Clínico D

Identificação

A paciente D. é do género feminino, tem 85 anos de idade, e é solteira. Relativamente às suas habilitações literárias, a paciente detém o 4º ano de escolaridade. É natural de Barcelos e encontra-se a residir no Lar Rainha Dona Leonor à 7meses.

Encaminhamento

A utente foi encaminhada para o serviço de psicologia, por evidenciar um “humor triste” devido a sua condição visual, este sintoma verifica-se após uma consulta oftalmológica.

História do Problema

A Sra. D. veio para o lar há sete meses, refere que esta atitude foi de espontânea vontade, visto já não ter condições de habitar sozinha devido à sua condição visual.

A paciente depende da ajuda das auxiliares para realizar a maior parte das atividades diárias assim como vestir-se, calçar e higiene pessoal. Devido a passar grande parte do dia sentada, queixa-se muito de dores das pernas ao andar e mesmo até quando esta deitada na cama na hora de dormir, fator que a faz acordar e ter dificuldades em adormecer novamente. A paciente refere ainda ter dificuldades em adormecer, porque sente medo de acordar e já não ter visão na totalidade “ a primeira coisa que faço

quando acordo é olhar a janela a ver se vejo o dia, sempre à espera de já ver tudo escuro” (sic).

As atividades que a paciente vai realizando são, a aulas de psicomotricidade e as aulas do coro, atividades que a mesma refere sentir prazer em realizar “ estas atividades dão alegria ao meu dia, fazem-me sentir menos dependente” (sic).

Além da tristeza, alguns sintomas de ansiedade na hora de dormir e dores nas pernas, a Sra. D. parece apresentar alguns sintomas cognitivos disfuncionais, uma vez que menciona que as vezes vê uma luz brilhante quando olha para objetos ou pessoas mas que depois desaparece “ as vezes quando estou no corredor ou acordo e olho para as pessoas vejo uma luz brilhante com formas, mas depois desaparece e olho bem e não existe nada” (sic), de ressaltar que a paciente refere ter noção que não é uma luz real.

Estado Mental/ Observação

Durante as consultas a paciente apresenta-se sempre com bom aspecto e cuidado geral, com um comportamento adequado e cooperante. Frequentemente demonstra interesse em revelar a sua história de vida. No entanto, com frequência se apresenta triste durante o seu dia como também no período das consultas sentido por vezes, vontade de chorar. Revela ter por vezes algumas visões disfuncionais, mas que tem consciência da irracionalidade das mesmas. É de ressaltar que a paciente não apresenta problemas de memória acentuados.

Breve Descrição da História Desenvolvimental, Psicossocial, de Institucionalização e Médica

A Sra. D. nasceu em Barcelos, numa família de nível socioeconómico considerado baixo, e é a mais nova de 6 irmãos (duas irmãs e três irmãos) com os quais refere ter tido sempre uma boa relação. De momento apenas uma irmã está viva e devido a problemas de visão iguais aos da paciente, também se encontra institucionalizada, embora não esteja no mesmo lar que a paciente. Quando se fala do momento da infância, a paciente revela que a mesma “foi normal”, que embora tenha desistido de estudar no 4º ano, o seu relacionamento com os colegas era adaptado e, manteve-se mesmo após a sua saída da mesma. Relativamente ao período da adolescência, menciona ter sido normal, aos 14 anos começa um curso de costura, o qual abandona para trabalhar em casa e no campo, ajudando desta forma os pais “eu ainda tentei mas

não tinha paciência para estar fechada preferia ir para o campo” (sic), refere ainda que a sua relação com os pais era muito boa “éramos muito pobres, mas os meus pais sempre fizeram tudo para nos criar, atenção e educação nunca nos faltou” (sic). Já na fase adulta, optou por nunca casar, decidindo prestar cuidados de auxílio a sua mãe. No que concerne a vida laboral D. desempenhava a função de empregada doméstica. Relativamente ao desenvolvimento psicossocial, obteve a reforma antecipada, devido ao seu condicionamento a nível da visão. A paciente, revela que esta foi uma fase muito difícil de enfrentar, sendo que tinha perdido a mãe de quem cuidava à pouco tempo e passa a morar sozinha, tornando-se cada vez mais difícil, devido a sua condição. Relativamente à história da sua institucionalização, encontra-se institucionalizada há sete meses, onde diz sentir-se bem e cuidada por todos os funcionários, referindo ainda que a sua relação com os mesmos e com os outros utentes é boa, demonstrando desta forma uma boa adaptação à instituição.” Vir para cá foi a minha melhor escolha, ele cuidam bem de mim, e sozinha eu já não podia estar (sic).”

Quanto à sua história médica, a paciente tem um Glaucoma na vista direita e é parcialmente cega da vista esquerda, além de padecer de colite húmida. A mesma apresenta ainda uma queixa de dor relativamente aos seus joelhos, embora faça medicação para o mesmo efeito. Ao nível familiar, relata ter uma irmã que também se encontra invisual de uma vista, assim como uma das suas sobrinhas.

Avaliação Psicológica e Resultados

Inicialmente foi aplicada uma entrevista semi-estruturada, com a finalidade de recolher a história clínica da utente. Num momento secundário, e para questões de avaliação foram utilizados o Mini-Mental State, Escala de Depressão Geriátrica (versão reduzida), Escala de Satisfação de Suporte Social e o Questionário do Estado de Saúde - SF-36.

Os resultados obtidos no Mini-Mental State indicam um valor total de 24 pontos, o que significa que a paciente não apresenta défice cognitivo. Dada a sua limitação visual, neste mesmo teste não foi realizado o exercício 6. Tendo-se verificado sintomas depressivos procedeu-se também à aplicação da Escala de Depressão Geriátrica, mas dada a limitação visual da paciente foi utilizada a versão reduzida desta escala (esta constituída por 15 itens), cujo resultado foi de 13 pontos. Relativamente a Escala de Suporte Social, as pontuações corroboram o discurso do paciente, ao nível da satisfação

com os amigos obteve 25 pontos num total máximo de 25, ao nível da intimidade obteve 13 pontos num total máximo de 20, no que refere à satisfação familiar obteve 15 pontos num total máximo de 15 e no que respeita às atividades sociais obteve 15 pontos num total máximo de 15. para avaliar a sua perceção da saúde física e psicológica, aplicou-se o Questionário SF-36 onde a paciente obteve os seguintes resultados: Funcionamento Físico (10 pontos), Desempenho Físico (0 pontos), Dor Corporal (84 pontos), Saúde em Geral (40 pontos), Vitalidade (55 pontos), Funcionamento Social (62,5 pontos), Desempenho Emocional (0 pontos), Saúde Mental (40 pontos).

Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)

Eixo I: 309.0 Perturbação da Adaptação, Com Humor Depressivo Crónico [F 43.20]

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

Eixo III: 369.9 Perda de Visão

Eixo IV: Nenhum

Conceptualização Clínica do Caso

De acordo com a literatura a característica essencial de uma Perturbação de Adaptação, é o desenvolvimento de uma resposta psicológica a um ou mais fatores de stress identificáveis, que resulta em sintomas emocionais ou comportamentais, clinicamente, significativos (Fernandes, Figueira & Sampaio, 2006). Segundo a paciente foi após ter ficado cega numa das vistas (fator de stress), que começou a sentir-se nervosa, ansiosa, triste, a ter pensamentos disfuncionais, e ainda vontade de chorar constantemente (resposta psicológica a um fator de stress identificável).

Esta perturbação inicia-se dentro de três meses, após a ocorrência do fator de stress, não ultrapassando os seis meses de duração, após a situação de stress ou as suas consequências terem cessado (Canavarro, 2011a). No caso de Y. esta revela que foi logo após de ter ficado cega (numa das vistas) que começou a ter estes sintomas. A sintomatologia ou comportamentos face ao fator de stress são clinicamente significativos, manifestando-se por qualquer um dos seguintes: mal – estar acentuado que excede o que seria de esperar em relação à exposição ao fator de stress e défice significativo nas áreas sociais ou ocupacionais (Fernandes, Figueira & Sampaio, 2006).

Mediante os sintomas apresentados anteriormente pode-se verificar que paciente, apresenta realmente um mal – estar acentuado.

Objetivos da Intervenção Clínica

Os objetivos terapêuticos elaborados para a paciente tiveram por base, a sua avaliação psicológica, o seu humor depressivo, bem como a conceptualização clínica do caso. O processo de intervenção iniciou-se com o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na criação de confiança, atitude empática e acolhimento.

A intervenção teve como objetivo geral a diminuição da sintomatologia depressiva inerente ao diagnóstico da Perturbação de Adaptação, Com Humor Depressivo, sendo que para esse efeito foram utilizadas técnicas da terapia cognitivo – comportamental semanal, nomeadamente a Reestruturação Cognitiva e a Terapia de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.

As primeiras sessões de acompanhamento foram voltadas para a recolha da história clínica da paciente através do modelo de entrevista clínica da SCMB, assim como um estabelecimento de uma atitude empática com a utente, de modo a que o processo terapêutico inicial fosse facilitado. Efetuada esta recolha deu-se seguimento à avaliação dos sintomas apresentados pela utente, sendo para tal utilizados como testes de avaliação psicométrica o Mini-Mental State, a Escala de Depressão Geriátrica versão Reduzida, a Escala de Suporte Social e ainda o Questionário de Saúde SF-36. A partir da informação obtida através da história clínica e avaliação psicométrica foi realizada a conceptualização do caso da paciente D. permitindo desta forma encontrar estratégias que levassem à remissão dos sintomas apresentados pela paciente. Assim sendo, num momento inicial as sessões foram voltadas à informação sobre os fundamentos do tratamento a ser realizado e explicado o ciclo desencadeado pelos pensamentos negativos, assim como estes funcionam ao nível da mente e os resultados causados pelos mesmos. Desta forma pretendeu-se demonstrar à paciente que quando ocorrem pensamentos negativos, estes podem levar a vários sintomas de depressão tais como: baixos níveis de atividade ou isolamento social, tristeza, culpa e ainda alguns problemas cognitivos tais como, problemas de memória ou ruminações. Dado a paciente evidenciar queixas ao nível da memória e orientação temporal, foi introduzida também a técnica de Orientação Temporal (TOR) no início de todas as sessões, visando orientar a paciente

ao nível temporal, lembrando o dia da semana, o dia do mês, o ano e o local onde está (Camões, Pereira & Gonçalves, 2005).

Num momento posterior, e como a paciente revelava algumas crenças disfuncionais, foram usadas algumas estratégias ligadas à Reestruturação Cognitiva. Esta técnica permitiu ensinar a paciente a pensar de forma mais adaptativa e lógica, onde se tentaram substituir os pensamentos irracionais apresentados pela utente, por pensamentos mais adaptativos (Ruiloba, 2003). No caso da Sra. D. esta técnica permitiu trabalhar as suas crenças sobre si em relação à sua condição física e visual. Nas sessões seguintes, além da Reestruturação Cognitiva, introduziu-se a técnica utilizada de Terapia de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, devido a alguma ansiedade apresentada pela paciente, evidenciada na hora de dormir. Numa primeira fase foi realizada uma psicoeducação sobre os aspetos positivos que esta técnica poderá surtir no progresso da diminuição dos sintomas apresentados, bem como o tipo de exercícios que se iriam realizar. Esta teve como finalidade atingir níveis desejados de relaxamento nos diferentes grupos musculares, através de exercícios que envolveram contração, seguida de relaxamento e atividades respiratórias coordenadas, para que desta forma pudessem ser aliviados os sintomas de ansiedade e angústia evidenciados pela paciente (Godoy & Rissardi, 2007). Tal como referem Souza, Forgione & Alves (2000), muitas vezes as pessoas, ao não exteriorizar as suas angústias e sentimentos negativos, mais tarde, estas repressões vêm a ser refletidas no corpo, sendo para isso necessário que as pessoas percebam que a dor muitas vezes não é mais que um sinal de que o corpo necessita ser “ouvido”. Assim sendo, através dos exercícios contração e de respiração coordenada, o relaxamento vem permitir a libertação da energia contida no corpo da pessoa através de pontos dolorosos ou bloqueios musculares (Souza, Forgione & Alves, 2000). Deste modo, a paciente foi reforçada a praticar o relaxamento pelo menos uma vez por dia (antes da hora de dormir) de modo a poder reduzir a sintomatologia ansiosa evidenciada nesse momento. Neste âmbito, o relaxamento tornou-se uma ótima “ferramenta” para ajudar a paciente a lidar com o stress e os momentos de ansiedade, promovendo desta forma o seu bem-estar. As últimas sessões, foram voltadas a receber o feedback da utente relativamente à intervenção efetuada ao longo das sessões, a repassar os testes de avaliação usados na fase inicial e a preparar a mesma para o término das sessões de acompanhamento. A última sessão foi dedicada ao *follow-up*, tentando perceber como é que a paciente se sentia após término das sessões, sendo o feedback positivo.

Estado Atual

No momento inicial da intervenção a paciente evidenciava notoriamente o seu humor triste, alguns sintomas de ansiedade, assim como a sua auto desvalorização. De referir que a paciente sempre se demonstrou motivada para a mudança tendo sempre um comportamento cooperante, sendo notória a sua evolução ao longo das sessões.

Nos momentos de avaliação, podemos analisar que foram verificadas melhorias significativas na sintomatologia depressiva desta paciente. Assim sendo num segundo momento a quando repassada a Escala de Depressão Geriátrica (versão reduzida) o resultado foi de 10 pontos, esta melhoria poderá justificar-se pela diminuição de pensamentos negativos e auto desvalorização trabalhada durante as sessões em que se recorreu à Reestruturação Cognitiva. Ao nível cognitivo, os resultados obtidos pelo Mini-Mental State mantiveram-se iguais podendo verificar que não houve uma regressão neste aspeto. Relativamente à Escala de Suporte Social e Questionário de Saúde - SF-36 os resultados mantiveram-se não alterando significativamente. Relativamente à ansiedade mencionada pela paciente, também diminuiu, embora ainda se mantenham alguns sintomas. Este fator poderá dever-se ao fato da paciente não ter notícias muito positivas nas suas consultas de oftalmologia, devido a este aspeto, foi efetuado o encaminhamento desta paciente para a psicóloga clínica da instituição, para dar continuidade à intervenção psicológica necessária (Reestruturação Cognitiva e Terapia Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson).

