



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**

Diana Catarina de Sá Gonçalves



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 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**

Diana Catarina de Sá Gonçalves

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



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2013

Agradecimentos

Agradeço à minha família pelo apoio e motivação, em especial aos meus pais, pela oportunidade que me deram para tirar um curso que realmente gosto e pelo investimento feito neste.

Em especial aos utentes na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos com quem aprendi muito através das suas histórias de vida, agradeço também o facto de me permitirem desenvolver algumas competências profissionais.

Agradeço à Dra. Sofia Miranda, à instituição da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos e aos colaboradores desta instituição pelo apoio, cooperação, disponibilidade e valorização do trabalho realizados por nós (estagiárias).

Às minhas colegas de estágio agradeço os momentos em que nos apoiamos mutuamente nas angústias e nos sucessos das intervenções. Também pela partilha de conhecimentos e de materiais, bem como, pela cooperação e colaboração nas intervenções em grupo.

Às minhas colegas de curso que sempre estiveram comigo ao longo destes anos de licenciatura e mestrado e com quem partilhei muitas alegrias e angústias, ideias, conhecimentos

Finalmente, e não menos importante, ao Dr. Rui Ramos, agradeço a orientação, o apoio e os conhecimentos partilhados.

A todos Agradeço o apoio que me foram dando direta ou indiretamente. Obrigada!

Resumo

O presente relatório de estágio, insere-se no âmbito do estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, realizado na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. O seu objetivo primordial consiste na descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular, que foi realizado entre Outubro de 2012 a Junho de 2013. As atividades foram dirigidas apenas à valência idosa desta instituição.

O relatório é constituído por 7 capítulos. No primeiro capítulo será descrita a caracterização da instituição, bem como o papel do psicólogo neste contexto. No segundo capítulo, serão apresentadas as atividades iniciais, nomeadamente a observação de casos clínicos, bem como, a avaliação das necessidades da instituição. No terceiro capítulo, serão descritas as atividades de intervenção, que incluirão os casos de avaliação e intervenção psicológica, bem como, a descrição detalhada de um caso clínico. No quarto capítulo será apresentada a intervenção em grupo. No quinto capítulo será descrita a ação de sensibilização. No sexto capítulo são apresentadas outras atividades que foram feitas durante o estágio. E por fim, no sétimo capítulo será realizada uma conclusão, onde será apresentada uma reflexão pessoal acerca do estágio curricular realizado.

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

Abstract

This stage report is inserted in the ambit of the curricular stage in Clinical Psychology and Health realized at the Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. Its main objective is the description of the activities made during the curricular stage, realized between October 2012 and June 2013. The activities were directed to the old aged valence of this institution.

The report is constituted of seven chapters. In the first chapter will be described the characterization of the institution, as well, as the function of the psychologist in this context. In the second chapter will be presented the initial activities, namely the observation of clinical cases as well as the evaluation of the needs of the institution. In the third chapter will be described the intervention activities, which include cases of evaluation and intervention psychological, as well, as a detailed description of a clinical case. In the fourth chapter will be presented the intervention in group. In the five chapter will be described the action sensibility. In the six chapter will be presented others activities that were made during the stage. And finally, in the seven chapter will be realized a conclusion, where will be presented a personal reflection about the curricular stage accomplished.

Keywords: Internship, Masters in Clinical Psychology and Health

Índice

INTRODUÇÃO.....	9
CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	10
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DE ESTÁGIO E DOS SERVIÇOS DE PSICOLOGIA.....	11
1.1. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARCELOS: CARACTERIZAÇÃO	11
1.2. POPULAÇÃO ALVO.....	13
1.3. METODOLOGIA DE OBSERVAÇÃO DOS PONTOS ANTERIORES	13
1.4. PAPEL DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NA INSTITUIÇÃO	13
1.5. TIPOLOGIA DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS	15
1.6. DIAGNÓSTICO OU AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES	15
1.7. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ENVELHECIMENTO	16
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	20
2. CARACTERIZAÇÃO DA OBSERVAÇÃO.....	21
2.1. POPULAÇÃO ALVO DA OBSERVAÇÃO	21
2.2. METODOLOGIAS DE OBSERVAÇÃO.....	22
2.3. DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS.....	22
ATIVIDADES DE INTERVENÇÃO	29
3. INTERVENÇÃO INDIVIDUAL	30
3.1. MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA DE REFERÊNCIA	32
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO INDIVIDUAL	32
3.3. AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA UTILIZADA	32
3.4. ATIVIDADES DE ACOMPANHAMENTO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA	33
3.4.1. CASO 1 – CASO DE INTERVENÇÃO	33
3.5. LIMITAÇÕES.....	42
INTERVENÇÃO EM GRUPO “TEMPO DE SORRIR”	43
4 – INTERVENÇÃO EM GRUPO	44
4.1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA INTERVENÇÃO EM GRUPO	44
4.2 – APRESENTAÇÃO SUCINTA DAS SESSÕES	46
4.3 – REFLEXÃO DA INTERVENÇÃO EM GRUPO	48

AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO “BEM ME QUER, MAL NÃO QUERO”	49
5 – AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO: “BEM ME QUER, MAL NÃO QUERO”	50
5.1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO	50
5.2 – PLANEAMENTO DA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO.....	50
5.3 – REFLEXÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO NA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO.....	52
OUTRAS ATIVIDADES	53
REFLEXÃO	56
BIBLIOGRAFIA	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS.....	64
ANEXO I - CASO 2	65
ANEXO II - CASO 3	70
ANEXO III - CASO 4	75
ANEXO IV - CASO 5	80
ANEXO V - CASO 6	85
ANEXO VI - CASO 7.....	88
ANEXO VII - PROGAMA DE INTERVENÇÃO EM GRUPO	93
ANEXO VIII - POWERPOINT AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO.....	98
ANEXO IX - FICHAS DE AVALIAÇÃO	104
ANEXO X - CERTIFICADO	107

Índice de Quadros

QUADRO 1 (CASOS DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA)	28
QUADRO 2 (BREVE DESCRIÇÃO DOS CASOS ACOMPANHADOS)	42
QUADRO 3 (CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA INTERVENÇÃO EM GRUPO).....	46
QUADRO 4 (CARACTERIZAÇÃO DAS SESSÕES DA INTERVENÇÃO EM GRUPO)	46
QUADRO 5 (CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO DE GRUPO)	47
QUADRO 6 (SESSÕES DO GRUPO “TEMPO DE SORRIR”)	47
QUADRO 7 (CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SENSIBILIZAÇÃO).....	51

Introdução

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, realizado na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB). Esta instituição possui mais de 500 anos de existência, experiência, e conhecimentos técnicos e científicos perspetivando-se um contexto de excelência para a *praxis* do Psicólogo Clínico, no tratamento utentes com alguma patologia.

Assim sendo, este estágio curricular tem como finalidade que a aluna aplique as diferentes técnicas, abordagens e teorias adquiridas academicamente, para mais tarde exercer a sua atividade profissional com qualidade e competência. Nesse sentido, durante o decorrer deste estágio curricular são realizadas diferentes atividades, indicadas neste documento, entre elas, observação de consultas de psicologia clínica, avaliação psicológica, propostas de intervenção individual e grupal e uma formação direcionada à melhoria dos conflitos a nível da sexualidade entre os utentes e as auxiliares. A concetualização das atividades começam com a caracterização da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, para que dessa forma seja recolhida informação sobre suas potencialidades e necessidades, sobre as quais o Psicólogo possa trabalhar. Dessa forma, após essa etapa, serão delineadas as propostas das atividades a exercidas no estágio curricular.

Caracterização da Instituição

1. Caracterização do contexto institucional de estágio e dos serviços de psicologia

1.1. Santa Casa da Misericórdia de Barcelos: caracterização

A Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB), é uma instituição de excelência na implementação de práticas de solidariedade e qualidade, que visa a promoção o desenvolvimento de respostas sociais aos grupos mais vulneráveis, mais especificamente à Terceira Idade, Infância, Saúde e Religião, tentando desta forma contribuir para o desenvolvimento da nossa comunidade (Pedras, 2006). Esta instituição encontra-se situada na cidade de Barcelos, estando em funcionamento desde o ano de 1500. No entanto, só em 1836, que o regime liberal cedeu à Misericórdia de Barcelos, o edifício do extinto convento de Capuchos no campo da feira, onde se encontra situada atualmente. A Santa Casa da Misericórdia de Barcelos concentrava as suas atividades nas seguintes áreas: religiosa, hospitalar, domiciliária e prisional (Romão, 2006).

Atualmente, esta instituição dá resposta social a duas valências, nomeadamente à valência idosa e à valência infantil, bem como também ao nível da saúde. A valência infantil é composta por quatro infantários e uma creche familiar. Fazendo uma breve apresentação dos infantários, o Centro Infantil de Barcelos funciona através de um acordo de gestão com o Instituto da Segurança Social, IP, desde 1986, dá resposta às valências de creche e pré-escolar, tendo capacidade para 41 crianças na creche e 144 no pré-escolar; o Infantário Rainha Santa Isabel foi inaugurado em 1987, dá resposta em creche e pré-escolar e tem capacidade para 45 e 100 crianças respetivamente; Creche As Formiguinhas resulta de um acordo com o Município de Barcelos, que estabeleceu um contrato de exploração de 30 anos, encontra-se a funcionar desde 1993 e tem capacidade para 80 crianças; Centro Social de Silveiros, foi inaugurado em 2003 e tem capacidade para 50 crianças.

Quanto à valência idosa é composta por cinco lares, dois centros de dia e duas unidades de visita domiciliária. Fazendo uma breve apresentação dos lares, o Lar Rainha D. Leonor foi inaugurado em 1985 ocupando 4 pisos de um edifício no centro da cidade de Barcelos e de momento tem capacidade para 60 utentes (em 4 quartos individuais e 28 duplos); o Lar da Misericórdia, surgido em 1989 como “asilo de inválidos”, junto ao Campo da República, e após a realização de obras em 1992, foi adaptado para utentes de média e elevada dependência, tendo agora capacidade para 38 utentes (em 2 quartos duplos, 10 triplos e 1 quadruplo); o Lar Nossa Senhora da

Misericórdia (LNSM) começou a funcionar em 1990, num local que antigamente pertencia a Quinta da Ordem, e já na altura era a estrutura mais moderna para acolher idosos, estruturalmente em forma de meia-lua com um corredor a todo o comprimento do edifício (no 1º andar) e vários serviços de apoio (no rés-do-chão), recebendo assim, 70 utentes (em 4 quartos individuais, 15 duplos e 12 triplos); já o Lar Santo André, resultando de um programa PILAR, foi inaugurado em 2002 tendo espaços interiores cheios de luz e cor e espaços exteriores ajardinados, acolhendo assim 52 utentes (em 4 quartos individuais e 24 quartos duplos); por fim, o Centro Social Comendadora D. Maria Eva Nunes Corrêa (Silveiros), localizado num meio rural entre Barcelos e Famalicão, abre portas à comunidade em 2003, para apoio não só a idosos mas também a crianças, acolhendo de momento 16 idosos (com 7 quartos duplos e 7 quartos individuais).

Ainda pertencentes à valência idosa, temos o Centro de Dia e os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) para idosos não residentes nos lares. O Centro de Dia localizado no lar Nossa Senhora da Misericórdia que iniciou a sua atividade em 1996, acolhendo assim 25 idosos. Os serviços disponíveis e prestados neste local, 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. Já o Serviço de Apoio ao Domicílio, também ele com sede no LNSM, iniciou em 1985 com o objetivo de apoiar população de Barcelos.

Para além destas duas valências, atualmente a Santa Casa da Misericórdia de Barcelos dá também respostas ao nível da saúde, mais especificamente no Centro de Hemodiálise e na Clínica de Medicina Física e Reabilitação da Misericórdia de Barcelos onde se encontra o consultório de psicologia clínica. Este centro localizado numa zona urbana encontra-se em funcionamento desde 2008 e sendo uma das mais modernas e bem equipadas unidades de todo o país tem capacidade para cerca de 800 utentes. Possui também vários técnicos de fisioterapia e uma médica fisiatra, sendo utilizados muitas vezes serviços de Eletroterapia, Fototerapia, Termo terapia, Magnetoterapia, Hidroterapia, Massoterapia, Cinesiterapia, Ventilo-terapia, Mecanoterapia e Treino terapêuticos (Pedras, 2006).

Esta instituição presta um serviço a mais de 350 idosos e 550 crianças, com um corpo de pessoal que ascende cerca de 360 funcionários.

1.2. População Alvo

A população acolhida nas residências da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos são idosos Barcelenses e das populações vizinhas que vão por vontade própria, por não terem suporte familiar ou mesmo pelo facto dos cuidadores não terem condições de vida que lhes permitam poder ter um idoso a se encargo.

1.3. Metodologia de observação dos pontos anteriores

Para a caracterização da instituição, Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, recorreu-se à observação, ao portal eletrónico da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos e à literatura referente à mesma.

1.4. Papel do profissional de Psicologia na Instituição

Segundo o decreto-lei nº 241/94 de 22 de Setembro “O psicólogo clínico é o profissional habilitado com o grau de especialista que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde”.

A psicologia clínica e da saúde visa simultaneamente a prevenção, promoção e manutenção da saúde física e mental da pessoa, bem como, a avaliação e tratamento das diferentes patologias mentais e físicas que o indivíduo que pede ajuda pode apresentar, fazendo através da aplicação de métodos e conhecimentos práticos de Psicologia (Leal e Ribeiro, 1996).

Deste modo, o psicólogo tem um papel importante no desenvolvimento de estratégias ligadas à promoção de saúde e prevenção e na exploração de relações complexas entre os fatores biológicos e psicológicos (Young e Vitaliano, 2007).

A prática clínica pode variar consoante as conceções teóricas do psicólogo, as populações onde este atua, a grelha de leitura da realidade, e ainda, consoante os locais de trabalho (Brito, 2003).

No contexto do idoso institucionalizado, o aspeto da integração do psicólogo em equipas multidisciplinares é fundamental no sentido de vários profissionais com competências complementares se unirem por um objetivo comum de contribuir para o bem estar e melhoria da qualidade de vida do idoso, em que o psicólogo intervém essencialmente com técnicas individuais, de grupo, conjugais e familiares, usando frequentemente, a terapia das reminiscências, o trabalho com o luto, a psicoterapia focada nas funções de desenvolvimento e adaptação às mudanças de vida, as terapias

expressivas, as competências cognitivas e programas psicoeducativos para as pessoas que lidam diretamente com o idoso (APA, 2004, cit in Rebelo, 2007).

A consulta psicológica constitui, para o profissional, a oportunidade de estar em contacto direto com o paciente e com a realidade do que ser psicólogo clínico (Raymundo, 2000).

Deste modo, como defende Lima (2004), os técnicos que trabalham com idosos devem ter formação e preparação para estar à vontade a trabalhar com idosos, estando à vontade com o envelhecimento dentro da sua própria família e não estando tenso ao falar sobre doenças crónicas, dificuldades e morte com pessoas que estão a vivenciar estas situações; afastar a mistificação e estereotipização; atualizar os conhecimentos demonstrados na literatura relativos ao envelhecimento normal, conhecendo também as teorias do envelhecimento que dão ênfase aos novos conceitos de desenvolvimento ao longo da vida; desenvolver intervenções específicas para idosos; aprender a trabalhar em múltiplos contextos, relacionando-se com pessoas de outras formações disciplinares; Saber lidar com a desmoralização e desgaste que podem ocorrer no trabalho com idosos; e ainda, considerar que as pessoas mais velhas têm direito à privacidade e à participação nas decisões, sendo que isto é essencial ao desenvolvimento pessoal destes.

Na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos a área da psicologia é assegurada por três psicólogas, sendo distribuídas pela valência idosa e valência infantil, sendo que duas são psicólogas educacionais e encontram-se em função de gestão psicofuncional, executando quando necessário também intervenção psicológica individual e a outra profissional é dedicada à área clínica, onde nos encontramos em estágio.

O papel do Psicólogo Clínico nesta instituição passa por fazer intervenção psicológica a nível individual nas duas valências (idosa e infantil), bem como também aos prestadores de cuidados das crianças, desenvolvendo técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento nos demais utentes (Silva e Soares, 1994). Inicialmente a psicóloga clínica dava somente resposta às duas valências da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, designadamente à valência idosa e infantil. No entanto, atualmente, encontra-se também a dar resposta aos prestadores de cuidados das crianças, dado que a psicóloga que dá resposta à valência infantil, ter-se deparado com vários problemas psicológicos nos pais das crianças e perante esta realidade, acharam também importante estes terem acompanhamento psicológico.

Quanto à valência idosa, normalmente, as consultas são realizadas nos próprios lares tendo em conta as necessidades dos idosos, embora alguns destes com maior

autonomia e condições para se dirigirem ao Centro de Medicina Física e Reabilitação, são acompanhados neste sector, como as crianças e os prestadores de cuidados destas.

Enquanto o encaminhamento das crianças e dos seus pais é feito pelas psicólogas educacionais, em relação aos idosos são encaminhados pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) dos respetivos lares ou mesmo pelas diretoras técnicas destes locais.

1.5. Tipologia das ações desenvolvidas

A atividade profissional do psicólogo vai desde as consultas individuais às atividades em grupo, tanto em salas que normalmente são utilizadas para reuniões como em salas pequenas de visitas nos lares, ou ainda, num consultório no Centro de Medicina Física e Reabilitação. Cabe à profissional de psicologia fazer consultas de avaliação, intervenção, e ainda, promoção de saúde e formação de outros profissionais.

