



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**.

Cátia Marina Barros da Silva



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2013



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local de Estágio: Centro Social de Durrães

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

Cátia Marina Barros da Silva

Sob a Orientação de Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2013

Agradecimentos

Este trabalho é resultado de um percurso de crescimento, no qual o contributo de algumas pessoas se tornou imprescindível. Por esse motivo, expresso, neste espaço, o meu mais profundo e sincero sentimento de gratidão.

À Professora Dr.^a Eleonora Cunha, agradeço o acompanhamento, a supervisão, a disponibilidade, a partilha de experiências, a sabedoria, os ensinamentos e a exigência que sempre demonstrou.

À Dr.^a Célia Barbosa, agradeço a ajuda constante, a partilha de experiências e o incentivo, a nível pessoal e profissional.

À minha mãe, agradeço o afeto, a paciência e o apoio diário essencial ao longo deste percurso.

À minha irmã, agradeço pelo auxílio e o encorajamento que me transmitiu.

Por último, agradeço a todos utentes que permitiram a entrada nas suas vidas e tornaram a realização deste trabalho uma realidade.

Cátia Silva, 20 de Setembro de 2013

Resumo

O presente Relatório de Estágio insere-se no âmbito do 2º ano do 2º ciclo do Mestrado de Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia -Centro Regional de Braga, sendo fruto do estágio curricular realizado no Centro Social de Durrães, entre Março de 2012 e Março de 2013. No referido estágio, procurou-se aplicar as diferentes abordagens teóricas aos diversos contextos de prática psicológica e promover o contato e a aprendizagem de boas práticas, de forma a desenvolver competências profissionais adequadas e autónomas, num contexto clínico adaptado à população infanto-juvenil e idosa. As atividades desenvolvidas foram dirigidas sobretudo aos utentes do Centro de dia (idosos) e às crianças integradas nas Atividades de Tempos Livres (ATL). As dinâmicas levadas a cabo durante o estágio contemplaram diversas atividades de avaliação e intervenção individual e em grupo, bem como ações de formação. Numa primeira fase, procedemos à caracterização do contexto institucional ou organizacional e dos respectivos serviços de psicologia, efectuando uma descrição sumária da instituição e dos seus objetivos, do seu organigrama, do papel do profissional de psicologia, da tipologia de ações desenvolvidas e das populações alvo. Em seguida, faremos uma descrição dos casos e dos atendimentos observados durante o estágio, nos quais não participamos de forma directa. Numa terceira etapa, apresentaremos a planificação, execução e avaliação de eventuais ações de formação, das intervenções em grupo e das intervenções junto dos agentes do local de estágio ou da instituição, fazendo a discussão e a análise dos casos práticos (avaliação e intervenção). Por último, concluímos com uma reflexão pessoal sobre o impacto que o estágio terá na minha experiência como futuro profissional de psicologia.

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

Abstract

The following internship report is for the 2nd year of the 2nd cycle of the MA in Psychology, with a specialization in clinical psychology and health in the faculty of philosophy, Universidade Católica Portuguesa (Catholic University of Portugal), Braga. It presents the result of an internship which took place in the Centro Social of Durrães between March 2012 and March 2013. The internship attempted to apply different theoretical approaches to psychological practice and promote the learning of good practice as a way to develop adequate and autonomous professional skills in a clinical context made up of a juvenile and elderly population.

The activities promoted were directed primarily towards users of the day center (the elderly) and the children integrated in the program of “free time activities” (Atividades de Tempos Livres). The activities carried out during the internship were made up of various assessment activities, both group and individual, as well as training activities. Initially, we characterized the organizational or institutional context and the respective psychological services, making a summary of the institution and its objectives and goals, organizational structures, the role of the psychologist and the actions undertaken along with the target populations of the institution. Next we made a description of the cases and consultations observed during the internship in which we did not participate directly. Following this the planning, implementation, and evaluation of the training activities for group interventions are presented. Finally, we conclude with a personal reflection on the impact the internship will have on me as a future psychological professional.

Key words: Academic internship, Masters in Clinical Psychology and Health.

Índice

	Página
I-CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	
1 .Caracterização da Instituição	7
1.1 Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliári (SAD).....	8
1.2 Prolongamento de Jardim de Infância e Atividades de tempos livres (ATL)	9
1.3 Berçário e Creche	10
II- O PAPEL DO PSICOLOGO NO CONTEXTO SOCIAL E OBJETIVOS DE ESTÁGIO	
2. O papel do psicólogo na área social	11
3. Objetivos de Estágio.....	13
III - ATIVIDADES DE OBSERVAÇÃO	
4. Caraterização da Observação	13
4.1 Observação de Consulta psicológica.....	13
4.2. Observação de Ações de Formação para pais	14
4.3. Observação de Intervenção em grupo.....	14
4.4. Observação de atendimentos de monitorização com familiares de idosos.....	15
4.5. Observação de Visitas aos Serviços de apoio Domiciliário.....	16
4.6. Observação de atendimentos para encaminhamento para avaliação especializada..	16
4.7. Outras observações.....	16
IV- DIAGNOSTIVO E AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES	
5. Diagnóstico / Avaliação das Necessidades.....	16

V- ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO

6. Atividades de Avaliação e intervenção Psicológica.....17

Estudo de Caso O.....17

Caso Clinico F26

Caso Clinico E31

Caso Clinico M1.....38

Caso Clinico M2.....45

7. Atividades de Intervenção em grupo.....50

7.1 Fundamentação teórica da Intervenção.....51

7.2 Objetivos gerais e específicos da intervenção de Grupo.....52

7.3 Estrutura do programa/Definição das estratégias de Intervenção.....52

7.4 Apresentação sumária do plano das atividades.....53

7.5 Estratégias de avaliação do processo / Resultados.....54

7.6 Limitações e Reflexão da intervenção grupo.....56

8. Ação da formação: “Alcoolismo”..... 57

9. Outras Atividades realizadas.....58

10. Reflexão Pessoal.....61

BIBLIOGRAFIA.....63

Anexos

Anexo I Grelha de observação de casos clínicos de Acompanhamento

Anexo II Instrumento de Avaliação do estado mental (*Mini-Mental State Examination*) (*M.M.S.E*) da Intervenção de grupo

Anexo III Atividades da Intervenção de grupo

Anexo I V PowerPoint da Ação de Formação “ Alcoolismo”

Índice de Tabelas

Tabela 1: Resultados da Avaliação Cognitiva de Addenbrooke- Caso clínico – O.....	20
Tabela2: Resultados da Avaliação Cognitiva de Addenbrooke- Caso clínico – F.....	28
Tabela 3: Resultados da Avaliação Cognitiva de Addenbrooke- Caso clínico – E.....	34
Tabela 4: Resultados da Avaliação da Psicopatologia Geral -Caso clínico – M1.....	41
Tabela 5: Resultados da Escala de Inteligência de Wechsler (WISC-III)	49
Tabela 6: Resultados do pré-teste da Intervenção de Grupo.....	55
Tabela 7: Resultados do pós-teste da Intervenção de Grupo.....	56
Tabela8: Estrutura da Ação de formação.....	58
Tabela 9: Estrutura de outras atividades realizadas.....	59
Tabela 10: Estrutura das sessões de grupo.....	60

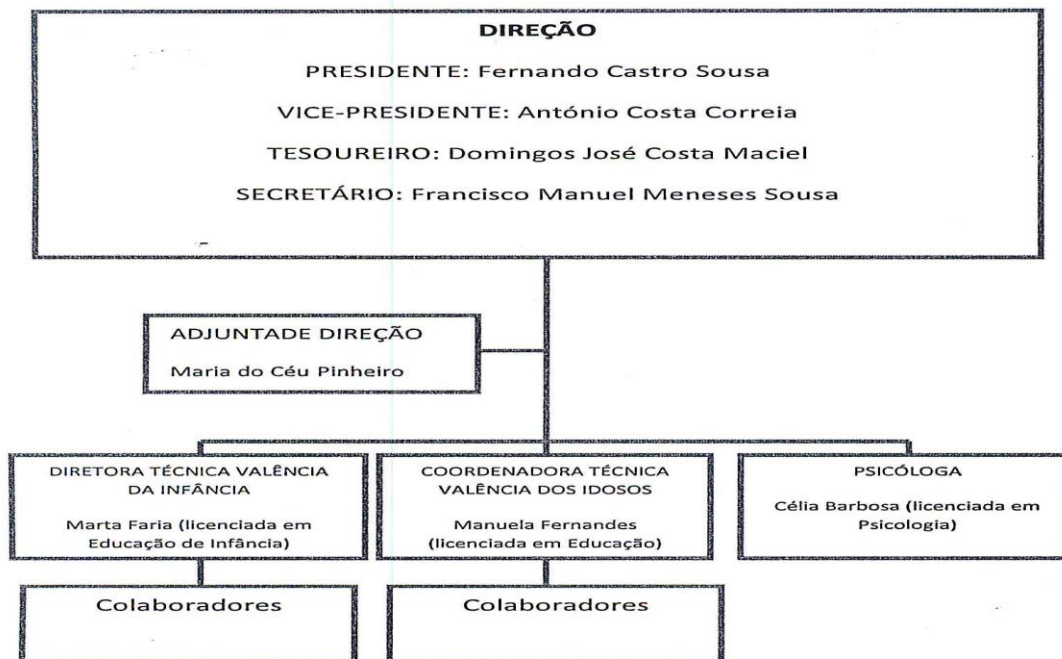
1. Caracterização da Instituição

O presente estágio decorreu no Centro Social de Durrães (CSD). A freguesia de Durrães, situada na margem esquerda do Rio Neiva, insere-se no concelho de Barcelos, distrito de Braga, distando cerca de 15km da sede do concelho. Ocupa uma área aproximadamente de 245 hectares que confronta com Viana do Castelo, encontrando-se limitada pelas freguesias de Tregosa, Fragoso a poente, Aguiar a nascente e Quintiães a sul.

O Centro Social de Durrães é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que se propõe, à semelhança das restantes espalhadas por todo o país, a realizar obras com o objetivo de ajudar as pessoas carenciadas e intervir no apoio as famílias.

O Centro é composto por uma Direção, Adjunta de Direção, Diretora Técnica da Valência da Infância, Coordenadora Técnica da Valência dos Idosos, Psicóloga e colaboradores, (auxiliares ação Educativa, auxiliares de ação direta, cozinheiras e auxiliares de serviços gerais).

ORGANOGRAMA DA INSTITUIÇÃO



O Centro foi criado em 1997 e as primeiras valências foram a Creche, Prolongamento de Jardim de Infância e o ATL. Posteriormente, em 2000, foi criado o Serviço de Apoio Domiciliário. Apenas em 2005 foram criadas as valências do Centro de Dia e Berçário.

1.1 Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Estas valências do Centro Social de Durrães funcionam apenas durante o dia. O horário de funcionamento do Centro de Dia é de segunda a sexta das 8h às 19h e do (SAD) é todos dias, inclusive feriados, sábados e domingos.

O Centro de Dia presta assistências a 26 utentes, sendo 18 do sexo feminino e 8 do sexo masculino. O (SAD) presta assistência a 15 utentes.

Cada uma destas valências contempla a assistência à terceira idade, nomeadamente no que concerne cuidados de saúde, higiene, alimentação, apoio psicológico e recreação e convívio.

“**O Centro de Dia** é uma resposta social, desenvolvida em equipamento que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio socio-familiar” (Direção Geral da Ação Social).

Relativamente ao espaço físico, o Centro de dia dispõe de capacidade para albergar 20 utentes e conta com uma sala de convívio, refeitório, sala de enfermagem, sala de cabeleireiro, manicura e pedicura, 3 quartos, 2 casas de banho e uma cozinha.

Ao nível do quadro técnico, o seu funcionamento é assegurado por uma psicóloga a tempo parcial, uma adjunta de direção e uma coordenadora técnica da resposta social. Dispõe ainda, 2 cozinheiras, 1 ajudante de cozinha e 4 auxiliares de ação direta.

Os idosos fazem semanalmente atividades como pintura, trabalhos manuais, reza de orações, visualização programas televisivos, realização de jogos, leitura, atividades específicas para a estimulação da memória, visualização de vídeos, etc.

“**O Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D.)** é uma resposta social, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiências ou outros impedimentos, não podem assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária” (Direção-Geral da Ação Social).

No Serviço Apoio domiciliário (SAD) trabalham os mesmos auxiliares de ação direta, alternando o turno com as de Centro de Dia.

Nas deslocações domiciliárias, os utentes são transportados pelos auxiliares da instituição, que os levam e trazem num transporte adequado, propriedade da instituição.

A média de idades da população varia entre os 70 e 80 anos. Relativamente ao estado civil, a maioria é viúva. No que concerne ao grau de dependência, alguns apresentam uma relativa dependência no que toca a tarefas ligadas à higiene pessoal, à alimentação, à mobilidade, e ao vestuário. Verifica-se um elevado grau de analfabetismo entre os idosos desta instituição.

Nas atividades propostas pela instituição, alguns utentes demonstram bastante dificuldade em envolver-se e participar, devido ao seu elevado grau de dependência funcional e dificuldades cognitivas.

O Centro de Dia representa para a maioria dos idosos a única solução capaz de garantir as suas necessidades básicas de alimentação, higiene e saúde e uma forma de combater a solidão dos seus últimos anos de vida.

1.2 Prolongamento de Jardim de Infância e Atividades de tempos livres (ATL)

O Prolongamento do Jardim de Infância acolhe cerca de 25 crianças, com idades entre os 3 e os 5 anos. O ATL, que apoia crianças que já se encontram a frequentar o 1º ciclo de escolaridade, entre os 5 e os 9 anos de idade, é constituído neste momento por um total de 32 crianças.

De acordo com os princípios do Centro Social de Durrães, as tarefas realizadas no Prolongamento do Jardim de Infância têm como principal objectivo transformar as crianças em sujeitos intervenientes, capazes de tomar as suas próprias opções, e desenvolver as suas capacidades cognitivas, à medida que vão obtendo prazer com as actividades lúdicas efectuadas. Pretende-se, portanto, que o tempo despendido pelas crianças nas Actividades dos Tempos Livres (ATL) do Centro Social de Durrães seja um tempo aberto ao seu processo de desenvolvimento e formação pessoal.

Relativamente ao espaço físico, o Prolongamento do Jardim de Infância tem capacidade para albergar 25 crianças e o ATL 40 crianças. Conta com uma sala para os meninos do Prolongamento Jardim de Infância onde se realizam trabalhos manuais e actividades lúdicas, próprias para a sua idade e uma sala destinada aos meninos do ATL

onde estes efectuam atividades como dança, música, teatro actividade plásticas e realizam trabalhos de apoio ao estudo tem ainda uma sala de refeitório e de descanso, um espaço para recreio e ainda duas casas de banho.

No que diz respeito aos horários de funcionamento do Prolongamento do Jardim de Infância, este funciona das 7h30 às 9h e das 15h30m às 19h, tempo durante o qual se desenvolvem trabalhos manuais. Já o ATL em horários de pontas e nas intervenções lectivas funciona apenas de tarde, entre as 16h e as 19h. O transporte das crianças é assegurado por uma viatura da instituição. O seu funcionamento é assegurado por uma educadora de infância, uma psicóloga a tempo parcial e 3 auxiliares de ação educativa.

No que diz respeito às atividades desenvolvidas no ATL e Prolongamento Jardim, destacam-se: ginástica, dança, música, teatro, trabalhos manuais, festejo de aniversários, atividades de apoio à aprendizagem (realização dos trabalhos de casa).

As crianças são bastante participativas e cumpridoras de regras no geral. Apresentam um bom comportamento, uma boa adesão às tarefas propostas e autonomia no que toca à sua própria alimentação.

1.3 Berçário e Creche

O berçário e a creche fazem parte das valências do Centro Social e funcionam das 7h30m da manhã até às 19h. A creche acolhe crianças desde 1 ano aos 3 anos. Já o berçário acolhe crianças desde os 4 meses de vida até um ano. Atualmente existem 6 bebés no berçário e 27 crianças na creche.

Relativamente ao espaço físico, a creche acolhe crianças em duas salas distintas, com capacidade para albergar um total de doze crianças cada. Uma das salas, apelidada de Sala das Flores, recebe crianças entre um e os dois anos. A outra sala, designada de Sala do Arco-íris, apresenta crianças entre os dois e os três anos de idade. Quanto ao berçário, esse conta com uma copa, uma sala para descanso e uma sala de brincar. No exterior do edifício, existe um jardim com um espaço para as crianças brincarem.