4.1.3. Caso Clínico E

Identificação

A paciente E. é do género feminino, tem 87 anos de idade, está reformada e é viúva. A paciente tem o 5º ano de escolaridade e é natural de Barcelos.

Encaminhamento

A paciente é encaminhada para o serviço de psicologia, por apresentar “tristeza” e “falta de motivação” nas suas atividades e principalmente em voltar a andar sozinha,

uma vez que após uma gripe em Dezembro, se recusa a andar sem ajuda das auxiliares da instituição.

História do Problema

A paciente encontra-se institucionalizada à sete anos. A decisão de residir na instituição foi tomada deliberadamente, mencionando gostar bastante de estar no lar “aqui somos como uma família, nunca estamos sozinhos e cuidam muito bem de nós” (sic).

Quando entrou no lar, a paciente era totalmente autónoma, dava passeios diários, ia à cabeleireira sozinha, fazia as suas atividades diárias sem precisar de auxílio, assim como vestir-se e a sua higiene pessoal. No momento do início do acompanhamento, a paciente encontrava-se dependente das auxiliares para andar, assim como fazer a sua higiene pessoal, pois tem medo de locomover-se sozinha “eu sinto que vou cair, sinto-me zozna e tenho de me agarrar” (sic). A paciente refere que estes sintomas (sentir-se zozna, sensação de queda) começam a partir de que teve uma gripe no mês de Dezembro “eu tive uma gripe muito forte, o medico disse-me que foi grave, para descansar bastante” (sic). Devido ao medo evidenciado, abandonou algumas atividades bem como interesse pela realização de novas atividades. De ressaltar que a paciente era autónoma, desde que entrou na instituição até ao momento da gripe.

Estado Mental/ Observação

A paciente E. revela boa orientação a nível temporal e espacial. Durante as consultas, apresenta bom aspeto físico e bem cuidada a um nível geral, com comportamento adequado e cooperante. No entanto é de salientar que, sempre que lhe são efetuadas perguntas sobre o seu casamento ou marido, manifesta sentimentos de tristeza. Frequentemente demonstra interesse em revelar a sua história de vida. Quanto ao seu discurso, este é adequado e coerente, apresentando um bom raciocínio e juízo crítico, embora por vezes tenha algumas falhas de memória.

Breve Descrição da História Desenvolvimental, Psicossocial de Institucionalização e Médica

Natural de Barcelos, E. provém de uma família de nível socioeconómico médio-alto, constituída por 5 filhos (duas raparigas e três rapazes). Durante o seu discurso, revela que teve sempre uma boa relação com os seus pais e irmãos, referindo que o seu ambiente familiar era muito bom, “éramos todos muito unidos”(sic). Relativamente à sua infância e adolescência, refere que “estas foram positivas e alegres em família”(sic). Menciona que mesmo passando pouco tempo com o seu pai, devido à sua profissão (dono de uma farmácia), nunca lhe faltou atenção de parte deste “ele trabalhava muito, passava muito tempo fora durante o dia, mas sabia dar educação nunca colocou a família em segundo lugar” (sic).

Quanto à sua história educacional, expressa que embora não se sentisse motivada, “não tinha cabeça para os estudos” (sic), a sua adaptação foi boa, e manteve algumas amizades mesmo após ter saído da escola.

Durante a fase adulta, trabalhou inicialmente como costureira, desistindo depois para trabalhar em casa para ajudar a mãe. Quando casou, começou a trabalhar com o marido, numa farmácia que era propriedade do mesmo, atividade que lhe dava muito prazer pois além de poder estar sempre perto do marido, permitia-lhe manter muito contato social “as pessoas vinham à farmácia conversavam comigo, pediam-me conselhos, as vezes ate me deixavam lá os filhos enquanto iam fazer outras tarefas” (sic). Relativamente ao desenvolvimento psicossocial, refere ter-se reformado na idade habitual. Menciona ainda que o momento que mais marcou a sua vida foi a morte do marido, que após esse acontecimento teve muita dificuldade em viver sozinha, “senti muita dor para continuar sozinha” (sic.). No que concerne a sua história de institucionalização, encontra-se institucionalizada no lar há sete anos, revelando que a sua adaptação foi boa, que todos no lar são bastante atenciosos, apenas manifesta saudades dos seus familiares, pois raramente recebe visitas porque os mesmos moram muito longe. Quanto a sua história médica, atualmente toma medicação para a diabetes e para o intestino (devido a frequente prisão de ventre).

Avaliação Psicológica e Resultados

Relativamente à intervenção, o processo começou com a recolha de informação através da entrevista clínica da SCMB, passando de seguida para a avaliação psicométrica. Tendo em conta os sintomas evidenciados pela paciente, os instrumentos utilizados foram: Mini-Mental State, a Escala de Depressão Geriátrica, o Questionário do Estado de Saúde - SF-36.

Os resultados obtidos no Mini-Mental State revelam ausência de défice cognitivo (28 pontos), obtendo a pontuação máxima em todos exercícios exceto no exercício de evocação. Em conformidade com os resultados obtidos pela Escala de Depressão Geriátrica, os mesmos demonstram que a paciente se encontra com depressão a um nível ligeiro (18 pontos). Quanto ao Questionário do Estado de Saúde - SF- 36, nas dimensões de Componente Físico foram as seguintes: Funcionamento Físico (0 pontos), Desempenho Físico (0 pontos), Dor Corporal (30 pontos), Saúde Geral (70 pontos), ao nível das dimensões do Componente Mental as pontuações foram as seguintes: Vitalidade (20 pontos), Funcionamento Social (10 pontos), Desempenho Emocional (0 pontos), Saúde Mental (50 pontos).

Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)

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

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

Eixo III: 564.0 Obstipação

Eixo IV: Nenhum

Eixo V: AGF Inicial = 55

AGF Final = 60

Concetualização Clínica do Caso

De acordo com a literatura, a característica essencial de uma Perturbação de Adaptação, é o desenvolvimento de uma resposta psicológica a um ou mais fatores de stress identificáveis (Oliveira, 2010), que se inicia dentro de três meses (após o aparecimento do fator de stressante), não ultrapassando os seis meses de duração, após a acontecimento de stress ou as suas consequências terem cessado (Canavarro, 2011a). A paciente, refere que foi após ter ficado com gripe e limitada na locomoção, (fator de

stress), que começou a manifestar tristeza, nervosismo, irritabilidade, desinteresse, algumas insónias assim como algumas crenças e pensamentos disfuncionais (resposta psicológica a um fator de stress identificável). Tal como referem Fernandes, Figueira & Sampaio (2006) os sintomas ou comportamentos devem clinicamente significativos, manifestando-se por qualquer um dos seguintes: mal – estar acentuado que excede o que seria de esperar, e défice significativo nas áreas sociais ou ocupacionais. A paciente E. apresenta realmente um mal-estar acentuado, mediante os sintomas que já foram apresentados, e revela ainda que após esses acontecimentos, deixou de realizar algumas das atividades que mais gostava, tal como participar no coro da instituição, não demonstrando também disposição para dar os seus passeios, que anteriormente realizava diariamente (défice significativo nas áreas sociais ou ocupacionais).

Objetivos da Intervenção Clínica

O processo de intervenção teve início com o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na criação de confiança, atitude empática e acolhimento. Na fase inicial das sessões, procedeu-se à recolha da sua história clínica através da entrevista semi-estruturada da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, passando seguidamente à avaliação psicológica da paciente. Levando em consideração as queixas recolhidas durante a história clínica, tornou-se cada vez mais visível que os sentimentos depressivos evidenciados, se deviam ao fato de se encontrar dependente dos outros para poder andar.

Numa fase intermédia das sessões, e visto a paciente apresentar capacidade cognitiva de compreensão, foi efetuada uma psicoeducação sobre a importância da motivação para a resolução do seu problema. Durante estas sessões, foi explicado à paciente que as suas convicções irracionais sobre o medo de cair a levavam ao receio e conseqüentemente ao fracasso, evitando toda e qualquer tentativa de voltar a andar sozinha. Tal como aponta Ellis (1962), uma das principais causas da falta de motivação são as convicções erradas. Procurou-se desta forma modificar os pensamentos erróneos por outros mais adaptativos, através da reestruturação cognitiva, para que o medo de cair diminuísse ou desaparecesse, encorajando-a a ter confiança em dar um primeiro passo. Com o resultado positivo obtido ao longo das sessões, foi proposto à paciente o uso de um andarilho, o qual seria utilizado inicialmente durante as nossas sessões, proposta aceite pela paciente de forma bastante positiva. Assim sendo as sessões

começaram a acontecer duas vezes por semana, durante as quais se efetuavam primeiramente alguns exercícios de relaxamento dando seguimento a caminhadas pelos corredores da instituição. Com o decorrer das sessões, esta proposta revelou-se um sucesso. Durante este processo foram também introduzidas estratégias da Terapia de Ativação Comportamental. Com a introdução desta técnica, pretendeu-se diminuir o sentimento de “inutilidade” expresso pela paciente “sou um peso para as auxiliares, coitadinhas têm de andar sempre comigo...agora não sirvo para nada” (sic) e a retoma às atividades sociais que mantinha anteriormente. Esta técnica foi especialmente indicada para lidar com a passividade ou isolamento social, comportamento evidenciado pela paciente, que a partir do momento que não conseguiu andar sozinha, manteve-se “sempre muito isolada”, no seu quarto, sentada num cadeirão. Tal como aponta a literatura, revela-se importante integrar no decurso do tratamento da população adulta avançada, técnicas comportamentais tais como a prescrição de tarefas a que o idoso associe a obtenção de prazer (Gallagher & Thompson, 1996 cit in Rebelo, 2007). Desta forma esta técnica foi utilizada com o objetivo do paciente realizar determinadas atividades, onde seriam posteriormente avaliadas a sua eficácia e o prazer obtido com estas (Maia, 1999). Tendo sempre em conta o bem-estar da paciente e atendendo às motivações expressas para a realização de algumas atividades, as tarefas efetuadas semanalmente foram a realização de passeios com os outros idosos, assim como voltar às aulas de canto, atividade que lhe dava bastante prazer, deste modo pode verificar-se ao longo das sessões de acompanhamento, que a paciente foi diminuindo o seu sentimento de “inutilidade” aumentando também a sua auto estima.

No final do acompanhamento a paciente já caminhava sozinha com o andarilho sem a ajuda da terapeuta, este fator aliado à realização de novas tarefas diárias, contribuiu muito para o desaparecimento dos sintomas de tristeza evidenciados inicialmente traduzindo o acompanhamento num sucesso.

Estado Atual

No momento final de avaliação, verificou-se na paciente uma regressão dos sintomas ao nível da ansiedade e humor deprimido, em parte devido ao fato de já conseguir andar de andarilho, fator que já lhe conferia alguma autonomia. A conquista da motivação, assim como a colaboração positiva e atitude recetiva demonstrada pela paciente, foram fulcrais para o sucesso da intervenção. A desconstrução dos pensamentos erróneos e o

reforço da motivação permitiram à Sra. E. sentir-se mais segura e confiante de si levando-a ao seu desempenho de sucesso.

4.1.4. Caso Clínico B

Identificação

A Paciente. B. é do género feminino e tem 90 anos, no momento encontra-se reformada e é viúva. Em relação às habilitações literárias a paciente é analfabeta (referência obtida através da enfermeira da instituição), e refere nunca ter ido a escola. No que respeita a sua entrada no lar, refere não se lembrar se foi por iniciativa própria, mas vincula que gosta de estar na instituição.

Encaminhamento

A Sra. B. é encaminhada para o serviço de psicologia, por apresentar um comportamento desadequado (cuspiu para o chão do quarto). Existe também uma forte suspeita de Demência do tipo Alzheimer, deste modo foi pedida a Avaliação Cognitiva da paciente.

História do Problema

Ao nível cognitivo, a paciente encontra-se num estado confusional bastante acentuado, fator que limitou muito a recolha da história clínica oscilando entre a realidade e pensamentos confusionais. Ao longo das sessões revelava pensamentos confusos como se ainda estivesse a morar em casa com os filhos “ oh menina onde esta a minha filha, ele disse que vinha cá a casa”, “onde è que eu estou esta não é a minha casa” (sic). De ressaltar que paralelamente ao seu estado confusional evidente, a paciente vai-se apercebendo das suas falhas de memória “ eu não sei menina, eu esqueço muito das coisas” (sic).

Deste modo, foi pedida ajuda ao enfermeiro do lar para que se pudesse obter mais informação biopsicosocial.

Estado Mental/ Observação

Durante as consultas, E. apresenta sempre um bom aspeto e cuidado geral, embora maioritariamente com um comportamento ansioso, sempre se demonstrou cooperante e com comportamento adequado. Com frequência demonstra vontade de revelar a sua história de vida enquanto morava nos arquipélagos (durante a fase da infância).

Durante as consultas denotam-se os problemas de memória da paciente (memória remota e recente), evidencia bastante dificuldade em exercícios de evocação e principalmente de recordação. A paciente encontra-se desorientada no tempo e no espaço.