1.6. Diagnóstico ou avaliação das necessidades

O serviço de psicologia clínica da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, dá resposta a vários números de casos, tanto a nível da terceira idade como a nível infantil e também aos prestadores de cuidados de crianças.

O encaminhamento da população idosa é realizado pelos médicos e enfermeiros dos respetivos lares enquanto que o encaminhamento infantil e dos prestadores das crianças é feito pela psicóloga responsável pela valência infantil, ou através das educadoras ou da diretora técnica que reencaminham diretamente à psicóloga clínica.

Desta forma, tendo somente uma psicóloga com especialidade em psicologia clínica, esta instituição apresenta atualmente um conjunto de necessidades que devem ser colmatadas, que são as seguintes: Reuniões multidisciplinares formalizadas; Terapia de grupo com os idosos; e Psicoeducação dos idosos, nomeadamente no tema referente à saúde mental na terceira idade.

Segundo a nossa observação ao longo do estágio uma das maiores prioridades desta instituição é a necessidade de reuniões multidisciplinares formalizadas para discussão de casos, uma vez que, estas são realmente importantes para alcançar maiores resultados na intervenção de população alvo, e as reuniões existentes acabam por ser reuniões um pouco mais informais.

No que diz respeito à identificação dos alvos de intervenção, os que apresentam uma maior necessidade atualmente nesta instituição são: estimulação cognitiva que

poderia ser trabalhada através da terapia de grupo com bem como o sono, a sexualidade, a saúde mental que poderiam ser trabalhadas através da psicoeducação. A terapia de grupo com os idosos, seria extremamente importante, não só para os próprios utentes como também para o próprio terapeuta, que acabaria por rentabilizar melhor o seu tempo. A psicoeducação dos idosos também é um aspeto muito relevante a ter em atenção, dado que são estes têm pouca informação sobre saúde mental nestas idades. Relativamente ao acompanhamento individualizado a um maior número de casos, uma vez que, existe apenas uma psicóloga clínica a fazer acompanhamento individual aos idosos dos três lares, da clínica de medicina Física e Reabilitação, e ainda das crianças encaminhadas pela psicóloga educacional e dos seus prestadores de cuidados. E por último, materiais de avaliação de psicologia clínica, como: testes de avaliação e questionários validados para a população portuguesa. Estas duas últimas necessidades devem-se ao facto do serviço de psicologia clínica ser relativamente recente.

1.7. Fundamentação teórica do Envelhecimento

O estudo do envelhecimento é uma das prioridades do início do século XXI. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002), no ano de 2050, um terço da população portuguesa será idosa e quase um milhão de pessoas terá mais de 80 anos. Este facto tem a ver com a taxa de natalidade estar em queda, bem como o aumento da esperança média de vida. Assim, dentro de 45 anos Portugal será um país com um envelhecimento rigoroso, ou seja, cerca de 32% da população portuguesa terá mais de 65 anos em 2050 (INE, 2002).

Para uma melhor compreensão de toda a perspetiva histórica do envelhecimento, torna-se relevante o contributo de diversos autores para deste modo aprofundar este fenómeno crescente na sociedade atual. Platão refere que o envelhecimento é uma continuidade da vida da fase adulta, numa lógica bem atual de que se envelhece como se viveu. No entanto, Aristóteles tem uma visão oposta à de Platão, apontando o envelhecimento como quatro fases da vida do homem, sendo que a última fase é a da senilidade, com deterioração generalizada das capacidades. Na medicina grega, Hipócrates, foi o primeiro a enunciar hipóteses médicas referente às causas do envelhecimento. Na medicina romana, Galeno, combina a teoria aristotélica e o método de observação hipocrático explicando o envelhecimento de acordo com a patologia humoral e psicológica.

Estes foram os contributos mais relevantes sobre o envelhecimento que sobreviveram da antiguidade até ao renascimento.

O envelhecimento é parte integrante da vida humana, contudo o século XIX, foi um período em que grandes investigadores escreveram muito sobre o envelhecimento numa perspetiva negativa, contribuindo para o desenvolvimento de estereótipos negativos quanto a esta condição. Para além disso o idoso também foi e ainda é muitas vezes “infantilizado” pelas pessoas que os rodeiam, desde a rede familiar à formal, criando assim uma imagem negativa dele próprio sobre si mesmo. O envelhecimento era assim encarado como um processo de decadência, deterioração ou desestruturação (Fontaine, 2000). A transmissão do saber deixou de ser feita oralmente, de geração em geração, retirando aos mais velhos o poder da sabedoria acumulada ao longo da vida.

Contudo essa imagem negativa associada ao processo de envelhecimento tem esmorecido e assume hoje um carácter gradualmente positivo e natural. Um exemplo disso, são os múltiplos estudos que têm vindo a ser efetuados por parte dos investigadores no domínio, que tendem a desmistificar a imagem negativa que fora outrora criada em torno do processo de envelhecimento. Porém temos vindo assistir, nas sociedades contemporâneas, a um paradoxo básico acerca da velhice: as pessoas idosas contribuíram para o desenvolvimento da sociedade, honraram os seus compromissos, mas frequentemente não são livres para regular a vida atual de acordo com a sua vontade. A realidade é que as pessoas iam envelhecendo sem que lhes fosse conferido um estatuto e um período pré-definido para que a sociedade os considerasse pessoas velhas. Vivemos pois, num contexto de desvalorização da velhice, por oposição aos valores da juventude, força física e ação, e a “biomedicalização do envelhecimento” (Paúl e Fonseca, 2005), que corresponde ao ato de encarar a velhice como uma espécie de doença. Olha-se para a velhice sob o ponto de vista biológico inevitável e relativamente imutável, ao qual a sociedade responde através de atos médicos e de atitudes protecionistas.

Segundo Netto (2002), o processo de envelhecer começa a ocorrer desde o momento de conceção da vida e só termina com o falecimento. Durante este processo pode-se observar as fases do desenvolvimento humano, que podem ser consideradas como aspetos fisiológicos do envelhecimento.

Porém, quando falamos de envelhecimento é inevitável falar das teorias que lhe são implícitas. Assim e no que se refere às teorias no domínio do envelhecimento, Robert (1994) refere que “o envelhecimento consiste num processo de perda

progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do seu meio ambiente” (p. 31). Na perspetiva de Quaresma “o envelhecimento é um processo complexo para o qual concorrem fatores de ordem biológica, social, económica e cultural, agindo no sistema de relações do indivíduo – sociedade – meio ambiente”.

Associado ao conceito acima apresentado está o conceito de velhice que, segundo Zirmernam (2000), “a velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais susceptível a doenças” (p. 22). Neste sentido importa também abordar o conceito de idoso, que para Miller, (s.d., como citado em Staab e Hodges, 1997), “ cronologicamente e legalmente considera-se idosos a pessoa de 65 anos ou mais”(p. 4). De acordo com Pimentel (2005) ser velho, só por si, não deveria ser um acontecimento negativo e preocupante. Os seres humanos, só porque envelhecem não perdem necessariamente as suas capacidades, e os seus saberes podem ser preciosos numa sociedade em transformação.

Assim, pode-se dizer que o processo de envelhecimento apresenta-se como uma perda progressiva e irreversível da capacidade do idoso em que se ajusta ao meio envolvente. Esta capacidade aplica-se tanto a nível físico como mental, necessários para o desempenho das atividades no quotidiano (Fernandes, 2005, p. 10). Por sua vez, Imaginário (2004), diz que “*envelhecer é simplesmente transitar para uma nova etapa da vida, que deve ser vivida de forma mais positiva, saudável e feliz*” (p. 43). Pimentel (2005), reafirma ainda que, o envelhecimento é um fenómeno natural, universal e imprescindível (...), que ocorre a diversos níveis e muda de pessoa para pessoa.

No campo da Psicologia, o estudo do envelhecimento tem aumentado consideravelmente desde a década de 1960, quando as teorias do desenvolvimento que não consideravam a fase da velhice começaram a ser consideradas ultrapassadas (Paúl e Fonseca, 2005).

A psicologia clínica é particularmente chamada a fazer frente a esta situação e o seu papel neste sentido é, cada vez mais, de primeiro plano, quer a nível de prevenção da saúde psíquica e de intervenção a múltiplos níveis e contextos, quer em termos de possibilitar a transformação da mentalidade vigente em relação à população de idade avançada.

Para Cordioli (1998) existem diversas maneiras de abordagem ao idoso, cabendo ao psicólogo identificar qual a melhor se encaixa a cada utente. O tipo de terapia a ser

utilizada será determinada pela condição clínica do utente e pela disponibilidade de diferentes tipos de abordagem terapêutica.

O mesmo autor também acredita que o trabalho de orientação psicológica e a escuta ativa a idosos institucionalizados é de grande importância. Sendo que a escuta é um processo ativo, onde o psicólogo observa amplamente o comportamento apresentado pelo utente em determinado momento e examina as suas implicações e significados. Ainda dentro deste processo a capacidade do psicólogo em sentir empatia pelo outro como se estivesse em situação e circunstância parecida proporciona um maior acolhimento e identificação com o utente.

O trabalho com idosos é uma relação de ajuda na qual o psicólogo procura promover no outro uma maior expressão e utilização funcional dos recursos internos latentes no indivíduo proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Neri (2005) as principais atuações dos psicólogos na área dos idosos: avaliação psicológica; intervenção psicológica; psicoterapias individuais e grupais; reabilitação cognitiva dos idosos; orientação e aconselhamento a familiares de idosos; execução de programas de promoção em saúde; participação em equipas multiprofissionais, para o bem estar dos idosos.

As intervenções psicológicas por parte profissionais de Psicologia devem considerar algumas peculiaridades dessa fase da vida, frequente associação entre uma doença física e sintomas mentais desorientação (delírio); diminuição das capacidades funcionais; maior probabilidade e acentuação das reações adversas a medicamentos, frequente presença de problemas psicológicos e sociais que acompanham os orgânicos; e estado de humor alternado.

Os cuidados prestados aos idosos exigem a combinação de conhecimentos especializados com uma abordagem ampla e flexível ao idoso (James e Asenath, 2005).

Atividades desenvolvidas no Contexto de Estágio

2. Caracterização da Observação

A observação decorreu de outubro a dezembro de 2012. A estagiária foi orientada pela psicóloga clínica do local de estágio.

A observação representa a primeira etapa do estágio curricular, também é considerada um momento crucial para a integração na instituição. Esta etapa tem como objetivos realizar o levantamento das necessidades da instituição, observar a dinâmica institucional. A observação é, portanto, uma componente fundamental para a intervenção no estágio pois somente com base nos dados obtidos nos é possível proceder à elaboração de um plano de intervenção.

Assim, o período de observação durante o estágio curricular é importante para a formação profissional do futuro psicólogo, uma vez que possibilita ao estagiário o contacto direto com um contexto institucional que tem a sua própria dinâmica, regras e modo de funcionamento, proporcionando uma reflexão entre a teoria aprendida e a prática exercida.

Como refere Pedinilli (1999), a observação é uma técnica pela qual se pode recolher informação relativa aos comportamentos do utente e a criança, tendo em conta a sua história de vida e o contexto onde se encontra inserida.

Na realidade, a observação representa o primeiro momento de contacto com a prática e oferece aos estagiários momentos de reflexão que certamente determinam a construção de uma postura enquanto profissional de Psicologia.

2.1. População Alvo da Observação

Durante a observação em Estágio foi possível assistir a consultas de acompanhamento psicológico a idosos nos lares e a crianças nos infantários.

A observação dirigiu-se essencialmente aos idosos e às crianças da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, tendo como principais objetivos a recolha de informativa relativa aos utentes, crianças, bem como os prestadores de cuidados, a interação entre a profissional e o utente ou a criança, conhecer e perceber a dinâmica da consulta, as competências e estratégias utilizadas e a relação terapêutica estabelecida.

Neste processo, foi possível observar diferentes casos clínicos, onde encontramos encaminhamentos por diversas causas.

2.2. Metodologias de Observação

A metodologia de observação pode ser distinguida de duas formas, a observação participante e a observação não participante. Na observação participante, o observador participa na vida do grupo por ele estudado e na observação não participante, o observador não participa com o grupo ou com o sujeito no momento de avaliação (Estrela, 1994).

O procedimento utilizado para a fase de observação incluiu duas fases. Numa fase inicial, por ser necessário integrar a dinâmica das consultas de psicologia, adotou-se meramente uma postura de observação não participativa.

De qualquer forma, quer fosse adotada a metodologia participante ou a não participante, era pedido ao utente, através de uma conversa informal, a presença do estagiário na consulta. Caso, este não concordasse, o estagiário retirava-se.

Durante as consultas, foram anotadas as situações observadas. Os dados recolhidos foram discutidos clinicamente em conjunto com a orientadora.

Assim sendo, o procedimento desta fase era realizado consoante o contexto em questão e consoante o caso clínico.

2.3. Descrição da observação de casos clínicos

A observação constitui uma técnica fundamental para a recolha de dados utilizada quer nas ciências naturais, quer nas ciências sociais (Ferreira e Mousquer, sd).

No contexto clínico, a observação baseia-se na observação direta de comportamentos e atitudes do indivíduo, tendo como objetivo a compreensão de si e dos outros problemas. Esta observação é focalizada sobre o indivíduo e em diversas situações, nomeadamente, na entrevista clínica, na realização de provas e/ou de testes, e pela interpretação dos variados contextos em que o indivíduo se insere.

A observação de consultas psicológicas de cariz avaliativo e/ou interventivo na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, decorreu ao longo de todo o estágio, tendo sido realizado nas duas valências.

Numa fase inicial, por ser necessário integrar a dinâmica das consultas de psicologia, adotou-se meramente uma postura de observação passiva.

Nas consultas de Psicologia, um dos objetivos iniciais começa por ser a deteção do problema. Na primeira consulta exploramos o motivo ou o problema apresentado, efetuamos a anamnese ao idoso ou aos prestadores de cuidados das crianças.

Neste contexto clínico, deparamo-nos com uma multiplicidade e diversidade de problemáticas apresentadas pelos casos clínicos encaminhados para o Serviço de Psicologia da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. Conforme cada problemática apresentada pelos pacientes elegem-se técnicas específicas de avaliação e intervenção, designadamente a observação (clínica), a entrevista, e a administração de provas de avaliação psicológica. Relativamente aos instrumentos de avaliação psicológica mais utilizados nas consultas de Psicologia na valência idosa, destacamos os seguintes: Mini-Mental State Examination – MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, adaptação portuguesa de Guerreiro e colaboradores, 1993); Escala de Depressão Geriátrica Escala de Depressão Geriátrica – EDG (Yesavage, 1983, adaptação portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos e Sobral, 2003); Questionário do Estado de Saúde – SF 36 (Gangek e Ware, 1988, adaptado por Ferreira, 2000). E quanto aos instrumentos de avaliação psicológica mais utilizados nas consultas de Psicologia na valência infantil, destacamos os seguintes: Teste do Desenho da Família (Louis Corman, 2003); Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – WISC-III (Wechsler, 1996; versão portuguesa adaptada por Simões, Santos, Albuquerque, Pereira, Almeida, Lopes, Gomes, Xavier, Rodriques, Lança, Barros, San Juan e Oliveira, 2003).

A principal finalidade desta fase de observação nas consultas de Psicologia foi a aquisição de um conjunto de competências necessárias ao bom desempenho da prática clínica. Neste âmbito, o contacto com diversas problemáticas e situações contribuíram para o desenvolvimento de capacidades e da postura a adotar, bem como para uma reflexão sobre o contributo da formação teórica e a integração da mesma na prática exercida.

A Psicóloga Clínica da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos presta apoio psicológico às duas valências, (idosa, infantil) e também aos prestadores de cuidados das crianças, no entanto o nosso estágio curricular focalizar-se-á na valência idosa, mas também iremos apenas observar casos clínicos na valência infantil.

Foram observados 6 casos clínicos na valência infantil e 10 casos clínicos na valência idosa durante esta fase do estágio, no entanto, seguidamente será apresentado apenas um caso de observação de cada problemática.

Criança: Paulo (nome fictício)	Tipo de Pedido	Paulo (nome fictício), 3 anos de idade, foi encaminhado para consultas de psicologia clínica pela educadora responsável, por apresentar comportamentos desadequados em contexto educacional.
	Observação	Paulo, inicialmente era pouco colaborante, com o decorrer do tempo colaborava mais, era mais assertivo, respondia apenas aquilo que era pedido.
	Tipo Avaliação e Intervenção	Ao nível da intervenção, é realizado um processo de acompanhamento individual de frequência semanal com a criança para trabalhar a modificação do comportamento.
Criança: Vítor (nome fictício)	Tipo de Pedido	Vítor (nome fictício), 6 anos, foi encaminhado para consultas de psicologia clínica pela psicóloga da Valência de Infância da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, por apresentar problemas de comportamento e história familiar complexa.
	Observação	Vítor, inicialmente era pouco colaborante, mas com o decorrer das sessões, o Vítor foi evidenciando comportamentos menos opostos e mais assertivos para com os adultos e pares.
	Tipo Avaliação e Intervenção	O objetivo principal, foi a avaliação psicológica, bem como a identificação de informações que pudessem corroborar a sintomatologia previamente identificada. Foi solicitada colaboração à tia, desenvolvendo uma intervenção de orientação parental e estabelecer programas de treino para a mudança. Ao nível da intervenção, é realizado um processo de acompanhamento individual de frequência semanal com a criança para trabalhar a modificação do comportamento.
	Tipo de Pedido	António (nome fictício), de 5 anos de idade, foi encaminhado para consultas de psicologia clínica pela educadora, devido a apresentar recusa alimentar.