O funcionamento da creche e do berçário é assegurado por duas educadoras, 6 auxiliares e uma psicóloga a tempo parcial.

A creche é uma resposta social, desenvolvida em equipamentos de natureza socioeducativa, capaz de acolher crianças até aos quatro anos de idade, durante o período

diário, correspondente ao impedimento dos pais ou da pessoa que tenha a sua guarda. Está vocacionada para o apoio à criança e à família.

De acordo com a segurança social, os objetivos da resposta social creche passa por proporcionar o bem-estar e o desenvolvimento das crianças dos 3 meses aos 3 anos, num clima de segurança afetiva e física, durante o afastamento parcial do seu meio familiar, através de um atendimento individualizado e da colaboração estreita com a família, numa partilha de cuidados e responsabilidades em todo o processo evolutivo das crianças.

No Centro Social de Durrães as crianças provêm de zonas rurais próximas do Centro Social e o seu nível social é considerado médio/baixo. Relativamente às suas características, segundo a educadora responsável, tratam de crianças bastantes perspicazes, que possuem uma energia excepcional, o que faz com que seja um grupo irrequieto. Contudo, são bastante recetivas às pospostas de actividades, especialmente aquelas que implicam movimento.

Possuem um considerável desenvolvimento cognitivo para a sua idade. Todavia, todas elas necessitam de continuar a desenvolver as competências adquiridas (motricidade fina, raciocínio, criatividade) e potenciar outras.

2. O papel do psicólogo na área social

A estrutura demográfica em Portugal, tal como nos outros países da União Europeia, caracteriza-se pelo envelhecimento da população (INE, 2006).

O crescimento do número de pessoas idosas dependentes leva a uma necessidade crescente de cuidados de saúde e de assistência, que são prestados pelas redes de apoio formal e informal. A família tem sido considerada o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros, e como principal entidade prestadora de cuidados informais a indivíduos nesta última fase da vida, quando as suas capacidades funcionais e sua autonomia estão reduzidas. Porém, quando os idosos constituem uma sobrecarga para estes cuidadores, muitas vezes, são colocados em lares, centros de dia, centros de convívio, residências, centros de noite ou passam beneficiar de apoio domiciliário. A institucionalização deve responder à necessidade de se estabelecer um equilíbrio mais favorável entre ganhos e perdas.

Os lares têm sido a última residência para muitos idosos, tendo se registado por exemplo, em 2000, cerca de 8,5% a 9% de falecimentos nestas instituições. Muitas dos

idosos residentes em lares correspondem a pessoas com incapacidades. Outros optaram por esta solução, uma vez que os lares garantem uma melhoria da qualidade de vida, prevenção e recuperação do declínio (Fonseca, 2004).

Segundo a autora Rosa Lopes o processo de envelhecimento pode trazer consigo inúmeros problemas de saúde física e psicológica. A nível do sistema nervoso, pode surgir o aparecimento de demências, outras doenças neurológicas, problemas de sono, depressões, limitações físicas incapacitantes. Relativamente ao funcionamento cognitivo, pode verificar-se uma reduzida capacidade de aprendizagem, aumento do *stress* crónico até mesmo perturbações de adaptação. A nível motor, pode-se constatar maior imobilidade, instabilidade postural, quedas e reumatismo. Quanto ao sistema urinário, podem emergir as incontinências, perturbações renais, e outras perdas consideráveis (Martins, 2003).

Neste sentido, o psicólogo tem um papel relevante no tratamento destas populações. Procurando conhecer atitudes e crenças acerca do envelhecimento das pessoas idosas, irá realizar uma avaliação das suas patologias, de forma a proceder ao seu tratamento. Os psicólogos têm de estar conscientes das diferentes dinâmicas do envelhecimento e compreender o processo de envelhecimento, as mudanças que ocorrem nesta etapa, os problemas da vida diária e as psicopatologias. Assim sendo, a actuação dos psicólogos passa por avaliações através de instrumentos, intervenções psicoterapêuticas específicas (entrevistas de diagnóstico de orientação e intervenção tendo em conta o contexto), prestação de serviços no domínio da prevenção e promoção da saúde, consultas de ajuda a pessoas idosas, apostando ainda na formação de profissionais e de cuidadores para melhor servir esta população (Alves-Ferreira,s/d).

No que toca à intervenção com crianças, foram realizados enormes progressos importantes nos últimos vinte e cinco anos que contribuíram para compreender melhor as patologias do desenvolvimento. Estas podem estar ligadas a múltiplas causas, desde insuficiência ou perturbação genética, física, social e afetiva da criança ou à ineficácia protectora do sistema relacional e psíquico que esses meio lhe proporcionou. Um desenvolvimento normal efectua-se por patamares progressivos, que importa estudar e conhecer para intervir com estas crianças (Bénony, 2002).

A estreita ligação da psicomotricidade, da linguagem e da inteligência com a afetividade e a rede social oferecida às crianças no seu sistema familiar é essencial na compreensão das perturbações que podem interferir com o desenvolvimento normal físico e emocional da criança.

Para avaliar as crianças, o psicólogo pode utilizar entrevistas, testes variados, medidas de QI, testes psicológicos, recolha de informação junto de pessoas significativas, funcionando, deste modo, como um agente de mudança dentro da instituição-escola.

3. Objetivos de Estágio

O estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde tem como objetivos gerais a aplicação das diferentes abordagens teóricas aos diversos contextos de prática psicológica e a promoção do contato e a aprendizagem de boas práticas de forma a desenvolver competências profissionais adequadas e autónomas.

4. Caracterização da Observação

Ao longo de estágio foram realizadas diversas atividades de observação. A observação é um dos métodos fundamentais da avaliação e pode providenciar informação importante acerca das várias áreas. As atividades de observação permitiram adquirir conhecimentos práticos relativos à dinamização e aos procedimentos que caracterizam as diversas atividades realizadas, quer com os idosos, quer com as crianças.

4.1 Observação de Consulta Psicológica

Ao longo do estágio foram observados três casos individuais de crianças, os quais foram dirigidos pela psicóloga do Centro Social de Durrães. Na observação de atendimentos individuais, os procedimentos mais observados foram as intervenções em crise, dirigidas mormente a crianças, e atendimentos de monitorização do processo com familiares de idosos.

Em cada atendimento, era elaborada uma *Grelha de Observação dos Casos Clínicos de Acompanhamento (ver Anexo I)*, onde era registada a maior parte da informação sobre o utente, o motivo da consulta, a avaliação e a intervenção. No final de cada caso observado, era realizada uma reunião com a psicóloga para discutir o referido caso.

Ao longo do período de observação, acompanhei as consultas de três casos clínicos de crianças do ATL, com idades entre os 8 e os 10 anos, com diversas indicações clínicas.

4.2 Observação de Ações de Formação para pais

Realizou-se no dia 8 de Março de 2012 uma ação de Formação dirigida aos pais, às educadoras e aos auxiliares de ação educativa de alunos que frequentam o Jardim de Infância e o 1º ciclo, com a duração de cerca de 1h. O título desta Ação de Formação era “*Se não vai a bem vai a bem, porque a mal não vai ninguém*” A ação de formação foi dinamizada pela Dra. Maria Antónia Chaves psicóloga clínica.

Esta atividade pretendia consciencializar os pais, educadores e auxiliares sobre algumas estratégias de disciplina que devem adotar com as crianças. Aqui, foram abordados vários temas como por exemplo: reflexão das estratégias educativas; atitudes para promover comportamentos adequados; atitudes para promover a disciplina. Aludiu-se ainda à importância das regras e à valorização das competências das crianças, com o objetivo de estimular o comportamento adequado.

No dia 14 de Junho de 2012, realizou-se uma segunda ação de Formação direccionada aos pais, às educadoras e às funcionárias do Jardim de Infância e do 1º ciclo, também com a duração de cerca de 1h.

Esta Ação de Formação intitulou-se “*O uso da internet pelas crianças: Das vantagens... aos perigos!*”. Foi dirigida igualmente pela Dra. Maria Antónia, Chaves psicóloga clínica.

A referida formação serviu para consciencializar os pais, educadores e auxiliares sobre alguns dos perigos que a internet pode representar para as crianças e como podem promover nas crianças uma utilização saudável desta ferramenta.

4.3 Observação de Intervenção em grupo

4.3.1 Atelier de Estimulação de Memória

Foi-nos dada, ao longo do estágio, a oportunidade de observar algumas intervenções em grupo, realizadas pela psicóloga da instituição e dirigidas aos grupos de idosos integrados no centro de dia. Estas intervenções enquadraram-se no **Atelier de Estimulação de Memória**, com o objectivo de potenciar as capacidades cognitivas dos idosos, ou seja, da sua memória.

Em concreto, as actividades do atelier consistiam no seguinte:

- a) Debate sobre o Dia da Mulher junto do grupo de idosos; personalidades femininas histórias marcantes.
- b) Debate sobre as diferenças de género, ao nível profissional, nomeadamente, relativamente à diferenciação salarial. Abordou-se ainda a questão da violência doméstica dirigida minoritariamente ao grupo feminino.
- c) Provérbios populares – exercícios de completamento.
- d) Identificação de alguns provérbios;
- e) Atividade de estimulação auditiva reconhecimento por audição de CD de autores de músicas populares
- f) Concurso de cultura Geral “ *O Elo mais fraco*”
- g) Atividade de grupo auto e hetero conhecimento “ *como eu me vejo e como os outros me vêem*”.
- h) Reconhecimento por imagem, de diversos tipos de flor
- i) Promoção da saúde emocional a importância do convívio social na vida dos adultos idosos.
- j) Sessão de sensibilização de prevenção de burlas.
- k) Sessão de sensibilização de prevenção de quedas nos idosos.

4.4 Observação de atendimentos de monitorização com familiares de idosos

Neste tipo de atendimentos, pretendia-se perceber qual era opinião dos familiares do idoso sem relação aos serviços prestados pelo Centro Social. Estes atendimentos também eram dinamizados como forma de mediação dos conflitos existentes por vezes entre o cuidador e o idoso. No fundo, era ainda revisto o plano de cuidados e serviços desenvolvidos de modo a estimular a autonomia do idoso e monitorizar a evolução do plano de cuidados geral.

4.5 Observação de Visitas aos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD)

As visitas feitas pela psicóloga do Centro Social de Durrães aos domicílios do utente do (SAD) tinham como objectivo verificar se os utentes estavam satisfeitos com os serviços

prestados pelo Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e verificar “ *in loco*” como estavam a ser desenvolvidos os mesmos serviços pelos colaboradores da Valência.

4.6 Observação de atendimentos para encaminhamento para avaliação especializada

Foi-me dada a possibilidade de observar encaminhamentos para avaliação especializada de crianças do ATL e da creche. Atendendo a que a Psicóloga da Instituição acumula diversas funções, sempre que era necessária uma avaliação mais especializada de algum menor, a mesma procedia ao seu encaminhamento pelos serviços especializados na área.

4.7 Outras observações

Além das actividades já mencionadas, observamos ainda as seguintes ações desenvolvidas:

- Reuniões de grupo da Valência dos idosos com as funcionárias da Valência de Centro de dia; (auxiliares de ação direta e equipa técnica).
- Actividades recreativas e ocupacionais na Valência da Infância e na Valência de Centro de Dia;
- Ações de sensibilização para Idosos em diferentes temáticas da área da saúde.
- Festas de Aniversários dos Utentes (crianças e idosos);
-

5. Diagnóstico / Avaliação das Necessidades

O presente estágio procurou dar resposta a algumas das necessidades identificadas nesta instituição e nos seus utentes, que foram identificadas sobretudo a partir da observação dos mesmos em interação e durante a realização de atividades. Para além disso, procurou-se recolher o máximo de informação junto dos técnicos e colaboradores da instituição. A nível mais formal, foram também realizadas entrevistas aos utentes onde se pedia claramente que identificassem as suas principais carências e dificuldades.

A partir destas observações, relatos, entrevistas e questionários, foi possível verificar a necessidade de implementar um **Programa de Intervenção em Grupo nos Idosos**, com vista a promover as suas capacidades cognitivas.

Por outro lado, verificou-se também que a existência de acontecimentos de vida marcantes nos utentes idosos da instituição como luto, rutura familiar, a falta de autonomia, falta de apoio familiar, saúde precária, solidão, violência conjugal, contribuíram para algumas patologias, nomeadamente o envolvimento em comportamentos de risco, como é o caso do alcoolismo. Neste âmbito, realizamos uma **Ação de Sensibilização** dirigida aos utentes do centro de dia, de forma a alertá-los sobre as possíveis consequências que o álcool pode acarretar.

Para além da intervenção em grupo, a **intervenção individual** também foi fundamental para os utentes, procurando este estágio ter um papel preponderante a esse nível. As intervenções a nível individual foram realizadas em casos de utentes encaminhados pela psicóloga da instituição. Estes casos já estavam sinalizados para acompanhamento psicológico. Os critérios para selecionar os utentes alvo de intervenção foram baseados essencialmente na avaliação da presença ou risco eminente de perturbações psicológicas e também na disponibilidade e vontade dos utentes para obter ajuda nesse âmbito.

6. Actividades de Avaliação e Intervenção Psicológica

Caso clínico O

Demência do Tipo Alzheimer

Dados de Identificação

A Sr.^a O. é de raça branca, tem 70 anos, é do sexo feminino e é viúva. Vive com a filha, neta e genro. Está reformada. Escolaridade: 1º Ciclo (3º classe).

Razão do pedido da consulta

Devido ao fato de ter diagnóstico médico de Alzheimer provável, foi indicada pela psicóloga da instituição para reabilitação cognitiva. A utente refere grandes dificuldades ao nível da memória.

História do problema

A utente foi diagnosticada com Alzheimer há vários anos, tendo a doença vindo a progredir. A utente refere que através da medicação, os sinais da doença são suavizados.

Na sua família, também a sua mãe teve Alzheimer. Em relação à sua história clínica, a utente apresenta um quadro de diabetes há vários anos. O seu pai também apresentava o mesmo quadro clínico.

Exame do Estado Mental

A Sr.^a O estava diagnosticada com Alzheimer há vários anos, tendo já medicação adequada à problemática. Apresenta uma expressão facial feliz e bem-disposta. A sua aparência é bem cuidada e o seu aspeto limpo. A idade aparente é coincidente com idade real. Durante a consulta, verificou-se, algumas vezes, que a Sr.^a O exprimia alguma impaciência, nomeadamente na sua fase final, revelando mais inquietude apesar de se demonstrar sempre disposta a responder às perguntas que eram realizadas.

Apresentou-se sempre muito faladora com um tom de voz alto, apesar de inicialmente não querer falar de alguns temas, que por fim acabou por abordar. O seu discurso era rápido, organizado e coerente. Contudo, transitava de um tema para outro sem lhe ser perguntado.

A Sr.^a O demonstrava dificuldades de memória e alguma dificuldade de orientação, quanto ao tempo e ao espaço. Quando eram abordados temas tristes e.g., (falecimento da filha) a Sr.^a O chorava com facilidade.

História Desenvolvimental

Dos tempos de criança pouco guarda na memória, recordando-se apenas que nos primeiros anos de vida foi cuidada pela avó, que entretanto faleceu. Chegou a frequentar a escola primária durante três anos. Enquanto aluna, refere não ter sido boa aluna.

Na sua adolescência recordar-se de alguns momentos tristes. Os pais eram muitos pobres, tinham poucos recursos económicos e fracas condições de alojamento. Em casa, não havia camas para todos dormirem.

Em relação à fase adulta, lembra-se de ter ido morar para casa dos sogros, quando os pais a puseram fora de casa por ela não ter casado com quem os pais queriam. Na altura, tinha 24 anos.

Do seu casamento, resultou o nascimento de cinco filhos. Recorda-se que muitas vezes tinha que deixar os filhos em casa sozinhos, porque tinha que trabalhar.

Refere que sempre teve uma boa relação com os filhos. Do seu casamento, guarda boas recordações dos primeiros anos. Depois, teve situações de ameaças com armas por parte do marido, tendo havido mesmo uma situação de agressão física. A utente refere “*o meu homem gastava tudo quanto tinha e andava com mulheres*”.

O momento que recorda ainda hoje com muita dor foi a morte de uma filha maior de idade.

Na sua infância, a família era constituída pelos seus pais e mais os irmãos. Quando foi para casa dos sogros, vivia com o marido e os sogros.