Breve Descrição da História Desenvolvimental, Psicossocial de Institucionalização e Médica

A sr.^a B. refere que um dos momentos que mais a afetou na sua vida foi a perda de seus pais. Relativamente a sua história de viuvez, refere que foi um momento difícil mas que teve o apoio dos filhos que a ajudaram a superar. Relativamente ao número de filhos resultantes do seu casamento diz não se recordar “sei que foram muitos, para ai mais de dez” (sic). No que concerne a entrada na fase da reforma, a paciente refere não se recordar, tal como ao momento da sua institucionalização, onde menciona não se recordar se foi por iniciativa própria, mas diz que esta satisfeita com o lar “sinto-me acarinhada por todos” (sic). Paralelamente aos problemas de memória acentuados, a paciente não revela mais nenhum problema de saúde.

Avaliação Psicológica e Resultados

As primeiras sessões com a paciente, começaram com a entrevista clínica de modo a que fosse possível recolher toda a informação da sua história, tentando sempre estabelecer um elo empático com a utente. Num momento inicial e com o intuito de obter informação relativa ao seu estado cognitivo, foi aplicado o Mini-Mental State, cuja pontuação revela que B se apresenta com défice cognitivo nível II (12 pontos), obtendo pontuação nula nos exercícios de evocação, atenção, cálculo e habilidade construtiva. Num momento posterior, e tendo em relevo alguns sintomas de tristeza evidenciados pela paciente, durante o seu dia-a-dia foi aplicado também a Escala de

Depressão Geriátrica, onde os resultados da mesma demonstram que E, não apresenta depressão (10 pontos).

Dados os sintomas evidenciados pela paciente, relativos à memória e tendo em conta o resultado da sua avaliação cognitiva, foi também utilizada a Escala de Avaliação de Doença de Alzheimer (ADAS). A paciente apresenta um grau de deterioração cognitiva de 34/70, manifestando um defeito ao nível da recordação bem como dificuldade em lembrar de palavras durante o discurso e durante a aplicação do teste, não revelando nenhuma alteração ao nível da linguagem oral, de dificuldade no discurso e da compreensão oral. Relevando os sintomas apresentados pela paciente (acentuada falha de memória com esquecimentos de datas, desorientação espaço temporal, repetição das mesmas perguntas, dificuldade em executar tarefas, problemas de linguagem), e tendo em conta a análise do DSM-IV (2002), esta apresenta uma Demência do tipo Alzheimer.

Torna-se importante ressaltar, que o paciente se demonstrou sempre cooperante desde o início a quando realização da história clínica, até á ultima avaliação psicométrica.

Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)

Eixo I: 294.10 Demência, Tipo Alzheimer, sem Perturbação do Comportamento

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

Eixo III: Nenhum

Eixo IV: Comportamento Desajustado

Eixo V: AGF Inicial = 50

AGF Final = 50

Concetualização Clínica do Caso

Dos vários tipos de Demência, a mais frequente é a Demência de tipo Alzheimer com uma prevalence que pode ir de 40% (Porto, 2006) até 60% (Stemmer & Schonle, 2001).

Esta Demência trata-se de uma perturbação que está tipicamente associada ao envelhecimento do ser humano, verificando-se um aumento da prevalência a partir dos sessenta e cinco anos de idade. Esta caracteriza-se por uma deterioração progressiva da função intelectual e do comportamento do indivíduo, apresentando como sintomas precoces mais comuns os distúrbios da memória, principalmente a memória recente

(Almeida e Crocco, 2000). A estes declínios podem ainda acrescer, alterações do foro psicológico, por exemplo agitação motora, depressão, alucinações, delírios e outras alterações psicopatológicas (Plezer, 2005), que surgem com o evoluir da doença. Apesar dos vários problemas desenvolvidos pela doença, o sintoma principal prende-se com o défice da memória, em particular, na memória episódica recente, importa sublinhar ainda que os défices de memória se estendem ainda para a memória semântica e a curto prazo (Almeida e Crocco, 2000).

Devido ao seu início ser dúbio e indeterminado, com sintomas muitas vezes associados ao processo de senescência, as suas manifestações são enganadoras para os cuidadores, que não se apercebem das dificuldades, dificultando desta forma o processo de diagnóstico. O diagnóstico desta perturbação é feito essencialmente por critérios de exclusão (Stemmer, 2001). De acordo com o DSM-IV (2002), existem seis critérios de classificação da perturbação, sendo estes a existência de múltiplos défices cognitivos que incluem, o comprometimento da memória e um ou mais distúrbios cognitivos (afasia, apraxia, agnosia e funções executivas); comprometimento significativo no funcionamento social e ocupacional, com declínio significativo do nível de funcionamento prévio; evolução gradual com um declínio cognitivo continuado, os défices cognitivos não são devidos a outros problemas do Sistema Nervoso Central, a condições sistémicas e aos efeitos persistentes de uma substância; esta perturbação não deverá ser diagnosticada se os sintomas decorrerem exclusivamente na fase de *delirium*; os défices não deverão ocorrer devido a outra perturbação. Ainda segundo o DSM-IV (2002), esta perturbação pode ter início precoce, se surgir antes dos sessenta e cinco anos de idade, ou de início tardio, se afluir após os sessenta e cinco anos de idade, desenvolvendo-se em três estádios: inicial (demência leve), média (demência moderada) e tardio (demência severa).

Objetivos da Intervenção Clínica

Os principais objetivos, direcionados à paciente foram a avaliação psicológica dos sintomas cognitivos evidenciados assim como a mudança do seu comportamento (cuspir para o chão do quarto). Assim sendo inicializou-se todo o processo com o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na empatia, confiança e acolhimento. Numa fase inicial e após obtenção de uma relação empática, procedeu-se à

recolha de informação da história clínica do paciente. Numa fase seguinte e com o intuito de avaliar os sintomas apresentados, foi realizada a avaliação começando por aplicar, Mini-Mental State, a Escala de Depressão Geriátrica e Escala de Avaliação de Doença de Alzheimer. De salientar que, todas as sessões iniciavam com técnicas de orientação para a realidade, com a finalidade de orientar a paciente para o dia da semana em que estávamos, assim como o dia do mês, o ano e o local onde nos encontrávamos. Face aos resultados obtidos, começou a realizar-se uma vez por semana um Treino de Estimulação Cognitiva, com o objetivo de estimular a memória imediata, remota e recente, assim como estimular as funções executivas através de exercícios sobre semelhanças, diferenças sequências de ação e sequências lógicas. Foram realizados exercícios que estimulassem também as praxias, com exercícios de imitação, e ainda exercícios para estimular a atenção e a linguagem. Tal como referem Corrêa e Silva (2009), a demência de Alzheimer é progressiva e as expectativas de melhoras são muito limitadas, deste modo, a estimulação cognitiva aplicasse no sentido de arrastar o processo de degenerativo e promoção de melhoras ao nível da plasticidade cerebral, sendo que o treino de estimulação cognitiva, pode ainda ajudar a organizar a dinâmica cognitiva, do sujeito proporcionando-lhe desta forma um maior bem – estar. Embora quando questionada sobre um dos motivos pelo qual foi encaminhada (cuspir para o chão do quarto), a paciente afirmar não se lembrar de nada, o que talvez corresponda à verdade dado a sua falência de memória, foi introduzido durante as sessões alguns exercícios de treino de habilidades sociais, passando pela reeducação dos comportamentos corretos e incorretos em conformidade do lugar em que estamos, assim como “discussão” sobre comportamentos assertivos. De ressaltar que a paciente se foi demonstrando sempre motivada à realização dos exercícios.

Estado Atual

Na avaliação final, e como já tinham decorrido seis meses após o começo das sessões foi repassado o teste Mini-Mental State, com o intuito de se verificar se tinham ocorrido algumas alterações. Os resultados apontam uma pequena descida (inicialmente obteve dez pontos, num segundo momento obteve onze pontos). Sendo que, uma das várias consequências do declínio cognitivo é a desorientação no tempo e no espaço, a perda de

memória de forma gradual, revela-se importante a continuação do Treino de Estimulação Cognitiva, assim sendo a paciente foi encaminhada para o psicólogo clínico da instituição.

Atividade de Intervenção em Grupo

5. Grupo: “Ora faço eu, ora faz tu”

5.1. Fundamentação Teórica da Intervenção em Grupo

O grupo “*Ora faço eu, ora faz tu*”, é um programa de treino de competências sociais direcionado a um grupo de idosos da instituição, desenvolvido a partir da necessidade expressa pela psicóloga clínica da instituição, uma vez que estes eram utentes que demonstravam em consulta carência de competências sociais. Este foi direcionado para trabalhar as competências sociais, ou seja, as relações interpessoais, com vista à melhoria da comunicação e compreensão do outro (Lopes, 2011; Jiménez-Cortés, Pelegrín-Valero, Tirapu-Ustárrroz, Guallart-Balet, Benabarre-Ciria, & Olivera-Pueyo, 2012; Błachnio, 2011; Cavallo, Enrici, & Adenzato, 2011; Brown & MacQueen, 2011).

O treino das competências sociais, revela-se também importante na medida em que estes comportamentos são cruciais para uma boa relação interpessoal, uma vez que os mesmos abrangem comportamento de iniciar, manter e finalizar uma conversa; expressar emoções; defender pensamentos e direitos assim como expressar as próprias opiniões e desacordos; pedir mudança nos comportamentos do semelhante; saber enfrentar assertivamente críticas recebidas; pedir ajuda; admitir os erros e pedir desculpa, entre outros (Caballo, 1991 cit in Bolsini-Silva, 2002).

Dentro das várias estratégias de intervenção (cognitivo-comportamental), a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, as terapias cognitivas, e as técnicas comportamentais (treino de assertividade; treino de competências sociais; treino de resolução de problemas), foram as mais utilizadas (Benarós, Lipina, Segretin, Hermida, & Colombo, 2010; Barbosa, 2011; Rajeswaran, 2012; Vieira, Reabilitação Neuropsicológica, 2011; Molinuevo & Arranz, 2012).

Foi necessário estabelecer uma ordem de desenvolvimento das sessões, que tivesse em conta o progresso de cada um dos participantes, e que da mesma forma respeitasse o grupo como um todo (Lopes, 2011). As sessões elaboradas caracterizaram-se pela sua abordagem simples, mas ao mesmo tempo reforçadora dos conceitos dados, através de dinâmicas apelativas ao envolvimento positivo dos participantes durante todo o processo de realização das atividades. Obter uma eficácia que se projeta-se no contexto envolvente dos utentes, foi ainda um dos objetivos propostos na elaboração das sessões, ou seja, seria pretendido que todo o processo de aprendizagem se visse refletido em âmbito de lar (Lopes, 2011; WHO, 2011).

Uma das condicionantes deste grupo passou pelas características dos participantes. Constituído por sete pessoas, cinco mulheres e dois homens, as especificidades deste agregado não foram homogêneas, quer em termos de idades, quer em termos de escolaridade e funcionamento cognitivo. No geral, revelavam um comportamento no lar pouco participante na maioria das atividades realizadas (atividades externas e atividades promovidas pelos profissionais em animação), e isto não só se devia ao seu isolamento por opção, como também à dificuldade que têm em se fazer deslocar (dificuldades de locomoção devido a problemas ósseos, postura inadequada e/ou diminuição do tónus muscular). Outra razão pela qual estes utentes foram sugeridos, era pelo fato de raramente, ou mesmo jamais, receberem visitas quer de familiares, quer de amigos. Por isto, foi-nos assim sugerido que agrupássemos estas pessoas e com elas trabalhássemos áreas que se tornassem úteis para elas e que lhes permitissem fugir à tão patente rotina que viviam.

5.1.1. Planeamento das Sessões

Com a frequência de uma vez por semana, a duração de cada sessão nunca ultrapassava os 60 minutos. As sessões tinham lugar nos Lares Santo André e Nossa Senhora da Misericórdia (SCMB), alternadamente, às Quintas-feiras pela parte da manhã.

De seguida, é apresentado esquematicamente o número de participantes assim como os respetivos lares a que pertencem, o número de sessões e, os objetivos propostos em cada uma delas.

Quadro: II (Caraterização Geral das Caraterísticas dos Utentes das Intervenções em Grupo)

Público-Alvo	Caraterísticas	Número	Género
Lar Sr. André	Baixas competências sociais	3	Feminino
N^a Sr.^a Misericórdia	Baixas competências sociais	4	2 Masculino 2 Feminino

Quadro III: Planificação e Tarefas das Sessões Apresentadas ao Grupo “*Ora faço eu, ora faz tu*”

Sessões e Tema	Principais Objetivos e Tarefas (Resumo)
Sessão nº1 (Apresentação)	Apresentação dos participantes e terapeutas; Explicação dos objetivos, através da exposição de conteúdos relacionados com o tema de grupo; Regras a cumprir e sua explicação em contexto de grupo.
Sessão nº2 (“Espreita-me”)	Perceber e entender o impacto dos sinais sociais na interação com o outro.
Sessão nº3 (“A Mímica”)	Entender a emoção na expressão do comportamento não-verbal.
Sessão nº4 (“A Mímica” <i>cont.</i>)	Entender a emoção na expressão do comportamento não-verbal (continuação).
Sessão nº5 (“Eu oiço e aceito”)	A escuta ativa na promoção da comunicação: compreensão e aceitação do outro.
Sessão nº6 (“Uma conversa”)	Promover estratégias de observação, através da atenção para com o ambiente e a pessoa, no desenvolvimento de uma conversa.
Sessão nº7 (“A assertividade”)	Compreensão e desenvolvimento de comportamentos assertivos.
Sessão nº8 (“A minha opinião”)	Aplicação de estratégias na expressão e defesa de opinião.

Sessão nº9 (“As emoções negativas”)	Criação de planos para lidar com a recusa e com a expressão do aborrecimento e desagrado de forma assertiva.
Sessão nº 10 (Término do treino de competências sociais)	Feedback dos conceitos aprendidos durante as sessões, os temas que mais gostaram de abordar e os que consideraram mais importantes.