Criança: António (nome fictício)	Observação	António, inicialmente era pouco colaborante, com o decorrer do tempo colaborava mais, era mais assertivo, respondia aquilo que era pedido. No entanto apresentava algumas dificuldades nomeadamente em relação ao comportamento: apresenta comportamentos regressivos, mostra alguma dificuldade em querer crescer, só vê qualidades em ser bebé.
	Tipo Avaliação e Intervenção	Ao nível da intervenção, é realizado um processo de acompanhamento individual de frequência semanal com a criança para trabalhar a alimentação.
Criança: Ana (nome fictício)	Tipo de Pedido	Ana (nome fictício), de 5 anos de idade, foi encaminhada para consultas de psicologia clínica pela educadora, devido a chorar para ficar de manhã, está muito agarrada à mãe, é uma criança pouco autónoma.
	Observação	Ana, inicialmente era pouco colaborante, com o decorrer do tempo colaborava mais.
	Tipo Avaliação e Intervenção	Ao nível da intervenção, é realizado um processo de acompanhamento individual de frequência semanal com a criança para trabalhar a modificação do comportamento.
Sra. Fátima (nome fictício)	Tipo de Pedido	Sra. Fátima (nome fictício), de 70 anos de idade, foi encaminhada pela coordenadora do Centro de dia da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, para avaliação psicológica, por apresentar dores de barriga e dores de estômago de origem não orgânica.
	Observação	A informação recolhida permite concluir a presença de um quadro hipocondríaco: existe a crença de que tem problemas graves de saúde. Estas crenças irracionais acabam por afetar a sua vida social e ocupacional, e explicam a disfuncionalidade do seu comportamento.
	Tipo Avaliação e	Ao nível da intervenção, é realizado um processo de acompanhamento psicoterapêutico de frequência semanal baseado numa relação de suporte e apoio

	Intervenção	psicológico no sentido de auxiliar a paciente a lidar de forma mais adaptativa com a ansiedade que as suas crenças disfuncionais provocam.
Sra. Rosalina (nome fictício)	Tipo de Pedido	Sra. Rosalina (nome fictício), de 83 anos de idade, foi encaminhada para o serviço de psicologia clínica pelo serviço de enfermagem, para avaliação psicológica, por apresentar conflitos com o marido e questões demenciais.
	Observação	Esta utente não apresenta qualquer défice cognitivo (Mini Mental State Examination – 28 pontos); muito colaborante e consciente.
	Tipo Avaliação e Intervenção	Ao nível da intervenção é realizado um processo de acompanhamento psicoterapêutico de frequência semanal para auxiliar no processo de ventilação emocional.
Sra. Maria (nome fictício)	Tipo de Pedido	Sra. Maria (nome fictício), de 81 anos de idade, foi encaminhada para o serviço de psicologia clínica pelo médico da Instituição, para avaliação psicológica, por apresentar fortes dores de cabeça de origem não orgânica desde a sua recente entrada no Lar.
	Observação	A Sra. Maria mostrou-se colaborante e motivada; consciente, e com discurso coerente; orientada no tempo e no espaço. Apresentava queixas de fortes dores na cabeça, diminuição do apetite, enjoos e insónias.
	Tipo Avaliação e Intervenção	Ao nível da intervenção, é realizado um processo de acompanhamento psicoterapêutico de frequência semanal para auxiliar no processo de adaptação ao Lar e reestruturação cognitiva.
	Tipo de Pedido	Sra. Manuela (nome fictício), de 86 anos de idade, foi encaminhada para o serviço de psicologia clínica pela médica da Instituição, por apresentar recusa alimentar, isolamento e fobias.

Sra. Manuela (nome fictício)	Observação	A utente mostrou-se colaborante; consciente; com discurso obsessivo; orientada no tempo e no espaço. Apresenta queixas múltiplas de origem física. A informação recolhida permite concluir a presença de um quadro hipocondríaco: existe a crença de que tem problemas graves de saúde associados a uma interpretação errada de sintomas que apresenta. Estas crenças irracionais acabam por afetar a sua vida social e ocupacional, e explicam a disfuncionalidade do seu comportamento: alterações na alimentação por acreditar que não pode comer a maioria dos alimentos devido a um suposto problema grave de dentes e das gengivas; isolamento no quarto porque acredita não poder estar perante a luz solar nem consegue estar sentada.
	Tipo Avaliação e Intervenção	Ao nível da intervenção, é realizado um processo de acompanhamento psicoterapêutico de frequência semanal baseado numa relação de suporte e apoio psicológico no sentido de auxiliar a paciente a lidar de forma mais adaptativa com a ansiedade que as suas crenças disfuncionais provocam.
Sr. Artur (nome fictício)	Tipo de Pedido	Sr. Artur (nome fictício), de 75 anos de idade, foi encaminhado para o serviço de psicologia clínica pela coordenadora do Centro de dia da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, para avaliação do estado mental devido à ausência de controle esfinteriano em casa, tendo em conta que existia controlo dos esfíncteres quando se encontrava no Centro de dia (neste local não fazia uso da fralda e ia voluntariamente à casa de banho), acabando por causar conflitos graves no ambiente familiar.
		Este utente apresenta alterações significativas da capacidade cognitiva, nomeadamente, alterações da

	Observação	memória a curto prazo; desorientação temporal; moderada dificuldade em resolver problemas, semelhanças e diferenças; juízo social mantido; pouca autonomia nos cuidados pessoais.
	Tipo Avaliação e Intervenção	Ao nível da intervenção, é realizado um processo de acompanhamento psicoterapêutico de frequência semanal para auxiliar um treino de estimulação cognitiva individual.

Quadro 1 (Casos de Observação Clínica)

Atividades de Intervenção

3. Intervenção Individual

A Psicologia é uma área diversificada que estabelece diversas possibilidades em termos de abordagens terapêuticas.

A avaliação psicológica é um processo complexo que serve para recolher informações acerca do utente, utilizando diversos procedimentos. Este processo varia conforme as pessoas envolvidas, bem como outros aspetos que podem ser relevantes para a situação e, neste sentido, o profissional deve adotar técnicas e métodos, os mais adequados à situação que pretende avaliar, sempre com o intuito de ir ao encontro das teorias e modelos subjacentes à Psicologia (Buela-Casal e Sierra, 2004).

Para a avaliação psicológica recorre-se à observação, à entrevista clínica, a instrumentos psicométricos e à informação do contexto em que o sujeito se insere, família, grupo ou pares.

Para a recolha de informação privilegiamos a entrevista clínica. Esta técnica possibilita a observação das (in)congruências entre a linguagem verbal e não-verbal, dos silêncios ao longo da sessão, do tom de voz, do comportamento/atitude do utente quando é abordado determinado tema (Silva, 2004).

A utilização dos instrumentos psicométricos é sempre importante quando as sessões suscitam dúvidas acerca do estado mental, cognitivo, entre outros, do utente. Contudo, é necessário considerar as especificidades do caso em questão e as características do utente, isto é, o nível de educação e a motivação para o processo terapêutico.

Os momentos de avaliação psicológica, foram bastante relevantes para o estagiário, visto que permitiram um conhecimento mais amplo acerca de diversos instrumentos de avaliação psicológica, sua aplicação, interpretação e integração.

As intervenções com pessoas idosas vão desde promover a mudança das organizações frequentadas por estas, até às intervenções terapêuticas individuais ou com grupos de idosos. Estas têm vários objetivos dependendo do tipo de intervenção, sendo que, muitas intervenções direcionam-se para as aptidões funcionais do utente, para a aceitação dos seus défices funcionais e para a melhoria do seu funcionamento, tendo em conta as suas limitações. Assim, a utilização de terapias neste tipo de população é diversificada e podemos encontrar na literatura terapias conceituadas como a terapia cognitivo comportamental, a terapia psicodinâmica, a terapia familiar, entre outras (Lima, 2004).

3.1. Modelo de Intervenção Psicológica de Referência

No âmbito do estágio curricular, a opção pelo referencial teórico deveu-se à singularidade de cada um dos casos. Deste modo, as intervenções incidiram sobre o modelo cognitivo-comportamental.

O modelo cognitivo-comportamental foi desenvolvido no início do século XX com o surgimento do evolucionismo de Darwin e de um aumento da realização de estudos empíricos sobre o comportamento. O desenvolvimento e implementação das bases teóricas da terapia cognitivo-comportamental ocorreu de forma diversificada, uma vez que os seus seguidores vêm de diferentes orientações teóricas. Assim, esta abordagem representa uma fusão entre a terapia cognitiva e a terapia comportamental, integrando um conjunto de conceitos e técnicas cognitivas e comportamentais com o objetivo de alcançar mudanças aos dois níveis (cognição e comportamento) (Basco, Thase e Wright, 2008).

Os principais pressupostos da abordagem cognitivo-comportamental sustentam que a cognição influencia o comportamento do indivíduo para que as alterações de comportamento possam ser utilizadas como uma dimensão que provoca a mudança cognitiva; e ainda que, a cognição e o comportamento sejam as componentes usadas para a mudança, existem de igual modo as mudanças emocionais e fisiológicas onde a alteração emocional ou fisiológica demonstra ser indício do problema principal existente em terapia (Dobson e Block, 1988). Neste sentido, na terapia os objetivos definem-se em concomitância com o problema e/ou questões expostas pelo paciente (Bahls e Navolar, 2004).

Um dos objetivos do modelo cognitivo-comportamental consiste em corrigir ou modificar as distorções cognitivas que afetam o indivíduo de modo a que este desenvolva estratégias para defrontar o problema. Para que tal mudança ocorra são usadas técnicas cognitivas e técnicas comportamentais: as técnicas cognitivas incidem sobre a identificação dos pensamentos automáticos, testando-os e substituindo possíveis distorções cognitivas; por sua vez, as técnicas comportamentais utilizam-se para modificar condutas inapropriadas e direcionadas com o problema apresentado (Bahls e Navolar, 2004).

No processo terapêutico, a terapia deve ser adaptada às características individuais de cada paciente, sejam adultos ou crianças. Daí que a psicoterapia se proponha a desenvolver no paciente habilidades e competências necessárias ao seu bem-estar (Friedberg e McClure, 2004).

A intervenção cognitivo-comportamental pressupõe que os problemas emocionais e/ou comportamentais advêm da interpretação que a pessoa atribui às suas experiências.

3.2. Caracterização da Intervenção Individual

O estágio permitiu a realização de sete avaliações e intervenções individuais, encaminhadas pela orientadora do local de estágio, que se encontram descritas posteriormente. Seis delas surgem de forma sucinta e uma de forma mais detalhada.

Seguidamente serão apresentados os sete casos que foram encaminhados por diversas problemáticas, quadro demencial, gestão de conflitos, e luto. Um destes casos será descrito mais pormenorizadamente, sendo o caso clínico.

3.3. Avaliação Psicométrica Utilizada

De uma forma geral, na avaliação psicométrica recorreu-se aos seguintes instrumentos de avaliação:

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

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

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

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

Questionário do Estado de Saúde – SF 36 (Gangek e Ware, 1988, adaptado por Ferreira, 2000).

O SF-36 (Short Form-36) é um questionário de 36 afirmações que permite avaliar o estado geral de saúde do indivíduo. Este inclui 8 sub-dimensões que avaliam diferentes componentes da saúde, como: função física, desempenho físico, dor física, saúde em geral, desempenho emocional, função social e vitalidade, sendo que, estas sub-dimensões poderão ser agrupadas em duas: a dimensão física e dimensão mental da saúde.

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

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

Questionário de Auto-Avaliação da Ansiedade Traço e Estado (State and Trait Anxiety Inventory) (Charles D. Spielberger, 1970, versão portuguesa aferida de Danilo R. Silva, 2003).

O STAI é um questionário de auto-avaliação com duas escalas, de 20 itens cada, uma que avalia a ansiedade como “traço”, ou seja, uma certa propensão ansiosa estável e como “estado”, considerada situação transitória.

3.4. Atividades de Acompanhamento e Intervenção Psicológica

3.4.1. Caso 1 – Caso de Intervenção

Identificação

Laura (nome fictício), do sexo feminino, com 89 anos de idade é reformada e viúva tem a quarta classe. É natural de Figueira da Foz e encontra-se num dos lares, da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, há cerca de 9 anos.

Encaminhamento/ Tipo de pedido

A utente foi encaminhada para consulta de psicologia por apresentar “excitação emocional (choro, tremores) e crises de ansiedade”. Deste modo, foi pedida a consulta de acompanhamento individual.

Problema e História do problema

A Sra. Laura, queixa-se, principalmente da ausência das visitas dos filhos, ficando bastante ansiosa. Esta utente, apresenta sintomas demenciais (tremores, desequilíbrios), desorientação momentânea “amnésia” a curto prazo. Em 2003, a Sra Laura esteve internada em Nogueiró devido a uma depressão.

Estado Mental/ Observação

A utente apresentou sempre desorientação temporal e espacial. Ao nível da orientação autopsíquica apresenta uma certa desorientação confusional. Ao longo das consultas Laura (nome fictício) apresenta-se sempre com bom aspeto e cuidado geral, comportamento adequado e cooperante. Frequentemente demonstra interesse em revelar a sua história de vida. Verificou-se, dentro do possível, uma linguagem adequada ao seu nível educacional e organização do discurso. Para além disso, verificaram-se algumas alucinações. A utente manteve o contacto ocular e apresentou-se com vestuário adequado à temperatura atmosférica.

História do Desenvolvimento Psicossocial

Nascida na Figueira da Foz, distrito de Coimbra, numa família de 3 irmãs, em que o seu nível socioeconómico era considerado médio, a Sra. Laura viveu lá até se casar.

Quanto à sua relação com as suas irmãs, a utente refere que sempre se deram bem. Quando eram crianças, as irmãs discutiam entre elas, de vez em quando, embora os pais intervissem de forma a conciliar e educar. De momento, apenas a Sra. Laura se encontra viva e a viver num lar.

A sua relação com a figura materna e paterna era boa.

No que diz respeito à sua infância esta recorda ser uma criança feliz e bem educada. A nível académico, estudou até fazer a 4ª classe e a sua relação com os seus colegas de escola era boa. Após terminar a 4ª classe esta foi aprender costura.

A sua adolescência recorda-a como sendo normal. Ao domingo ia à missa e muitas vezes, ia rezar o terço.

Por volta dos 17 anos de idade conhece o seu marido, casando com ele algum tempo depois. Mais tarde, mudaram de cidade e vieram viver para Barcelos. Deste casamento tiveram 3 filhos. Descreve a sua relação com o seu marido como sendo muito boa, dizendo que se davam bem, ficando viúva por volta dos 40 anos de idade.

História Institucional

A Sra. Laura veio para o lar em fevereiro de 2004, uma vez que, se encontrava sozinha e casa sem qualquer cuidador.

Refere que a adaptação ao lar foi boa, dizendo que o melhor do lar é ter quem cuide dele, principalmente ao nível da comida.

Ao nível da relação com os profissionais desta casa, a Sra. Laura refere que se dá bem com toda a gente, que são todas suas amigas e cuidam bem de si.

Em relação ao grupo de pares, diz que não tem ninguém assim tão próximo, mas que se falaram para ela, que também lhes responde. Descreve-se como uma pessoa pacífica.

Na instituição, a Sra. Laura diz que mantém uma boa relação quer com os profissionais, quer com outros idosos.

Avaliação Psicológica/ Resultados

Foi aplicada a entrevista semi-estruturada para averiguar a história da utente, bem como dados relativos ao problema apresentado por esta. Para além da entrevista, foram utilizados instrumentos complementares de avaliação, sendo estes: o Mini Mental State Examination, Escala Geriátrica de Depressão e Questionário de Auto-Avaliação da Ansiedade Traço e Estado (STAY).

No Mini Mental State Examination, esta apresentou uma nota T de 20, o que, com o seu grau de escolaridade (4ª classe) indica défice cognitivo ligeiro.

Como forma de verificar possíveis sintomas depressivos, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), onde a Sra. Laura não apresentou depressão com 4 pontos.

Também para averiguar a ansiedade, foi utilizado o Questionário de Auto-Avaliação da Ansiedade Traço e Estado (STAI), onde a Sra. Laura apresentou uma pontuação de 43 pontos que equivale a Ansiedade Traço Elevada.

Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)

- **Eixo I:** 309.24 Perturbação da Adaptação com ansiedade Aguda [F43.28]
- **Eixo II:** V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]
- **Eixo III:** nenhum
- **Eixo IV:** ausência dos filhos
- **Eixo V:** 65 (no momento da avaliação)

Diagnóstico Diferencial

Tendo em conta a sintomatologia que a Sra. Laura apresentava no momento da avaliação inicial, os sintomas emocionais e comportamentais como reação a fatores como a ausência de visitas dos filhos, esta parece apresentar perturbação da adaptação. Este fator provavelmente influenciava a sua ansiedade devido à problemática do abandono por parte dos filhos.

O presente diagnóstico foi realizado com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), tendo em conta a sintomatologia que a Sra. Laura manifestava no momento da avaliação inicial, sendo que esta ansiedade está relacionada com a problemática do abandono.