Descrivendo o pai como sendo uma pessoa trabalhadora e a mãe como uma pessoa que se sacrificava bastante. Mantinha uma boa relação com a figura paterna. Já com a mãe, inicialmente, a sua relação era pouco amigável e afetuosa, tendo melhorado apenas nos seus últimos tempos de vida. Tinha uma óptima relação com os seus irmãos. Na infância, todos os irmãos trabalhavam e o dinheiro dos seus ordenados era dado aos pais, para sustento da casa e dos mesmos.

Refere que os seus pais discutiam muito, devido às desconfianças que a mãe mantinha em relação à possibilidade do marido andar envolvido com outras mulheres. Atualmente, a utente vive com uma filha, uma neta e um genro.

Avaliação Clínica

- Entrevista de Avaliação Clínica (McIntyre, 1999);
- Escala Geriátrica de Depressão (G.D.S) (Yesavage et al., 1983; Versão Portuguesa de Barreto et al., 2003);
- Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R) (Martins, 2008);

Os resultados obtidos na Escala Geriátrica de depressão (G.D.S) (*ver anexo III*) apontam para uma depressão moderada, com uma pontuação final obtida de 19 pontos. Esta escala serve para avaliar a sintomatologia de depressiva em pessoas idosas.

A utente foi submetida à Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão revista (ACER-R, 2008) (**ver anexo V**). Este instrumento serve de rastreio cognitivo que avalia 5 domínios: atenção e orientação, memória, funções executivas, linguagem, aptidões visuo-espaciais. A utente apresentou uma pontuação 56.5 no ACE-R, o que sugere défice cognitivo (valor indicado para demência ligeira e moderada). No que respeita aos diferentes domínios avaliados, a utente obteve 17 pontos para o domínio da atenção e concentração, o que significa ausência de défice ($M=17.13$; $dp=1.309$), 8 na memória, o que significa que existe défice ($M=17.47$; $dp=4.579$), 4 na fluência, o qual demonstra existência de um défice ($M=7.70$; $dp=2.549$), 17.5 na linguagem, que revela existência de um défice ($M=21$; $dp=3.213$) e, por fim, 10 na capacidade visuo-espacial, o que significa que existe um défice ($M=13.67$; $dp=1.611$) e 23 pontos no MMSE ($M=23.33$; $dp=2.791$). Deste modo, podemos verificar, que em todos os domínios avaliados, o seu desempenho situa-se abaixo da média esperada.

ACE-R Total	56,5	Com défice
Atenção / orientação	17	Sem défice
Memória	8	Com défice
Fluência	4	Com défice
Linguagem	17,5	Com défice
Capacidade visuo-espacial	10	Com défice
MMSE	23	Com défice

Podemos concluir relativamente ao funcionamento cognitivo global, no instrumento de rastreio usado (ACE-R), que se verifica a presença de um défice cognitivo, com repercussões em todos os domínios associados avaliados (memória, fluência, linguagem, e visuo-espacial). Ao nível de memória, os défices associados são facilmente verificados em tarefas de memória evocação diferida. De sublinhar que na interpretação dos resultados devem ser consideradas as variáveis relacionadas com o reduzido nível de escolaridade, a idade e a doença de Alzheimer.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I: 294.1 Demência do tipo Alzheimer [F00.XX]

296.2X Perturbação Depressiva Major, em remissão parcial.

Eixo II: Sem diagnóstico

Eixo III: Diabetes

Eixo IV: Problemas com o grupo de apoio primário (perda de familiares, saída de casa dos pais), Problemas de Alojamento (mas condições de alojamento), problemas económicos (pobreza).

Eixo V: AGF=60

Diagnóstico diferencial

Na avaliação psicológica da utente em questão, não faz sentido o uso dos critérios utilizados para a avaliação de uma demência secundária, uma vez que estes não são usados no quadro clínico em análise, mas sim naqueles em que existem factores físicos causadores de alguma destas patologias: infecções HIV, lesão cerebral traumática, doença de Parkinson, doença de huntington, doença de Pink, doença de creuzfeldt-jakob, hidrocéfalo de pressão normal, hipotiroidismo, tumor cerebral ou deficiência de vitamina B 12.

A utente nunca teve nenhuma destas doenças descritas anteriormente. De igual modo, também não faz sentido tentar apurar uma demência induzida por substâncias. A utente nunca foi dependente de qualquer droga ou medicamento.

Em suma, o seu quadro clínico actual é explicado por uma demência do tipo Alzheimer.

A utente apresentava um choro fácil. Exibia uma diminuta capacidade de pensamento e concentração. Revelava mudanças de humor repentinas e sinais de depressão. Por vezes, demonstrava falta de vontade para participar nas actividades de grupo. Com base nestes sintomas, consideramos que esta utente apresentava Perturbação depressiva Major.

Conceptualização do caso Clínico

A doença de Alzheimer corresponde a perda de células cerebrais, passo por três fases diferentes. A fase inicial caracterização por alterações na memória, apatia, irritabilidade, desinteresse. Os indivíduos nesta fase começam a ter dificuldades aprender informações, das tarefas a realizar, fase terminal o síndrome demencial é intensamente grave, existe alterações a nível cognitivo, tais como as alterações de comportamento (depressões, delírios,

alucinações, ansiedade, perturbações no sono) e sinais neurológicos (alterações na marcha, crises de epilépticas) (Grilo, 2009).

Segundo, Grilo Areias (2009), a doença de Alzheimer está relacionada com múltiplos factores de risco: factores hereditários, ambientais, factores relacionados com idade, a falta de escolaridade, o envelhecimento, a doença de Parkinson, o hipotireoidismo, traumatismos cranianos, enfarte miocárdio, hipertensão, o baixo nível sócio educacional, os antecedentes psiquiátricos, a vida em meio, a síndrome da apneia do sono, o vírus do herpes.

Além das causas referidas, outras situações podem despoletar a doença de Alzheimer, entre as quais, referimos: infecções, inflamações, falta de nutrientes antioxidantes, falta de ácidos gordos ómega -3, stress excessivo e cortisol elevado, falta de vitamina B, ingestão ou má absorção, má circulação, má desintoxicação do fígado, deficiência de dopamina, acetilcolina, serotonina (Holford, 2005).

O risco de desenvolver a doença de Alzheimer é duas vezes maior quando um dos familiares de primeiro grau teve uma demência. Em 7 % dos casos, é da família, ou seja, o desenvolvimento da doença surge como causa de uma transmissão genética (Areias, 2009).

No caso clínico da Sr. O, que se encontra numa fase inicial da demência de Alzheimer, como possíveis factores de risco pode-se referir a hereditariedade (pai diagnosticado com Alzheimer), idade avançada e reduzida escolaridade da utente.

Por seu turno, o fato de frequentar um Centro de Dia e beneficiar de estimulação cognitiva e física nesse contexto, encontrar-se medicada e ter um bom suporte social e familiar podem constituir-se como possíveis factores de protecção.

A doença de Alzheimer é mais prevalente no sexo feminino, do que no sexo masculino, a explicação para isto tem a ver com as diferenças biológicas entre os sexos.

No caso clínico da Sr.^a O, segundo os resultados confirmados na Escala Geriátrica de Depressão, estão presentes os sintomas de depressão. A Sr.^a O revela, de forma evidente, falta de interesses pelas por algumas actividades diárias, choro fácil, sentimentos de tristeza e, por fim, desespero e preocupações com família. É frequente ver pessoas com Alzheimer deprimidas. Isto ocorre como resultado da percepção, por parte dos pacientes, de uma redução das suas capacidades, que levam, muitas vezes, a depender dos cuidados de segundos, provocando desta forma sensação de desânimo.

É comum ver, nas pessoas com Alzheimer com sintomas de depressão, um choro fácil, dor de cabeça, alterações do sono e do apetite, falta de energia, incapacidade para

pensar e concentra-se, fadiga, agitação, sentimento de culpa, pensamentos acerca da morte, inquietação, pensamentos negativos e isolamento sentimentos de tristeza.

Isto tudo ocorre na fase moderada da doença em que o utente para além de poder manifestar uma postura mais apática, pode passar o dia a chorar, manifestando preocupação excessiva com eventuais desgraças que podem acontecer à família (Gonçalves, 2009).

Outros dos fatores que podem provocar depressão em pessoas com Alzheimer podem derivar de situações de perda de emprego, luto, isolamento, sentimentos de abandono, falta de suporte, doenças cardiovascular, disfunção da tiróide, alterações metabólicas, deficiência de vitamina B2, cancro, doença de Parkinson (Silva, 1999).

A causa da depressão da Sr.^a O está relacionada com a morte de um familiar bastante próximo. Através dos seus relatos, ficou claro que a utente nunca se conformou com a morte de uma filha, mostrando-se sempre bastante chorosa, quando abordávamos este assunto sensível.

Segundo o modelo cognitivo de Beck, uma das formas de intervenção da depressão surge a partir do momento que o individuo percebe que a sua sintomatologia é resultado das distorções cognitivas (BECK et al., 1982). Efetivamente a Sr.^a O frequentemente apresentava sentimentos de baixa auto-estima, preocupação e ansiedade vendo o mundo que a rodeia de forma muito negativa evidenciando comportamentos que se encontravam ligados às percepções distorcidas que mantinha da realidade. Assim, pretendeu-se intervir junto destas percepções como forma de potenciar alterações de teor cognitivo e potenciar o seu bem estar.

Objetivos e estratégias terapêuticas aplicadas

Como referido anteriormente a Sr.^a O participa num Atelier de estimulação cognitiva dinamizado pela psicóloga da Instituição com o objetivo de estimular a memória.

A intervenção com esta utente teve uma periodicidade semanal, tendo sido realizadas dez sessões.

A partir da conceptualização teórica do caso construi um plano de Intervenção de estimulação /reabilitação cognitiva. As áreas para reabilitação cognitiva foram a memória, linguagem, capacidades visuo-espaciais e a fluência.

A nível da linguagem foi implementado com a utente técnicas de identificação de animais e objetos. A memória foi trabalhada através de técnicas de repetição de palavras. A

nível da fluência foi implementado técnicas de identificação de palavras começadas por letras. A nível das capacidades visuo-espaciais a utente tinha de desenhar o mesmo desenho dado numa folha à parte.

Neste enquadramento, os exercícios aplicados tinham os seguintes objetivos: estimular a memória, linguagem, capacidades visuo-espaciais e a fluência (Nunes, 2007).

Tal como explica Grilo (2009, p.132) *“a técnica de Estimulação Cognitiva tem como principal objectivo fortalecer os recursos cognitivos, sociais e efectivos subsistemas é fundamental na retardação do desenvolvimento da doença de Alzheimer. Em quadros demenciais é uma ferramenta a nível da estabilização da evolução da doença de Alzheimer, aumenta a qualidade de vida, permite preservar a memória e estimula as capacidades mentais de cada um.”*

De realçar que, muito embora não tenha sido possível implementar uma intervenção direccionada para a sintomatologia depressiva, consequência do término do estágio, a mesma foi pensada da seguinte forma.

Por meio da terapia comportamental e cognitiva foram delineadas as seguintes estratégias:

I. Elaboração de um programa de actividades positivas e gratificantes: a realização de actividades atua como forma de distração sobre os indivíduos deprimidos, com tem tendência para se auto-observação e centrarem-se nos seus problemas. O terapeuta e o utente definem semanalmente a actividades a efectuar, registando os sentimentos e os pensamentos que cada tarefa provoca sobre o indivíduo (Buela Casal & Sierra, 2003).

II. Restruturação-cognitiva de Beck através da análise e identificação dos pensamentos disfuncionais, tem como objectivo analisar e identificar pensamentos negativos para posteriormente incrementar pensamentos positivos.

III- Treino em habilidades de solução dos problemas, que tem como objectivo reduzir os sintomas depressivos (Caballo, 2003).

Na aplicação desta terapia, são seguidos os seguintes passos:

1) identificar, junto do utente, situações problemáticas da sua vida actual e passada, que possam ter contribuído para o desenvolvimento de um episódio depressivo;

2) apoiar o paciente a enfrentar os problemas, actuais e futuros, de forma a minimizar o impacto negativo dos sintomas depressivos;

3) desenvolver estratégias que aumentem a eficácia do tratamento na resolução da patologia depressiva;

4) Ensinar estratégias gerais para lidar mais eficazmente com futuros problemas depressivos (Caballo, 2003).

Este tipo de terapia pode ser eficaz para o tratamento da depressão. A sua vantagem reside no facto de, num primeiro momento, ajudar a identificar situações que possam ter contribuído para o desenvolvimento do estado depressivo, permitindo ao utente que tenha um melhor conhecimento sobre si próprio e sobre as razões que o levaram a esse estado de saúde.

Realizada esta primeira análise, numa fase seguinte, parte-se para um tratamento mais eficaz da doença, através da aplicação de estratégias específicas que ajudem na resolução do problema actual e de futura sintomatologia depressiva.

No tratamento da depressão, trabalhar a auto-estima seria particularmente importante, de forma a que o utente melhore-se a percepção que tem de si próprio. Neste sentido, poder-se-ia sugerir ao paciente a realização da seguinte actividade: solicitar à utente a realização de uma lista pormenorizando dos seus êxitos pessoais, habilidades e qualidades.

A actividade referida proporcionaria o reconhecimento apreciativo dos êxitos e qualidades da própria utente, alterando a forma como esta se vê a si própria e perante os outros e a sociedade em geral (Bonet, 2002)

De forma a melhorar a auto-estima da utente, propomos a seguinte estratégia de intervenção:

- 1) Reconhecer a autocrítica: elaborar uma lista exaustiva da quantidade de vezes que a utente elabora afirmações negativas sobre a sua própria pessoa.
- 2) Desenvolver estratégias para afastar a auto-critica: por exemplo, não reconhecer a importância da auto-critica negativa, responder acriticamente; rejeitar as declarações negativas que tiveram impacto negativo sobre a sua personalidade, durante a infância;

- 3) Substituir a crítica negativa por afirmações que tenham a ver com descrição clara e real de si própria e incentivar a crítica positiva, destacando as suas próprias qualidades (sou boa pessoa, sou capaz, tenho o meu valor).

Caso clínico F

Demência do tipo Alzheimer

Dados de Identificação

A Sr.^a F. é de raça branca, tem 78 anos e é do sexo feminino. Vive sozinha e encontra-se reformada. Foi casada. Do seu casamento, nasceram 4 filhas. Escolaridade: 2º ano do 1ºciclo. Estado civil actual: viúva.

Razão de pedido

Para além de ser indicada pela técnica da instituição, a própria Sr.^a F referiu dificuldades de memória e ansiedade.

História do problema

Há vários anos que apresenta sinais de demência, tendo já sido medicada, anteriormente por um responsável clínico. Em relação à sua história clínica, a utente apresenta um quadro de diabetes grave.

Exame do Estado Mental

A Sr.^a F apresentou sinais de demência inicial, tendo sido indicada pela psicóloga da instituição para ser alvo de intervenção. Ao longo das sessões apresentou uma expressão feliz, estando constantemente a rir. Evidenciou uma aparência bem cuidada. A idade aparente é coincidente com a idade real. Apresentou-se sempre disposta a colaborar nas perguntas que lhe foram efectuadas ao longo da entrevista. No que concerne à intervenção, revelou algumas resistências em querer colaborar. O seu tom de voz mostrou-se adequado e o seu discurso organizado. Manifestou alguma ansiedade, inquietação e impaciência. Outro

dados relevantes, a Sr.^a F não se recordou de alguma memória remota. Apresentava fragilidades ao nível da orientação espaço-temporal.

História Desenvolvidora

A Sr.^a F não se lembra dos seus pais lhe terem alguma vez contado alguma história acerca do seu nascimento.

Em criança, foi educada pelos seus pais. O acontecimento mais significativo decorrente nos primeiros anos de vida do qual se recorda, está associado com a morte de um irmão, resultante da queda de um muro.

Frequentou a escola durante cinco a seis anos, referindo não ter resultados escolares satisfatórios (dificuldades de aprendizagem). História de algumas reações.

Da adolescência, recorda-se da boa relação com os irmãos, educação rígida e extremamente exigente dada pelos progenitores, tendo saído de casa aos 25 anos. A única relação de intimidade que manteve foi com o marido, com o qual teve quatro filhas.

Referiu com agrado estabelecer uma boa relação com as três filhas e tristeza ao mencionar conflitos com a filha mais velha que devido a questões relacionadas com a herança paterna, levantadas após o falecimento do pai, levantou um processo judicial contra a figura materna. A utente refere que esta situação abalou-a bastante, sublinhando igualmente a boa relação que mantinha com o marido.