5.1.2. Observações Gerais

A adesão ao grupo de competências, logo na primeira sessão, fez com que fossem criadas expectativas acerca daquilo que poderíamos vir a desenvolver de positivo com os novos utentes. O ambiente de descontração e companheirismo por parte dos participantes permitiu que a cada sessão se fosse proporcionando um desenvolvimento da comunicação, assegurando que cada participante não era esquecido, fossem quais fossem as suas limitações. Como foi referido anteriormente, a estrutura pouco homogénea deste grupo exigiu um maior esforço na criação de elos, que permitissem a participação ativa de todos os utentes. A adaptação contínua foi feita lentamente, mas pensa-se que com eficiência, através da constante reformulação das estruturas das sessões, criando ou mais dinâmicas ou diferentes estratégias que albergassem uma compreensão mais simples e por conseguinte, mais produtiva. Tudo foi feito de acordo com as necessidades expressas pelos próprios participantes, e mais do que cumprir planeamentos ou horários, o objetivo a alcançar era sempre a obtenção de algo que evidenciasse um bom entendimento do que era apresentado.

De uma forma sucinta, e pelo que a observação das várias sessões nos permitiu averiguar, os resultados (comportamentais) obtidos, foram visíveis de semana a semana. Os utentes já se conheciam passado uma semana, e mesmo antes de chegada a hora da sessão, já se encontravam à porta. Os “*bons-dias*” e os “*até para a semana*” já não faltavam e a partilha de experiências em grupo tornou-se uma constante, fato que nos permitiu avançar de uma forma mais promissora durante a realização das sessões. No entanto, e por não se querer criar demasiadas expectativas, eram recolhidas opiniões externas (diretoras técnicas e auxiliares) acerca dos doentes, sempre que nos era

permitido. As respostas foram de encontro ao observado, o que permitiu abrir ainda mais o leque de resultados. Pequenas coisas mudaram, mas mesmo assim, foram tidas em conta como essenciais. Desde a hora do almoço que se tornou menos penosa para uma das participantes (já que a sua tarefa naquela hora era ajudar a colocar os pratos e os copos na mesa), até ao hábito de dialogarem com outros utentes acerca daquilo que era feito no grupo, foi no final o sinal recompensador que alguma coisa tinha feito a diferença. Recorrer à capacidade de observação, como meio que nos permitia justificar o sucesso ou insucesso do nosso trabalho não foi fácil, e por isso, planear uma explicação plausível que se fundamenta-se nisso mesmo, poderia não se tornar suficiente. Sendo assim, poderei dizer que não para mim, mas para quem dele usufruiu, este grupo tornou-se um sucesso.

Junto em Anexo (II) é descrito de forma mais pormenorizada os objetivos, procedimentos e estratégias utilizadas inerentes a cada sessão.

5.1.3. Reflexão e limitações da intervenção em grupo

No que concerne a assiduidade e participação dos utentes, no geral consideram-se satisfatórias. Embora globalmente positiva, esta intervenção contou com algumas dificuldades, pois as especificidades do grupo eram pouco homogêneas, quer em termos de idade, quer em termos de escolaridade e funcionamento cognitivo.

No que confere à mobilidade dos idosos de um lar para outro também se revelaram algumas dificuldades (embora os lares se encontrem ao lado um do outro, os idosos tinham dificuldades em movimentar-se a pé), assim como dificuldade em apropriar dinâmicas do treino de habilidades sociais, devido a alguns idosos não conseguirem realizar as mesmas de pé. Uma outra limitação prende-se com o método de avaliação dos resultados obtidos, embora o método indireto (testes /escalas) seja um recurso mais cauteloso e cientificamente mais válido, não se tornou possível de realizar dada a pouca homogeneidade do grupo ao nível cognitivo e grau de escolaridade, procedendo-se então ao método de observação direta.

Apesar da constituição do grupo ser pouco homogênea e os participantes serem de lares diferentes, os mesmos interagem com facilidade demonstrando bastante interesse pelos temas abordados, principalmente quando envolvia atividades mais ativas e que implicavam a interação entre participantes, fato que permitiu que as habilidades comunicacionais abordadas nas sessões, fossem mais facilmente treinadas.

No decorrer das sessões, pôde verificar-se que os participantes iam adotando comportamentos mais assertivos assim como uma maior aceitação e compreensão dos outros intervenientes do grupo.

Levando em consideração o feedback dos profissionais dos diferentes lares, assim como a observação no decorrer das sessões, esta intervenção revelou aspetos bastantes positivos quer pela melhoria observável dos comportamentos destes com os pares assim como com os profissionais.

**Ação de Sensibilização:
“É Impossível Não Comunicar”**

6. Ação de Sensibilização “*É Impossível não Comunicar*”

6.1. Fundamentação Teórica

A ação de sensibilização, cujo tema foi “é impossível não comunicar” consistiu em inculcar conhecimentos relativos aos tipos de comunicação, qual a melhor forma de comunicar em equipa em contexto organizacional, aumentar o conhecimento dos intervenientes sobre a importância da comunicação, consciencializar para a sua importância na realização de um bom trabalho multidisciplinar e, ao mesmo tempo oferecer-lhes estratégias, relativamente aos estilos e competências de comunicação.

O tema escolhido para a ação de sensibilização, partiu da necessidade demonstrada pela instituição de haver uma maior consciencialização para a comunicação interpessoal entre todos os profissionais, assim como demonstrar a importância de comportamentos assertivos e de uma comunicação afirmativa para um bom funcionamento institucional.

A pertinência deste tema, prende-se também com o fato da base de qualquer interação (quer seja de cariz familiar, profissional ou social) ser a comunicação, e sendo que este processo se efetua através da comunicação na sua dimensão verbal e não-verbal, é portanto impossível não comunicar (Murta, 2005). De acordo com Matos (1997), o sucesso das relações sociais e interpessoais, depende da integração de habilidades empáticas, assertivas e de resolução de problemas, com as suas componentes cognitivo e comportamental. Assim a falta e/ou deficiência numa delas, poderá provocar padrões de comportamento socialmente inadequado (e.g. sair de uma situação para evitar o confronto interpessoal), ou agressividade (e.g. adotar comportamentos que não têm por em consideração os sentimentos dos outros; reagir de forma hostil). A falta de habilidades sociais provoca dificuldade em situações interpessoais, tal como, estabelecer novas amizades, aceitar críticas, lidar com provocações, pedir ajuda, resistir a pressão dos pares (Matos, 1997). Contudo, na comunicação entre profissionais não basta comunicar, mas sim encontrar a melhor forma de o fazer, tendo sempre em relevo os vários aspetos da comunicação interpessoal, dos estilos comunicacionais que ambas as partes podem adaptar na relação profissional, assim como estratégias para superar a ocorrência de conflitos. Tal como referem Cañnon-Montañez e Rodrigues-Acelas (2011), ser assertivo na área profissional traz benefícios quer ao nível da autoimagem e autoconceito, quer relativos ao seu

trabalho, podendo desta forma reduzir possíveis situações de stress aumentando a qualidade, eficiência e competência dos cuidados e serviços prestados.

Durante as sessões, fomos fornecendo sempre exemplos inerentes a todos os estilos de comunicação, permitindo deste modo que cada colaborador conseguisse refletir sobre as suas relações com os outros profissionais, com os seus superiores hierárquicos, com os utentes, e ainda acerca das suas relações pessoais.

Em anexo encontra-se a apresentação em powerpoint (Anexo IV).

6.2. Tipos e Estilos de Comunicação

Existem dois tipos de comunicação, a verbal e não-verbal. A comunicação verbal refere-se as palavras proferidas, conteúdo e informação, e segundo Silva (2003) algumas das intervenções verbais facilitam o iniciar e manter de uma conversa. A comunicação não-verbal consiste na informação que é transmitida através das expressões faciais, contacto ocular, gestos, toques, movimentos físicos, postura, o tom, volume e timbre da voz (Navarro, 2009). Segundo Silva (2003) a comunicação não-verbal é mais utilizada do que as próprias palavras, visto que é inevitável quando estamos perante um processo de comunicação.

No que concerne à linguagem, esta apresenta quatro estilos de comunicação diferentes, os quais podem facilitar ou dificultar o processo de comunicação, sendo eles: Assertivo; Passivo; Agressivo; Manipulador.

Dos quatro estilos de comunicação, o estilo assertivo seria o ideal a adotar, sendo que é um estilo comunicacional que respeita as partes envolvidas pode produzir resultados muito melhores comparativamente com os outros. Consiste na manutenção do contato ocular a maior parte do tempo, com uma expressão facial adequada aos sentimentos e conteúdo, gestos naturais apropriados à mensagem verbal, corpo relaxado, respiração regular e falar devagar, com um tom de voz firme sem hesitações, interjeições e hostilidade (Barrios, 2009). Assim sendo, a pessoa assertiva negocia, não faz prevalecer os seus direitos face aos direitos dos outros, facilitando a expressão e comunicação dos outros elementos do grupo (Fachada, 1991).

Relativamente ao estilo de comunicação passivo, ao nível verbal Fachada (1991) refere que é utilizado por indivíduos que raramente discordam dos outros, com tendência a evitar os conflitos, ignorando até os seus direitos. Revelam dificuldades em renunciar a ordens mesmo que não concordem com o que lhes é pedido, evitando desta

forma os conflitos, estabelecendo uma má comunicação. Em termos de expressão facial, são indivíduos que se apresentam normalmente ou muito sorridentes ou demasiado sérios, mantendo pouco contato ocular. São ainda caracterizados por ser pessoas que falam baixo e devagar ou se mantêm em silêncio durante muito tempo.

No que concerne ao estilo manipulador, Fachada (1991) evidencia que este é representado por indivíduos, com olhar dominante e expressão fácil ambígua, a voz varia consoante a situação ou os interlocutores. O seu discurso, é normalmente constituído por frases humorísticas que transparecem inteligência e cultura, inventam histórias, negam fatos, são oportunistas retirando partido das situações, falando por meias palavras, os seus discursos não são claros, apresentam-se como tendo sempre boas intenções percecionando-se, assim como pessoas indispensáveis.

Relativamente ao estilo agressivo, a mesma autora refere que estes indivíduos têm um comportamento não-verbal que se caracteriza por uma postura rígida, tensa, cabeça alta e imponente. Ao nível comportamental, normalmente são indivíduos que se caracterizam pelos seus gestos amplos, demonstrando as vezes até indiferença aos outros, com um sorriso irónico e olhar de canto evidenciando uma contração muscular. São indivíduos que falam alto, rápido, interrompem os outros e falam por demasiado tempo. O seu discurso normalmente caracteriza-se por ser insultuoso, ameaçador, são demasiadamente críticos e reivindicativos, e desprezam os sentimentos e opiniões dos outros. É comum que estes indivíduos se mostrem superiores, e por isso tem dificuldade em estabelecer relações íntimas e de segurança.

Entende-se que o estilo assertivo se caracteriza, entre os outros estilos comunicacionais, como o que prevê melhores resultados ao nível da comunicação e interação, sendo o ideal a adotar.

6.3. Plano da Ação de Sensibilização

Devido a instituição ser composta por cinco lares, ao grande número de funcionários, a diferença de horários, assim como a distância geográfica entres os lares, foram realizadas cinco ações de psicoeducação (três nos Serviços Centrais da SCMB e uma no Centro Social D. Maria Eva Nunes Corrêa (Silveiros) tendo todas elas obedecido ao mesmo tipo de informação. Esta foi elaborada para todos os colaboradores da SCMB que quisessem participar, desde os funcionários da lavandaria ate aos diretores técnicos.

As sessões consistiram na exposição da vertente teórica, de forma a expor a importância da comunicação em todo o tipo de relações, mais vincadamente no âmbito profissional, a exposição dos diferentes estilos comunicacionais e, os seus diferentes resultados e estratégias para a resolução de conflitos de uma forma mais assertiva. Num segundo momento foi realizado um debate juntamente com as auxiliares, sobre o tema palestrado, no sentido de promover a comunicação mais assertiva no local de trabalho, assim como a aquisição de estratégias de forma a compreenderem as consequências de uma comunicação errada, como também as consequências que a mesma pode provocar.

Quadro: IV (Planificação das Ações de Sensibilização)

Dias	Nº de Ações	Horas	Locais
5 Setembro	2	14:30h-15:30h 17:30h-18:30h	Serviços Centrais SCMB
7 Setembro	1	11:30h-12:30h	Serviços Centrais SCMB
13 Setembro	2	14:30h-15:30h 16:30h-17:30h	Centro Social Comendadora D. Maria Eva Nunes Corrêa (Silveiros)

Objetivo Geral

Ação de psicoeducação direcionada a todos os funcionários da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, relativamente aos estilos e tipos de comunicação num ambiente organizacional.

Objetivos Específicos

- O que significa comunicação e uma maior compreensão dos estilos comunicacionais (passivo, agressivo, manipulador, assertivo), enfatizando a importância do estilo assertivo para o sucesso das relações a todos os níveis;
- A importância da comunicação nas relações interpessoais assim como nas relações profissionais, quer com os superiores hierárquicos quer com os colegas de trabalho, bem como com os idosos, ou mesmo até com os seus familiares;
- As barreiras na comunicação;

- Promoção de técnicas que podem ser utilizadas face a obstáculos que possam surgir na comunicação e, estratégias e competência emocionais que possibilitam uma melhor resolução dos conflitos.

Procedimentos

A sessão teve início com a apresentação dos formadores, e quais os objetivos inerentes a Ação de Sensibilização. De seguida foi iniciada a apresentação e exploração do tema «É impossível não comunicar», de uma forma bastante clara, utilizando uma linguagem adequada ao público-alvo em questão. No final, de cada sessão realizou-se um debate, onde se realizou o esclarecimento de dúvidas e debate de ideias. Como método de avaliação, no final de cada ação, foi entregue uma ficha de avaliação a cada participante, a qual foi preenchida por todos com o objetivo de percebermos qual foi o grau de satisfação das participantes. No término das sessões foi ainda entregue, um certificado de participação a cada elemento participante.