“A **Perturbação da Adaptação** é diferenciada de (APA, 2002):

Episódio Depressivo Major, uma vez que, os critérios na primeira não são preenchidos os critérios da segunda. Assim, embora no caso da Sra. Laura, esta tenha humor um pouco depressivo, este não é todos os dias nem durante quase todo o dia (apenas apresenta humor depressivo nos dias em que tem mais dores de cabeça e quando fala nas suas perdas de visão e audição). Também não são preenchidos os critérios alterações no sono, no apetite, nem lentificação psicomotora, ou seja, não preenche critérios suficientes para Episódio Depressivo Major.

Perturbações da Personalidade, pois, apesar de estas serem agravadas por situações de *stress*, em geral não é feito o diagnóstico de Perturbação da adaptação. No entanto, se sintomas não característicos de Perturbação de Personalidade aparecerem como resposta a uma situação de *stress*, o diagnóstico adicional de Perturbação de Adaptação, poderá ser apropriado.

Perturbação Sem Outra Especificação, pois, se os sintomas persistirem para além dos seis meses após o *stress* ou as suas consequências terem cessado, o diagnóstico deve ser alterado para outra perturbação mental, geralmente, uma Perturbação Sem Outra Especificação. Deste modo, como o fator de *stress* da Sra. C. não cessou (esta continua a ter perda de visão e audição) o critério do tempo não é possível verificar-se.

Perturbação de Stress Pós – Traumático e Perturbação Aguda de Stress, uma vez que, apesar de todas elas requerem a presença de um fator de *stress*, as duas primeiras são caracterizadas pela presença de um fator de *stress* extremo e um conjunto específico de sintomas, o que já não ocorre com a Perturbação de Adaptação, já que esta pode ser desencadeada por um fator de *stress* de qualquer gravidade e pode envolver uma grande variedade de sintomas possíveis. No caso da Sra. C., embora o fator de *stress* seja muito

significativo para ela, não é um fator extremo que apresente os sintomas específicos da Perturbação de Stress Pós – Traumático e da Perturbação Aguda de Stress.

Fatores Psicológicos Que Afetam o Estado Físico Geral, pois, estes são sintomas psicológicos específicos, comportamentos ou outros fatores que agravam o estado físico geral, complicam o tratamento ou, por outro lado, aumentam os riscos de se vir a desenvolver um estado físico geral. Na Perturbação de Adaptação, os sintomas psicológicos desenvolvem-se em resposta ao stress de ter, ou tomar conhecimento, do diagnóstico de um estado físico geral. No entanto, é de salientar que ambas as perturbações, poderão estar presentes em alguns sujeitos.

Luto, uma vez que, este é diagnosticado quando há reação que é uma resposta previsível e esperada à morte de um ente querido. No entanto, é de salientar, que o diagnóstico de Perturbação de Adaptação, pode ser apropriado quando a reação é excessiva ou mais prolongada do que o previsível.

Efeitos fisiológicos diretos de um Estado Físico Geral, uma vez que, nesta os sintomas são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral (como e.g., o défice funcional transitório que está associado com a administração de quimioterapia).”

Concetualização Clínica

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 e comportamentais, clinicamente significativos (Oliveira, 2010).

Esta perturbação inicia-se dentro de três meses, após o aparecimento desse fator, não ultrapassando os seis meses de duração, após a situação de stress ou as suas consequências terem cessado (Canavarro, 2011). Nesta patologia, o agente stressor pode ter qualquer tipo de intensidade (Idem). No caso da Sra. Laura, esta revela que foi logo após dos seus filhos deixarem de a visitar que começou a ter estes sintomas, e estes ainda não cessaram certamente, pelo fator de stress ainda estar presente.

Estes sintomas 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 e ocupacionais (Fernandes, Figueira e Sampaio, 2006).

Como podemos verificar, esta utente, apresenta realmente um mal estar acentuado, mediante os sintomas que já foram apresentados anteriormente.

Nesta utente a Perturbação de Adaptação é com Ansiedade Crónica, porque os sintomas nesta utente, já persistem por um período superior a seis meses.

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

A intervenção com a Sra. Laura passou pelo estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, havendo compreensão e empatia. A relação terapêutica foi facilmente estabelecida, uma vez que, esta precisava muito ter alguém de confiança para falar dos seus problemas e que lhe desse alguma atenção e compreensão relativamente à sua ansiedade.

De seguida irá ser apresentada a estrutura das sessões, bem como, o seu racional teórico.

- **1ª a 3ª sessão**

As primeiras três sessões foram dedicadas à recolha da história clínica da Sra. Laura através do modelo de entrevista da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, bem como, ao estabelecimento da relação terapêutica de modo a perceber o problema apresentado por esta e a providenciar estratégias que levassem ao processo de mudança.

- **4ª a 5ª sessão**

As presentes sessões foram dedicadas essencialmente à avaliação dos sintomas depressivos através da Escala de Depressão Geriátrica, dos sintomas ansiosos através do Questionário de Auto-Avaliação da Ansiedade Traço e Estado (STAY). Também como forma a avaliar as alterações cognitivas foi aplicado o Mini Mental State Examination.

- **6ª a 8ª sessão**

A partir da história clínica recolhida com a entrevista e da avaliação psicológica, foi feita a concetualização de caso da Sra. Laura permitindo arranjar estratégias de intervenção para remissão de pelo menos alguns sintomas.

Assim, as presentes sessões foram dedicadas à integração e devolução dos resultados da avaliação, reforçando a importância da realização de algumas atividades para a mudança desejada.

Como a utente apresentava alguns sintomas cognitivos e se queixava destas falhas de memória, foi combinado entre esta e a psicóloga estagiária que fizéssemos Terapia da Orientação para a Realidade (TOR) no início das sessões. Esta terapia visa orientar a utente em termos alopsíquicos (tempo), relembrando o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e o local onde está, através de pistas e auxílios externos (Camões, Pereira e Gonçalves, 2005).

Nas seguintes sessões irão ser apresentadas algumas estratégias encontradas para o tratamento da problemática apresentada pela Sra. Laura.

- **9ª a 10ª sessão**

Como a Sra. Laura apresentava bastantes crenças disfuncionais e interpretações erróneas, foi utilizada uma abordagem mais psico-educativa dentro da vertente cognitivo-comportamental, utilizando estratégias ligadas à Reestruturação Cognitiva.

A Reestruturação Cognitiva parte do pressuposto que as desordens emocionais são consequência dos pensamentos disfuncionais ou, se quisermos, genericamente das crenças irracionais, passando a terapia por intervir nesses pensamentos, substituindo-os por outros mais adaptados (Dobson e Block, 1988, cit in Gonçalves, 2004; Beck, 1963, 1964, cit in Bahls e Navolar, 2004).

Inicialmente foram apresentados os fundamentos lógicos do tratamento, explicando o ciclo vicioso de pensamentos negativos e da ansiedade, os detalhes de como funcionam esses pensamentos ao nível da mente e ao nível do comportamento e finalmente é explicada a possibilidade de mudança.

- **13ª a 14ª sessão**

O relaxamento baseou-se no Relaxamento Progressivo Muscular de Jacobson. Este aplica-se por meio de uma aprendizagem dos exercícios que vão desde a “contração”, seguida de “relaxamento” e atividades respiratórias coordenadas (Rissardi e Godoy, 2007), tendo como principal objetivo o relaxamento dos vários grupos musculares e fazendo, deste modo, com que a pessoa sinta maior bem-estar e mais facilidade em adormecer.

Em relação o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, tem como objetivo aliviar alguma ansiedade que a Sra. Laura demonstrou. Segundo Souza, Forgione e Alves (2000) as pessoas, muitas vezes, contém angústias e sentimentos negativos que

mais tarde se vêm a refletir sobre o seu corpo, sendo necessário que a pessoa perceba que a dor é um sinal de que o corpo precisa ser “ouvido”, uma vez que, não se conseguiu adaptar da melhor forma diante da situação de stress. Assim, através de exercícios de contração, relaxamento e atividades respiratórias coordenadas (Rissardi e Godoy, 2007), o relaxamento vai permitir a libertação de uma energia que está contida no corpo da pessoa através de pontos dolorosos ou bloqueios musculares (Souza, Forgione e Alves, 2000).

Deste modo, o relaxamento é descrito na literatura como uma ótima estratégia para lidar com o *stress* e com as preocupações, promovendo por si só o bem-estar, pois pode ser utilizado mesmo que a pessoa não se sinta “*stressada*” (Portugal e Azevedo, 2011).

- **15ª a 18ª sessão**

Psicoeducação da Ansiedade – o que é a ansiedade, higiene do sono, o que a preocupa, reavaliação do estímulo, atividades de bem estar e humor.

Treino de Manejo da Ansiedade (Suinn e Richardson, 1971)

A partir da constatação das limitações da técnica de dessensibilização sistemática convencional, desenvolveram uma abordagem não específica para controle da ansiedade, que foi designada para ajudar clientes com um programa de treino de competências de curto prazo, aplicável a áreas de problemas de ampla extensão.

A meta do treino de manejo da ansiedade é ensinar os clientes a usarem relaxamento de modo a controlar sentimentos de ansiedade.

- **19ª a 20ª sessão**

As presentes sessões foram dedicadas a receber o feedback da utente relativamente à intervenção feita ao longo das sessões, a informar e preparar a Sra. Laura, para o término das sessões terapêuticas.

Avaliação Global

Quando a Sra. Laura foi encaminhada para consulta psicológica, era evidente a sua ansiedade, pelo seu discurso. Inicialmente esta mostrou alguma resistência em abordar assuntos mais delicados, mas ao longo do processo terapêutico foi aumentando

a confiança na psicóloga estagiária, na intervenção e na sua capacidade de ultrapassar as suas dificuldades.

A sua vontade e motivação para colaborar com o processo terapêutico foi essencial para a sua recuperação.

De seguida irá ser apresentado um quadro com uma breve descrição dos restantes casos acompanhados em consulta psicológica, que foram sujeitos a intervenção. Os detalhes desses casos seguem em anexo (Anexo I, II, III, IV, V, VI).

Utente	Problema Apresentado	Diagnóstico	Intervenção
Sra. Isabel Caso 2	Crises de ansiedade, atitudes agressivas (verbal) na relação com os outros utentes	Demência do Tipo Alzheimer	Treino de Estimulação Cognitiva
Sra. Palmira Caso 3	Crises de ansiedade	Perturbação de Adaptação, com Humor Depressivo, Crónica	Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson e Reestruturação Cognitiva
Sra. Rosalina Caso 4	Conflitos com o marido	Perturbação da Adaptação, com Humor Depressivo, crónica	Promoção da ventilação emocional
Sra. Ana Caso 5	Isolamento Social	Perturbação da Adaptação, com Humor Depressivo	Treino de competências sociais
Sra. Tânia Caso 6	Morte de um sobrinho	Reação Aguda ao luto	Promoção da ventilação emocional
Sra. Carolina Caso 7	Sismática	Perturbação da Adaptação, com	Reestruturação Cognitiva; Terapia de Relaxamento

		Ansiedade, aguda	Muscular Progressivo de Jacobson.
--	--	------------------	--------------------------------------

Quadro 2 (Breve descrição dos restantes casos acompanhados)

3.5. Limitações

Não existir no interior da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos um procedimento junto que permita a proteção de dados farmacológicos e de outros técnicos, ou seja, muitas situações que utentes estavam a tomar medicamentos e não estava claro se os sintomas eram secundários dos medicamentos ou se surgiam de algum fator de stress.

Intervenção em Grupo

“Tempo de Sorrir”

4. Intervenção em Grupo

Como foi referido acima, a intervenção em pessoas mais velhas vai desde planejar as mudanças nas organizações frequentadas por estes, até às intervenções terapêuticas ou com grupos de idosos. Na literatura geriátrica há imensas descrições de intervenções e terapias de grupo e dos seus benefícios para idosos que vivem em instituições (Lima, 2004).

Os grupos de desenvolvimento podem ser constituídos por pessoas que estão na mesma situação, ou que partilham as mesmas dificuldades, ou ainda, de famílias. Estes grupos constituem especialmente um treino útil no âmbito das relações interpessoais, principalmente ao nível da ansiedade e dos conflitos (Lima, 2004). Além disso, os grupos com idosos podem trazer vantagens como: ajudar o idoso a ter perceção de que os seus problemas não são únicos e imutáveis; desenvolver a confiança em si, nos outros e no futuro; ao nível da promoção da interação social, a aprendizagem de novas aptidões relacionais, fomentando a coesão e, conseqüentemente, a aceitação; aumentar a auto-estima através do altruísmo e da empatia, desenvolvendo a capacidade de se pôr no lugar do outro e de sentir o que o outro sente; especializar a aprendizagem e o treino de várias competências, entre outros benéficos (Lima, 2004).

Visto ser extremamente vantajoso a intervenção em grupo, foi desenvolvido um programa de estimulação cognitiva em idosos com envelhecimento bem sucedido no âmbito do estágio curricular.

4.1. Fundamentação teórica da Intervenção em Grupo

Várias investigações têm levado à conclusão que a estimulação cognitiva tem conseqüências positivas no desempenho cognitivo dos idosos (Hofland, Willis e Baltes, 1981; Rodrigues, 2006; Falkenstein e Sommer, 2006 cit in Gonçalves, C., 2012).

Os programas têm demonstrado um resultado positivo na manutenção e na melhoria dos processos cognitivos (Verghese, 2003; Pires 2008; Spector, 2006, cit in Gonçalves, C., 2012).

Segundo Zimmerman (2000, cit in Castro, A. E., 2011), o melhor meio para conseguir a diminuição dos efeitos adversos do envelhecimento é através da estimulação, proporcionando aos idosos um aumento da qualidade de vida. A prevenção do declínio nas capacidades cognitivas e funcionais das pessoas idosas pode ser obtida através da implementação de Programas de Estimulação Cognitiva, garantindo assim,

um aumento da auto-estima e consequentemente da qualidade de vida dos idosos (Soares, 2006, cit in Castro, A. E., 2011).

Neste contexto, os jogos para idosos podem ser concebidos para estimular a mente, o raciocínio e a memória, promovendo o envolvimento físico do idoso na tarefa e a reminiscência criativa. Alguns jogos para idosos focam memórias pessoais e coletivas, alterações sociais ou lembram acontecimentos de vida. Todos são desenhados com o objetivo de entreter e divertir enquanto despertam e desafiam a mente, podendo ser, pela sua adaptabilidade, utilizados por indivíduos com ou sem comprometimento cognitivo.

No entanto é de salientar, que antes de iniciar qualquer intervenção de estimulação cognitiva, é essencial definir o perfil cognitivo de cada utente, delineando os aspetos da cognição que estão preservados e os possíveis défices existentes. Contudo, é relevante adequar o tratamento proposto ao nível intelectual e cultural do utente (Camões, Gonçalves e Pereira, 2005). Torna-se conveniente trabalhar em grupos bastante homogêneos para evitar que as tarefas de estimulação cognitiva não sejam adequadas ao grau de deterioração e produzam frustração no indivíduo (Boada e Tárraga, 2003). Desta forma, foram incluídos critérios de inclusão na nossa intervenção que foram: ter utentes sem défice cognitivo nem qualquer quadro de demência.

A intervenção em grupo intitulada de “Tempo de Sorrir”, é um programa de Estimulação Cognitiva em Idosos com Envelhecimento Bem Sucedido. Esta intervenção fundamentou-se na observação e avaliação das necessidades da própria instituição.

O objetivo geral desta intervenção em grupo, será intervir a nível da reabilitação cognitiva nos idosos através do uso de jogos sociais de estimulação cognitiva, tentando através destes ativar e manter as capacidades mentais desses mesmos indivíduos. No que concerne aos objetivos específicos, estes pretenderam proporcionar auto-estima, qualidade de vida e bem estar aos idosos; incentivar e aumentar a interação pessoal e social. Mediante estudos realizados, podemos verificar que a estimulação cognitiva produz efeitos positivos na capacidade geral e na depressão nos idosos institucionalizados (Arranz, Remor e Ulla, 2003). Os idosos sem atividades podem perder algumas das suas capacidades intelectuais, desta forma, exercícios de estimulação são importantes para proteger o intelecto dos idosos contra a deterioração (Camões, Gonçalves e Pereira, 2005). A estimulação cognitiva da intervenção inclui atividades dirigidas à estimulação da memória, linguagem, atenção, raciocínio.

Esta intervenção será destinada a quatro idosos, que apresentem um envelhecimento bem sucedido. O critério para a seleção dos participantes foi realizada pela diretora técnica e pela psicóloga clínica. De forma a avaliarmos a intervenção que será implementado nos próximos meses, será realizada uma avaliação inicial e final nos cinco idosos (pré-reteste e pós-teste), através do Mini Mental State Examination – MMSE (Folstein, Folstein e McHugh, 1975, adaptação portuguesa de Guerreiro e colaboradores, 1993).

A intervenção em grupo será estruturada em formato médio/longo prazo (dez sessões) realizadas semanalmente com a duração de quarenta minutos cada e irão considerar três fases importantes de um processo de intervenção grupal (Guerra e Lima, 2005). A fase inicial dos programas deverá ter uma componente mais educativa; a intermédia deverá estar mais relacionada com as temáticas alvo, sendo uma fase mais prática das aprendizagens e do treino das mesmas; a fase final será de prevenção, se bem que poderá ainda incluir exercícios referentes aos objetivos das intervenções (Guerra e Lima, 2005).

4.2. Apresentação sucinta das sessões

A presente intervenção em grupo, foi realizada apenas num lar pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, com idosos, sendo que as sessões eram semanais.

Desta forma, será apresentada a caracterização da população que participou no grupo de intervenção (Quadro 3) e um plano geral das sessões, demonstrando o número de sessões, a duração, entre outras características (Quadro 4).