Como maiores perdas no seu ciclo vivencial refere o falecimento dos pais, do marido, do irmão e da irmã. A experiência que recorda como a mais marcante da sua vida foi o dia do seu casamento. A obtenção de informação foi difícil de efectuar devido à problemática demencial apresentada pela utente.

Avaliação Clínica

- Entrevista de Avaliação Clínica (McIntyre, 1999);
- Escala Geriátrica de Depressão (G.D.S) (Yesavage et al., 1983; Versão Portuguesa de Barreto et al., 2003);
- Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R) (Martins, 2008);

Na Escala Geriátrica de Depressão, a utente revela ausência de depressão, com uma pontuação final de 9 pontos. Esta escala serve para avaliar a sintomatologia depressiva na população mais idosa.

A utente foi submetido à Avaliação Cognitiva de Addenbroke – Versão revista (ACER-R, 2008), para avaliação dos domínios de orientação/atenção, memória, funções executivas, linguagem e aptidões visuo-espaciais. Este instrumento permite o rastreio cognitivo, avaliando cinco domínios: atenção e orientação, memória, funções executivas, linguagem e aptidões visuo-espaciais.

As pontuações foram confrontadas com valores normais do grupo etário em análise e com o grau cultural da população portuguesa.

A utente apresentou um resultado de 40 pontos no ACE-R, o que sugere uma demência ligeira e ou a moderada. No que diz respeito aos diferentes domínios avaliados, o utente obteve 12 pontos para o domínio de atenção e orientação (M=16.86; dp=1.620), 2 para a memória (M= 17.89; dp=4.983), 1 para fluência (M=7.35; dp=2.324), 15 pontos no domínio da linguagem (M=21.30;dp=3.296), 10 pontos no domínio visuo-espacial (M=13.32;dp=2.032) e 17 pontos no MMSE (M= 24.86; dp= 3.073). Assim sendo, podemos verificar que o seu desempenho situa-se abaixo da média, em todos os domínios avaliados.

ACE-R Total	40	Com défice
Atenção / orientação	12	Com défice
Memória	2	Com défice
Fluência	1	Com défice
Linguagem	15	Com défice
Capacidade visuo-espacial	10	Com défice
MMSE	17	Com défice

Podemos concluir relativamente ao funcionamento cognitivo global, no instrumento de rastreio usado (ACE-R), que se verifica a presença de défice cognitivo, com défice associado nos vários domínios avaliados: atenção e orientação, memória, fluência, linguagem, e capacidade visuo-espacial.

Ao nível de memória, os défices associados são facilmente verificados em tarefas de memória de evocação diferida, bem como no teste de memória retrógrada e anterógrada. De

sublinhar que na interpretação dos resultados devem ser consideradas as variáveis relacionadas com a baixa escolaridade e a idade.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I: 294.1X Demência do tipo Alzheimer

Eixo II: Sem diagnóstico

Eixo III: Diabetes

Eixo IV: Problemas do grupo primário (morte de um familiar)

Eixo V: AGF: 51

Diagnóstico Diferencial

Com base na análise efectuada, constatamos que F. não manifesta nenhuma das seguintes doenças: infecções HIV, lesão cerebral traumática, doença de Parkinson, doença de huntington, doença de Pink, doença de creuzfeldt-jakob, hidrocefalo de pressão normal, hipotiroidismo, tumor cerebral ou deficiência de vitamina B 12.

Assim sendo, não faz sentido, tendo em conta o quadro clínico apresentado pela utente, optar pelos critérios de diagnóstico de demência secundária a outros estados físicos gerais.

De igual modo, a utente não demonstra sinais de dependência de utilização de substâncias químicas, por exemplo, de abusar de uma droga ou de um medicamento. Posto isto, fica igualmente excluída a hipótese de se tratar de uma demência induzida por o consumo de substâncias.

Por outro lado, F. não apresenta anomalias na marcha paralisia, nem tão pouco evidencia sinais de doença fibrovascular, como por exemplo enfarte múltiplos. Logo, também não se pode tratar de uma demência vascular.

Concluindo, depois de analisadas as várias hipóteses, consideramos que o quadro clínico da Sr. F é explicado por uma demência do tipo Alzheimer.

Conceptualização do caso Clínico

A doença de Alzheimer faz parte de um tipo de demência degenerativa, lenta que progressivamente destrói as células cerebrais. Assim sendo, um dos seus principais sintomas consiste na perda de memória. O funcionamento mental do indivíduo é afectado, verificando-se alterações de humor e desorientação no tempo e no espaço (Silva, 2009), que leva a que o doente não tenha noção do mês, do dia e da semana em que está inserido e do espaço físico e geográfico onde se encontra.

A degradação da memória é um processo gradual, que se vai agravando com o tempo. Nas fases iniciais da doença de Alzheimer, é possível que o doente não se recorde onde está. Já e em fases mais avançadas pode até perder-se na própria casa (Gonçalves, 2009).

No caso clínico em concreto, a utente encontra-se numa fase inicial apresentando problemas de memória, dificuldades de orientação espaço-temporal.

Existem muitos factores de risco que agravam a doença de Alzheimer, nomeadamente a idade e a escolaridade reduzida, aspetos esses que encontramos na utente em questão.

Como factores protectores e benéficos, devemos realçar-se o facto da utente beneficiar de estimulação física e cognitiva, estar medicada e ter um apoio incondicional da filha que colabora como co-terapeuta, estimulando as áreas de maior fragilidade da mãe (Grilo, 2009).

Objetivos da intervenção / estratégias terapêuticas aplicadas

A intervenção junto do Sr.^a F partiu de uma conceptualização teórica do caso e teve uma periodicidade quinzenal, tendo sido realizadas cinco sessões.

Assim sendo, a partir dos dados recolhidos, começamos por identificar as áreas cognitivas mais afectadas e constatamos a existência de problemas na concentração, na memória, na linguagem, nas capacidades visuo-espaciais e na fluência verbal. Em seguida, actuamos, elaborando um plano de intervenção de estimulação/reabilitação cognitiva, que estimula-se e minimiza-se as áreas referidas.

Em relação aos problemas com a linguagem, a sua estimulação foi feita com recurso a técnicas de reconhecimento de imagens de animais ou objectos.

Trabalhou-se a memória, recorrendo-se à técnica de reprodução de palavras.

A fluência verbal foi incitada através da aplicação de um método que consistia na identificação de palavras começadas por determinadas letras.

Para intervir ao nível das capacidades visuo-espaciais da utente, optou-se por um método simples, que se resumia em solicitar à paciente que desenha-se, num papel, uma imagem fornecida.

Por fim, a atuação ao nível da atenção e da concentração da utente, foi feita da seguinte forma: foi fornecido um conjunto de dados à paciente, nos quais esta tinha que identificar letras, números e formas geométricas solicitadas (Nunes, 2007).

Importa referir que Sr^a F. participa num Ateliê de estimulação da memória.

Caso Clínico E

Demência Vascular

Dados de Identificação

A Sr.^a E é de raça branca, é casada, tem 77 anos, e do sexo feminino e vive com o marido. Reside na sua habitação e encontra-se reformada. Do seu casamento, nasceu um filho, que reside em Lisboa. Possui o 2º ano do 1º ciclo do Ensino Básico.

Razão do Pedido

A utente manifestava desânimo e grande tristeza. Referia ainda dificuldades no relacionamento com o seu marido. Simultaneamente, mencionou períodos de esquecimento.

História do problema

A Sr. E tinha grandes limitações resultantes do AVC. O seu estado deteriorou-se antes de ter sido operada a um tumor, num dos lados da face. Após a operação, o seu estado de desânimo agravou-se.

Exame do Estado Mental

A Sr.^a E sofreu um acidente vascular cerebral que deixou algumas sequelas. Paralelamente, também foi operada a um tumor na face.

Fisicamente, a sua mobilidade está limitada, encontrando-se numa cadeira de rodas. Um dos braços encontra-se imobilizado e as mãos apresentam tremores. A nível da linguagem, apresenta grandes dificuldades, sendo pouco perceptível o seu discurso, falando também num tão de voz muito baixo.

A memória apresenta-se muito afetada, com esquecimentos de factos passados. Verificou-se também um fraco reconhecimento de alguns objetos.

Apresenta uma expressão fácil triste e apática. A aparência mostrou-se bem cuidada.

A idade aparente é coincidente com a idade real. Mostrou-se sempre, com vontade de colaborar nas perguntas.

Aparentava défice ao nível da audição. Emocionava-se facilmente quando abordava alguns temas relacionados com o seu ciclo de vida. Quanto às noções de tempo e de espaço, apresentou dificuldades de orientação.

História de Desenvolvimento

A Sr.^a E recorda-se em pequena dos pais lhe contarem que era um bebé muito doente, referiu com tristeza que passou muita fome e muitas vezes via situações de violência doméstica do pai para com a sua mãe que por vezes chegava a casa alcoolizado. Quem cuidou de si nos primeiros anos de vida foi uma tia, com a qual refere ter tido uma boa relação.

Lembra-se que quando era pequena o pai não a deixava brincar o que a entristecia. Refere ter frequentado o ensino escolar, mas só completou a segunda classe. Andou cinco anos na escola, referindo que não gostava de ir à escola, nunca foi boa aluna, mas tinha uma boa relação com os colegas e professores.

Na sua adolescência recorda-se de o pai lhe cortar o cabelo por ela não querer ir à escola, aleijando-a no pescoço e ainda hoje tem as marcas dessa passagem. Começou a morar fora de casa quando casou com quinze anos. A única relação que teve foi com o seu marido do qual teve um filho. Com o filho sempre teve uma boa relação, apesar do mesmo agora residir bastante longe de si.

As suas maiores perdas foram a morte dos pais e da irmã. Refere que ver os pais e a irmã morrer “ *marcou-a muito*”.

História Familiar

Descreve o pai como uma “pessoa má”, com quem não tinha uma boa relação. Descreve a mãe como “ mais boazinha”. A relação que o pai tinha com os irmãos também era algo conflituosa. A sua relação com o irmão era boa apesar de por vezes haver zangas.

Avaliação Clínica

- Entrevista de Avaliação Clínica (McIntyre, 1999);
- Escala Geriátrica de Depressão (G.D.S) (Yesavage et al., 1983; Versão Portuguesa de Barreto et al., 2003);
- Avaliação Cognitiva de Addenbrooke, (ACE-R) (Martins, 2008);

Na Escala Geriátrica de Depressão a utente revela uma depressão moderada com uma pontuação final de 20 pontos. Esta escala serve para avaliar a sintomatologia depressiva na população mais idosa.

A utente foi submetida a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão revista (ACER-R, 2008), para avaliação dos domínios de: orientação / atenção, memória, funções executivas, linguagem, e aptidões visuo-espaciais.

A utente apresentou um resultado de 18 pontos no ACE-R, o que sugere uma demência ligeira a moderada (M= 76,71; dp= 10,555) pontuação máxima de 100, de acordo com os dados normativos para a sua idade e escolaridade.

No que respeita aos diferentes domínios avaliados, a utente obteve 4 pontos para o domínio de atenção e orientação (M= 16.85; dp= 1.620), 0 na memória (M= 17.89; dp= 4.983) 0 na fluência (M=7.35;dp=2.324), 6 pontos no domínio da linguagem (M=21.30;dp=3.296), 8 pontos no domínio visuo-espacial (M= 13.32;dp=2.032) e 8 pontos no MMSE (M= 24.86; dp= 3.073).

Deste modo, podemos verificar que o seu desempenho se situa abaixo da média em todos os domínios avaliados.

ACE-R Total	18	Com défice
Atenção / orientação	4	Com défice
Memória	0	Com défice
Fluência	0	Com défice
Linguagem	6	Com défice
Capacidade visuo-espacial	8	Com défice
MMSE	8	Com défice

Podemos concluir relativamente ao funcionamento cognitivo global, no instrumento de rastreio usado (ACE-R), que se verifica a presença de défice cognitivo, com défice associado nos vários domínios avaliados (atenção e orientação, memória, fluência, linguagem, e capacidade visuo-espacial).

Ao nível de memória os défices associados são facilmente verificados em tarefas de memória evocação diferida, bem como o teste de memória retrógrada, anterograda.

De sublinhar que na interpretação dos resultados devem ser consideradas as variáveis relacionadas como pouca escolaridade a idade e existência de (AVC).

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I: 290.4 X Demência Vascular [F01.XX]

300.4 Perturbação Distímica [F34.1]

Eixo II: Sem diagnóstico

Eixo III: Doenças do sistema nervoso

Eixo IV: Problemas do grupo primário (morte de um familiar) Problemas económicos (pobreza)

Eixo V: AGF= 40

Diagnóstico Diferencial

Depois de recolhidos os dados relativos ao quadro clínico da Sr.^a E e realizada uma avaliação psicológica junto desta, constatamos que a utente apresentava uma (290.4X)

demência vascular, resultante de um acidente vascular cerebral. Actualmente, a paciente evidencia dificuldades de mobilidade, encontrando-se numa cadeira de rodas e demonstrando dificuldades em manejar um dos braços devido as sequelas do (AVC)

A utente revela um humor depressivo, juntamente com sintomas de tristeza e baixa auto-estima. Numa primeira análise e tendo em conta que existem características bastante comuns entre a perturbação depressiva major e a perturbação distímica, considerou-se a possibilidade de se estar perante uma (296.2X) perturbação depressiva major. Contudo, uma vez que o quadro clínico já estava instalado há mais de dois e a utente apresentava um humor triste continuado, como fazendo parte de si mesma manifestando sintomas crónicos, mas menos intensos que os da depressão major, chegou-se à conclusão que estaríamos perante uma (330.4) perturbação distímica.

Conceptualização de caso Clínico

A Demência Vascular (DV) é o tipo de demência secundária mais prevalente, sendo a segunda entre todas as demências (Engelhardt, Tocquer, Andre, Moreira, Okamoto & Cavalcanti, 2011).

A origem deste tipo de demência encontra-se associada à suspensão de fluxo do sangue numa zona (ou mais zonas) do cérebro, provocando assim ao indivíduo a morte dos neurónios, por falta de uma adequada irrigação sanguínea (Gonçalves, 2009).

A deterioração neste tipo de demência é progressiva, por vezes com picos elevados.

Frequentemente verifica-se a presença de sintomas como a perda da fala ou da força, problemas de memória, sendo que na maior parte os factores de risco estão ligados a problemas cardiovasculares, tabagismo, hipertensão arterial alta, diabetes, colesterol elevado (Gonçalves, 2009).

Neste caso particular e segundo o relato da utente não há duvida que se trata de uma demência vascular por enfarte único visto a utente só ter tido um único episódio de (AVC).

Ao longo do acompanhamento verificou-se que a utente apresentava graves problemas a nível da linguagem (Afasia) e memória e incapacidade para identificar imagem e objectos (Agnosia). A sua atividade motora encontrava-se muito limitada (a utente encontrava-se numa cadeira de rodas), não conseguindo mexer um dos membros devido a sequelas decorrentes do AVC. Considerando-se que este tipo de quadro clínico é baseado na associação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, pretendeu-se intervir

sobretudo nas terapias de carácter não farmacológico pois permitem potenciar os efeitos da medicação, mantendo os ganhos por um maior período de tempo (Cela & Herreras, 2005).

É frequentemente ver pessoas com este tipo de demência com quadros depressivos. Neste caso particular a depressão não é consequência do AVC, tendo a utente sido diagnosticada de depressão antes de ter sofrido um AVC. Factores como a relação conflituosa com o marido e o seu posterior afastamento (“*o meu marido não quer saber de mim, tem outra mulher*”) podem considerar-se como factores predisponentes para o desenvolvimento deste quadro depressivo. Perante este cenário e como possíveis factores protetores pode-se considerar a estimulação física, cognitiva e social que beneficia no Centro de dia e bom suporte familiar que apresenta (filho como elemento familiar de referência). Efetivamente o género pode apresentar-se como sendo um factor facilitador do programa de estimulação cognitiva. Segundo Spectore e col. (2003) as mulheres parecem reagir melhor ao programa, verificando-se resultados mais positivos no sexo feminino.