Avaliação da Ação de Sensibilização

No âmbito da avaliação da ação de sensibilização, foi pedido a cada participante que avaliassem a mesma numa folha que lhes foi atribuída no final da sessão (Anexo III), através da qual se pode observar, que os elementos ficaram satisfeitos com o tema abordado, assim como da ação no seu conteúdo geral. Com o objetivo de motivação à participação das auxiliares, foi entregue a cada participante, um certificado de participação (Anexo III).

Em anexo encontra-se o material exposto durante cada sessão. Com esta atividade espera-se que se concretize o principal objetivo, ou seja, proporcionar um ambiente de trabalho em equipa saudável e adequado.

Material

Para a exposição do material, foram utilizados um computador e um retroprojetor. De modo a proceder a avaliação foram ainda entregues a cada participante, fotocópias das fichas de avaliação, assim como um certificado de participação (anexo).

6.4. Reflexão e Limitação da Ação de Sensibilização

Analisando o número de colaboradores que aderiram a esta atividade, o resultado é satisfatório. No que concerne a avaliação realizada pelos participantes, estes mencionaram que o tema foi bastante importante mas que deveriam participar mais colaboradores, pois segundo os mesmos, o relacionamento ao nível profissional seria mais fácil de melhorar se todos conseguissem perceber melhor o outro e optassem por um estilo assertivo na resolução de conflito.

No final de cada sessão foi entregue um certificado de participação a cada participante.

Outras Atividades

7. Atividades Desenvolvidas no Contexto de Estágio

Durante o período de estágio curricular foram desenvolvidas várias atividades, desde as exigidas pelo plano curricular para a concretização do mesmo, como a observação de casos clínicos, discussão de casos, intervenção psicológica e avaliação psicológica, como a participação na elaboração de um panfleto informativo sobre Alzheimer, a participação do projeto “Conhecer e Apoiar - Seniores de Barcelos”, assim como a participação na elaboração de um questionário demográfico a ser aplicado junto dos idosos nesse mesmo projeto, como ainda uma atividade semanal (proposta pelas estagiárias à instituição) constituída por um grupo de idosos, a fim de abordar temas ecológicos (como atividades de cultivo e a ligação à natureza) servindo a mesma como terapia ocupacional.

7.1. Panfleto: “O Alzheimer e nós”

O panfleto “*O Alzheimer e nós*” (Anexo VI) foi uma das primeiras tarefas realizadas em conjunto com as outras estagiárias de psicologia. Aqui o objetivo pretendido seria, o esclarecimento de todo o processo inerente à doença de Alzheimer. Já que seria informação acessível, tanto a auxiliares da SCMB como a familiares e cuidadores, focalizamos a nossa atenção para a distinção do Alzheimer como demência. Para isso, foi necessário elaborar uma distinção entre demência e envelhecimento, caracterizando aqui as principais alterações cognitivas e comportamentais que se podem vir a verificar na doença (Valls-Pedret, Molinuevo, & Rami, 2010; Molinuevo & Arranz, 2012; WHO, 2010; Lopes, 2011; Reed, et al., 2007). Por último, achamos necessário demonstrar que estes doentes não possuem insight da doença (anosognosia), explicando assim, quais as melhores estratégias de ajuda para os cuidadores (Reyes-Figueroa, Rosich-Estragó, Bordas-Buera, Gaviria-Gómez, Vilella-Cuadrada, & Labad-Alquézar, 2010; WHO, 2006; WHO, 2010; Molinuevo & Arranz, 2012). Todo o processo de realização deste trabalho foi acompanhado pela orientadora de estágio. Apesar de este ter sido realizado antes do início de Dezembro de 2011, só mais tarde (Março de 2012) é que foi aprovado e distribuído em todos os Lares e Secções da Valência Idosa. Junto em anexo segue um exemplar do panfleto elaborado.

7.2. Projeto “Conhecer e Apoiar”

No que concerne ao projeto “Conhecer e Apoiar - Seniores de Barcelos”, este é de índole social, desenvolvido através do projeto ELOS, (projeto de voluntariado, onde o seu principal objetivo é a promoção da qualidade de vida dos idosos da Santa Casa de Misericórdia, e posteriormente, o âmbito será alargado ao apoio domiciliário) que visa conhecer as condições de vida dos idosos pertencentes a cidade, assim como as suas necessidades de vida, bem como combater o isolamento dos idosos da cidade de Barcelos, em parceria com a Câmara Municipal. O nosso papel passou pela participação na elaboração de um questionário demográfico, que permitisse o máximo de recolha de informação relativa as necessidades da população idosa. Num segundo momento, participamos ativamente na aplicação do questionário junto da população, procedendo deste modo à recolha de informação. De ressaltar que sempre que nos dirigíamos ao domicílio dos idosos, íamos sempre devidamente identificadas, com um crachá identificado com o nosso nome e o nome da instituição, importante referir também que a população já tinha sido previamente notificada por via CTT da nossa visita.

Junto em (Anexo VIII) segue o questionário demográfico utilizado nesta ação.

7.3. Grupo de Terapia Ocupacional “O Cantinho da Misericórdia”

No início deste ano de 2012, no Lar Santo André, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, nasceu um espaço ao ar livre para os seus utentes, chamado “*O Cantinho dos Sabores e Aromas*”. Com o aparecimento deste novo espaço, nasceu a ideia de nossa parte (estagiárias de psicologia), formar um grupo de idosos onde pudéssemos realizar uma atividade que abordasse temas ecológicos (como o cultivo e a natureza), servindo desta forma como terapia ocupacional. No que respeita aos participantes, foi uma decisão unânime (discutida com a orientadora de estágio) e direcionada para os mesmos utentes do grupo “*Ora faço eu, ora faz tu*”. Por um lado, tornou-se mais fácil dinamizar as tarefas e os objetivos desta atividade a este grupo de utentes, devido à sua anterior participação e por conseguinte, já se ter estabelecido uma linha de confiança, mas por outro lado pesaram também as características próprias destes participantes, tal como foi referido na caracterização do grupo “*Ora faço eu, Ora faz tu*”. O nome atribuído ao grupo foi “*O Cantinho da Misericórdia*”, este iniciou a sua primeira sessão em Junho, na mesma altura em que o grupo “*Ora faço eu, Ora faz tu*”

teve o seu término. Com o intuito de facilitar todo o processo de integração dos utentes às novas atividades propostas, foi decidido que o horário estabelecido seria no mesmo dia do grupo anterior, às Quintas-feiras de manhã. No entanto, a duração das sessões foi alargada para 75 minutos, isto devido aos preparos necessários no local das atividades. Junto em anexo (V) segue a descrição da planificação dos exercícios realizados.

O nascimento deste grupo procurou promover a interação dos utentes com o meio ambiente (psicomotricidade aliada à estimulação cognitiva), através de atividades como o semear e plantar, o regar e o podar de flores e plantas aromáticas (Rami, et al., 2011; WHO, 2007; WHO, 2010; WHO, 2011; Valencia, et al., 2008), aumentar o convívio entre os membros do grupo, manter a execução de algumas atividades prazerosas realizadas antes da entrada para a instituição, preservar o sentimento de utilidade (sentir-se útil), e proporcionar momentos de ligação à natureza.

Tal como aponta a literatura, a jardinagem revela-se uma fonte agradável de aumentar os níveis de atividade física assim como manter a mobilidade e flexibilidade, permitindo exercitar o corpo de um modo fácil em vários segmentos (tronco, braço e pernas), possibilita desenvolver habilidades mentais (tais como a imaginação e atenção), permitindo ainda a estimulação dos sentidos uma vez que é uma fonte diversificada de sensações (Araújo, 2011). Além disso, o tratamento biológico destes produtos possibilitou que estas plantas fossem colhidas e utilizadas para consumo no próprio lar.

Desde já, esta iniciativa tornou-se positiva simplesmente pelo fato de ser algo novo nas instituições da SCMB, para a valência idosa, e também porque, de uma maneira geral, a receção dos utentes à proposta das novas atividades foi feita com grande entusiasmo. Muitos deles dizem ter recordado os tempos em que “*tratavam da terra*” e ajudavam na “*lavoura*”.

Ao princípio, a estruturação de um planeamento de atividades não se tornou fácil de organizar, devido à especificidade inerente à jardinagem. No entanto, foi-nos facultada ajuda por parte de uma voluntária da SCMB, orientadora das atividades exercidas no “*Cantinho dos Sabores e Aromas*”. Daí, foram discutidas todas as formas, cingidas também ao tipo de espaço e material que nos era facultado, que poderiam ser abrangidas na interação com o ambiente. A nascente de ideias partiu principalmente dos participantes, tornando-nos (a mim e às minhas colegas) meras coordenadoras e orientadoras da estrutura de cada sessão. Pelo seu carácter participativo, foi extremamente positivo para a abertura de opiniões e regras necessárias a cada atividade.

A partir da terceira sessão, cada participante já tinha a sua tarefa distinguida, criando assim, método e organização na realização de cada atividade. Para além do prazer que foi realizar este grupo, verificamos que as nossas atividades eram alvo de curiosidade por parte de todos os colaboradores do Lar Santo André (Local cativo d' "*O Cantinho da Misericórdia*"), o que tornou ainda mais patente, a inovação desta atividade. Mas porque os esforços na criação deste grupo se envolviam apenas na satisfação e bem-estar dos nossos participantes, não é demais expressar que mais uma vez, nos vimos animadas com os resultados que podemos observar.

O esforço na observação tornou-se redobrado, isto devido aos avanços que obtivemos com o grupo anterior, ou seja, foi necessário estar atentas ao todo envolvente de cada participante. Um fator bastante presente foi a demonstração de satisfação por parte de duas utentes, para connosco e para com os outros participantes. Esta demonstração era feita com abraços e beijos, fato que achamos bastante revelador, já que não são utentes normalmente sociáveis dentro do lar (sofrem de perturbação mental grave). Por último, estes pacientes também revelavam uma enorme vontade de demonstrar aquilo que faziam e o que trabalharam para o conseguir.

Globalmente o resultado desta atividade revelou-se bastante positivo, pois além da satisfação demonstrada pelos participantes no contacto com a natureza e nas atividades realizadas ao ar livre, revelou-se importante para manter alguma mobilidade dos utentes assim como uma forma diferente e agradável de praticar algum exercício físico, bem como melhorar habilidades importantes às relações interpessoais entre eles.

Na última sessão, e em parceria com a Diretora Técnica do LSA e do LNSM, foi feito um convívio que envolveu a demonstração de um filme com todas as fotografias tiradas no decorrer das sessões e onde se procedeu também à entrega, tanto de uma planta num vaso (Sessão nº10) como ao respetivo certificado de participação (Anexo VII), a cada um dos participantes, finalizando com um pequeno lanche com a colaboração dos utentes e diretoras.

Reflexão

8. Reflexão Geral Sobre o Estágio

As várias experiências que pude viver durante todos estes meses de estágio, revelaram uma necessidade de aprender mais acerca da realidade vivida em contexto da terceira idade, e por conseguinte, na intervenção ao nível da promoção do envelhecimento bem-sucedido. Trabalhar com pessoas idosas pode tornar-se numa tarefa exigente para qualquer clínico, tendo em conta todas as limitações existentes nesta faixa etária. Não estamos a falar só de idosos demênciados, mas também de idosos cognitivamente saudáveis. No entanto, não nos devemos esquecer que estas pessoas se encontram institucionalizadas, fator que por si só gera uma mudança no indivíduo. Este foi um dos grandes desafios com que me deparei. Apesar de toda a preparação inicial que possa haver, a adaptação à realidade daquilo que é trabalhar numa instituição (lar), pode levar o seu tempo. A conjugação de fatores internos, com a liberdade de expressão do próprio trabalho, só é facilitada quando estamos conscientes das nossas limitações e das limitações institucionais. O caminho feito e o trabalho elaborado necessitam de ser constantemente reformulados, como forma de ajustamento àquilo que nos é exigido, tanto pelos nossos pacientes, como pelos próprios responsáveis destes. Mais do que um comprometimento clínico necessariamente expresso para com os utentes, existe paralelamente uma responsabilidade acrescida para com os encarregados destes mesmos. Numa primeira fase, a integração e adaptação ao contexto institucional revelou-se de extrema relevância, assim como o estabelecimento de uma relação positiva com os vários profissionais uma vez que nos tínhamos de integrar numa equipa multidisciplinar. Para tal julgamos ter sido fulcral o interesse e humildade por aprender, e o respeito pelo trabalho dos outros profissionais, assim como por todos os utentes da instituição.

A fase de observação inicial, uma vez que tivemos oportunidade de observar vários casos de intervenção junto da orientadora do local, revelou-se uma “ferramenta” bastante útil, para aprender a atuar no contexto clínico de institucionalização (lar de terceira idade). Apesar da grande atenção que nos foi prestada pela orientadora do local, a capacidade para aprender e atribuir significado às dinâmicas psicológicas que provieram da observação inicial, exigiram de nós em certo grau, conhecimentos teóricos, que contudo não se aprendem em nenhum manual, mas sim na interação com o outro, no estabelecimento de uma relação terapêutica escutando sempre de forma ativa

cada ser com atenção e compreensão que merecem, e no estabelecimento de uma relação empática, porque cada ser humano é único.

A preocupação em prestar auxílio a um nível qualitativamente elevado aos utentes, foi sempre a preocupação máxima, assim como a escolha das atividades realizadas (intervenção em grupo, terapia ocupacional, ação de sensibilização), além de toda a fundamentação teórica devidamente fundamentada, assentaram na tentativa de colmatar as carências e necessidades que a instituição apresentava. Todas as atividades que foram sendo desenvolvidas, exigiram um planeamento cuidadoso da nossa parte, tendo sempre por base a preocupação de alcançar a mudança com vista a potenciar o bem-estar da pessoa que precisava de ajuda.