Público-Alvo	Características	Número	Sexo
Idosos do Lar Rainha Dona Leonor	Sem défice cognitivo	4	Feminino

Quadro 3 (Caracterização da População da Intervenção em Grupo)

Nº de sessões	Dia	Horas	Duração de cada sessão	Local
10	Quarta-feira de tarde	15h30	40 minutos	Lar Rainha Dona Leonor

Quadro 4 (Caracterização das sessões da Intervenção em Grupo)

Cronograma

	Meses	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Sessões					
1ª Sessão					
2ª Sessão					
3ª Sessão					
4ª Sessão					
5ª Sessão					
6ª Sessão					
7ª Sessão					
8ª Sessão					
9ª Sessão					
10ª Sessão					

Quadro 5 (Cronograma da Intervenção em Grupo)

Planificação e tarefas das sessões apresentadas ao grupo

“Tempo de Sorrir”

Sessões e Tema	Principais Objetivos e Tarefas (Resumo)
Sessão nº1 “Quem sou eu?”	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 “Jogos sócio recreativos”	Estimulação da interação social, da memória, da concentração e do raciocínio através do jogo sueca.
Sessão nº3 “Jogos sócio recreativos”	Estimulação da interação social, da memória, da concentração e do raciocínio através do jogo do burro.
Sessão nº4 “Provérbios Populares”	Estimulação das capacidades cognitivas e da memória.
Sessão nº5 “O jogo das expressões faciais”	Identificação e representação através da mímica de algumas expressões faciais.
Sessão nº6	Estimulação da interação social, da memória, da

“Jogos sócio recreativos”	concentração e do raciocínio através do jogo da bisca.
Sessão nº7 “Quem sabe, sabe!”	Estimulação da memória, da compreensão verbal, da abstração lógica, da concentração, da atenção e valorização da sabedoria popular.
Sessão nº8 “Quem sabe, sabe!” (cont.)	Estimulação da memória, da compreensão verbal, da abstração lógica, da concentração, da atenção e valorização da sabedoria popular.
Sessão nº9 “Jogos sócio recreativos”	Estimulação da interação social, da memória, da concentração e do raciocínio através do dominó.
Sessão nº10 “A despedida”	Avaliação dos aspetos positivos e negativos da intervenção em grupo; Discussão sobre as aprendizagens e experiências dos participantes nas sessões.

Quadro 6 (Sessões do grupo “Tempo de Sorrir”)

Em anexo segue a descrição dos objetivos gerais e específicos de cada sessão, bem como, o material que foi utilizado em cada uma (anexo VII).

4.3. Reflexão da Intervenção em Grupo

Ao nível da assiduidade dos participantes nestas sessões e à participação destes ao longo das sessões foram globalmente satisfatórias. O grupo apresentou interesse sobre a temática e os conteúdos apresentados.

Apesar do grupo ser homogéneo os participantes interagiram facilmente e demonstraram bastante interesse nos temas abordados nas sessões.

Ao longo das sessões os elementos do grupo iam interagindo cada vez mais, o que permitiu que a estimulação cognitiva, abordada na sessão, fossem mais facilmente treinadas. Foi observada maior aceitação e compressão do outro pela parte de todos os participantes e também comportamentos cada vez mais assertivos, tendo em conta os interesses e necessidades de ambos os intervenientes.

Tendo em conta a observação nas várias sessões e o feedback dos profissionais do lar, esta intervenção resultou como algo bastante positivo, quer pelo facto de serem trabalhadas questões que em consulta individual seria mais complicado trabalhar, quer pela melhoria nos comportamentos observáveis da interação destes participantes com outros idosos e profissionais.

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

5. Ação de Sensibilização: “Bem me quer, mal não quero”

5.1. Fundamentação teórica da Ação de Sensibilização

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde é uma condição de bem estar físico, mental e social.

Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspetiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais.

Deste modo, o relaxamento é descrito na literatura como uma ótima estratégia para lidar com o stress e com as preocupações, promovendo por si só o bem estar, pois pode ser utilizado mesmo que a pessoa não se sinta “stressada” (Portugal e Azevedo, 2011). Aliás, a prática de relaxamento contribui para que a pessoa conheça e tenha consciência do seu corpo, assumindo um maior controlo sobre este, o que resulta na diminuição das tensões, bem como num aumento da sensação de bem estar. O importante é escolher o método que melhor se adequa a si e às suas condições.

Contudo, existem algumas técnicas de relaxamento formais, geralmente mediadas por profissionais em locais específicos. Algumas dessas técnicas induzem a respiração diafragmática, o relaxamento muscular, a meditação, o relaxamento por imaginação, entre outras. A técnica que nós utilizamos na ação de sensibilização foi a respiração diafragmática, uma vez que consiste em inspirar suavemente com a parte inferior dos pulmões, movimentando o diafragma (com o estômago a sair ligeiramente para fora).

Aquando da prática de relaxamento, existem algumas considerações a ter em conta. As alterações fisiológicas que decorrem deste exercício podem ter efeitos indesejáveis em algumas pessoas.

Em suma, o relaxamento pode ser uma via para se sentir bem e despreocupado, existindo diversos modelos e cuidados a ter.

5.2. Planeamento da Ação de Sensibilização

A presente ação de sensibilização foi elaborada para os idosos sem défice cognitivo num dos lares da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. Deste modo, as

ações de sensibilização foram realizadas nos dias 5, 6 e 13 de Junho de 2013 conforme segue no quadro.

Dias	Nº de ações	Horas	Nº de participantes	Local
5 de Junho	1	15h30	10	Lar Santo André
6 de Junho	1	15h30	10	Lar Santo André
13 de Junho	1	15h30	5	Lar Santo André

Quadro 7 (Caracterização das Ações de Sensibilização)

Objetivo Geral

- Promoção da saúde e saúde mental através de um relaxamento psíquico e mental

Objetivos Específicos

- Proporcionar um relaxamento psíquico e mental
- Proporcionar maior conscientização corporal;
- Estimulação das sensações corporais
- Bem estar aos idosos

Procedimentos

A ação de sensibilização começou com a apresentação dos formadores, onde estes mencionaram quais os objetivos inerentes a esta ação. De seguida foi iniciada a apresentação do tema “Bem me quer, mal não quero”.

No final foi entregue uma ficha de avaliação (anexo IX), que foi preenchida por todos os participantes, com o objetivo de percebermos qual foi o grau da satisfação dos participantes relativamente à ação de sensibilização.

Material

Foi utilizado um computador e um retroprojektor para a apresentação da ação de sensibilização. Também foram utilizadas fotocópias das fichas de avaliação e dos certificados (anexo X).

5.3. Reflexão sobre a participação na Ação de Sensibilização

Vendo o balanço final da adesão dos participantes às ações de sensibilização, este foi bastante satisfatório.

Quanto à avaliação feita pelos participantes desta ação de sensibilização, todos mencionaram o tema bastante pertinente e realizaram todas as tarefas propostas pelas estagiárias. Portanto, de uma forma geral, houve participação ao longo das sessões por parte dos participantes e todos se mostraram satisfeitos com estas.

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

Outras Atividades

III Jornadas da Saúde

«O balanço das III Jornadas da Saúde, promovidas pela Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, sob o lema “Saúde e Misericórdias: Tradições, atualidade e modernidade. As dificuldades do Estado Social e o papel das Misericórdias” é globalmente positivo» qualificou o Presidente da Comissão Organizadora e Mesário da Saúde, Dr. Adélio Miranda, satisfeito com o resultado destas jornadas, que decorreram nos dias 21 e 22 de junho, no auditório da Câmara Municipal de Barcelos.

O sentimento foi partilhado pela maioria dos participantes que saíram mais enriquecidos nos seus conhecimentos, após as intervenções de mais de duas dezenas de oradores, de trocas de experiência e de debates profundos. Para o Mesário da Saúde “saímos todos daqui muito enriquecidos. Acho que Barcelos ganhou muito com estas jornadas”. Relativamente à escolha dos temas, teve-se em conta alguns aspetos importantes: “dar uma visão do que é a Santa Casa, do que é Barcelos e do que é a Saúde em Barcelos, das mudanças e das melhorias. Da Santa Casa tentamos dar uma perspetiva da área social e da área da saúde. Acho que conseguimos fazer aqui uma mistura saudável entre o passado, a atualidade e o futuro, entre o trabalho nas Misericórdias, o trabalho na área pública e nas empresas. E, também, entre a visão dos médicos, dos outros técnicos e dos cidadãos. Parece-me que houve uma síntese feliz”, realçou o Dr. Adélio Miranda.

Na sessão de encerramento, que contou com a presença do vice-presidente da Câmara, Dr. Domingos Pereira, o Sr. Provedor, Dr. António Pedras, partindo do tema “A Misericórdia de Barcelos e a saúde: o que pode e deve ser” deixou claro que a Santa Casa tem capacidades de gestão na área da saúde, relembrando que foi esta a instituição mais inovadora no concelho de Barcelos, no que diz respeito à medicina física e de reabilitação e à hemodiálise. A instituição prepara-se, igualmente, para gerir a Unidade de Cuidados Continuados, que se encontra já numa fase avançada de construção.

No que diz respeito à gestão do hospital, o Sr. Provedor salientou ainda que a Santa Casa tem todas as condições de assumir a mesma, desde que as negociações com o Governo sejam favoráveis e permitam a sustentabilidade do equipamento hospitalar. Quem esteve na plateia ficou sem dúvidas de que, se o hospital for devolvido à Misericórdia, haverá uma melhoria nos serviços prestados, partindo também de experiências de outros hospitais, como é o caso dos de Vila Verde e do Porto.

Também o Mesário da Saúde realçou, relativamente ao debate sobre a devolução do hospital à Santa Casa, que “este tem sido conduzido de uma forma enviesada que é: serviço público de saúde versus serviço de misericórdia de saúde como se o serviço da Misericórdia não fosse público, isto é, integrado no Serviço Nacional de Saúde. A Misericórdia poderá gerir o hospital e se, eventualmente, não tivesse toda a equipa de gestores e técnicos, necessário para esse efeito, com certeza que contrataria esse pessoal especializado”, concluiu.

Ficou a promessa da continuidade destas jornadas, no próximo ano, numa quarta edição, em grande.

Reflexão

A experiência de estágio curricular foi uma experiência bastante enriquecedora, quer a nível profissional, quer a nível pessoal.

Ao nível profissional o estágio curricular numa instituição de excelência como a Santa Casa da Misericórdia de Barcelos e com uma população idosa veio aprofundar e pôr em prática alguns conhecimentos que até ao momento era mais teóricos. Na presente instituição proporcionaram-se diversos momentos de aprendizagem, quer ao nível do conhecimento do contexto particular da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos e do seu funcionamento, quer da população idosa, ao nível da intervenção psicológica neste tipo de população.

O contacto com idosos permitiu não só aprofundar conhecimentos da formação académica como também possibilitou refletir sobre as histórias das suas vidas, dos diversos caminhos percorridos por cada um, das suas expectativas de futuro, das suas dificuldades, dos seus pensamentos e sentimentos, enfim, das suas experiências e lições de vida. Além disso, permitiu observar algumas problemáticas que fragilizam muitos dos idosos, como: a falta de suporte social, o isolamento, a depressão, os conflitos próprios de situações como as anteriores, algumas doenças como as demências, a perda de entes queridos/o luto, entre outras fragilidades emocionais e psicológicas.

Relativamente à observação, avaliação e intervenção dos diversos casos apresentados neste relatório, estas mostraram-se bastante proveitosas para o desenvolvimento de competências que um profissional de psicologia deve ter, tais como: a empatia, as competências de comunicação verbal e não-verbal, a compreensão e tolerância, o apoio incondicional, o estabelecimento de relações de confiança, entre outras.

Também as atividades propostas para alguns destes casos foram pensadas no sentido de dar resposta às várias problemáticas, respeitando sempre a ética e deontologia profissional e tendo em conta os valores da instituição e o bem-estar dos utentes.

De salientar que, a instituição gosta de ver os seus utentes envolvidos em várias atividades e valoriza o papel do psicólogo, como tal, sob orientação da Dra. Sofia, deixaram-nos “à vontade” para propor novos projetos, novas intervenções e disponibilizando sempre, dentro do possível, material ou algum tipo de ajuda por parte dos profissionais. Também o contacto com outros profissionais foi útil para perceber o importante papel da interdisciplinaridade para o bem-estar dos utentes.

Em relação às expectativas dos resultados terapêuticos, com alguma ansia de poder ajudar os utentes e de pôr em prática muito do que se aprendeu na formação académica, inicialmente, foi um pouco complicado, pois os resultados, muitas vezes, não são tão rápidos como o profissional gostaria e, por isso, houve alguns sentimentos de frustração, medo e dúvidas que, muitas vezes, fizeram refletir sobre as competências pessoais e profissionais, questionando se o que estava a ser feito seria o mais adequado, se estaria a fazê-lo da melhor forma, se haveria algo que não deveria ser feito daquela forma e deveria ser de outra. Contudo, e apesar das dificuldades iniciais, todas elas foram positivas no sentido em que promoveram o conflito pessoal que proporcionou a procura de soluções, de escolha e de reinterpretação.

O apoio demonstrado pela Dra. Sofia e pelo Dr. Rui também foram muito importantes neste processo de aprendizagem e nos momentos de alguma frustração. Estes, como profissionais com alguns anos de experiência, permitiram-me perceber que essas dúvidas e frustrações são algo com que o psicólogo muitas vezes tem de se confrontar, pois, nem sempre conseguimos obter os resultados de forma tão rápida como a que esperávamos ter. Além disso, aceitei que teria de me guiar pelo processo de cada um e não pelos resultados que muitas vezes esperava, pois cada pessoa tem o seu processo, uns mais rápidos, outros mais lentos.

Com estas experiências percebi que apesar de serem fundamentais, os anos de teorias na universidade, são insuficientes. Senti que a prática vai-nos fortalecendo enquanto profissionais, pois há aspetos que não se aprendem nos manuais, aprendem-se na relação com o outro, numa relação terapêutica de confiança, empatia e apoio incondicional, escutando, percebendo e olhando para o outro como um ser humano único e diferente de qualquer outro ou de uma estatística. Deste modo, percebemos que a prática é mais complexa do que, muitas vezes, é apresentada na teoria. Com tudo isto, tenho a consciência que ainda há um caminho longo a percorrer. No entanto, confiança nas minhas competências foi aumentando ao longo deste estágio, sentindo-me mais preparada para o estágio profissional e para o mundo do trabalho.

Neste sentido o balanço final revelou-se positivo ajudando no desenvolvimento profissional e pessoal, sentindo gratidão por todos os utentes, profissionais e colaboradores da instituição que se cruzaram comigo neste processo de aprendizagem.

Bibliografia

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arranz, P., Remor, E. & Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Assembleia da República. (1994). Lei nº 241/94 de 22 de Setembro de 1994. *Lei do Psicólogo Clínico*.
- Bahls, S., & Navolar, A. (2004). *Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos*. Revista Eletrônica de Psicologia, 4, [On-Line]. Available: http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf (12 de Dezembro de 2012).
- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2007). *Psicopatología*. Madrid: Thomson Editores Spain.
- Basco, M.; Thase, M. & Wright, J. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental*. São Paulo: Artmed.
- Boada, M. & Tárraga, L. (2003). Cuadernos de Repaso: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer em fase moderada. Barcelona: Editorial Glosa.
- Brito, S. (2003). Psicologia Clínica – procura de uma identidade. *Revista de Psicologia*, 1, 63-67.
- Buela-Casal, G., & Sierra, J.C. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Camões, C., Gonçalves, A. & Pereira, F.M. (2005). *Reabilitação na doença de Alzheimer*. [On-Line]. Available: www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf. (2 de Março 2013).
- Canavarro, M.C. (2011). *Intervenção em Situações Traumáticas*. [On-Line]. Available: <http://woc.uc.pt> (9 de Abril de 2013).
- Coelho, C. S. & Palha, A. J. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Edições.
- Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias: abordagens atuais*. 2. ed., Porto Alegre: Artmed.
- 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.

- Dobson, K., & Block, L. (1988). Bases teóricas e filosóficas das terapias cognitivo-comportamentais. Disponível em: http://www.nelydecastro.com.br/publicacao/artigos/bases_teoricas_filosoficas_terapias_cog_comp_ort.pdf [Consultado em 10 de Março de 2013].
- Estrela, A. (1994). *Teoria e Prática de Observação de Classes*. Porto: Porto Editora.
- Fernandes, M. (2005). *Dar vida aos Anos... Envelhecendo, Uma análise Sócio – Organizacional de um Lar de Idosos*. Mestrado Universidade do Minho, Instituto de Educação Psicológica.
- Fernandes, J., Figueira, M. & Sampaio, D. (2006). *DSM IV – TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão Portuguesa do MOS SF36: Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13 (3), 119-127.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Guerra, M. & Lima, L. (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- 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.
- Imagínario, C. (2004). *O Idoso Dependente em contexto familiar - Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Edição Formasau.
- Instituto Nacional de Estatísticas. [em linha]. Disponível em (<http://www.ine.pt>).
- Krupnick, J, Sotsky, S., Elkin, I., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J. & Pilkonis, P. (2006). The roll of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of depression collaborative research program. *Focus*, 4, 269-267.
- Leal, I. & Ribeiro, J. (1996). *Psicologia Clínica e da Saúde*. *Análise Psicológica*, 4 (14), 589-599.
- Lima, M. P. (2004). *Posso Participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Lisboa: Ambar.
- McIntyre, T. (1999). Entrevista de avaliação clínica: sua relevância para o processo terapêutico e na formação psicoterapêutica. *Jornal de Psicologia*, 12 (1), 3-7.