Após a realização de um processo de avaliação cuidado procedeu-se à intervenção propriamente dita que teve como base o modelo cognitivo de Beck. Este autor realça a existência de uma predisposição cognitiva para a depressão que tem origem nas experiências iniciais dos indivíduos, formando os conceitos ou esquemas negativistas sobre si mesmos e sobre o seu ciclo vivencial. O modelo cognitivo propõe três conceitos clássicos para o desenvolvimento de um quadro de depressão: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e os erros cognitivos. A tríade cognitiva consiste no fato do indivíduo apresentar uma visão negativa e persistente em relação a si próprio, ao mundo e ao futuro que acaba por deixá-lo com sentimentos de sofrimento, desamparo e desesperança. Os esquemas cognitivos referem-se à forma sistemática como o indivíduo interpreta as situações adequando-as às suas referências vivenciais que categorizam e avaliam as suas experiências. Assim, à medida que a depressão se intensifica, maior se torna o pensamento automático. Os erros cognitivos representam as distorções no processamento de informação onde o indivíduo tem necessidade de adaptar a realidade aos seus esquemas negativistas, que reforçam a crença do paciente em seus conceitos depressivos.

Objetivos da intervenção / estratégias terapêuticas aplicadas

No tratamento dos sintomas clínicos apresentados pela Sr.^a E, optou-se por uma estratégia de intervenção semelhante à usada no caso da Sr.^a F, abordado anteriormente.

Tal como se verificou no caso da Sr.^a F, aqui também se optou por realizar intervenções quinzenais, tendo-se efectuado seis sessões, que consistiram num Ateliê de estimulação cognitiva. O plano de intervenção foi elaborado com o objectivo de realizar uma reabilitação cognitiva, tendo-se dado preferência ao tratamento dos seguintes aspectos: memória, linguagem, capacidades visuo-espaciais e a fluência.

Neste sentido, para o tratamento da linguagem, optou-se pelo método de identificação de animais e objectos a partir de imagens. Para se desenvolver as capacidades de memória, aplicou-se a metodologia da repetição das palavras. A fluência foi trabalhada através de uma técnica simples, que consiste em pronunciar uma palavra iniciada por uma determinada letra. O tratamento das dificuldades visuo-espaciais passou pela aplicação de um método que se baseou no fornecimento de uma imagem à utente que esta deveria representar graficamente sobre uma folha de papel. Por fim, ao nível da atenção e da concentração, foi solicitado à utente que identifica-se letras, números e formas geométricas, que faziam parte de conjunto previamente seleccionado.

Em suma, os exercícios aplicados tinham os seguintes objectivos: estimular a memória, linguagem, capacidades visuo-espaciais e a fluência. (Nunes, 2007).

É de realçar que, muito embora não tenha sido possível implementar uma intervenção direccionada para a sintomatologia depressiva, consequência do término do estágio, a mesma foi pensada. Por meio da terapia cognitiva, foram delineadas as seguintes estratégias:

I. Elaboração de um programa de actividades positivas e gratificantes: a realização de actividades tem como objectivo manter ocupado o indivíduo deprimido, com tendência para se auto-observação e centrar-se nos seus problemas, de forma a o afastar das suas dúvidas e problemáticas e assim contribuir para o tratamento desta patologia. O terapeuta e o utente deveriam definir semanalmente as actividades a efectuar, registando os sentimentos e os pensamentos que cada tarefa provocaria sobre o indivíduo (Buela Casal & Sierra, 2003).

II Restruturação-cognitiva de Beck: consistiria em ensinar o utente a reconhecer e a identificar as crenças negativas e a substituir essas crenças por pensamentos orientados para a realidade (BECK, 1982).

A intervenção ao nível da **auto-estima** seria particularmente importante, como forma da utente se conhecer melhor e melhorar a percepção que tem de si própria. Um exemplo de uma actividade a realizar para trabalhar a auto-estima poderia consistir no seguinte: solicitar à utente a realização de um desenho de uma árvore e pedir para colocar dentro dos frutos os seus êxitos e na raiz da árvore as qualidades (Bonet, 2002).

A intervenção na auto-estima da utente passaria por seguir os seguintes passos:

- 1) Identificar a autocrítica: enumerar a quantidade de vezes que faz afirmações críticas a si própria, de forma a tomar consciente do monólogo interior que desenvolve em situações problemáticas:
- 2) Debater a auto-crítica, respondendo da seguinte forma: não atribuir importância à auto-crítica; responder acriticamente; rejeitar as afirmações negativas que tiveram uma influência negativa na auto-estima durante a infância e que, num primeiro momento, partiram da família e, posteriormente, de si próprio.
- 3) Substituir a crítica por afirmações que tenham a ver com a descrição clara e precisa de si mesma e atribuir valor a si próprio, pois qualquer indivíduo apresenta qualidades (ex. sou boa pessoa, sou capaz, tenho o meu valor). A maior parte das pessoas não percebe com nitidez a pessoa maravilhosa que é e os atributos que apresenta.

Caso Clínico M1

Perturbação Depressiva Major

Nº de sessões 17

Dados de Identificação

O Sr.^a M. é de raça branca, tem 86 anos, é do sexo masculino é viúvo e vive só. Encontra-se reformado. Do seu casamento nasceram dois filhos. Escolaridade: Escola primária.

Razão do pedido da consulta

O utente refere que a maior parte do dia se sente triste e chora com muita facilidade. Actualmente, toma medicação para dormir, manifestando sempre pouco apetite para às refeições. Refere apresentar pensamentos recorrentes sobre a morte. Ao longo do seu discurso refere com frequência o seguinte: “ *Tenho muita idade em cima de mim e não tenho esperança que viva muitos mais anos de vida pois o saber que estou próximo de morrer deixa-me doente, muito triste, sempre fui uma pessoa trabalhadora e activa tive sempre diversos trabalhos, no qual o trabalho que gostei mais de fazer foi instrumentos de corda, sinto-me com muitas saudades desses trabalhos, gostava de ter feito muito mais tempo* ”. (sic)

História do problema

O utente apresenta sintomas de tristeza, dificuldades de dormir, isolamento, faltos de energia, pensamentos de preocupação acerca da morte, falta de apetite, choro fácil, diminuição clara de interesse em quase todas actividades, desde o falecimento da esposa. Para lidar com situação toma medicação para dormir.

Exame do Estado Mental

O Sr. M. apresenta uma expressão fácil, triste, sem sorrisos. A aparência é bem cuidada e possui um aspeto asseado. A nível da linguagem não verbal, tremia muito das mãos. O seu comportamento foi adequado, o seu discurso organizado, demonstrando-se sempre colaborante. Ficou patente evidenciar alguns esquecimentos relativamente a acontecimentos passados.

Apresenta uma adequada orientação quanto ao tempo e ao espaço e inúmeros pensamentos automáticos e visões derrotistas como “*eu já não estou capaz porque a minha idade não me permite*”, “*Agora já não vale a pena porque já tenho muita idade*” “ Já não tenho aquela força de viver como quando era novo, “*Estou um pouco apagado*”.

História Desenvolvimental

Em termos de história desenvolvimental, parece ter existido um percurso desenvolvimental normativo. As memórias que guarda da sua infância era o ambiente da escola rígido.

Frequentou a escola primária por um período de três anos, referindo ter sido um aluno “*relativamente razoável*” revelando uma boa relação com os seus professores e alguns dos seus passatempos na sua infância eram tocar cavaquinho, fazer trabalhos manuais e desenhar.

Na fase da adolescência recorda-se do trabalho da lavoura. O utente refere-o como um trabalho muito difícil e recorda-se de fazer teatro.

Em adulto começou a morar fora de casa tinha os seus 24 /25 anos. A única relação que teve foi com a sua mulher. A este propósito, refere que a mulher “*era uma boa esposa*”.

Tem dois filhos com diferença de idades de nove anos. Existe uma boa relação com os filhos e ainda hoje dizem que os filhos nunca tiveram queixa do pai nem os pais deles.

Uma das suas maiores perdas para si foi o falecimento dos pais e da esposa. Em relação, aos acontecimentos marcantes que se recorda em adulto, o utente refere uma operação aos olhos devido a um deslocamento da retina, um tractor que passou por cima de uma das suas pernas, a anestesia que teve que tomar e que lhe provocou uma embolia e a revolução do 25 de Abril.

Avaliação Clínica do Caso

- Entrevista de Avaliação Clínica (T. McIntyre, 1999);
- Escala Geriátrica de Depressão (G.D.S) (Yesavage et al., 1983; Versão Portuguesa de Barreto et al., 2003);
- Escala de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional (SCL-90-R) (Lipman, Derogatis & Covi, 1973, cit. In Baptista, 1993). Versão Portuguesa autorizada por Ana Galhardo, Paula Castilho & José Pinto Gouveia, 1999),
-

Os resultados da Avaliação da Psicopatologia Geral

O SCL-90-R (*ver anexo IV*) permitiu avaliar a intensidade dos sintomas inventariados. O perfil multidimensional da patologia presente foi obtido através da análise das dimensões sintomáticas de psicopatologia. Esta informação permitiu interpretar as tendências concretas da expressão psicopatológica e no caso do Sr. M. verificou-se que os resultados evidenciam elevação nas dimensões de somatização (1,42), o que reflecte o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, ou seja, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, cefaleias, dores ou desconforto localizado na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade. Na dimensão de depressão a pontuação foi de (1,31) revela no utente sintomas como humor disfórico, sinais de isolamento, perda de interesse, falta de motivação e diminuição de energia, sendo, igualmente, contempladas a perda de objectivos e ideação auto-destrutiva. As dimensões com níveis muito baixos foram a hostilidade, (0,05) o que indica ausência de sintomas agressividade de cólera, irritabilidade e ressentimento. Ideação Paranoide (0,17), o que revela ausência de comportamentos paranoides. Psicoticismo (0,05), revela no utente ausência de sintomas psicóticos e sintomas primários de esquizofrenia.

Tabela dos Resultados

SCL 90-R	Total	POP. NORMAL		
		MÉDIA	D.P.	VALOR LIMITE (média + d.p.)
Somatização	1.42	0,55	0,48	1,03
Obse. Compulsões	1	0,98	0,53	1,51
Sensib. Interpessoal	1.11	0,73	0,54	1,27
Depressão	1.31	0,65	0,45	1,10
Ansiedade	1.2	0,67	0,48	1,15
Hostilidade	0.5	0,79	0,60	1,39
Ansiedade Fóbica	0.57	0,29	0,38	0,67

Ideação Paranóide	0.17	0,94	0,56	1,50
Psicoticismo	0.5	0,40	0,42	0,82

Na Escala Geriátrica de Depressão o utente revela uma depressão moderada com uma pontuação final de 19 pontos Esta escala serve para avaliar a sintomatologia depressiva na população mais idosa.

Diagnóstico Multiaxial

- **Eixo I:** 296.2X Perturbação Depressiva Major, recorrente, moderada, sem características psicóticas
- **Eixo II:** Sem diagnóstico
- **Eixo III:** Sem diagnóstico
- **Eixo IV:** Problemas com o grupo de apoio primário, (morte de um familiar), problemas relacionados com o ambiente social (viver só).
- **Eixo V:** AGF 1 = 60

Diagnóstico diferencial

Tendo em conta a história desenvolvimental e a avaliação psicológica, o diagnóstico de perturbação bipolar não fazia sentido, devido a inexistência de episódios maníacos e hipomaníacos, antes ou durante o episódio. Os diagnósticos, Perturbação Depressiva sem outra especificação, e Perturbação induzida por substância e Perturbação devido a estado físico geral também não faziam sentido, atendendo à história desenvolvimental do utente.

Numa abordagem inicial e atendendo à dificuldade de diferenciação dos diagnósticos entre a Perturbação Depressiva Major e Perturbação Distímica, considerou-se a possibilidade de se tratar de uma perturbação Distímica. No entanto, a análise pormenorizada dos sintomas levou à excluir esta hipótese e considerar outro quadro clínico.

O utente isolava-se muito do restante grupo, preferindo manter-se no seu espaço, em vez que participar nas actividades coletivas.

Reclamava dores físicas. A preocupação excessiva em relação à saúde e à idade produzia crises de choro. Manifestava falta de apetite, falta de energia, sentimentos de desvalorização e de culpa, lentificação psicomotora e pensamentos acerca da morte.

O utente revelava humor depressivo.

O quadro clínico do Sr. M era bastante grave. Os sintomas eram intensos e graves, tendo-se registado, mais do que uma vez, Episódios Depressivos Major.

Posto isto, considerou-se que M sofria de Perturbação Depressiva Major.

Conceptualização clínica do caso

Considera-se que a depressão é a condição clínica mais frequente no idoso (Almeida & Almeida, 1999). O Quadro Clínico de Depressão no idoso poderá encontrar-se ligado à idade, perdas, aparecimento de doenças, diminuição do suporte familiar e social, dificuldade de adaptação ao processo de envelhecimento e proximidade da morte.

Na área intelectual há uma diminuição das capacidades e transtornos de memória que dificulta a aprendizagem. Na área social poderá haver um maior isolamento e um maior afastamento das relações sociais. Do ponto de vista somático, podem ocorrer com mais probabilidade problemas cardíacos, pulmonares e/ gastrointestinais.

Como sintomas mais comuns associados à depressão no idoso realçam-se a tristeza, a falta de motivação, desânimo, perturbações de sono, falta de interesse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldades de concentração, perda da vontade de viver, e em casos de maior gravidade resultar em suicídio (Guite, 2000).

No caso particular do senhor M. parece que o desencadear do seu quadro clínico de depressão tem a ver com idade avançada, com as perdas, com a dificuldade de adaptação a velhice, proximidade da morte e o isolamento. O utente apresentava inúmeros pensamentos automáticos *“eu já não estou capaz porque a minha idade não me permite “ Agora já não vale a pena porque já tenho muita idade”, “ Já não tem aquela força de viver como quando era novo “ estou um pouco apagados”, Já tem muita idade agora só me espera a morte”*.

Estes pensamentos automáticos reportam necessariamente para o modelo cognitivo de Beck que explica o desenvolvimento de um quadro clínico de depressão decorrente da visão distorcida e negativa que o indivíduo tem de si próprio, do mundo ao seu redor e de seu futuro. Considerando o modelo de Beck (1976) como cenário no processo de

intervenção, pretendeu-se desenvolver um conjunto de técnicas com o objetivo de corrigir as crenças distorcidas e atenuar os sintomas depressivos.

Note-se ainda que à semelhança dos casos clínicos apresentados anteriormente, o facto de o utente encontrar-se num Centro de Dia e nesse contexto beneficiar de estimulação física, cognitiva e social poderão considerar-se como possíveis factores protectores.

Segundo o discurso do utente, ao longo do acompanhamento é possível referir como fator precipitante do quadro clínico de depressão a passagem para a reforma e a alteração do ritmo de vida, que outrora era considerado pelo utente como bastante ativo e agora mantém-se pouco estimulante e mais passivo.

Objetivos e Estratégias Terapêuticas Aplicadas

Importa referir que o Sr. M participa num Atelier de Estimulação Cognitiva com o objetivo de estimular a memória. A intervenção com este utente teve uma periodicidade semanal. Ao longo das dez sessões de acompanhamento foram colocadas em prática algumas estratégias de intervenção, com o objetivo de diminuir a sua sintomatologia depressiva.

Tendo por base a terapia cognitiva e comportamental, foram delineadas as seguintes estratégias terapêuticas:

I- Elaboração de um Programa de Actividades Agradáveis numa grelha era registada a atividade que o utente mais gostava de fazer para depois concretizar durante a semana, com objetivo de melhorar o seu humor a sua auto-estima e fomentar pensamentos positivos dando alegria a sua vida . (Buela Casal & Sierra, 2003).

II. Reestruturação - Cognitiva de Beck, através da identificação e análise dos pensamentos disfuncionais com o objectivo de identificar pensamentos automáticos negativos disfuncionais para posteriormente produzir mudanças nesses mesmos pensamentos tornando-os, mais realistas e positivos.

Por meio da **terapia interpessoal**, desenvolveu-se uma actividade com objectivo de aumentar as relações sociais procurando que o Sr. M começasse a ter prazer nesses mesmos contactos. A actividade consistia em fazê-lo pensar conseguir estar mais próximo das pessoas que mais gosta (telefonar, convidar a vir a sua casa, fazer uma visita a casa de um

amigo e familiares, conviver mais com as pessoas que mais gosta no centro de dia, passear com amigos e familiares mais próximos, organizar uma festa) (Pires, 2004).

Por último, foi realizada uma actividade com o utente, que tinha como finalidade aumentar a sua **auto-estima**, destacando algumas das suas qualidades enquanto trabalhador, com o objectivo de melhorar o seu humor.