Apesar das condicionantes e limitações encontradas no local de estágio, o balanço final foi bastante positivo, revelando-se estes aspetos limitantes num momento de aprendizagem, na medida em que é fundamental adaptarmo-nos à realidade das instituições onde desenvolvermos funções e a utilizar os recursos disponibilizados do melhor modo.

O contato com os idosos veio possibilitar não só o aprofundamento da formação académica, assim como refletir sobre as problemáticas que fragilizam esta faixa etária, tais como: a falta de suporte social, o isolamento, a ausência da família, a saúde ou a ausência dela, as perdas, as fragilidades emocionais e limitações físicas, entre outras.

Relativamente às expectativas criadas em relação à prática clínica, a ânsia de por em prática tudo aquilo que aprendi ao longo da formação académica era muita, mas depressa percebi que cada terapêutica leva o seu tempo a atingir resultados, e nem sempre são os que desejaríamos ou com a rapidez que gostávamos, que devemos ter sempre consciência das nossas limitações, para nunca prejudicar o ser humano que procurou a nossa ajuda. Contudo, considero que as dificuldades e dúvidas iniciais foram positivas, pois permitiram que constantemente procurasse a sua resolução levando-me desta forma à evolução. Para esta evolução, foi igualmente preciosa a ajuda e disponibilidade do Dr. Rui e Dr^a Sofia, na sua partilha de conhecimentos, correção de algumas incertezas e esclarecimento de dúvidas.

Com o desenvolver do estágio académico, foi possível aumentar o nosso conhecimento e experiência técnica enquanto profissionais de psicologia, mas essencialmente crescer ao nível humano. Todos os fatores, quer os positivos quer os menos positivos, possibilitaram-me a criação de uma forma única de desenvoltura

profissional essencial para um futuro responsável. Este último ano de faculdade permitiu-me também, antever todo o meu ideal acerca desta profissão e do que daí poderei vir a expandir. Posso afirmar que, esta experiência se tornou muito enriquecedora como profissional mas principalmente como ser humano, afinal se não tivermos a infelicidade de morrer antes, todos seremos idosos um dia e gostaríamos de ser cuidados com respeito, amor, dedicação e de não sermos esquecidos por aqueles que amamos.

Bibliografia

- Abdallah, H.B. & Rey, G.J. (2006). *Intervenções Cognitivas e Comportamentais na Fobia Social*. Revista Electronica de Psicologia [On - line]. Available: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0284.pdf> (12 Junho 2012).
- Albuquerque, P.B, Gonçalves, D.C. & Martin, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1, 101-110.
- Almeida, P & Crocco, I. (2001). Percepção dos défices cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com doença de Alzheimer. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 58 (2-A), 292-299.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. O. Ribeiro & C. Paúl (Ed), *Manual de Envelhecimento Activo*. (pp. 13-44). Lisboa: LIDEL.
- Barreto, J., Leuscner, A., Santos, F., & Sobral, M.(2003). *Escala de depressão geriátrica: tradução Portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Ysavage et al.* Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Barrios, A. (2009). A comunicação na liderança em enfermagem. [On - line]. Available: www.WebArtigos.com. (18 Abril 2011).
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Gary, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Bolsini-Silva, A.T. (2002). Habilidades Sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6 (2), 233-242.
- Boss, L. (2002). *Saber Cuidar, Ética do Humano: Compaixão pela terra*.(8ª edição). São Paulo: Vozes.
- Camões, C., Gonçalves, A & Pereira, F.M (2005). *Reabilitação na doença de Alzheimer*. [On - line]. Available : www.psicologia.pt/artigos/textos/A02.pdf.(17 de Abril 2012).
- Canavarro, M.C. (2011). *Intervenção em Situações Traumáticas*. [On - line]. Available: <http://woc.uc.pt>. (12 de Junho 2012).

- Cañnon-Montañez, W. & Rodríguez-Acelas, A. L. (2011). Assertividade: uma habilidade social necessária en los profesionales de enfermaria y fisioterapia. *Texto Contexto Enferm*, 20, 81-87.
- Corrêa, S. E. & Silva, D.B (2009). Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12 (3), 463-474.
- Eizirik, C. , Knijnik, J., Vasconcellos (2008) *Psicoterapia na velhice*. In: Cordioli, A. V. et al. *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Atmed.
- Ellis (1962). *A hand-book of rational-emotive therapy*. Springer, Nueva York (trad. Castelhana. Manual de terapia racional emotiva, Bilbao 1988).
- Fachada, O. (1991). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Resumo.
- Fernandes, J., Figueira, M. & Sampaio, D. (2006). *DSM IV – TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fridlund, A., Gleitman, H. & Reisberg, D. (2007). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Godoy, M.F. & Rissardi, G.L. (2007). Estudo da aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson modificada nas respostas das variáveis cardiovasculares e respiratórias de pacientes hansenianos. *Revista Ciência da Saúde*, 14, 175–180.
- Gonçalves, D.C., & Albuquerque, P.B., & Martim, I (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica I*, 101-110.
- Gonçalves, D.C., & Martin, I (2007). Intervenção na Depressão Geriátrica através da reminiscência. *Psicologia Argumento*, 25 (51), 371-384.
- Gonçalves, O. (1999). *Introdução as Psicoterapias Comportamentais*. Coimbra: Quarteto.
- Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J.& Garça, C. (2003). *Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS-COG): Tradução Portuguesa de Alzheimer Disease Assasment Scale, de Mohs, Rosen e Davis*. Lisboa: Grupo de estudos de envelhecimento e demência.
- Guerreiro, M., Silva, R. L., Botelho, Leitão, Caldas, A.C. & Garcia, C (1993). *Adaptação Portuguesa da Mini-Mental State- MMS*. Lisboa: Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz.

- Lopes, E. (2011). Reabilitação cognitiva. Universidade de Oviedo.
- López, L. (2010). Evaluacion Neuropsicologica: Introduccion: Universidad de Oviedo.
- Matos, M.G. (1997). *Comunicação e gestão de Conflitos na escola*. Lisboa: Edições FMH
- Murta, S. G. (2005). Aplicação do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. *Psicologia em Estudo*, 14 (3),565-573.
- Navarro, J. (2009). Verdade ou mentira: como saber o que os outros pensam mas não dizem. Lisboa: Academia do Livro
- Neri, A. L. (2004). Contribuições da Psicologia ao estudo e a intervenção no Campo da Velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1 (1), 69-80.
- Neri, A., Yassuda, M., (2004). *Velhice bem sucedida*. São Paulo : Papirus
- Oliveira, T. (2010). *Critérios Diagnósticos para Transtorno da Adaptação*. [On - line]. Available: <http://www.comportal.com.br>. (12 de Julho 2012).
- Pádua, A., Souza, S., Brunstein, M. (2008). *Abordagens psicossociais para pacientes com demência*. In: Cordioli, V. et al. *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Atmed.
- Papaléo -Netto, M. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas, L., e tal (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Kroongan, 2002.p. 2-12.
- Pedras, A. B. (2006). *Política da Qualidade*. [On - line]. Available: <http://www.SMCB.maisbarcelos.pt>. (8 Dezembro 2012).
- Pelzer, M (2005). *Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda mútua*. Tese de doutoramento, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. [On - line]. Available: www.psiqweb.com.med (12 de Abril 2012).
- Porto, C, S. (2006). *A escala de avaliação de demência no diagnóstico de comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer*. Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.
- Silva, A.C. & Soares, M. (2006). *Decreto-Lei n.º 241/94. DR 220/94 SÉRIE I-A de 1994-09-22*. [On - line]. Available: <http://www.psicologia.pt/profissional>. (2 Fevereiro 2012).

- Souza, L., Forgione, M., & Alves, V.L. (2000). Técnicas de relaxamento no contexto da psicoterapia de pacientes com queixas de dor crónica e fibromialgia- uma proposta. *Acta Fisiatras*, 7 (2), 56-60.
- Spar, J., La Rue, A. (2005). *Guia Pratico Climpsi de Psiquiatria*. Lisboa: Climpsi.
- Stemmer, B. (2001). Demência. In B. Kukowski, B. (Ed), *Diagnostico Diferencial de sintomas neurológicos. Tablas y resúmenes sinópticos para un diagnostico rápido y seguro* pp. 325-337. Barcelona: Masson.
- Rami, L., Valls-Pedret, C., Bartrés-Faz, D., Caprile, C., Solé-Padullés, C., Castellví, M., et al. (2011). Cuestionario de reserva cognitiva. Valores obtenidos en población anciana sana y con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología* , pp. 195-201.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4 (25), pp.543-557.
- Reyes-Figueroa, J. C., Rosich-Estragó, M., Bordas-Buera, E., Gaviria-Gómez, A. M., Vilella-Cuadrada, E., & Labad-Alquézar, A. (2010). Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología* , pp. 653-660.
- Ruiloba, J.V. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Valls-Pedret, C., Molinuevo, J. L., & Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Revista de Neurología* , pp. 471-480.
- Young,H., Vitaliano,P. (2007). Methods in Health Pssychology: Relevance to Aging. In Aldwin, C., Park,C., & Spiro, A (Ed.), *Handbook of Health Psychology and Anging*. New York: The Guilford Press.

Anexos

Anexo I

Breve Descrição dos Casos de Avaliação

Quadro V - Caso Clínico D

Idade	85 Anos
Encaminhamento	Enfermeiros
Motivo	Avaliação de sintomas depressivos
Instrumentos Utilizados	MMS; GDS; ESSS; SF36
Resultados	<p>MMS: 25 pontos GDS (versão reduzida) Fase Inicial: 13 pontos Fase Final: 10 pontos ESSS: SA- 25 pontos; I-13 pontos; SF- 15 pontos; AS-15 pontos SF36: FF-10; DF-0; DC-84; SG-40; V-55; FS-62,5; DE-0; SM-40</p>
Diagnóstico Diferencial	<p>Eixo I: 309.0 Perturbação da Adaptação, Com Humor Depressivo Crónico [F 43.20] Eixo II: V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2] Eixo III: 369.9 Perda de Visão Eixo IV: Nenhum Eixo V: AGF Inicial = 65 AGF Final = 70</p>
Conceptualização	<p>De acordo com a literatura, característica predominante de uma Perturbação de Adaptação, é o desenvolvimento de uma resposta psicológica a um ou mais fatores de stress identificáveis, que resultam em sintomas emocionais ou comportamentais, clinicamente, significativos (Fernandes, Figueira & Sampaio, 2006). De acordo como as referencias do paciente, foi a partir do momento em que perde a totalidade da visão, no olho do lado direito, que começa a sua sintomatologia, ou seja, tristeza, vontade recorrente de chorar (apresenta-se como uma resposta psicológica a um fator de stress identificável), pensamentos disfuncionais e a sentir-se mais nervosa ao longo do dia.</p>
Observação, Proposta de Objetivos e Estratégias Terapêuticas	<p>Os objetivos terapêuticos realizados para o paciente tiveram por base, a sua avaliação psicológica o seu humor depressivo, bem como a conceptualização clínica do caso. Assim sendo, durante a intervenção, o objetivo principal foi diminuir a sintomatologia inerente ao diagnóstico de Perturbação da Adaptação Com Humor Depressivo Crónica. Para tal intervenção, foram utilizadas técnicas de terapia Cognitivo-Comportamental semanalmente, tais como, reestruturação cognitiva. Esta técnica permitiu ajudar o paciente a pensar de forma mais adaptativa e lógica, onde se tentaram substituir os pensamentos irracionais apresentados pela utente, por pensamentos mais adaptativos (Ruiloba, 2003). a quando finalização do processo de intervenção, o paciente apresenta algumas melhoras, embora os sentimentos de tristeza ainda estejam patentes, devido a cronicidade do seu estado físico (perda gradual da visão)</p>

Quadro VI - Caso Clínico E

Idade:	87 Anos
Enviado por :	Enfermeiros
Motivo:	Avaliação de sintomas depressivos
Instrumentos Utilizados:	MMS; GDS; SF36
Resultados:	MMS: 28 pontos (sem déficit cognitivo) GDS: 18 pontos (depressão ligeira) SF36: FF-10; DF-10; DC-30; SG-70; V-20; FS-10; DE-10; SM-50
Diagnóstico Diferencial	Eixo I: 309.0 Perturbação da Adaptação, com Humor Depressivo [F43.20] Eixo II: V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2] Eixo III: 564.0 Obstipação Eixo IV: Nenhum Eixo V: AGF Inicial = 55 AGF Final = 60
Observação, Proposta de Objetivos e Estratégias Terapêuticas	<p>O processo de intervenção teve início com o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na criação de confiança, atitude empática e acolhimento. Foi recolhida toda a sua história através da entrevista da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. Após a recolha desta foram implementadas algumas estratégias.</p> <p>Os objetivos terapêuticos elaborados para esta paciente, tiveram por base a sua avaliação psicológica, o seu humor depressivo, tendo como princípio a diminuição da sintomatologia depressiva inerente ao diagnóstico da Perturbação da Adaptação Com Humor Depressivo, sendo que para esse efeito foram utilizadas técnicas da terapia cognitivo – comportamental semanais, nomeadamente a reestruturação cognitiva, e Relaxamento progressivo de Jacobson.</p> <p>A implementação das técnicas de reestruturação cognitiva, visaram ensinar o paciente a pensar de uma forma mais adaptativa e lógica, tentando substituir os pensamentos irracionais apresentados, por pensamentos mais adaptativos (Ruiloba,2003).</p>

Quadro VII - Caso Clínico B

Idade:	90 anos
Enviado por :	Enfermeiros
Motivo:	Comportamento desajustado
Instrumentos utilizados:	MMS; GDS; ADAS
Resultados:	MMS: 12 pontos (déficit cognitivo grau II) GDS: 10 ADAS: 24/70
Diagnóstico Diferencial	Eixo I: 780.9 Declínio Cognitivo Relacionado Com a Idade [R41.8] Eixo II: V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]

	<p>Eixo III: Nenhum</p> <p>Eixo IV: Comportamento desajustado</p> <p>Eixo V: AGF Inicial = 50 AGF Final = 50</p>
<p>Observação, Proposta de Objetivos e Estratégias Terapêuticas</p>	<p>Realização de um Treino de Reabilitação Cognitiva uma vez por semana.</p>

Anexo II

Programa de Treino de Competências Sociais

Programa de Treino de Competências Sociais “*Ora faço eu, ora faz tu*”

1ª Sessão (Apresentação)

Objetivos:

- Apresentação de cada um dos participantes e terapeutas;
- Exposição do conteúdo aos participantes e importância do mesmo;
- Dar conhecimentos dos objetivos do treino de competências sociais;
- Avaliação das expectativas dos participantes inerentes ao programa;
- Acordo quanto ao local, dia e horário das sessões.