- Ménéchal, J. (2002). *Introdução à Psicopatologia*. (2ª edição). Lisboa: Psicologia de Bolso.
- Neri, A.L. (2005). *Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus.
- Netto, M.P. (2002). *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Nunes, B. & Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação*. (volume 1 e 2). Lisboa—Porto: LIDEL.
- Oliveira, C.T. (2010). *Critérios Diagnósticos para Transtorno da Adaptação*. [On-line]. Available: <http://www.comportal.com.br>. (23 de Abril de 2013).
- Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedinilli, J.L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedras, A.B. (2006). *Política de Qualidade*. [On-Line]. Available: <http://www.SCMB.maisbarcelos.pt> (25 de Novembro 2012).
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Portugal, J. & Azevedo, M.J. (2011). Otimize o seu bem-estar. Ribeiro, O. & Paúl, C. (Ed.), *Manual de Envelhecimento Activo*. (pp. 205-338). Lisboa: LIDEL.
- Richardsom, J.P. (1995). Sexuality in the Nursing Home Patient. *American Family Physician*. 51, 121-125.
- Rissardi, G.L. & Godoy, M.F. (2007). Estudo da aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson modificada nas respostas das variáveis cardiovasculares e respiratórias de pacientes hansenianos. *Arquivo Ciência da Saúde*, 14 (3), 175-180.
- Robert, L. (1995). *O envelhecimento – factos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Romão, R. (2006). *A Misericórdia de Barcelos: traços da sua história*. [On-Line]. Available: <http://www.SCMB.maisbarcelos.pt> (25 de Novembro 2012).
- Schiavi, R.C. (1995). Sexuality and Aging. Impotence. 22, 711-725.
- Silva, A. & 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>. (18 de Novembro de 2012).
- Silva, F. (2004). La entrevista. In R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Evaluation psicológica* (pp. 263-296). Madrid Ediciones Pirámide.
- Simões, M.R., Seabra-Santos, M.J., Albuquerque, C.P., Pereira, M.A., Almeida, L., Ferreira, C., Lopes, A., Gomes, A., Xavier, R., Rodrigues, F., Lança, C., Barros,

- J., Juan, L. & Oliveira, E. (2003). Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III). In Gonçalves, M.M., Simões, M.R., Almeida, L.S. & Machado, C. (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*, 1, 221-252. Coimbra. Quarteto Editora.
- Souza L.P, Forgione, M.C. & Alves, V.L. (2000). Técnicas de relaxamento no contexto da psicoterapia de pacientes com queixas de dor crónica e fibromialgia – uma proposta. *Acta Fisiátrica*, 7 (2), 56-60.
- Staab, A.S. & Hodges, L.C. (1997). *Enfermería gerontológica*, Mexico: McGraw – Hill Interamericana.
- Suinn, R.M. & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: a nonspecific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*. 2, 498-510.
- Tárraga, L. & Boada, M. (2003). *Caudernos de Repaso: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada*. Barcelona: Fundació ACE.
- Vieira, C., Fay, E. & Neiva-Silva, L. (2007). Avaliação psicológica, neuropsicológica e recursos em neuroimagem: novas perspectiva em saúde mental. *Aletheia*, 26, 181-195.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto alegre: Artmed.
- Young, H. & Vitalino, P. (2007). Methods in Health Psychology: 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

Caso 2

Identificação

Isabel (nome fictício), do sexo feminino, com 68 anos de idade é reformada e viúva tem a quarta classe. É natural de Cabeceiras de Basto e encontra-se num dos lares, da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, há cerca de 8 anos.

Encaminhamento/ Tipo de pedido

A utente foi encaminhada para os serviços de psicologia por apresentar crises de ansiedade e agressiva verbalmente com as funcionárias e com as utentes. Deste modo, foi pedida a consulta de acompanhamento individual.

Problema

A Sra. Isabel (nome fictício) queixa-se, da ausência das visitas das filhas (facto que não corresponde à realidade, sendo que vão visitá-la todos os fins de semana). Esta utente apresenta atitudes agressivas verbais nas relações com os outros utentes e com as auxiliares, referindo que as auxiliares não lhe dão atenção, e que dizem que ela é uma “mimalha”.

Observação / Estado Mental

A utente apresentou sempre desorientação temporal e espacial. Ao nível da orientação autopsíquica apresenta uma certa desorientação confusional. Apesar do seu comportamento ser adequado ao nível da execução de atividades motoras, esta apresenta dificuldades. Também apresenta, muitas vezes, problemas motores relativamente à marcha, sendo que deve andar apoiada para não cair. Ao longo das consultas Isabel (nome fictício) apresenta-se sempre com bom aspeto e cuidado geral, cooperante e manteve o contato ocular. Frequentemente demonstra interesse em revelar a sua história de vida.

Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional

A Sra. Isabel (nome fictício) nasceu em Cabeceiras de Basto, distrito de Braga, numa família de 5 irmãos, em que o seu nível socioeconómico era considerado baixo.

Quanto à sua relação com os seus irmãos, a utente refere que sempre se deram bem.

A sua relação com a figura materna e paterna era boa.

No que diz respeito à sua infância esta recorda ser uma criança feliz e bem educada. A nível académico, estudou até fazer a 4ª classe. Após terminar a 4ª classe esta decidiu ficar em casa ajudar a sua mãe, uma vez que esta não tinha possibilidades para continuar a estudar.

A Sra. Isabel veio para o lar em setembro de 2004, uma vez que, se encontrava sozinha e casa sem qualquer cuidador. Refere que a adaptação ao lar foi boa.

Em relação ao grupo de pares, diz que não tem ninguém assim tão próximo, mas que se falaram para ela, que também lhes responde.

Na instituição, a Sra. Isabel diz que mantém uma boa relação quer com os profissionais, quer com outros idosos.

Avaliação Psicológica/ Resultados

Foi aplicada a entrevista semi-estruturada para averiguar a história da utente, bem como dados relativos ao problema apresentado por esta. Para além da entrevista, foram utilizados instrumentos complementares de avaliação, sendo estes: a Mini Mental State Examination.

No Mini Mental State Examination, esta apresentou uma nota T de 18, o que, com o seu grau de escolaridade (4ª classe) indica défice cognitivo com grau II.

Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)

Eixo I: 294.10 Demência, Tipo Alzheimer

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

Eixo III: 331.0 Doença de Alzheimer

Eixo IV: Problemas relacionais com as auxiliares e os utentes do lar

Eixo V: 40

Diagnóstico Diferencial

Devido aos sintomas apresentados pela Sra. Isabel (diminuição da memória, alguns problemas com a linguagem) e tendo em conta o DSM-IV (APA,2002), por exclusão de outras patologias de demência, esta apresenta **Demência do Tipo Alzheimer**. Assim, esta perturbação diferencia-se de:

“Perturbação Mnésica, uma vez que, esta é caracterizada por défices graves de memória sem haver outras deficiências no funcionamento cognitivo (afasia, apraxia, agnosia ou perturbações da execução). Como a Sra. Isabel. apresenta também

perturbações no funcionamento cognitivo relativamente à execução, preenche critérios para uma Demência do Tipo Alzheimer.

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

Demência Vascular, pois, nesta estão presentes os sinais neurológicos focais como, por exemplo, o exagero dos reflexos tendinosos profundos e a evidência laboratorial da doença vascular que se pensa estar relacionada com a demência.

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

Demência Persistente Induzida por Substâncias, pois, esta resulta de efeitos persistentes de uma substância.

Demência Sem Outra Especificação, posto que, esta é diagnosticada quando não existe evidências suficientes para determinar se a demência é devida a um estado físico geral ou induzida por substâncias.

Perturbação Cognitiva Sem Outra Especificação, pois nesta, a pessoa apresenta sintomas de demência mas não todos.

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

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

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

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

Foi estabelecida uma relação terapêutica com a Sra. Isabel baseada na confiança e na empatia. A relação terapêutica foi facilmente estabelecida, uma vez que, esta

precisava muito ter alguém de confiança para falar dos seus problemas e que lhe desse alguma atenção e compreensão.

Foi utilizado o modelo de entrevista da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos para recolha da história clínica da utente, permitindo também perceber as queixas desta.

A utente apresentava problemas de memória, com alguns défices cognitivos acentuados e desorientação alopsíquica e auto-psíquica, de maneira que, foi utilizado o Treino de Estimulação Cognitiva como intervenção ao problema apresentado.

Para aplicação do Treino de Estimulação Cognitiva, foram utilizados exercícios dos livros: o volume 1 e 2 do “*Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação*” (Nunes e Pais, 2006), *Traller de memoria. Publicaciones de psicología aplicada* (Maroto, 2002), *Caudernos de Repaso: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada* (Tárraga & Boada, 2003), *Volver a Empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer* (Tárraga e Boada, 1999), entre outros exercícios pesquisados na internet.

A demência do tipo Alzheimer é progressiva e as expetativas de melhoras são limitadas, no entanto, a base das intervenções cognitivas é a de atrasar o processo degenerativo e promover melhoras ao nível da plasticidade cerebral. Assim, através do Treino de Estimulação Cognitiva pode ajudar a organizar a dinâmica cognitiva da utente, de modo a, proporcionar-lhe maior bem-estar e qualidade de vida (Corrêa e Silva, 2009).

Ao longo das sessões a Sra. Isabel estava motivada a colaborar e executar os exercícios e após algumas sessões de Treino Cognitivo não se notavam melhoras, sendo que os seus sintomas não eram trabalháveis do ponto de vista psicológico.

Anexo II

Caso 3

Identificação

Palmira (nome fictício), do sexo feminino, com 48 anos de idade é reformada e viúva tem o sexto ano. É natural de Barcelos e encontra-se num dos lares, da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, há cerca de 4 anos.

Encaminhamento/ Tipo de pedido

A utente foi encaminhada para consulta de psicologia por apresentar atividade delirante e crises de ansiedade. Deste modo, foi pedida a consulta de acompanhamento individual.

Problema

A Sra. Palmira, é uma utente que demonstra ideias delirantes do tipo invenções ao longo da entrevista e das consultas. Esta utente apresenta esclerose múltipla, sendo que está acamada, e quando se move é de cadeira de rodas, encontrando-se sempre isolada, não mantém relações sociais com ninguém.

Estado Mental/ Observação

A utente apresentou-se sempre orientada auto e alopsiquicamente. Ao longo das consultas Palmira (nome fictício) apresenta-se sempre com bom aspeto e cuidado geral. A utente não manteve o contacto ocular e apresentou-se com vestuário adequado à temperatura atmosférica.

Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional

A Sra. Palmira (nome fictício) nasceu em Barcelos, distrito de Braga, sendo filha única, em que o seu nível socioeconómico era considerado baixo.

No que diz respeito à sua infância esta recorda ser uma criança feliz e bem educada. A nível académico, estudou até fazer o sexto ano e a sua relação com os seus colegas de escola era boa.

A Sra. Palmira veio para o lar em novembro de 2009, uma vez que, por causa da sua doença não podia estar sozinha em casa e não tinha nenhum cuidador. Refere que a adaptação ao lar foi boa.

Em relação ao grupo de pares, diz que não tem ninguém assim tão próximo.

Na instituição, a Sra. Palmira diz que mantém uma boa relação quer com os profissionais, quer com outros idosos.

Avaliação Psicológica/ Resultados

Foi aplicada a entrevista semi-estruturada para averiguar a história da utente, bem como dados relativos ao problema apresentado por esta. Para além da entrevista, foram utilizados instrumentos complementares de avaliação, sendo estes: a Mini Mental State Examination.

No Mini Mental State Examination, esta apresentou uma nota T de 22, o que, com o seu grau de escolaridade (4ª classe) não apresenta défice cognitivo.

Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)

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

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

Eixo III: 340 Esclerose múltipla (ES)

Eixo IV: Nenhum

Eixo V: 65

Diagnóstico Diferencial

Tendo em conta a sintomatologia que a Sra. Palmira apresentava no momento da avaliação inicial, os sintomas emocionais e comportamentais como reação a fatores como a esclerose múltipla, esta parece apresentar perturbação da adaptação. Este fator provavelmente influenciava o seu humor deprimido e contribuíam não querendo participar em atividades sociais. Deste modo, os sintomas depressivos são acrescentados à perturbação de adaptação.

O presente diagnóstico foi realizado com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), tendo em conta a sintomatologia que a Sra. Palmira manifestava no momento da avaliação inicial.

“A **Perturbação da Adaptação** é diferenciada de (APA, 2002):

Episódio Depressivo Major, uma vez que, os critérios na primeira não são preenchidos os critérios da segunda. Assim, embora no caso da Sra. Palmira esta tenha humor um pouco depressivo, este não é todos os dias nem durante quase todo o dia. Também não são preenchidos os critérios alterações no sono, no apetite, nem

lentificação psicomotora, ou seja, não preenche critérios suficientes para Episódio Depressivo Major.

Perturbações da Personalidade, pois, apesar de estas serem agravadas por situações de *stress*, em geral não é feito o diagnóstico de Perturbação da adaptação. No entanto, se sintomas não característicos de Perturbação de Personalidade aparecerem como resposta a uma situação de *stress*, o diagnóstico adicional de Perturbação de Adaptação, poderá ser apropriado.

Perturbação Sem Outra Especificação, pois, se os sintomas persistirem para além dos seis meses após o *stress* ou as suas consequências terem cessado, o diagnóstico deve ser alterado para outra perturbação mental, geralmente, uma Perturbação Sem Outra Especificação. Deste modo, como o fator de *stress* da Sra. Palmira não cessou, o critério do tempo não é possível verificar-se.

Perturbação de Stress Pós – Traumático e Perturbação Aguda de Stress, uma vez que, apesar de todas elas requerem a presença de um fator de *stress*, as duas primeiras são caracterizadas pela presença de um fator de *stress* extremo e um conjunto específico de sintomas, o que já não ocorre com a Perturbação de Adaptação, já que esta pode ser desencadeada por um fator de *stress* de qualquer gravidade e pode envolver uma grande variedade de sintomas possíveis. No caso da Sra. Palmira, embora o fator de *stress* seja muito significativo para ela, não é um fator extremo que apresente os sintomas específicos da Perturbação de Stress Pós – Traumático e da Perturbação Aguda de Stress.

Fatores Psicológicos Que Afetam o Estado Físico Geral, pois, estes são sintomas psicológicos específicos, comportamentos ou outros fatores que agravam o estado físico geral, complicam o tratamento ou, por outro lado, aumentam os riscos de se vir a desenvolver um estado físico geral. Na Perturbação de Adaptação, os sintomas psicológicos desenvolvem-se em resposta ao *stress* de ter, ou tomar conhecimento, do diagnóstico de um estado físico geral. No entanto, é de salientar que ambas as perturbações, poderão estar presentes em alguns sujeitos.

Luto, uma vez que, este é diagnosticado quando há reação que é uma resposta previsível e esperada à morte de um ente querido. No entanto, é de salientar, que o diagnóstico de Perturbação de Adaptação, pode ser apropriado quando a reação é excessiva ou mais prolongada do que o previsível.

Efeitos fisiológicos diretos de um Estado Físico Geral, uma vez que, nesta os sintomas são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral (como

e.g., o déficit funcional transitório que está associado com a administração de quimioterapia)”.

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

Foi estabelecida uma relação terapêutica com a Sra. Palmira baseada na confiança, havendo compreensão e empatia. Esta relação de confiança, inicialmente foi um pouco difícil de estabelecer, uma vez que, esta não queria interagir e relacionar-se com ninguém, querendo apenas isolar-se.

Foi recolhida a sua história clínica através do modelo de entrevista da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos.

Deste modo, como a Sra. Palmira, mostrava sintomatologia depressiva e alguns sintomas que pareciam, de certo modo, estar relacionadas com a sua doença, foi elaborada uma intervenção baseada em técnicas cognitivo comportamentais, nomeadamente a Reestruturação Cognitiva e o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.

A reestruturação cognitiva tem como objetivo ajudar as pessoas a substituir pensamentos negativos, e muitas vezes disfuncionais, por outros menos depressivos e quem sabe mais realistas (Barlow e Durand, 2007). Esta é baseada na terapia cognitiva de Beck que postula que os sintomas depressivos são, muitas vezes, resultado de uma tendência para interpretar alguns acontecimentos da sua vida de forma negativa, em vez de tentar ver o sentido positivo dos acontecimentos (Beck, 1967, 1976, cit in Barlow e Durand, 2007).

Em relação o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, tem como objetivo aliviar alguma ansiedade que a Sra. Palmira. demonstrou. Segundo Souza, Forgione e Alves (2000) as pessoas, muitas vezes, contém angústias e sentimentos negativos que mais tarde se vêm a refletir sobre o seu corpo, sendo necessário que a pessoa perceba que a dor é um sinal de que o corpo precisa ser “ouvido”, uma vez que, não se conseguiu adaptar da melhor forma diante da situação de stress. Assim, através de exercícios de contração, relaxamento e atividades respiratórias coordenadas (Rissardi e Godoy, 2007), o relaxamento vai permitir a libertação de uma energia que está contida no corpo da pessoa através de pontos dolorosos ou bloqueios musculares (Souza, Forgione e Alves, 2000). Deste modo, o relaxamento é uma ótima estratégia para lidar com o *stress* e com as preocupações, promovendo por si só o bem estar, pois pode ser utilizado mesmo que a pessoa não se sinta “*stressada*” (Portugal e Azevedo, 2011).