A auto-estima foi trabalhada da seguinte forma:

- 1) Identificar a autocrítica: de forma a que o utente tivesse consciente do monologo depreciativo que tinha sobre si próprio, solicitou-se que este contabiliza-se a quantidade de vezes que desenvolvia afirmações negativas sobre a sua pessoa, criando um quadro, no qual deveria apontar as suas deliberações diárias;
- 2) Debater a auto-critica, optando por desenvolver um estado de espírito no utente que não lhe permitisse atribuir valor às críticas negativas que fazia de si próprio; respondendo acriticamente a essas e rejeitando as afirmações negativas que foram surgindo desde tenra idade sobre a sua própria pessoa, no seio familiar e que o utente foi interiorizando, com o passar dos anos;
- 3) Ajudar o utente a reconhecer as qualidades e os aspectos positivos da sua personalidade e assim substituir a crítica negativa por afirmações que tenham a ver, claramente, com descrição de si mesmo. Incentivar ainda o utente a distinguir as suas qualidades frequentemente (sou boa pessoa, sou capaz, tenho o meu valor). De facto, a maioria dos indivíduos passa uma vida sem perceber com nitidez a pessoa maravilhosa que é e sem ter consciência dos seus próprios atributos.

Caso clínico -M 2

Dados de Identificação dos pais e da criança

A menina M é de raça branca, tem 9 anos e é do sexo feminino, encontrando-se no quarto ano de escolaridade e vive com a mãe (Assistente Operacional), pai (Trolha) e a irmã mais velha.

Motivo da consulta

A M. foi encaminhada pela Psicóloga da Instituição para fazer uma avaliação no despiste de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA).

Dados da entrevista com a criança/Actividades Favoritas

As actividades favoritas da M. são: ler, brincar, ver televisão, andar de bicicleta, fazer trabalhos manuais com o barro e fazer carate.

Contexto Escolar

A M. frequenta a quarta classe de escolaridade, a sua disciplina preferida é o Inglês e a que menos gosta é a língua portuguesa. A criança refere que a mãe a auxilia nos trabalhos escolares. Pelo seu discurso pareceu ser uma criança sociável, estabelecendo uma boa relação com os pares.

Relações Familiares

Vive com a mãe, pai e com a irmã, gosta de partilhar o seu quarto com irmã que tem 16 anos, quem impõem as regras em casa são os pais, quando algum se porta mal os pais põem de castigo e como castigo fica sem ver televisão e sem o computador.

Auto-Percepção e sentimentos

O que a faz feliz é ter amigos que gostem de si e ver os pais bem. O que a põe triste é que a tratem mal, quando está triste desabafa com a mãe ou com um amigo.

O seu maior medo é que o pai e a mãe fiquem doentes e quando esta com medo vai para perto deles.

História Desenvolvimental

A mãe da M. refere ter tido uma gravidez planeada e desejada, tendo a M. nascido prematuramente e com baixo peso.

Nos primeiros anos de vida adaptou-se bem ao seio e ao biberão, porém o seu sono não era tranquilo, não dormia mais de uma hora seguida. Apesar disso e pelo relato da mãe, a M. até à data manifestou ser uma criança feliz, simpática adaptando-se facilmente aos contextos em que se inseria. Quanto ao contexto escolar a mãe refere que a filha, apesar de ser muito distraída, nunca reprovou, estabelecendo uma boa relação com os professores e colegas. A relação com irmã é boa e a maior perda que teve na vida foi o bisavô.

Avaliação clínica do caso

- Entrevista Clínica Semi-Estruturada para crianças e adolescentes (6-18 anos) (S. Araújo, M. J. Gonçalves);
- Matrizes Progressivas de Raven (CPM) (Raven, 1947);
- Escala de Inteligência de Wechsler para crianças (WIS-III) (David Wechsler, 2002).

Os resultados obtidos nas Matrizes Progressivas de Raven (CPM) (*ver anexo VII*) revelam que a M se encontra intelectualmente acima da média (Grau I – Percentil = 95) no que concerne a inteligência verbal e não verbal e raciocínio analógico. Este resultado revela um nível acima da media da inteligência geral e da inteligência não verbal, que pode implicar uma boa capacidade de percepção, de observação, de comparação e de raciocínio analógico, tal como uma boa capacidade exploratória, de comportamento comparativo e para utilizar duas ao mais fontes de informação.

Para avaliação do domínio cognitivo os resultados obtidos na Escala de Inteligência de Wechsler (WISC-III) (*ver anexo VIII*) verificou-se uma superioridade acima da média nas provas de realização (**Q.I de realização =135**) que informa sobre o essencial e o acessório (acidental) e uma superioridade acima da média nas provas verbais (**Q.I verbal =118**), que informa sobre cultura geral e leque de interesses, conhecimentos e compreensão das regras sócias.

Os níveis elevados nos sub-teste verbais revelam que a M tem boa capacidade de abstracção verbal, raciocínio aritmético, conhecimento e capacidade de definição dos vocábulos e uma boa memória imediata. Os níveis elevados nos sub-testes de realização revelam que a M tem boa capacidade de integração prática social, capacidade de análise e síntese do material preceptivo, antecipação do todo a partir

de partes dispersas, concentração e atenção. A M, encontra-se num nível intelectual superior a média (**Q . I.total=129**).

Na **prova de Informação** revela que a M possui uma grande bagagem de informação geral, absorvida no seu meio ambiente. O que indica tendência para a intelectualização e ambição intelectual.

Na **prova de compreensão** demonstra capacidade para utilizar o juízo prático, nas acções sócias quotidianas, para compreender as regras que regem a vida em sociedade e actuar em consonância com estas e para aplicar experiências passadas às situações do quotidiano actual. Manifesta ainda capacidade para verbalizar comportamentos ou conceitos e para justificar determinados comportamento, tendo em conta valores sócias vigentes.

Apresenta sobretudo capacidade de adaptação no seio do ambiente familiar e fora desse, desenvolvendo valores de grupo. Não depende de mecanismos intelectuais propriamente ditos, o que revela uma criança com competências sócias, com bom senso e juízo social e pragmática.

Na **prova de aritmética**, exprime boa capacidade de concentração, de resistência a distração e de expressão de conceitos numéricos

Na **prova de semelhanças**, revela competência para produzir conceito abstracto e para perceber analogias entre factos e ideias, de forma a categorizar a informação e abstrair verbalmente.

Aprova de memória de dígitos, indica que a criança tem capacidade memorização imediata e, por conseguinte, de concentração.

Na **prova de vocabulário**, verifica-se que a criança possui boa capacidade para compreender as palavras e os seus significados. Pode ser sinal de crescimento intelectual e de riqueza de ideias, adquiridas no ambiente familiar.

No âmbito da **prova de código**, revela capacidade de aprendizagem de uma tarefa nova num iate de tempo curto, evidenciando aptidão grafo-motriz, esforço de concentração, boas memórias resistência à distração

Na **prova de complementos de gravuras**, revela interesse pelo ambiente e pela vida circundante. Indica que uma criança com boa capacidade de percepção, concentração e interesse pelo ambiente.

A **prova de cubos** demonstra que a criança tem boa aptidão para reter relações espaciais e boa organização e coordenação visual-motora.

Na **prova de disposição de gravuras** manifesta aptidão em estar atenta aos pormenores e aos costumes culturais da sociedade. Revela, portanto, interesse pelo ambiente e pela vida circundante. Trata-se de uma criança com boa capacidade de percepção, concentração e com interesse pelos outros.

A **prova de composição de objectos** mostra que tem óptimas competências para realizar análises visuais e construir um todo a partir das partes. Considerando o resultado da prova de cubos, não verifica dificuldade de estruturação espacial.

A **prova de labirintos** revela que tem excelentes aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção. Estas capacidades ajudam na adaptação social.

Concluindo, trata-se de uma criança que revela um **nível cognitivo situado acima da média.**

Tabela dos Resultados

Sub-testes	Pontuação Final
Complementos de Gravuras	6
Informação	7
Código	61
Semelhanças	23
Disposição de gravuras	24
Aritmética	13
Cubos	43
Vocabulário	7
Composição de Objetos	30
Compreensão	18
Pesquisa de Símbolos	18
Memória de Dígitos	17
Labirintos	22

Diagnóstico Multiaxial

- **Eixo I:** ausência de diagnóstico
- **Eixo II:** ausência de diagnóstico
- **Eixo III:** ausência de diagnóstico
- **Eixo IV:** ausência de diagnóstico

- **Eixo V:** AGF= 80

Diagnóstico Diferencial

Uma vez que não há qualquer evidência de sinais ou sintomas de desatenção no contexto habitacional, a sua performance académica é considerada boa e o resultado da avaliação psicométrica encontrava-se acima da média, concluiu-se que a criança não revelava Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA).

Os sintomas de desatenção manifestam-se unicamente num contexto: escola

Objetivos e estratégias terapêuticas

Apesar da M. não apresentar um quadro clínico de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) implementou-se na mesma um *Programa de Intervenção Educativa para o aumento da Atenção e a Reflexividade (PIARR)* como modo e prevenir essas situações e ajudar a M a conseguir estar ainda mais atenta e concentrada (López, s/d). O objectivo do programa é potenciar, fundamentalmente, as capacidades de reflexividade e atenção na execução de tarefas.

Funções potenciadas pelo programa: Aumentar Atenção, discriminação, capacidade de demorar a resposta, Auto controlo através do discurso interno, capacidade de para analisar detalhe, capacidade de resolver problemas

Técnicas de intervenção Demora forçada; Ensino de estratégias cognitivas Autoconstruções; Treino de resolução de problemas; Modelagem participativa; Reforço.

Foi ensinado algumas estratégias que ajudam a estar mais atenta em vários contextos (escola, casa). Por fim, ainda foi dado oportunidade à criança de visualização de desenhos como forma de identificar as situações que eram foco de distração.

7. Atividades de Intervenção em Grupo

PEC - Programa de Estimulação Cognitiva

Está comprovado que os programas PEC têm demonstrado um resultado positivo na manutenção e na melhoria dos processos cognitivos (Gonçalves, 2012)

O programa de Estimulação Cognitiva foi desenvolvido com o objetivo de trabalhar áreas específicas nos idosos. As áreas que foram consideradas importantes trabalhar neste programa foram a **Memória, Linguagem, Atenção e Funções Executivas**.

A população alvo foi um grupo de idosos da Valência do Centro de Dia. Tinham, idades compreendidas entre os 70-85. O grupo, era construído por seis idosos, dos quais dois do sexo masculino e quatro de sexo feminino. O grupo foi dividido em dois grupos, sendo um grupo com algum índice de escolaridade e o outro sem qualquer escolaridade.

7.1 Fundamentação Teórica da Intervenção

O envelhecimento traz consigo uma série de alterações mentais. Envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais nos indivíduos. Essas alterações são naturais podendo verificar em idades mais precoces ou mais avançadas e em maior ou menor grau, dependendo das características genéticas de cada um, principalmente com o modo de vida de cada um.

Uma dessas alterações é a memória. A memória dos indivíduos vai -se deteriorando com o avançar da idade. Verifica-se um maior declínio da memória imediata nos idosos do que particularmente na memória a longo prazo. Por exemplo, a primeira diz respeito a situações como não fechar a porta, não apagar o gás. A segunda tem a ver com acontecimentos passados. Pode-se alegar que a diminuição e o desempenho da memória têm a ver com problemas crescentes de saúde. (Cunha, 1995).

Os profissionais da saúde são frequentemente confrontados com idosos que apresentam défices de memória. Os sintomas mais relatados por estes são os esquecimentos relevantes que interferem com a vida quotidiana do idoso e da família, são incapazes de se lembrar onde deixaram as chaves de casa ou onde estacionaram o carro, não recordam as datas dos aniversários dos filhos, repetições de incumprimentos da toma dos medicamentos habituais (Montalvo & Alarcon, 2000).

O declínio da memória tem sido comprovado através de meios e instrumentos diversos, em dezenas de provas experimentais, em provas de auto-observação do funcionamento da memória, a partir de questionários, nos relatos dos familiares (Pinto, 1999). Cabe aos profissionais que acompanham os idosos fazer uma boa anamnese que permita concluir se existem outras áreas afetadas das funções superiores como a orientação e

o cálculo. O uso de instrumentos de exploração cognitiva, confirmaram a afetação dessas outras funções e da capacidade mmésica (Montalvo & Alarcon, 2000).

Com o avançar da idade, o sistema nervoso começa a perder neurónios o que origina ao idoso uma lentificação dos processos mentais, alterações de memória, da atenção e concentração da inteligência e pensamento (Martins, 2003).

A aplicação de um **Programa de Estimulação Cognitiva (PEC)** torna-se uma mais-valia porque visa estimular uma série de funções cognitivas. No caso concreto deste programa implementado, procurou-se trabalhar algumas das áreas consideradas mais importantes nomeadamente a memória, a atenção, a linguagem e as funções executivas. Neste programa, esta estimulação é realizada através de várias atividades e exercícios práticos e jogos. Ao estimularmos as funções procuramos melhorar a qualidade de vida dos idosos e bem-estar de cada um.

7.2 Objetivos Gerais e Específicos da Intervenção de Grupo

O objetivo Geral deste programa é Promover as Capacidades Cognitivas dos utentes do Centro de Dia, favorecendo, assim, uma melhor qualidade de vida e o bem-estar de cada um.

Expomos os seguintes objectivos específicos da Intervenção de grupo

- Estimular as capacidades cognitivas:
 - Estimular a Atenção, Linguagem, Memória e Funções executivas
- Promover a estabilidade emocional e afectiva
- Promover um melhor funcionamento cognitivo
- Promover a socialização do idoso
- Manter a mente activa
- Aumentar auto-estima
- Promover a confiança no idoso
- Promover a criatividade
- Promover autonomia

7.3 Estrutura do programa/Definição das estratégias de Intervenção

O programa de estimulação cognitiva em idosos com e sem défices cognitivos foi constituído por 12 sessões. Tratou-se de uma intervenção breve.

O programa desenvolveu-se com a periodicidade de duas vezes por semana, às terças e quintas-feiras e teve início no mês de Maio, terminando no fim do mês Julho. Cada sessão teve duração de 30 minutos.

Cada sessão tinha objectivos, materiais e procedimentos específicos.

Antes da 1ª sessão, foi realizada uma sessão de esclarecimento a todos os idosos sobre o programa em causa, objectivos e estrutura do mesmo, ficando em aberto qual seria o grupo alvo da intervenção.

O grupo alvo da intervenção foi, posteriormente, seleccionado de acordo com as indicações da psicóloga da instituição. Esta seleção foi baseada nos objetivos do programa.

As sessões 1, 2, e 3 tiveram como objetivo Estimular a Atenção. As sessões 4,5, 6, tiveram como objectivo Estimular a Linguagem. Nas sessões 7, 8,9 foi trabalhada a Estimulação da Memória. As sessões 10, 11, 12 tiveram como objectivo Estimular as Funções Executivas.

7.4 Apresentação sumária do plano das atividades

De seguida apresentaremos, resumidamente, o plano das atividades do *Programa de Estimulação Cognitiva (PEC)*, com as sessões, material e procedimentos.

1º Sessão, 2º Sessão e 3º Sessão – Estimulação da Atenção

- **Material:** Folha de exercícios, Lápis, Borracha, Lápis de cor
- **Procedimentos:** Numa primeira fase, foi feita uma explicação da actividade aos idosos. Depois, entregou-se a ficha aos idosos, os quais deviam identificar e assinalar determinadas figuras geométricas seleccionadas para o exercício.

4º Sessão, 5º Sessão e 6º Sessão – Estimulação da Linguagem.

- **Material:** Folha das perguntas.

- **Procedimento:** Nestas sessões, a psicóloga estagiária questionou os idosos sobre determinadas profissões: Quem trabalha com a madeira? Quem concerta os carros? Quem apaga o fogo? Seguindo uma grelha de identificação das profissões, ia registando as respostas. Aqui, apenas foi solicitada a participação oral dos idosos.

7º Sessão, 8º Sessão e 9º Sessão – Estimulação da Memória.

- **Material:** Objetos existentes na sala, caixa, tela, retroprojector e computador.
- **Procedimento:** Na sessão 7, foi apresentado aos idosos um conjunto de objetos existentes na sala, durante 10 minutos. Posteriormente, estes objetos foram colocados no interior de uma caixa e perguntou-se aos idosos quais eram os objectos que se encontravam dessa mesma caixa. Na sessão 8, foi pedido aos idosos que identificassem imagens de figuras públicas, proferindo o nome das mesmas. Na sessão 9, foi solicitado aos idosos que identificassem uma imagem no computador.