Procedimentos:

- Informar todos os participantes da importância das competências sociais, o que significam, qual a sua utilidade assim como a sua importância na interação com os outros.

Estratégias:

- Dinâmica de grupo para a apresentação.

2ª Sessão (Espreita-me)

Objetivos:

- Reconhecer os sinais sociais;
- Perceber e entender o impacto dos sinais sociais na interação com os outros;
- Aplicar as habilidades abordadas na observação.

Procedimentos:

- Realização *role-play* por parte do terapeuta e co-terapeuta para que os participantes consigam identificar os sinais sociais anteriormente abordados;

- Através da observação e identificação dos sinais sociais, ver o impacto destes no seu dia-a-dia;
- Pedir aos participantes que se formem em grupos de dois para praticarem através do *role-play*.

Estratégias:

- *Role-play* entre terapeutas e posteriormente entre participantes.

3ª Sessão (Mímica)

Objetivos:

- Desenvolvimento de competências relativamente à comunicação não-verbal;
- Compreensão da importância da postura e gesticulação.

Procedimentos:

- Abordar a expressão das emoções e aprender a identificar os sinais não-verbais;
- Treinar a postura corporal correta a adotar;
- Treino da gesticulação;
- Reflexão sobre a importância dos mesmos.

Estratégias:

- *Role-play* entre participantes (inerente à postura e gesticulação).

4ª Sessão (Mímica cont-)

Objetivos:

- Continuação do reconhecimento de competências não-verbais;
- Aquisição de conhecimento da importância da compreensão do saber usar adequadamente as competências sociais na relação com os outros;

- Reconhecimento dos diferentes tipos de expressão facial, a importância do contacto ocular e do sorriso.

Procedimentos:

- Demonstrar a importância da transmissão de sentimentos através da expressão facial;
- Evidenciar a importância do contacto ocular e do que ele transmite;
- A importância do sorriso na interação com o outro.

Estratégias:

- Imagens (cubo das emoções);
- Role-play.

5ª Sessão (Eu ouço e aceito)

Objetivo:

- Aquisição de competências de escuta ativa;
- Consciencializar para a sua importância na comunicação;
- Promover compreensão e aceitação do outro.

Procedimentos:

- Perceber a diferença entre ouvir e escutar;
- Estimular uma observação ativa das conversas de forma a fomentar a escuta ativa;
- Desenvolver uma atitude positiva nos participantes permitindo que estes consigam pôr-se no lugar do outro e consigam perceber o que o outro está a dizer e a sentir.

Estratégias:

- *Role-play*;

- Dinâmica da escuta ativa.

6ª Sessão (Uma conversa)

Objetivo:

- Promover o início de uma conversa de acordo com a pessoa e ambiente;
- Desenvolver competências para que seja possível manter uma conversa de forma amigável e positiva;
- Consciencializar a pessoa para uma conversa de interesse para ambas as partes;
- Estimular o término de uma conversa de forma agradável e a despedir-se do outro de forma assertiva.

Procedimentos:

- Demonstrar que através de uma interação inicial positiva, o outro ficará mais recetivo e disponível para uma conversa agradável;
- Consciencializar das fases da conversa desde o início até ao término;
- Mostrar que assuntos serão mais adequados a cada situação (formal ou informal);
- Demonstrar à pessoa quais são as melhores formas de terminar a conversa;
- Apresentar situações fictícias para de conversação.

Estratégias:

- *Role-play*

7ª Sessão (A assertividade)

Objetivos:

- Compreensão dos diferentes estilos comportamentais;
- Desenvolvimento de comportamentos assertivos;
- Aprender a dar e receber elogios.

Procedimentos:

- Identificação dos diferentes estilos comportamentais (passivo, agressivo, manipulador e assertivo);
- Abordagem do cumprimento e da sua importância;
- Proporcionar troca de elogios.

Estratégias:

- *Role-play*;
- Dinâmica.

8ª Sessão (A minha opinião)**Objetivo:**

- Aprender a defender a sua opinião;
- Saber como exprimir desacordo afirmativamente;
- Saber como lidar com a injustiça.

Procedimentos:

- Propiciar troca de opiniões;
- Permitir aos participantes a oportunidade de marcar uma posição e afirmação sobre os assuntos abordados;
- Possibilitar que estes possam defender os seus direitos face a uma situação de injustiça.

Estratégias:

- Mesa redonda (simulação de um debate).

9ª Sessão (Expressão de emoções negativas)

Objetivo:

- Ensinar como lidar com a recusa de forma afirmativa;
- Expressar o aborrecimento e desagrado de forma assertiva.

Procedimentos:

- Clarificar a situação de recusa;
- Demonstração de situações referentes ao aborrecimento e desagrado;
- Clarificação da forma mais assertiva de evidenciar as emoções negativas.

Estratégias:

- *Role-play*;
- Ficha das emoções.

10ª Sessão (Termino do treino de competências sociais e avaliação)

Objetivos:

- Avaliar a situação atual das competências aprendidas.

Procedimentos:

- Feedback dos conceitos aprendidos nas sessões anteriores.

Estratégias:

- Diálogo sobre os exercícios e a matéria que gostaram mais e menos, o que gostariam de ter abordado e o que consideraram menos importante.

Anexo III

Ficha de Avaliação

Ação de Sensibilização: “*É Impossível Não Comunicar*”

&

Certificado de Participação



Ficha de Avaliação

Ação de Sensibilização: “É Impossível Não Comunicar”

Prezado participante, assim como a sua presença é muito importante para a realização desta ação de Sensibilização, a sua opinião é essencial para a avaliação do mesmo. Por isso, solicitamos o preenchimento desta ficha e a sua devolução. Serão realizadas algumas questões que deverão ser preenchidas somente com uma cruz, dando a resposta que achar mais adequada.

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

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

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

Aspetos a melhorar

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO



Santa Casa da
Misericórdia de
Barcelos

Certificado de Participação



Universidade
Católica
Portuguesa de
Braga

Este certificado é concedido a:

Pela participação na ação de sensibilização:
“É impossível não comunicar”

No dia ___ de Setembro de 2012

Dra. Ana Roca
(Coordenadora da SCM Barcelos)

Mónica Lage
(Formadora)

Dra. Sofia Miranda
(Psicóloga da SCM Barcelos / Formadora)

Sílvia Oliveira
(Formadora)

Anexo IV

Apresentação da Ação de Psicoeducação em PowerPoint



COMUNICAÇÃO

- Comunicar significa partilhar, isto é, trocar com alguém um certo conteúdo de informações;

Santa Casa da Misericórdia Barcelos 2

A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO INTERPESSOAL

- O nosso comportamento e a nossa postura também falam...

- O que se **diz** e o **modo como se diz**, o que se **faz** e o **modo como se faz**, são **fatores desencadeantes de reações ou comportamentos nos outros e que irão definir a eficácia da comunicação e a esperança de vida dessas relações.**

Santa Casa da Misericórdia Barcelos 3

BARREIRAS À COMUNICAÇÃO

- Ideias Pré-concebidas
- Recusa de opiniões
- Significados Personalizados
- Motivação e Interesses
- Credibilidade da Fonte
- Pouca habilidade de quem emite a informação
- Clima psicossocial
- Complexidade do meio

Santa Casa da Misericórdia Barcelos 4

ESTILOS DE COMUNICAÇÃO

- Passivo
- Agressivo
- Manipulador
- Assertivo ou afirmativo

Santa Casa da Misericórdia Barcelos 5

PASSIVO

Santa Casa da Misericórdia Barcelos 6

PASSIVO

- O passivo procura a *distância para se pôr a salvo...*
- A maioria das pessoas que adota atitudes de **fuga** justificando-se e invocando pretextos.
- E estes pretextos não são mais do que uma forma de não se afirmar perante o outro;

Santa Casa da Misericórdia Barcelos 7

PASSIVO

- Ciclos viciosos de auto-reforço

- Uma falsa representação da realidade envolvente;
- Uma desvalorização excessiva da situação ;
- Uma necessidade de ser apreciado .

Santa Casa da Misericórdia Barcelos 8

PASSIVO

- **CASOS TÍPICOS**

1. o "apressado"
2. a "pessoa que bloqueia"
3. a "pessoa que adia tudo",
4. a "pessoa que assume a postura de observador"
5. o "ideólogo"
6. o "amável"
7. o "concordante"
8. o "lamuriendo"

Por que razão agimos passivamente?

- Nunca aprendemos uma forma diferente de interagir ;
- Acreditamos que não o devemos fazer ou temos receio de o fazer;
- Desconhecemos ou não acreditamos nos nossos direitos.
- Podemos considerar a passividade como uma forma de bondade, uma maneira de prestarmos ajuda aos outros.

AGRESSIVO



AGRESSIVO

- As suas reações são extremas e a sua maneira de chegar aos seus fins é o afrontamento, a agressão direta, a cólera e a humilhação.
- São pessoas de uma intransigência excessiva e de uma rigidez desarmante.
- O ataque é uma atitude de agressividade perante as pessoas e os acontecimentos: em vez da afirmação tranquila mas firme.

AGRESSIVO

- Na origem destes comportamentos (3 causas):

1. Um elevado grau de frustração no passado;
2. Um medo latente do outro;
3. O desejo de vingança;

AGRESSIVO

- **CASOS TÍPICOS**

1. o "autocrata"
2. o "rebelde"
3. o "espírito de contradição"
4. a "pessoa que quer endireitar o mundo"
5. a "pessoa vingativa"
6. a "pessoa que desvaloriza tudo e todos"
7. o "pretensioso"
8. o "susceptível"

Por que razão agimos agressivamente?

– A médio prazo as consequências negativas parecem inevitáveis.

– Acharmo-nos fracos e vulneráveis, à mercê dos outros.

MANIPULADOR



MANIPULADOR

- Satisfação das suas necessidades de forma muito indireta e mal dirigida;
- Dar a entender que satisfazemos os direitos e necessidades dos outros, mas apenas o faz para satisfazer os próprios,
- Não recebe ter discursos diferentes dos interlocutores; gosta de falar baixo, enviesadamente e não acredita na informação direta.
- Não anuncia objetivos ou, pelo menos, não é claro quanto aos mesmos.

MANIPULADOR

- **CASOS TÍPICOS**
 1. a "pessoa que seduz e lisonjeia"
 2. a "pessoa que desvaloriza o outro quando este é inseguro ou fraco"
 3. a "pessoa que exagera e caricatura"
 4. a "pessoa que simula"
 5. o "conspirador"
 6. a "pessoa que faz combinações secretas"
 7. a "pessoa que intercede"
 8. a "pessoa que culpabiliza, fingindo ser o salvador"
 9. a "pessoa que finge ser franca"
 10. o "encobridor"

Por que razão agimos de forma manipulativa?

- Ao fazê-lo suscitamos sentimentos de compaixão, culpa ou pena, nos outros sem que estes se dêem conta;
- Não utilizam estratégias diretas ou não têm coragem para serem honestos;
- Evitam fazer pedidos assertivos para não terem que enfrentar a rejeição ou o conflito.

ASSERTIVO / AFIRMATIVO



ASSERTIVO / AFIRMATIVO

SER EU PRÓPRIO EM GRUPO

- Perceber e aceitar os direitos de cada um;
- Expressar os seus próprios gostos, sentimentos e opiniões;
- Ser responsável pelo seu próprio comportamento;
- Expressar as próprias fraquezas ou limites;
- Expressar as próprias preferências em grupo;

ASSERTIVO / AFIRMATIVO

- Expressão dos seus sentimentos, pensamentos e necessidades de forma aberta, direta, honesta e adequada;
- Defesa dos direitos pessoais sem a violação dos direitos dos outros.
- Descrever os seus sentimentos face às reações dos outros, em vez de os culpabilizar;
- Facultar a expressão dos sentimentos dos outros e não os bloquear;
- Abster-se de julgar e fazer juízos de valor acerca dos outros.

ASSERTIVO / AFIRMATIVO

- Ser verdadeiro não consiste em "dizer tudo o que me vem à cabeça";
- A assertividade é um comportamento que pode ser aprendido e treinado de forma gradual e regular;
- Consiste em exprimir claramente e sem equívocos as suas necessidades, os seus pensamentos e emoções;
- Como diz o que pensa e de uma forma a que os outros não reajam mal a sua atitude, têm geralmente muito boa auto-estima.

ASSERTIVO / AFIRMATIVO

- Ao sermos assertivos encaramos os nossos desejos, necessidades e direitos como iguais aos dos outros.
- Uma pessoa assertiva ganha influenciando, ouvindo e negociando de tal forma que os outros escolhem cooperar de livre vontade;
- Não se trata de ganhar ou perder, mas sim de considerar os interesses de ambas as partes envolvidas na relação, "negociando" compromissos que, idealmente, resultem no benefício e bem-estar de todos envolvidos;

TORNAR-ME ASSERTIVO

- Lutar contra medos e inquietações,
- Aprender a defender os nossos pontos de vista;
- Ser capazes de exprimir o desacordo face a um superior;
- Controlar a nossa imagem e reconhecer que os outros têm talentos, ideias e sentimentos diferentes dos nossos.