Anexo III

Caso 4

Identificação

Rosalina (nome fictício), do sexo feminino, com 82 anos de idade é reformada e viúva tem a quarta classe. É natural de Barcelos e encontra-se num dos lares, da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, há cerca de 8 anos.

Encaminhamento/ Tipo de pedido

A utente foi encaminhada para consulta de psicologia por apresentar conflitos com o marido. Deste modo, foi pedida a consulta de acompanhamento individual.

Problema

A Sra. Rosalina, queixa-se, principalmente dos conflitos que tem constantemente com o marido, que a deixam muito nervosa. Sente-se discriminada pelo marido, dizendo que a maioria das vezes estão no quarto e não comunicam um com o outro. Também se queixa que muitas vezes é discriminada pelas animadoras e pela monitora.

Estado Mental/ Observação

A utente apresentou-se sempre orientada auto e alopsiquicamente. Ao longo das consultas Rosalina (nome fictício) apresenta-se sempre com bom aspeto e cuidado geral, comportamento adequado e cooperante. Frequentemente demonstra interesse em revelar a sua história de vida. Verificou-se, uma linguagem adequada ao seu nível educacional e organização do discurso. Para além disso, não se verificaram alucinações nem delírios. A utente manteve o contacto ocular e apresentou-se com vestuário adequado à temperatura atmosférica.

Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional

A Sra. Rosalina (nome fictício) nasceu em Barcelos, distrito de Braga, numa família de 10 irmãos, em que o seu nível socioeconómico era considerado baixo.

Quanto à sua relação com os seus irmãos (5 irmãs e 4 irmãos), a utente refere que sempre se deram bem, e que eram muito agarrados uns aos outros. Quando eram crianças, os irmãos discutiam entre eles, de vez em quando, embora os pais intervissem de forma a conciliar e educar. De momento, apenas dois dos irmãos estão vivos.

A sua relação com a figura materna e paterna era boa.

No que diz respeito à sua infância esta recorda ser uma criança feliz e bem educada, apesar da pobreza que se vivia naquela altura. A nível académico, estudou até fazer a 4ª classe e a sua relação com os seus colegas de escola era boa. Após terminar a 4ª classe esta decidiu ir trabalhar para uma Fábrica têxtil.

A sua adolescência recorda-a como sendo normal. Trabalhava numa fábrica têxtil, e ao domingo ia à missa e muitas vezes, ia rezar o terço.

Por volta dos 25 anos de idade conhece o seu marido, casando com ele um ano depois. Deste casamento tiveram 2 filhos. Refere que foi muito feliz com o seu marido até ao oitavo mês do primeiro ano de casamento e que a partir daí começaram as traições por parte dele.

Diz que mantém uma boa relação, quer os com os seus filhos, quer com o genro e a nora, quer ainda com os seus netos, dos quais participou muito ativamente na sua educação. Atualmente, todos eles quase que a visitam semanalmente.

Quanto à sua história médica, a Sra. Rosalina apresenta a doença de Alzheimer, mesmo antes da entrada na instituição.

Relativamente à sua entrada na instituição, a Sra. Rosalina e o marido vieram para o lar em abril de 2007, esta conta que foi por decisão do casal, pois era a cidade onde tinham crescido, apesar que depois do casamento tinham ido viver para outra cidade, vieram para o lar por vontade própria, uma vez que, não queriam dar trabalho aos filhos.

Quanto à sua relação com os profissionais do lar, esta diz que mantém uma boa relação com toda a gente.

Avaliação Psicológica/ Resultados

Foi aplicada a entrevista semi-estruturada para averiguar a história da utente, bem como dados relativos ao problema apresentado por esta. Para além da entrevista, foram utilizados instrumentos complementares de avaliação, sendo este: a Mini Mental State Examination.

No Mini Mental State Examination, esta apresentou uma nota T de 28, o que, com o seu grau de escolaridade (4ª classe), indica que não apresenta défice cognitivo.

Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)

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

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

Eixo III: 332.0 Doença de Parkinson primária

Eixo IV: problemas relacionais com o marido

Eixo V: 70 (atual)

Diagnóstico Diferencial

Tendo em conta a sintomatologia que a Sra. Rosalina apresentava no momento da avaliação inicial, os sintomas emocionais e comportamentais como reação a fatores como os conflitos com o marido, esta parece apresentar perturbação da adaptação. Este fator provavelmente influenciava o seu humor deprimido e contribuíam para o seu isolamento dentro do quarto, não querendo participar em atividades sociais. Deste modo, os sintomas depressivos são acrescentados à perturbação de adaptação.

O presente diagnóstico foi realizado com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), tendo em conta a sintomatologia que a Sra. Rosalina manifestava no momento da avaliação inicial.

“A **Perturbação da Adaptação** é diferenciada de (APA, 2002):

Episódio Depressivo Major, uma vez que, os critérios na primeira não são preenchidos os critérios da segunda. Assim, embora no caso da Sra. Rosalina esta tenha humor um pouco depressivo, este não é todos os dias nem durante quase todo o dia (apenas apresenta humor depressivo nos dias em que tem discussões com o marido). Também não são preenchidos os critérios alterações no sono, no apetite, nem lentificação psicomotora, ou seja, não preenche critérios suficientes para Episódio Depressivo Major.

Perturbações da Personalidade, pois, apesar de estas serem agravadas por situações de *stress*, em geral não é feito o diagnóstico de Perturbação da adaptação. No entanto, se sintomas não característicos de Perturbação de Personalidade aparecerem como resposta a uma situação de *stress*, o diagnóstico adicional de Perturbação de Adaptação, poderá ser apropriado.

Perturbação Sem Outra Especificação, pois, se os sintomas persistirem para além dos seis meses após o stress ou as suas consequências terem cessado, o diagnóstico deve ser alterado para outra perturbação mental, geralmente, uma Perturbação Sem Outra Especificação. Deste modo, como o fator de stress da Sra. Rosalina não cessou (esta continua a ter conflitos com o marido) o critério do tempo não é possível verificar-se.

Perturbação de Stress Pós – Traumático e Perturbação Aguda de Stress, uma vez que, apesar de todas elas requerem a presença de um fator de stress, as duas primeiras são caracterizadas pela presença de um fator de stress extremo e um conjunto específico de sintomas, o que já não ocorre com a Perturbação de Adaptação, já que esta pode ser desencadeada por um fator de stress de qualquer gravidade e pode envolver uma grande variedade de sintomas possíveis. No caso da Sra. Rosalina, embora o fator de stress seja muito significativo para ela, não é um fator extremo que apresente os sintomas específicos da Perturbação de Stress Pós – Traumático e da Perturbação Aguda de Stress.

Fatores Psicológicos Que Afetam o Estado Físico Geral, pois, estes são sintomas psicológicos específicos, comportamentos ou outros fatores que agravam o estado físico geral, complicam o tratamento ou, por outro lado, aumentam os riscos de se vir a desenvolver um estado físico geral. Na Perturbação de Adaptação, os sintomas psicológicos desenvolvem-se em resposta ao stress de ter, ou tomar conhecimento, do diagnóstico de um estado físico geral. No entanto, é de salientar que ambas as perturbações, poderão estar presentes em alguns sujeitos.

Luto, uma vez que, este é diagnosticado quando há reação que é uma resposta previsível e esperada à morte de um ente querido. No entanto, é de salientar, que o diagnóstico de Perturbação de Adaptação, pode ser apropriado quando a reação é excessiva ou mais prolongada do que o previsível.

Efeitos fisiológicos diretos de um Estado Físico Geral, uma vez que, nesta os sintomas são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral (como e.g., o défice funcional transitório que está associado com a administração de quimioterapia)”.
.”

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

Foi estabelecida uma relação terapêutica com a Sra. R baseada na confiança e na empatia. A relação terapêutica foi facilmente estabelecida, uma vez que, esta precisava muito ter alguém de confiança para falar dos seus problemas e que lhe desse alguma atenção e compreensão relativamente aos conflitos com o marido.

Foi utilizado o modelo de entrevista da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos para recolha da história clínica da utente, permitindo também perceber as queixas desta.

Como apoio incondicional no seu sofrimento, foi utilizada a Promoção da ventilação emocional.

Anexo IV

Caso 5

Identificação

Ana (nome fictício), do sexo feminino, com 88 anos de idade é reformada e viúva tem a quarta classe. É natural de Barcelos e encontra-se num dos lares, da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, há cerca de 8 anos.

Encaminhamento/ Tipo de pedido

A utente foi encaminhada para consulta de psicologia por apresentar isolamento social. Deste modo, foi pedida a consulta de acompanhamento individual.

Problema

A Sra. Ana, passa grande parte do tempo isolada no quarto ou numa das salas do lar afastada dos outros utentes. Apresenta queixas de dor corporal (dores na barriga), tristeza profunda relacionada com a sua mudança para o Lar e alterações da memória. Esta sintomatologia parece ser uma reação à fase de mudança na sua vida, que está diretamente relacionada com a saída de sua casa e entrada no Lar: sente-se sozinha, isolada das pessoas com quem convivia (filhos e vizinhos) e perda de autonomia (uma vez que abandonou todas as tarefas, nomeadamente, tarefas domésticas, que lhe ofereciam alguma autonomia).

Estado Mental/ Observação

A utente apresentou sempre desorientação temporal e espacial. Ao nível da orientação autopsíquica apresenta uma certa desorientação confusional. Ao longo das consultas a Sra. Ana (nome fictício) apresenta-se sempre com bom aspeto e cuidado geral, cooperante e manteve o contato ocular. Frequentemente demonstra interesse em revelar a sua história de vida.

Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional

A Sra. Ana (nome fictício) nasceu em Barcelos, distrito de Braga, numa família de 10 irmãos, em que o seu nível socioeconómico era considerado baixo.

Quanto à sua relação com os seus irmãos, a utente refere que sempre se deram bem, e que eram muito agarrados uns aos outros.

A sua relação com a figura materna e paterna era boa.

No que diz respeito à sua infância esta recorda ser uma criança feliz e bem educada, apesar da pobreza que se vivia naquela altura. A nível académico, estudou até fazer a 4ª classe e a sua relação com os seus colegas de escola era boa.

A sua adolescência recorda-a como sendo normal.

Por volta dos 20 anos de idade conhece o seu marido, casando com ele algum tempo depois. Deste casamento tiveram 9 filhos.

Relativamente à sua entrada na instituição, a Sra. Ana veio para o lar em abril de 2010, veio para o lar por vontade própria, uma vez que, não queria dar trabalho aos filhos.

Quanto à sua relação com os profissionais do lar, esta diz que mantém uma boa relação com toda a gente.

Avaliação Psicológica/ Resultados

Foi aplicada a entrevista semi-estruturada para averiguar a história da utente, bem como dados relativos ao problema apresentado por esta.

Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)

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

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

Eixo III: Nenhum

Eixo IV: Nenhum

Eixo V: 60

Diagnóstico Diferencial

O presente diagnóstico foi realizado com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), tendo em conta a sintomatologia que a Sra. Ana manifestava no momento da avaliação inicial.

“A **Perturbação da Adaptação** é diferenciada de (APA, 2002):

Episódio Depressivo Major, uma vez que, os critérios na primeira não são preenchidos os critérios da segunda. Assim, embora no caso da Sra. Ana esta tenha humor um pouco depressivo, este não é todos os dias nem durante quase todo o dia. Também não são preenchidos os critérios alterações no sono, no apetite, nem

lentificação psicomotora, ou seja, não preenche critérios suficientes para Episódio Depressivo Major.

Perturbações da Personalidade, pois, apesar de estas serem agravadas por situações de *stress*, em geral não é feito o diagnóstico de Perturbação da adaptação. No entanto, se sintomas não característicos de Perturbação de Personalidade aparecerem como resposta a uma situação de *stress*, o diagnóstico adicional de Perturbação de Adaptação, poderá ser apropriado.

Perturbação Sem Outra Especificação, pois, se os sintomas persistirem para além dos seis meses após o *stress* ou as suas consequências terem cessado, o diagnóstico deve ser alterado para outra perturbação mental, geralmente, uma Perturbação Sem Outra Especificação. Deste modo, como o fator de *stress* da Sra. Ana não cessou, o critério do tempo não é possível verificar-se.

Perturbação de Stress Pós – Traumático e Perturbação Aguda de Stress, uma vez que, apesar de todas elas requerem a presença de um fator de *stress*, as duas primeiras são caracterizadas pela presença de um fator de *stress* extremo e um conjunto específico de sintomas, o que já não ocorre com a Perturbação de Adaptação, já que esta pode ser desencadeada por um fator de *stress* de qualquer gravidade e pode envolver uma grande variedade de sintomas possíveis. No caso da Sra. Ana, embora o fator de *stress* seja muito significativo para ela, não é um fator extremo que apresente os sintomas específicos da Perturbação de Stress Pós – Traumático e da Perturbação Aguda de Stress.

Fatores Psicológicos Que Afetam o Estado Físico Geral, pois, estes são sintomas psicológicos específicos, comportamentos ou outros fatores que agravam o estado físico geral, complicam o tratamento ou, por outro lado, aumentam os riscos de se vir a desenvolver um estado físico geral. Na Perturbação de Adaptação, os sintomas psicológicos desenvolvem-se em resposta ao *stress* de ter, ou tomar conhecimento, do diagnóstico de um estado físico geral. No entanto, é de salientar que ambas as perturbações, poderão estar presentes em alguns sujeitos.

Luto, uma vez que, este é diagnosticado quando há reação que é uma resposta previsível e esperada à morte de um ente querido. No entanto, é de salientar, que o diagnóstico de Perturbação de Adaptação, pode ser apropriado quando a reação é excessiva ou mais prolongada do que o previsível.

Efeitos fisiológicos diretos de um Estado Físico Geral, uma vez que, nesta os sintomas são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral (como

e.g., o déficit funcional transitório que está associado com a administração de quimioterapia)”.

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

A intervenção com a Sra. Ana passou pelo estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, havendo compreensão e empatia. Esta relação de confiança, inicialmente foi um pouco difícil de estabelecer, uma vez que, esta não queria interagir e relacionar-se com ninguém, querendo apenas isolar-se.

Foi recolhida a sua história clínica através do modelo de entrevista da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos.

Como forma de trabalhar questões relacionadas a comunicação interpessoal com os utentes do lar, foi utilizado o Treino de Competências Sociais, com o objetivo de melhorar as suas relações interpessoais com estes.

O Treino de Competências Sociais orienta-se para o desenvolvimento de novas competências alternativas ou modos de proceder mais adequados aos que a pessoa utiliza reduzindo, deste modo, os comportamentos inadequados e diminuindo o mal estar que estes comportamentos causavam (Coelho e Palha, 2006).

Anexo V

Caso 6

Identificação

Tânia (nome fictício), do sexo feminino, com 74 anos de idade é reformada e solteira tem o quinto ano. É natural de Barcelos e encontra-se num dos lares, da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, há cerca de 8 anos.

Encaminhamento/ Tipo de pedido

A utente foi encaminhada para consulta de psicologia por apresentar choro, tristeza devido a morte de um sobrinho. Deste modo, foi pedida a consulta de acompanhamento individual.

Problema

A Sra. Tânia, passa grande parte do tempo no quarto, saindo dele apenas para as refeições, uma vez que está acamada e é cega de uma vista. Esta utente queixa-se de dores de barriga, não sabemos qual a sua origem. Nas consultas nunca falou sobre a morte do seu sobrinho.

Estado Mental/ Observação

A utente apresentou-se sempre orientada auto e alopsiquicamente. Ao longo das consultas Sra. Tânia (nome fictício) apresenta-se sempre com bom aspeto e cuidado geral, comportamento adequado e cooperante. Frequentemente demonstra interesse em revelar a sua história de vida. Verificou-se, uma linguagem adequada ao seu nível educacional e organização do discurso. Para além disso, não se verificaram alucinações nem delírios. A utente manteve o contacto ocular e apresentou-se com vestuário adequado à temperatura atmosférica.

Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional

A Sra. Tânia (nome fictício) nasceu em Barcelos, distrito de Braga, numa família de 10 irmãos, em que o seu nível socioeconómico era considerado baixo.

Quanto à sua relação com os seus irmãos (5 irmãs e 4 irmãos), a utente refere que sempre se deram bem, e que eram muito agarrados uns aos outros. Quando eram crianças, os irmãos discutiam entre eles, de vez em quando, embora os pais intervissem de forma a conciliar e educar. De momento, apenas dois dos irmãos estão vivos.

A sua relação com a figura materna e paterna era boa.

No que diz respeito à sua infância esta recorda ser uma criança feliz e bem educada, apesar da pobreza que se vivia naquela altura. A nível académico, estudou até fazer o 5^a ano e a sua relação com os seus colegas de escola era boa.

A sua adolescência recorda-a como sendo normal. Trabalhava na secretaria do liceu, e ao domingo ia à missa e muitas vezes, ia rezar o terço.

Nunca casou, devido a um desgosto amoroso que teve na adolescência.

Relativamente à sua entrada na instituição, a Sra. Tânia veio para o lar em setembro de 2004, esta conta que veio para o lar por vontade própria, uma vez que, vivia sozinha. Quanto à sua relação com os profissionais do lar, esta diz que mantém uma boa relação com toda a gente.