10º Sessão, 11º Sessão e 12º Sessão- Estimulação das Funções Executivas

- **Material:** Fichas de registo, cartões coloridos, borrachas, lápis.
- **Procedimento:** Na sessão 10, foi pedido aos idosos que identificassem o significado de determinados nomes coletivos (ex. manada, cardume, rebanho, alcateia). Na sessão 11, foi solicitado ao utente que escolhesse o cartão com a cor pedida. Na sessão 12, o utente viu-se obrigado a organizar sequencialmente tarefas/ações normais do dia-a-dia, que iam surgindo escritas em cartões. Tinham que ordenar os cartões, de forma sequencial, em função da sua lógica.

7.5 Estratégias de avaliação do processo / Resultados

A avaliação do programa de estimulação cognitiva (PEC) foi efetuada através do *Mini-Mental State* – *MMS*, (ver *Anexo XIX*) de forma a avaliar o estado cognitivo dos idosos. Para isso foi efetuado um pré e pós – teste. O pré-teste, antes da implementação do programa de estimulação e o pós-teste, após a aplicação do programa. Esta escala foi desenhada para avaliar orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem, habilidades construtivas. O *Mini Mental State* é um instrumento que faz uma avaliação breve do estado mental. É um instrumento preconizado frequentemente utilizado em

rastreios populacionais de demências e de défice cognitivo ligeiro. Trata-se de uma prova que avalia rapidamente o desempenho cognitivo, permitindo documentar alterações cognitivas.

Os resultados observados demonstram que houve uma melhoria em algumas áreas, em alguns idosos, pois verificou-se pela melhoria do desempenho cognitivo dos idosos no Mini Exame do estado mental (*Mini-Mental State – MMS*) após aplicação do (PEC) de 12 sessões nas áreas como orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e a habilidade construtiva.

Os sujeitos onde se verificaram alterações positivas entre o pré-teste e o pós-teste, foram:

Sujeito B na área da Linguagem; o sujeito D nas áreas de Orientação, Atenção e Cálculo e Linguagem; o sujeito E nas áreas de Orientação, Retenção e Evocação e por último, o sujeito F na área de Evocação

RESULTADOS DO PRE-TESTE

SUJEITOS	Orientação	Retenção	Atenção e Cálculo	Evocação	Linguagem	Habilidade Construtiva
A	6	3	0	2	7	0
B	10	3	5	3	6	0
C	10	3	5	3	7	1
D	9	3	4	3	7	1
E	6	0	0	0	7	1
F	4	3	5	0	7	0

RESULTADOS DO PÓS-TESTE

SUJEITOS	Orientação	Retenção	Atenção e Cálculo	Evocação	Linguagem	Habilidade construtiva
A	6	3	0	2	7	0
B	10	3	5	3	7	0
C	10	3	5	3	7	1
D	10	3	5	3	8	1
E	9	3	0	1	7	1
F	4	3	5	3	7	0

7.6 Limitações e Reflexão da intervenção grupo

Ao longo do desenvolvimento do programa fomos observando algumas dificuldades acrescidas.

O grupo com escolaridade mostrou-se mais motivado para a realização das atividades e conseguiu realizar todas atividades sem grande dificuldade. Já o grupo sem escolaridade sentiu dificuldades nas tarefas.

No grupo sem escolaridade verificou-se, em geral, uma maior dificuldade nos exercícios práticos que estavam relacionadas com estimulação da atenção, nas atividades de estimulação da memória e nas atividades que visavam estimular as funções executivas.

Verificou-se, ainda, uma menor dificuldade nos exercícios relacionados com estimulação da linguagem.

Em relação ao desenvolvimento do programa, consideramos que teria sido benéfico prolongar no tempo as sessões do mesmo para se verificarem resultados mais significativos.

No entanto, devido a outras atividades que se desenvolveram durante o estágio, tal não foi possível.

8. Ação da formação: “Alcoolismo”

Esta ação de formação foi desenvolvida após indicação da psicóloga da instituição da existência de casos de alcoolismo no Centro Social. Esta ação foi dirigida a todos os idosos do Centro de Dia.

De acordo com o Edwards (2005, p. 29) o alcoolismo é uma "intoxicação por álcool ou consequência grave do seu prolongado e excessivo consumo". Os estudos evidenciam que o alcoolismo, além de ser um fenómeno complexo e ambíguo, conduz a sérias consequências negativas que afetam não só o doente como todo o seu núcleo familiar. A nível físico, são diversos os efeitos da dependência de álcool (e.g., gastrites agudas ou crónicas, delírios, cirrose) (Dias, 2006). Verificou-se que o rendimento laboral do doente é diminuto e o absentismo elevado, causando na maioria das vezes acidentes de trabalho. A sua relação com os outros também é afetada, na medida em que o alcoólico se torna violento, tomando muitas vezes atitudes extremas devido à alteração comportamental que vai adquirindo. No seio familiar, o alcoólico gera um ambiente de *distress*, proporcionando instabilidade e insegurança, o que muitas vezes leva a conflitos conjugais e com os filhos.

Conclui-se que o álcool gera no indivíduo que o consome inúmeras consequências a nível físico, laboral, social e familiar.

Nesta ação de formação foi utilizado um PowerPoint (*ver Anexo X*) onde foi abordado o conceito de alcoolismo, a prevalência do alcoolismo em Portugal, as causas frequentes que levam ao consumo abusivo de álcool, os mitos errados associados ao consumo de álcool e os malefícios do consumo excessivo do álcool.

Ao longo da sessão foi dada a possibilidade aos utentes para colocar questões sobre a temática, nomeadamente quando se abordaram os mitos errados associados ao álcool, sendo que lhes foram dados dois cartões a cada utente (vermelho e verde) para que manifestassem a sua opinião: levantavam o cartão verde se achavam que aquele “mito” era verdade e levantavam o vermelho se achassem que era mentira. A adesão por parte dos idosos foi muito positiva, sendo que, para alguns, pareceu importante reunir esta informação uma vez que demonstraram ter pouco conhecimento sobre o tema.

Estrutura da ação de formação

Data: 26/04/2012 (Quinta-feira)
Duração: 45 minutos
Grupo Alvo: ----Idosos - Valência do Centro de Dia
Dinamizado por : Cátia Marina Barros da Silva
Tema: Alcoolismo
Objetivo Geral: Promover um estilo de vida saudável, alertando para os perigos do alcoolismo
Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none">• Apresentar o conceito do alcoolismo• Desconstruir mitos errados associados ao consumo de álcool• Alertar para os malefícios do consumo excessivo do álcool• Proporcionar a reflexão acerca das causas frequentes que levam ao consumo abusivo de álcool
Estratégias: <ul style="list-style-type: none">• Discussão aberta acerca da temática• Colocação de questões abertas• Votação através de cartões (vermelhos e verdes)• Apresentação em PowerPoint
Material: <ul style="list-style-type: none">• Videoprojector• Tela• Computador• Cartões de Cartolina (verdes e vermelhos)

9. Outras Atividades realizadas

No âmbito da interação com os idosos houve a oportunidade de dinamizar durante o estágio muitas atividades tais como: jogos de memória; provérbios; adivinhas, a leitura de histórias; pinturas de desenhos; debates sobre a importância do desporto na saúde; debate sobre o Dia da Mulher e, sobre o Dia do Idoso. Também realizamos atividades de identificação de flores, identificação de qualidades uns dos outros, etc.

Atividade	Utentes	Material
<ul style="list-style-type: none"> Leitura de jornais de notícias 	Valência do Centro de Dia (Idosos)	Jornais
Leitura da lenda do vinho /provérbios		Folhas
Falar do dia mais feliz na vida dos idosos		Folha, caneta
Debate sobre o Dia do Idoso - Quadra sobre o Dia do idoso		Folha da quadra
- Mostra de imagens de objectos e peças antigas para a identificação e apresentação da sua vitalidade		Computador - Videoprojector - Tela - Mesa
Jogos com balões para a estimulação da atividade física		Balões
Jogos tradicionais para a estimulação do contacto com atividades de prazer		
Debates sobre - Dia Mundial da Alimentação -Dia Internacional da Mulher		-- Computador - Videoprojector - Tela - Mesa

Foram também realizadas outras atividades na **Valência da infância**, com as crianças do ATL e Jardim de Infância, com vista a promover algumas competências (*Anexo XI e X*)

Tabela 10. Estrutura das sessões de grupo

Dia	Atividade	Utentes	Material	Objetivo
<p>15/11/2012 15h as 17 e 45m</p>	<p>Sessão de grupo: “Quando acontecem coisas más”</p>	<p>Valência Infância ATL Alunos do 3º e 4ºano</p>	<p>-- Computador - Videoprojector - Tela - Mesa</p>	<p>Geral: Ensinar técnicas para ajudar as crianças a enfrentar mudanças e desafios da vida. Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a aquisição de estratégias que facilitem o coping com os sentimentos negativos como a tristeza e o medo. • Auxiliar melhor a enfrentar os acontecimentos menos bons
<p>Estratégias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação em PowerPoint - Colocação de questões abertas <p>- No final foi entregue um cartão onde cada um onde escreveu coisas que podem fazer quando acontecem coisas más.</p> <p>Duração – 45 m</p>				
<p>10/01/2013 Das 16h30 as 17h30 m</p> <p>31/01/2013</p>	<p>Sessão de grupo: “Aprender a ser bom amigo”</p>	<p>Valência Infância ATL (crianças de 7 anos, 2º ano) (crianças de 6 anos, 1º ano)</p>	<p>-- Computador - Videoprojector - Tela - Mesa</p>	<p>Geral: Aprender a ser bom amigo. Ensinar técnicas que favoreçam a criação de amizades, e a escolha de bons amigos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Específicos: Ajudar as crianças a saber escolher os amigos e como mantê-los • Alertar quais são as atitudes que afastam os amigos • Ilustrar os perigos subjacentes á pressão do grupo • O que fazer quando um amigo vai para longe

10. Reflexão Pessoal

O estágio curricular realizado no Centro Social de Durrães foi uma experiência enriquecedora enquanto futura psicóloga, pois permitiu-nos adquirir algumas competências práticas e conhecimentos, desde a avaliação à intervenção. A observação foi extremamente importante, uma vez que permitiu definir os modos de atuação nas intervenções de grupo, nas intervenções individuais e nas ações de formação. Com a ajuda da orientadora e coordenadora de estágio, foi-nos dada a oportunidade de aprender algumas técnicas, posturas/ modos, conhecimentos e competências essenciais à prática da psicologia.

No entanto, como é normal em todos os trabalhos, existem sempre alguns aspectos menos favoráveis, que podem, por vezes, ser resultantes de factores exteriores aos próprios intervenientes, mas que acabam por influenciar no trabalho levado a cabo. O facto da responsável pela área psicológica da instituição não ter realizado mais intervenções clínicas, que seriam com certeza extremamente importante para o enriquecimento e alargamento dos nossos conhecimentos na área, acabou por condicionar o desenvolvimento dos trabalhos. Ao longo do estágio compreendemos efectivamente que os objetivos da intervenção do psicólogo na área social são bastante abrangentes. Nesta instituição, descobrimos que a atuação do psicólogo não se limita exclusivamente à intervenção psicológica.

A adaptação ao contexto institucional foi um pouco difícil devido ao desconhecimento da realidade profissional e da área social. O contacto inicial com os utentes durante as intervenções e as dinâmicas não foi fácil, devido à falta de experiência, que é normal para quem trabalha pela primeira vez na área. Porém, ao longo do estágio, acabou-se por se seguir o percurso normal de trabalho.

Na realização das atividades de grupo, o facto de não existir um espaço próprio para as mesmas acabou por dificultar a sua laboração. As atividades foram realizadas num espaço comum, frequentado por outros agentes da instituição (técnicos, funcionários e outros utentes), o que levava à interrupção frequente das dinâmicas desenvolvidas.

Em relação às atividades individuais, estas foram realizadas numa sala individual, que apresentava condições de privacidade.

No que diz respeito aos idosos, sentimos algumas dificuldades em aproximar-nos de alguns, que manifestavam comportamentos de cariz retraído e menos participativo.

Futuramente, pretendo adquirir mais conhecimentos no âmbito da psicologia, desenvolvendo as minhas aptidões no contexto profissional e enveredando pela formação contínua. Considero este trabalho uma base para o desenvolvimento de projectos futuros que devo aperfeiçoar com espírito aberto e de sacrifício. Humildemente, entrarei na vida profissional com a ideia de que é no dia-a-dia, no enfrentar das situações reais que irei amadurecer e enriquecer os meus conhecimentos.

Bibliografia

Almeida, A., Almeida, O. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52,421-426.

Alves-Ferreira, J. (s/d). *Prática psicológica com pessoas idosas: uma leitura substanciada das orientações da APA*.

Barlow, H. D. & Durand, M.V. (2006) *Psicopatología* Madrid: 3ª Edición Thomson Editores Spain.

Beck, T (1972). *Depression: causes and treatment*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

Bénony, H. (2002). *O desenvolvimento da criança e as suas patologias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Buela-Casal, G, Sierre, J. (2004) *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* Madrid: 2º ed

Bonet, V.J (2002) *Se amigo de ti mesmo. Manual de Auto-estima* São Paulo Brasil: Edições Loyola

Carvalho, A. A. (2002). As bebidas alcoólicas em Portugal. *Relatório de Primavera 2002 do OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde)*. Escola Nacional de Saúde Pública

Cela, J. & Herreras, E. (2005). Rehabilitación Neuropsicológica. *Papeles del Psicólogo*, 90, 1-8.

Cunha, F. M. B. (1995). *Projecto de Ocupação de tempos livres para um grupo de Idosos da Freguesia de Ponte Lima*. Braga: Universidade do Minho.

Dias A. M. (2006). *Alcoolismo: Compreensão Psicodinâmica. Etanol, um líquido*. Lisboa: Climepsi Editores.

DGAS (1996). *Direção Geral da Acção Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação*, Lisboa: DGAS.

DSM-IV-TR (2002). *Manual diagnóstico e estatístico das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Engelhardt, E., Tocquer, C., Andre, C., Moreira, D., Okamoto, I., Cavalcanti, J (2011). Demência Vascular, Critérios Diagnósticos e Exames Complementares. *Dement Neuropsychol*, 49-77.

Edwards, G. (1995). *O tratamento do Alcoolismo*. São Paulo: Artes Médicas.

Fonseca, M. (2004). *O envelhecimento, uma abordagem psicológica*. Lisboa: Católica Editora.

Grilo, P. (2009). *Doença de Alzheimer. Epidemiologia, etiologia, diagnóstico clínico e intervenções terapêuticas*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.

Guite, I. (2000). *Velhice Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Gonçalves, A. (2009) *Lidar com a doença de Alzheimer*. Lisboa: DECO PROTESTE Editores

Instituto Nacional de Estatística (2006). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de estudos Demográficos*, 38.147-175

Leitão, O. R., Morais, M. (1999). *Manual do cuidador da pessoa com demência*. Lisboa: A.P.F.A.D.A

Montalvo, J., Alarcon, M (2000). *Demência vs Deterioração cognitiva no idoso. Avaliação diagnóstica Manuseamento da patologia de base e dos sintomas de base* (Monografia de actualização em geriatria). Deposito Legal: 149507/00-97.298521.0.3.

Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*, 27.

Nunes, B., Pais, J. (2007). *Doença de Alzheimer*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas Lda, Volume 1 e 2.

Pinto, A. C. (1999). Problemas de memória no idoso: Uma revisão. *Psicologia, educação e cultura*. 3(2), 253-295.

Pires, C. M. L. (2004) *A depressão e o seu tratamento psicológico* Leiria: Editorial diferença.

Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davis, S., Butterworth, M. & Orrel, M., (2005). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.

Judith S. BECK, PH.D (1997) *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática* Porte Alegre: Artmed

Vicente e Caballo (2006) *Manual para la Evaluación clínica de los trastornos Psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* Madrid: Ediciones Pirámide

Vicente e Caballo (2005) *Manual para la Evaluación clínica de los trastornos Psicológicos: Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* Madrid: Ediciones Pirámide.

- ANEXO I-

Grelha de observação de casos clínicos de Acompanhamento

Grelha da Observação dos Casos Clínicos de Acompanhamento

Nome _____ Idade _____

Motivo _____

Avaliação _____

Intervenção _____

Data ____ / ____ / ____

A psicóloga _____

- ANEXO II -

Instrumento de Avaliação do estado mental (*Mini-Mental State Examination*) (*M.M.S.E*) da Intervenção em grupo

MINI-MENTAL STATE – MMS

NOME: _____

ESCOLARIDADE: _____

IDADE: _____ Anos

DATA: ___ de _____ de _____

1. OREINTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta).

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota:

2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota:

3. ATENÇÃO E CALCULO (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, considerem-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao numero encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27 __ 24 __ 21 __ 18 __ 15 __

Nota:

4. EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota:

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta).

a. “Como se chama isto?” (Mostrar os objectos):

Relógio _____
Lápis _____

Nota:

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA.”