Resultados da atitude assertiva:

- Proporciona maior proximidade entre as pessoas e maior respeito e satisfação na comunicação com os outros:
 - ✓ Aumenta o respeito por nós próprios,
 - ✓ Reduz a noção de insegurança e vulnerabilidade,
 - ✓ Aumenta a autoconfiança no relacionamento com os outros,
 - ✓ Diminui a necessidade de aprovação para aquilo que fazemos.

Técnicas que podem ser utilizadas face a obstáculos que possam surgir:

- **“Risco roto”**: repetir o seu ponto de vista com tranquilidade, sem se deixar influenciar por aspectos irrelevantes;
- **“Acordo assertivo”**: responder a críticas admitindo que cometeu um erro;
- **“Pergunta assertiva”**: aproveitar a crítica para obter informação que poderá utilizar na sua argumentação;
- **“Processar a mudança”**: sair do centro da discussão em análise que ocorre entre si e o seu interlocutor;

Técnicas que podem ser utilizadas face a obstáculos que possam surgir:

- **“Ignorar”**: ignore a razão pela qual o seu interlocutor parece estar aborrecido e recomece a discussão quando ele estiver mais calmo;
- **“Quebra do processo”**: responda à crítica que tenta provocá-lo com uma só palavra;
- **“Ironia assertiva”**: responda positivamente à crítica hostil;
- **“Recomeço assertivo”**: contenha a resposta à afirmação que tenta desafiarlo até que se sinta tranquilo e capaz de responder apropriadamente.

Obrigada pela vossa atenção...

Serviço de Psicologia Clínica

Mónica Lage e Sílvia Oliveira
Estagiárias de Psicologia



Anexo V

Planificação da Atividade “O Cantinho da Misericórdia”

Quadro VIII - Planificação e Tarefas das Sessões Apresentadas ao Grupo “*O Cantinho da Misericórdia*”

Sessões e Tema	Principais Objetivos e Tarefas
Sessão nº1 (Apresentação)	Apresentação dos objetivos da atividade e elucidação da temática.
Sessão nº2 (Preparação Inicial)	Oração pela Professora: “ <i>Afinal, o que é tratar de uma planta?</i> ”
Sessão nº3 (Preparação Inicial)	Estações do ano, árvores, flores, frutos.
Sessão nº4 (Preparação Inicial)	O ambiente e como cuidar dele; A roda dos alimentos.
Sessão nº5 (Preparação Inicial)	Os instrumentos utilizados no cuidado das plantas
Sessão nº6 (Atividade Exterior)	Visita ao espaço “ <i>O Cantinho dos Sabores e Aromas</i> ”; Explicação do que é feito nesse espaço e identificação das respetivas plantas.
Sessão nº7 (Atividade Exterior)	Preparação do espaço Este d’ “ <i>O Cantinho da Misericórdia</i> ”
Sessão nº8 (Atividade Exterior)	Plantação das alfaces e respetivo tratamento
Sessão nº9 (Atividade Exterior)	Preparação do espaço Oeste d’ “ <i>O Cantinho da Misericórdia</i> ”
Sessão nº10 (Atividade Exterior)	Plantação das flores e respetivo tratamento
Sessão nº11 (Atividade Exterior)	“ <i>Os Cuidados na Jardinagem</i> ”

Sessão nº12 (Finalização)	Transladação e cuidado da planta (individual)
Sessão nº13 (Finalização)	Convívio final

Anexo VI

Panfleto “O Alzheimer e Nós”

Como ajudar?

- Privilegiar as rotinas;
- Evitar que a pessoa saia de casa sozinha ou sem identificação;
- Adotar uma atitude positiva (sorrisos, olhares e gestos de carinho);
- Procurar falar com a pessoa num ambiente sem ruídos, com frases curtas e simples e de forma lenta e clara. Se necessário repetir várias vezes a mensagem;
- Não criticar, evitando demasiadas correções e chamadas de atenção; Dar os parabéns sempre que faz algo bem;
- Encorajar a pessoa a fazer as coisas sozinha, ajudando-o só quando necessário; Explicar e demonstrar passo a passo a execução das tarefas; Perante uma situação de crise (recusa de uma atividade) não insistir com a pessoa;
- Estimular a participação em atividades que proporcionem prazer e bem-estar;
- Reduzir as fontes de medo (espelho, quadro, muita gente, sombras, salas mal iluminadas);
- Nunca infantilizar a pessoa com Alzheimer (por exemplo, evitar pôr a pessoa a realizar atividades para crianças, evitar usar linguagem infantil, etc)

- Quando existe dificuldade em comer, cortar os alimentos, deixar comer com as mãos e usar guardanapos grandes;

- Perante situações agressivas manter a calma e transmitir tranquilidade e segurança;

- Procurar sinais de depressão: “Estou acabado... não quero saber...”, choro, falta de autoestima, sentimentos de culpa, pensamentos recorrentes de morte, isolamento. Se necessário, consultar o médico.

“Toda a gente se queixa da memória mas ninguém se queixa da sua falta de senso”

(La Rochefoucauld François)

Bibliografia: Nunes, B. & Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação*. UDEL: Lisboa—Porto.



SANTA CASA
MISERICÓRDIA
BARCELOS

O Alzheimer e nós O Vespertino e nós



Aos familiares, cuidadores e comunidade:

Devido ao aumento da esperança média de vida da população, o impacto da Demência na sociedade tem crescido de forma efetiva. Deste modo, torna-se fundamental a sensibilização de todos para este assunto.

Barcelos, 2012

O que é a Demência?

A Demência é uma diminuição das funções cognitivas (memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem, juízo crítico, humor e personalidade). Estas perturbações afetam a vida diária da pessoa, vida social, familiar e trabalho.

Existem vários tipos de Demência (Vascular, Mista, Frontotemporal, Parkinson, Corpus de Lewy...) sendo que a mais comum é a de Alzheimer.

A evolução da Demência de Alzheimer é **progressiva e lenta** (como está demonstrado resumidamente no quadro seguinte) e varia de doente para doente.

Normal	Normal
Muito ligeiro	Sem dificuldades cognitivas aparentes
Ligeiro	Esquecimentos
Moderado	Problemas deletados por familiares e amigos
Moderado grave	Incapacidade nos cuidados pessoais; agritação; necessidade de um cuidador
Grave	Incapacidade de cuidar de si próprio; Incontinente; deprimido; cuidador a tempo inteiro e institucionalização
Muito Grave	Perda da fala, perda da locomoção e perda da consciência.

Diferença entre a Demência e o envelhecimento normal

Na Demência, as dificuldades acontecem mais rapidamente e interferem com o funcionamento normal da pessoa. No envelhecimento normal podem surgir pequenas dificuldades como, por exemplo, 'recordar nomes ou recados.

Principais alterações cognitivas

Desorientação - muitas vezes a pessoa não sabe onde está ou que dia é;

Comunicação - a pessoa tem dificuldade em comunicar com os outros e em compreender a linguagem falada ou escrita;

Memória - a pessoa começa por esquecer os acontecimentos mais recentes, ao passo que os acontecimentos antigos tendem a perder-se mais rapidamente.

Principais alterações do comportamento

Agressividade - podem surgir comportamentos agressivos em relação ao cuidador sem motivos aparentes. Pode ser causada mais pela doença do que pela própria pessoa.

Reações exageradas e cólera - podem surgir comportamentos, tais como, gritar, chorar, recusa em mexer-se, atirar coisas para o chão...

Agitação e nervosismo - a pessoa pode andar de lado para lado, mexer em tudo...

Apatia

Ansiedade e medo

Perguntas repetitivas - sormente porque se esqueceu do que perguntou.

Comportamento sexualmente inapropriado

Alucinações e delírios - a pessoa com Alzheimer pode ser incapaz de se reconhecer ao espelho, queixar-se de que uma sourse-mesa está saçada, de que a televisão quase sem som está muito alta, de que está muito frio num dia de sol quente...-porque os danos cerebrais, fazem com que confundam e interpretem incorretamente o que ouve, sente ou saboreia.

Insónias e deambulação noturna e diurna

Esquecer e perder coisas

Dificuldade em comer - por perda de interesse na comida ou por dificuldades em engolir.

Mudanças bruscas de humor - tristeza ou alegria extremas

OS doentes percebem-se que estão a desenvolver a Demência?

No início da doença algumas pessoas podem perceber-se, mas rapidamente esta capacidade é perdida com a evolução da mesma

O meu pai (mãe) tem doença de Alzheimer? Também vou ter?

Apesar de existir um componente genético na doença, a maioria dos casos ocorre de modo esporádico e não familiar.

Tratamento

Ainda não existe cura embora existam várias formas de tratamento que podem atrasar a progressão da doença: tratamento farmacológico, psicológico, ocupacional, psicossocial, nutricional, entre outros. Atualmente, existem inúmeras e consistentes investigações que objetivam encontrar tratamentos cada vez mais completos.

Cuidadores e Familiares

Os cuidadores e familiares, por lidarem com todas estas alterações cognitivas e comportamentais, desenvolvem pela pessoa com Alzheimer, poderão apresentar, eles mesmos, um conjunto de problemas: cansaço, culpa, tristeza, impotência em relação ao problema, revolta, fadiga, frustração. Assim, perante este quadro também os cuidadores e familiares poderão beneficiar de tratamento, sendo importante consultar o seu médico.

Anexo VII

Certificado de Participação “*Cantinho da Misericórdia*”

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certificado conferido a....., pela sua

participação e excelente desempenho na actividade “O cantinho da

Misericórdia”, realizada na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos.



Anexo VIII

Questionário Demográfico e Documento de Identificação do Projeto “*Conhecer e Apoiar os Seniores de Barcelos*”



Projeto Conhecer e Apoiar Seniores de Barcelos

Pág. 1/4

Data da aplicação: ___/___/___

Nome do entrevistador(es): _____

Este inquérito por questionário insere-se no projeto «CONHECER E APOIAR – Seniores de Barcelos», da responsabilidade da Junta de Freguesia de Barcelos e da Santa Casa da Misericórdia que tem como objetivo melhorar o conhecimento da situação em que vivem os idosos da cidade de Barcelos e estruturar um plano de apoio nas situações que o exijam. Garante-se a confidencialidade e agradece-se a colaboração.

Informação Pessoal

1) Dados Pessoais:

- Nome: _____
- Morada: _____
- Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ____
- Estado civil: _____
- Agregado Familiar: _____
- Telefone/Telemóvel: _____; _____
- E-mail: _____

2) Quantos filhos tem?

- Nenhum.....
- 1.....
- 2.....
- Entre 3 a 5.....
- Mais de 5.....

3) Quais são as suas habilitações literárias?

- Não sabe ler nem escrever.....
- Inferior à 4ª classe.....
- 4ª classe.....
- 6º ano.....
- 9º ano (ou 5º ano antigo).....
- 12º ano (ou 7º ano antigo).....
- Bacharelato ou licenciatura.....
- Pós-graduação, mestrado ou doutoramento.....

4) Já alguma vez fez voluntariado?

- Sim.....

- Não.....

5) Qual a sua situação atual face ao emprego?

- Empregado.....
- Desempregado.....
- Aposentado.....

6) Indique a sua atual/última profissão.

Avaliação Capacidade Funcional

7) Sofre de alguma doença prolongada, crónica ou de outra espécie?

- Sim..... Qual? _____
- Não.....
- Não sabe/não responde.....

8) Qual o grau de autonomia nas seguintes atividades?

	Realiza autonomamente	Precisa de Ajuda	Não Realiza
Levantar-se da cama		<input type="checkbox"/>	
Alimentar-se		<input type="checkbox"/>	
Vestir-se		<input type="checkbox"/>	
Utilizar o WC		<input type="checkbox"/>	
Tomar banho		<input type="checkbox"/>	
Caminhar		<input type="checkbox"/>	
Preparar uma refeição	<input type="checkbox"/>		
Tomar medicação	<input type="checkbox"/>		
Utilizar o telefone/telemóvel	<input type="checkbox"/>		

9) Tem alguma dificuldade em termos de:

- Visão
- Audição
- Outra: _____

Avaliação da Interação Social

10) Costuma passar muito tempo sozinho (aproximadamente quantas horas)?

11) Quando necessita de tomar uma decisão importante ou de resolver um problema, a qual das seguintes pessoas recorre preferencialmente e com que frequência? (Coloque por ordem de preferência).

	Nunca	Raras vezes	Frequente-mente	Diariamente
Marido/Esposa				
Filhos				
Outros familiares				
Amigos				
Vizinhos				

12) Qual a periodicidade com que realiza as seguintes atividades?

	Nunca	Anual	Bianual	Mensal	Semanal	Diário
Ir ao cinema/teatro.						
Ir a museus/exposições/feiras.						
Ir ao café, bares, restaurantes.						
Praticar atividades desportivas.						
Realizar atividades religiosas.						
Passear pela cidade.						
Realizar trabalhos manuais.						

13) Com que frequência recebe a visita de:

	N/ se aplica	Nunca	Raras vezes	Frequente-mente	Diariamente
Filhos					



Outros familiares					
Amigos					
Vizinhos					

14) Se tivesse oportunidade de receber a visita de voluntários, o que gostaria de fazer?

- Conversar.....
- Receber apoio em alguma tarefa no domicílio
- Para lhe fazer algum recado
- Para o acompanhar em saídas (médico, igreja, passeio...).....
- Outros apoios. Quais? _____

15) O que gostaria de ver alterado no seu dia-a-dia?

16) Gostaria de acrescentar alguma coisa que considere importante?

Observações do Entrevistador

Termina aqui o questionário. Muito obrigado pela colaboração!



Projeto Conhecer e Apoiar Seniores de Barcelos

Sílvia Andreia Gomes de Oliveira

Voluntária Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

2012