Avaliação Psicológica/ Resultados

Foi aplicada a entrevista semi-estruturada para averiguar a história da utente, bem como dados relativos ao problema apresentado por esta. Para além da entrevista, foram utilizados instrumentos complementares de avaliação, sendo estes: a Mini Mental State Examination.

No Mini Mental State Examination, esta apresentou uma nota T de 25, o que, com o seu grau de escolaridade (5^a ano) não apresenta défice cognitivo.

Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)

- **Eixo I:** Reação Aguda ao Luto
- **Eixo II:** V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]
- **Eixo III:** Nenhum
- **Eixo IV:** morte do sobrinho
- **Eixo V:** 65 (atual)

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

Foi estabelecida uma relação terapêutica com a Sra. Tânia baseada na confiança e na empatia. A relação terapêutica foi facilmente estabelecida, uma vez que, esta precisava muito ter alguém de confiança para falar dos seus problemas e que lhe desse alguma atenção e compreensão.

Foi utilizado o modelo de entrevista da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos para recolha da história clínica da utente, permitindo também perceber as queixas desta.

Como apoio incondicional, foi utilizada a Promoção da ventilação emocional.

Anexo VI

Caso 7

Identificação

Carolina (nome fictício), do sexo feminino, com 90 anos de idade é reformada e vive com o marido, tem a quarta classe. É natural de Barcelos e encontram-se num dos lares, da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, há cerca de 11 anos.

Encaminhamento/ Tipo de pedido

A utente foi encaminhada para consulta de psicologia por apresentar comportamentos cismáticos. Deste modo, foi pedida a consulta de acompanhamento individual.

Problema

A Sra. Carolina, queixa-se principalmente das dores nas pernas devido à osteoartrose ou osteoartrite, que surgiu depois de uma queda há 4 anos atrás. Era uma utente muito ativa, e depois dessa queda deixou de fazer as suas atividades de rotina diária, deixando-a bastante ansiosa.

Estado Mental/ Observação

A utente apresentou-se sempre orientada auto e alopsiquicamente. Ao longo das consultas Carolina (nome fictício) apresenta-se sempre com bom aspeto e cuidado geral, comportamento adequado e cooperante. Frequentemente demonstra interesse em revelar a sua história de vida. Verificou-se, uma linguagem adequada ao seu nível educacional e organização do discurso. Para além disso, não se verificaram alucinações nem delírios. A utente manteve o contacto ocular e apresentou-se com vestuário adequado à temperatura atmosférica.

Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional

A Sra. Carolina (nome fictício) nasceu em Barcelos, distrito de Braga, numa família de 2 irmãos, em que o seu nível socioeconómico era considerado baixo.

Quanto à sua relação com o seu irmão, a utente refere que sempre se deram bem.

A sua relação com a figura materna boa, trabalhou numa Fábrica Têxtil, quanto à figura paterna refere que este foi viver para França quando ela tinha 2 anos de idade.

No que diz respeito à sua infância esta recorda que passou muita fome e que foi uma infância muito triste. A nível académico, estudou até fazer a 2ª classe e a sua

relação com os seus colegas de escola era boa. Após terminar a 2ª classe esta decidiu ir trabalhar para uma Fábrica têxtil, para ajudar a sua família.

A sua adolescência recorda-a como sendo normal.

Por volta dos 23 anos de idade conhece o seu marido, casando com ele algum tempo depois. Deste casamento tiveram 3 filhos. Refere que foi muito feliz.

Diz que mantém uma boa relação, quer os com os seus filhos, quer com o genro e a nora, quer ainda com os seus netos, dos quais participou muito ativamente na sua educação. Atualmente, todos eles quase que a visitam semanalmente.

Relativamente à sua entrada na instituição, a Sra. Carolina e o marido vieram para o lar em 2002, em esta conta que foi por decisão do casal, vieram para o lar por vontade própria, uma vez que, não queriam dar trabalho aos filhos.

Quanto à sua relação com os profissionais do lar, esta diz que mantém uma boa relação com toda a gente.

Avaliação Psicológica/ Resultados

Foi aplicada a entrevista semi-estruturada para averiguar a história da utente, bem como dados relativos ao problema apresentado por esta. Para corroborar os dados recolhidos, foram utilizados instrumentos complementares de avaliação, sendo estes: a Mini Mental State Examination, Teste de Personalidade (Inventário de Sintomas – BSI).

No Mini Mental State Examination, esta apresentou uma nota T de 29, o que, com o seu grau de escolaridade (2ª classe) não apresenta défice cognitivo.

Através da BSI, escala de sintomatologia psicológica, a Sra. Carolina obteve um índice geral de sintomas de 0.00. O resultado mais elevado evidenciou na dimensão de Somatização com 1.00 valores, ligeiramente acima da média da população geral. Considerando ISP (índice de sintomatologia positiva) também não se denotaram evidências de instabilidade emocional na utente.

Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)

- **Eixo I:** 309.24 Perturbação da Adaptação com Ansiedade Aguda [F43.28]
- **Eixo II:** V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]
- **Eixo III:** 715.90 Osteoartrose (osteoartrite)
- **Eixo IV:** Nenhum
- **Eixo V:** 70

Diagnóstico Diferencial

Tendo em conta a sintomatologia que a Sra. Carolina apresentava no momento da avaliação inicial, os sintomas emocionais e comportamentais como reação a fatores como a, esta parece apresentar perturbação da adaptação. Este fator provavelmente influenciava a sua ansiedade.

O presente diagnóstico foi realizado com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), tendo em conta a sintomatologia que a Sra. Carolina manifestava no momento da avaliação inicial.

“A Perturbação da Adaptação é diferenciada de (APA, 2002):

Episódio Depressivo Major, uma vez que, os critérios na primeira não são preenchidos os critérios da segunda. Também não são preenchidos os critérios alterações no sono, no apetite, nem lentificação psicomotora, ou seja, não preenche critérios suficientes para Episódio Depressivo Major.

Perturbações da Personalidade, pois, apesar de estas serem agravadas por situações de *stress*, em geral não é feito o diagnóstico de Perturbação da adaptação. No entanto, se sintomas não característicos de Perturbação de Personalidade aparecerem como resposta a uma situação de *stress*, o diagnóstico adicional de Perturbação de Adaptação, poderá ser apropriado.

Perturbação Sem Outra Especificação, pois, se os sintomas persistirem para além dos seis meses após o *stress* ou as suas consequências terem cessado, o diagnóstico deve ser alterado para outra perturbação mental, geralmente, uma Perturbação Sem Outra Especificação. Deste modo, como o fator de *stress* da Sra. Carolina não cessou, o critério do tempo não é possível verificar-se.

Perturbação de Stress Pós – Traumático e Perturbação Aguda de Stress, uma vez que, apesar de todas elas requerem a presença de um fator de *stress*, as duas primeiras são caracterizadas pela presença de um fator de *stress* extremo e um conjunto específico de sintomas, o que já não ocorre com a Perturbação de Adaptação, já que esta pode ser desencadeada por um fator de *stress* de qualquer gravidade e pode envolver uma grande variedade de sintomas possíveis. No caso da Sra. Carolina, embora o fator de *stress* seja muito significativo para ela, não é um fator extremo que apresente os sintomas específicos da Perturbação de Stress Pós – Traumático e da Perturbação Aguda de Stress.

Fatores Psicológicos Que Afetam o Estado Físico Geral, pois, estes são sintomas psicológicos específicos, comportamentos ou outros fatores que agravam o estado físico

geral, complicam o tratamento ou, por outro lado, aumentam os riscos de se vir a desenvolver um estado físico geral. Na Perturbação de Adaptação, os sintomas psicológicos desenvolvem-se em resposta ao stress de ter, ou tomar conhecimento, do diagnóstico de um estado físico geral. No entanto, é de salientar que ambas as perturbações, poderão estar presentes em alguns sujeitos.

Luto, uma vez que, este é diagnosticado quando há reação que é uma resposta previsível e esperada à morte de um ente querido. No entanto, é de salientar, que o diagnóstico de Perturbação de Adaptação, pode ser apropriado quando a reação é excessiva ou mais prolongada do que o previsível.

Efeitos fisiológicos diretos de um Estado Físico Geral, uma vez que, nesta os sintomas são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral (como e.g., o défice funcional transitório que está associado com a administração de quimioterapia)”.
.

Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados

A intervenção com a Sra. Carolina passou pelo estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, havendo compreensão e empatia. A relação terapêutica foi facilmente estabelecida, uma vez que, esta precisava muito ter alguém de confiança para falar dos seus problemas e que lhe desse alguma atenção e compreensão.

Foi utilizado o modelo de entrevista da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos para recolha da história clínica da utente, permitindo também perceber as queixas desta.

Foi utilizado o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, devido a ansiedade apresentada pela utente. Esta técnica 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 (Rissardi e Godoy, 2007).

Anexo VII

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

Primeira sessão: “Quem sou eu?”

Objetivos:

- ❖ Apresentação dos elementos participantes da intervenção em grupo, bem como das psicólogas;
- ❖ Psicoeducação sobre envelhecimento e estimulação cognitiva, mencionando quais os objetivos desta intervenção;
- ❖ Explicação do programa das sessões e das regras para uma boa convivência do grupo;
- ❖ Aplicação do pré-teste (mini-mental state examination).

Procedimentos: Procedeu-se inicialmente à apresentação dos elementos que participaram na intervenção, bem como do psicólogo. De seguida falamos um pouco sobre envelhecimento e estimulação cognitiva, mencionando quais os objetivos desta intervenção. Os participantes serão inquiridos sobre os seus gostos e preferências neste tipo de atividades. Caso seja necessário, o programa, definido inicialmente, será readaptado às capacidades e possibilidades dos idosos. Foi também explicado o programa das sessões, onde foram explícitos os temas das sessões bem como dos seus objetivos. Por fim, foram explicadas as regras que devem prevalecer para o sucesso da nossa intervenção em grupo.

Recursos/Materiais: folhas de papel e lápis.

Segunda sessão: “Jogos sócio-recreativos” (sueca)

Objetivos: Estimular a interação social, a memória, a atenção, a concentração e o raciocínio.

Procedimentos: Primeiramente foi explicado aos participantes as regras do jogo e de seguida foi iniciado o jogo.

Recursos/Materiais: baralho de cartas

Terceira sessão: “Jogos sócio-recreativos” (jogo do burro)

Objetivos: Estimular a interação social, a memória, a atenção, a concentração e o raciocínio.

Procedimentos: Primeiramente foi explicado aos participantes a explicação dos naipes e as regras do jogo e de seguida foi iniciado o jogo.

Recursos/Materiais: baralho de cartas

Quarta sessão: “Provérbios Populares”

Objetivos: Estimular as capacidades cognitivas e a memória

Procedimentos: Foram realizadas duas tarefas. Na primeira tarefa, foi pedido aos idosos terminassem a última palavra de cada provérbio. Na segunda tarefa, os idosos teriam que dizer outros provérbios populares que conhecessem.

Recursos/Materiais: Folha com os diversos provérbios populares.

Quinta sessão: “O jogo das expressões faciais”

Objetivos:

- ❖ Identificação de diversas expressões faciais através de imagens;
- ❖ Representação através da mímica de algumas expressões faciais.

Procedimentos: Foram realizadas duas tarefas. Na primeira tarefa, foram mostradas aos idosos diversas imagens de expressões faciais e os idosos tiveram que identificá-las. Na segunda tarefa, foi pedido aos idosos que representassem mediante a mímica algumas expressões faciais.

Recursos/Materiais: Folha com imagens de expressões faciais.

Sexta sessão: “Jogos sócio-recreativos” (jogo do bisco)

Objetivos: Estimular a interação social, a memória, a atenção, a concentração e o raciocínio.

Procedimentos: Primeiramente foi explicado aos participantes a explicação dos naipes e as regras do jogo e de seguida foi iniciado o jogo.

Recursos/Materiais: baralho de cartas

Sétima sessão: “Quem sabe, sabe!”

Objetivos:

- Estimular a memória, compreensão verbal, abstração lógica, concentração e atenção;
- Tomada de decisão individual e em grupo;
- Potenciação das redes de interação social;
- Valorização da sabedoria popular.

Procedimentos: Primeiramente foi explicado aos participantes a explicação e as regras do jogo e de seguida foi iniciado o jogo, sendo que um dos jogadores tem a função de juiz.

Recursos/Materiais: jogos seniores

Oitava sessão: “Quem sabe, sabe!” (continuação)

Objetivos:

- Estimular a memória, compreensão verbal, abstração lógica, concentração e atenção;
- Tomada de decisão individual e em grupo;
- Potenciação das redes de interação social;
- Valorização da sabedoria popular.

Procedimentos: Primeiramente foi explicado aos participantes a explicação e as regras do jogo e de seguida foi iniciado o jogo, sendo que um dos jogadores tem a função de juiz.

Recursos/Materiais: jogos seniores

Nona sessão: “Jogos sócio-recreativos”

Objetivos: Estimular a interação social, a memória, a atenção, a concentração e o raciocínio.

Procedimentos: Primeiramente foi explicado aos participantes a explicação dos naipes e as regras do jogo e de seguida foi iniciado o jogo.

Recursos/Materiais: dominó

Décima e última sessão: “A despedida”

Objetivos:

- ❖ Avaliar os aspetos positivos e negativos da intervenção em grupo;
- ❖ Discussão sobre as aprendizagens e experiências dos participantes nas sessões;
- ❖ Apreciação geral de todos os participantes;
- ❖ Aplicação do pós-teste (mini-mental state examination)

Procedimentos: Discussão sobre as aprendizagens e experiências dos participantes nas sessões, onde também tentamos perceber qual foi a apreciação geral com que estes idosos ficaram acerca desta intervenção.

Recursos/Materiais: folhas de papel e lápis

Anexo VIII

“Bem me quer, mal não quero”

Ação de Sensibilização sobre
Saúde Mental na Terceira Idade



Saúde Mental (1ª sessão)

Envelhecimento

Sob o ponto de vista psicológico o envelhecimento não é necessariamente um mal irremediável, um desfecho incompreensível no fim de uma vida feita de aprendizagens, de relações e de projetos, mas poderá constituir, à semelhança de qualquer outra etapa da vida humana, uma oportunidade de bem estar e felicidade.

Saúde Mental (1ª sessão)

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



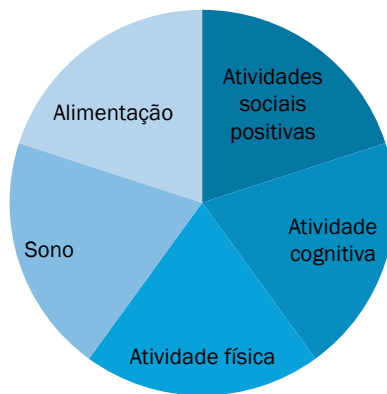
Saúde Mental (1ª sessão)

Definição de saúde segundo OMS: «não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade»,
mas como **«um estado de completo bem-estar físico, mental e social»**.

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



Saúde Mental



Relaxamento(2ª e 3ª sessão)

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



Relaxamento(2ª e 3ª sessão)

Técnicas do Relaxamento

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



Relaxamento(2ª e 3ª sessão)

Fazer os TPC'S

Praticar a respiração diafragmática, uma vez por dia.
Registar o humor (escala)





Obrigada pela vossa atenção...

Serviço de Psicologia

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

Orientação Clínica de Sofia Miranda



Anexo IX

Questionário de Avaliação da Satisfação

O presente questionário realiza-se no âmbito da Ação de Sensibilização que estão a ser desenvolvidas pelas estagiárias de Psicologia Clínica e da Saúde, pretendendo medir seu grau de satisfação em relação às mesmas.

O questionário é anónimo e todas as informações dadas serão rigorosamente confidenciais.

1. Apreciação global da **Ação de Sensibilização** (coloque um **O** na opção que corresponde à sua escolha)

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
Ficou satisfeito com a Ação de Sensibilização?	1	2	3	4
Ficou satisfeito com a duração da Ação de Sensibilização?	1	2	3	4
Ficou satisfeito com conteúdo da Ação de Sensibilização?	1	2	3	4
Adquiriu novos conhecimentos?	1	2	3	4
A Ação de Sensibilização foi importante para a sua vida profissional?	1	2	3	4
A Ação de Sensibilização correspondeu às suas expectativas?	1	2	3	4

2. Apreciação global dos **Oradores** (coloque um **O** na opção que corresponde à sua escolha)

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Pontualidade.	1	2	3	4
Clareza na exposição dos temas.	1	2	3	4
Conhecimento dos temas apresentados.	1	2	3	4
Disponibilidade para esclarecer dúvidas.	1	2	3	4
Capacidade para motivar os participantes.	1	2	3	4
Incentivo ao debate por parte dos participantes.	1	2	3	4
Apreciação global dos oradores.	1	2	3	4

3. Apreciação global da **Organização** da Ação de Sensibilização (coloque um **O** na opção que corresponde à sua escolha)

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Qualidade das instalações (espaço, iluminação, comodidade, etc.)	1	2	3	4
Documentação utilizada na Ação de Sensibilização .	1	2	3	4
Equipamentos de apoio (projector, etc.).	1	2	3	4

4. Outras opiniões ou sugestões.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo X

Certificado de Participação

Para os devidos efeitos declara-se que:

participou na ação de sensibilização:

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

Dra. Flora
(Diretora Geral do Lar Santo André)

Diana Gonçalves
(Estagiária de Psicologia Clínica e da Saúde/ Palestrante)

Dra. Sofia Miranda
(Psicóloga Clínica da SCM Barcelos)

Luísa Leal
(Estagiária de Psicologia Clínica e da Saúde/ Palestrante)