Nota:

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega na folha com a mão direita _____
Dobra ao meio _____
Coloca onde deve _____

Nota:

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto ler-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota:

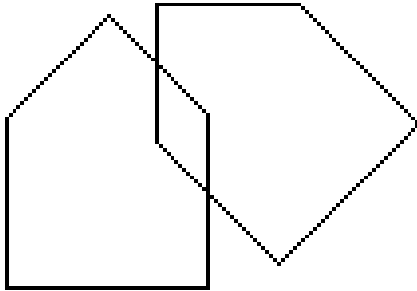
e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido, os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota:

6. HABILIDADE CONSTRUTIVA (1 ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

DESENHO



CÓPIA

(Máximo 30 pontos)

Pontos de corte

Considera-se com defeito cognitivo

- Analfabetos ≤ 15
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

FECHE OS OLHOS

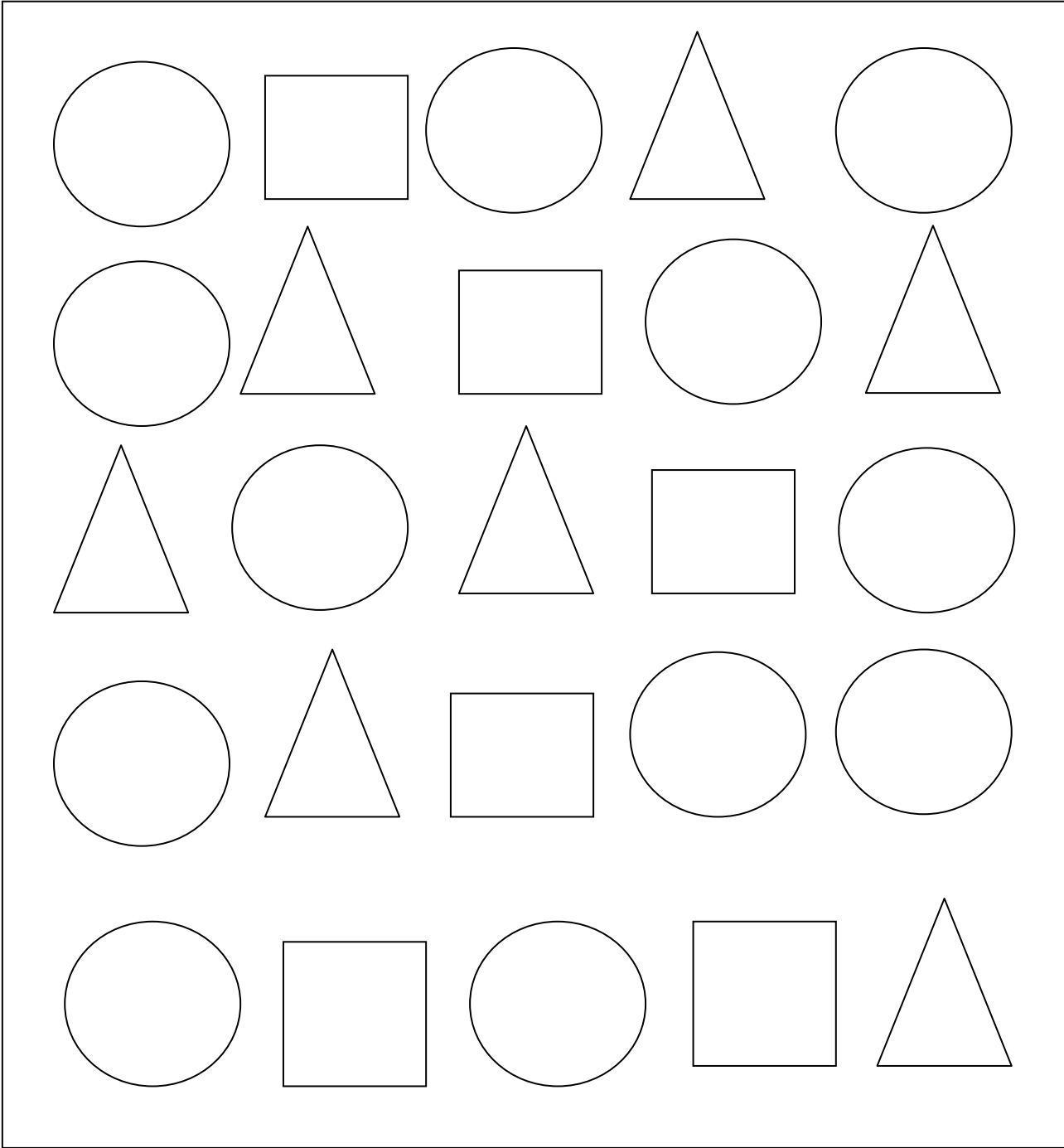
- ANEXO III-

Atividades de Intervenção em grupo

Plano de Sessão			
Designação	Estímulo da atenção		
Nº da Sessão	1, 2 e 3	Duração	30m
Periodicidade	2 x semana	Local	Sala comum
Instituição	Centro Social de Durrães		
Grupo Alvo	Idosos		
Objectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado do raciocínio cognitivo individual de cada utente; - Estímulo da atenção; - Estimulação do pensamento ou raciocínio; - Promover o convívio do grupo; 		
Material			
<ul style="list-style-type: none"> - fichas - lápis - borracha 			
Procedimento			
<p>Numa primeira fase, será feita uma explicação da actividade aos idosos. Depois, entregar-se-á as fichas aos idosos, os quais deverão identificar e assinalar determinadas figuras geométricas seleccionadas para o exercício.</p>			
Autora	Cátia Silva	Data	

Sessão nº 1, 2 e 3
“Figuras Geometricas”

Atividade: Assinalar as bolas e os quadrados



Plano de Sessão			
Designação	Estímulo da linguagem		
Nº da Sessão	4, 5 e 6	Duração	30m
Periodicidade	2 x semana	Local	Sala comum
Instituição	Centro Social de Durrães		
Grupo Alvo	Idosos		
Objectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado do raciocínio individual de cada utente; - Estímulo da linguagem; - Estimulação do pensamento ou raciocínio; - Promover o convívio do grupo; 		
Material			
<ul style="list-style-type: none"> - fichas - lápis - borracha 			
Procedimento			
<p>Nestas sessões, os idosos serão questionados sobre determinadas profissões. Será aplicadas questões do seguinte tipo: Quem trabalha com a madeira? Quem concerta os carros? Quem apaga o fogo?</p> <p>As respostas serão registadas numa grelha previamente elaborada.</p>			
Autora	Cátia Silva	Data	

Sessão nº 4, 5 e 6

“Profissões”

Quem conserta carros?

Quem trabalha com madeira?

Quem distribui o correio?

Quem apaga o fogo?

Quem desenha casas?

Quem concerta sapatos?

Quem vende o pão?

Quem vende peixe?

Quem vende flores?

Quem trata das canalizações?

Quem vende medicamentos?

Quem toma conta de crianças?

Plano de Sessão			
Designação	Estímulo da memória		
Nº da Sessão	7	Duração	30m
Periodicidade	2 x semana	Local	Sala comum
Instituição	Centro Social de Durrães		
Grupo Alvo	Idosos		
Objectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado da memória individual de cada utente; - Estimulação da memória visual; - Promover o convívio do grupo; 		
Material			
<ul style="list-style-type: none"> - caixa - tesoura - novelo de lá - duas pinhas - borracha - caneta - tubo de cola 			
Procedimento			
<p>Realizar-se-á um jogo com os utentes, que consistirá em mostrar seis objectos a cada utente. Os utentes têm que os memorizar durante 10 minutos. Posteriormente, esconder-se-á os objectos dentro de uma caixa. Por fim, irá questionar-se os utentes sobre a identidade dos objectos inseridos na caixa de forma a estimular a sua memória.</p>			
Autora	Cátia Silva	Data	

Plano de Sessão			
Designação	Estímulo da memória visual		
Nº da Sessão	8	Duração	30m
Periodicidade	2 x semana	Local	Sala comum
Instituição	Centro Social de Durrães		
Grupo Alvo	Idosos		
Objectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado da memória individual de cada utente; - Estimulação da memória visual; - Promover o convívio do grupo; 		
Material			
<ul style="list-style-type: none"> - computador - tela - retroprojector 			
Procedimento			
<p>Será elaborado um PowerPoint com imagens de figuras públicas, que os idosos deverão identificar, dizendo o seu nome correctamente e sua história de vida.</p>			
Autora	Cátia Silva	Data	



Diaposito 1



Diaposito 2



Diaposito 3



Diaposito 4



Diaposito 5



Diaposito 6



Diaposito 7

Plano de Sessão			
Designação	Estímulo da memória visual		
Nº da Sessão	9	Duração	30m
Periodicidade	2 x semana	Local	Sala comum
Instituição	Centro Social de Durrães		
Grupo Alvo	Idosos		
Objectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado da memória individual de cada utente; - Estimulação da memória visual; - Promover o convívio do grupo; 		
Material			
<ul style="list-style-type: none"> - computador - tela - retroprojector 			
Procedimento			
<p>Será seleccionada uma imagem de uma paisagem que será mostrada aos utentes durante cerca de 10 minutos. Posteriormente, a respectiva imagem será ocultada. Os utentes serão questionados sobre os elementos que faziam parte da imagem.</p>			
Autora	Cátia Silva	Data	

Sessão 9

Imagem da Natureza



Plano de Sessão			
Designação	Estímulo da Funções Executivas		
Nº da Sessão	10	Duração	30m
Periodicidade	2 x semana	Local	Sala comum
Instituição	Centro Social de Durrães		
Grupo Alvo	Idosos		
Objectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulação das Funções Executivas - Promover o convívio do grupo; 		
Material			
<p>-: Uma folha com os nomes colectivos.</p>			
Procedimento			
<p>Durante a sessão, vai ser solicitado aos idosos que identifiquem o significado de determinados nomes colectivos (ex. manada, cardume, rebanho alcateia).</p>			
Autora	Cátia Silva	Data	

Sessão nº10

“Nomes Colectivos”

Alcateia – conjunto de lobos

Arquipélago – conjunto de ilhas

Arvoredo – conjunto de árvores

Bando – conjunto de aves

Batalhão – conjunto de soldados

Cardume – conjunto de peixes

Constelação – conjunto de estrelas

Laranjal - conjunto de laranjeiras

Enxame – conjunto de abelhas

Exército – conjunto de soldado

Formigueiro – conjunto de formigas

Grupo – conjunto de pessoas

Multidão – conjunto de pessoas

Matilha – conjunto de cães

Manada – conjunto de bois

Mata – conjunto de árvore

Olival – conjunto de oliveiras

Pinhal – conjunto de pinheiros

Pomar – conjunto de árvores de frutos

Quadrilha – conjunto de ladrões

Rebanho – conjunto de ovelha

Plano de Sessão			
Designação	Estímulo da Funções Executivas		
Nº da Sessão	11	Duração	30m
Periodicidade	2 x semana	Local	Sala comum
Instituição	Centro Social de Durrães		
Grupo Alvo	Idosos		
Objectivo	-Estimulação das Funções Executivas; - Promover o convívio do grupo;		
Material			
-: cartões coloridos.			
Procedimento			
Nesta atividade, será pedido ao utente que escolha o cartão com a cor solicitada.			
Autora	Cátia Silva	Data	

Plano de Sessão			
Designação	Estímulo da Funções Executivas		
Nº da Sessão	12	Duração	30m
Periodicidade	2 x semana	Local	Sala comum
Instituição	Centro Social de Durrães		
Grupo Alvo	Idosos		
Objectivo	-Estimulação das Funções Executivas - Promover o convívio do grupo;		
Material			
-: Fichas de registo, cartões, lápis e borracha.			
Procedimento			
<p>O utente terá que organizar sequencialmente tarefas/acções normais do dia-a-dia, que irão surgir escritas em cartões e ordenar os cartões, de forma sequencial, em função da sua lógica.</p>			
Autora	Cátia Silva	Data	

-ANEXO IV-

PowerPoint da Ação de Formação “ Alcoolismo”

ACÇÃO DE FORMAÇÃO



Alcoolismo

CONCEITO DE ALCOOLISMO



- ✘ Várias concepções e conceitos apresentados na literatura havendo unanimidade em relação às dimensões da vida do sujeito que são efectuadas por esta doença.
- ✘ Jellinek definiu alcoolismo como "uma doença que tem repercussões negativas a nível pessoal e social .
- ✘ Jaber salienta que o alcoolismo é uma doença física, mental e social do indivíduo
- ✘ Actualmente o termo alcoolismo insere-se no grupo das perturbações associadas ao consumo de álcool.

ALCOOLISMO EM PORTUGAL



- ✘ Mais do que 2,3% da população mundial é alcoólica o que corresponde a cerca de 140 milhões
- ✘ **Portugal**
- ✘ Portugal é dos maiores consumidores mundiais,
- ✘ Em Portugal a cerca de 600.000 alcoólicos e 750.000 bebedores excessivos

ETIOLOGIA



- ✘ Causas do Alcoolismo:
- ✘ Factores sociais: factor de socialização, beber para impressionar namorada e amigos e para sentir inserido num grupo.
- ✘ Factores genéticos: segundo Deus os factores genéticos (ser filho de pai alcoólico) podem condicionar a dependência do álcool, no entanto tem de estar associados ao meio, ou seja, o indivíduo tem de estar exposto ao álcool.
- ✘ Factores psicológicos: beber para atenuar o stress, para se sentir eufórico e estimulado, para lidar com frustrações e esquecer problemas.

EFEITOS DO ÁLCOOL

✘ Efeitos do álcool:

- ✘ Nível físico
- ✘ Nível laboral e social
- ✘ Nível psicológico
- ✘ Nível familiar



CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS

Doenças digestivas:

Intoxicação etílica (gastrites agudas ou crónicas, úlcera gástrica, esofagites do síndrome de mal-absorção intestinal e hepatopatia)

◆ Doenças hepáticas:

Cirrose hepática (dano mais frequente)
esteatose hepática (acumulação de gordura)
hepatite aguda

◆ Doenças cardiovasculares

Acido úrico
AVC

◆ Outras doenças:

Redução da visão
Anemia



CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS

- ✘ Delírio alcoólico
- ✘ Delírium tremes
- ✘ Hiperactividade autónoma
- ✘ Tremor nas mãos
- ✘ Insónias
- ✘ Alucinações
- ✘ Ilusões visuais , tácteis e auditivas
- ✘ Ansiedade
- ✘ Disfunção sexual
- ✘ Perturbações de humor (depressões)



CONSEQUÊNCIAS LABORAIS E SOCIAIS

- ✘ Diminui o rendimento laboral, aumentando o absentismo
- ✘ Aumenta os acidentes de trabalho;
- ✘ Fomenta e acidentea rodoviários
- ✘ Favorece o crime e a delinquência: roubo, destruição de objectos públicos
- ✘ violações
- ✘ prostituição



CONSEQUÊNCIAS A NÍVEL FAMILIAR

- ❖ Na família o álcool pode provocar:
- ✖ Instabilidade
- ✖ Insegurança
- ✖ Violência (física, psicológica e verbal)
- ✖ Conflitos conjugais (discussões)
- ✖ Ambiente sem regras, limites e hierarquia
- ✖ Falta de comunicação
- ✖ Comunicação ruidosa e tensa
- ✖ Isolamento dos membros
- ✖ Ausências frequentes



Obrigada pela sua Atenção



ÁLCOOL

Mitos

- O álcool aquece?**
 - ❑ O álcool não aquece, pelo contrário, provoca perda de calor, podendo mesmo em certas situações levar à morte.
- O álcool tira a sede?**
 - ❑ O álcool dá mais sede, porque desidrata.
- O álcool é um estimulante?**
 - ❑ O álcool é um depressor do sistema nervoso central; em pequenas doses pode desinibir.
- O álcool dá força?**
 - ❑ O álcool não tem valor nutritivo real, embora um copo de álcool produza sete calorias.
- O álcool é bom para a gripe?**
 - ❑ O álcool não tem acção antigripal.
- O álcool tira a ansiedade e a tristeza?**
 - ❑ O álcool pode reduzir a ansiedade mas não tira a tristeza.

