



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

## Relatório de Estágio

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

**Ana Rita Neves Pereira**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

DEZEMBRO 2020



**CATOLICA**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

---

BRAGA

## Relatório de Estágio

Local de Estágio: Santa Casa da Misericórdia  
de Barcelos

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

**Ana Rita Neves Pereira**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Fabrizia Raguso**

## **Agradecimentos**

Todo o caminho percorrido ao longo do estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde, proporciona-se como uma das numerosas e mais importantes jornadas da minha vida que, nesta medida, realça vários aspetos no sentido em que fez com que me encontrasse, aprendesse cada vez mais, falhasse e persistisse nos objetivos a alcançar. Dirijo-me a todas as pessoas que de certa forma dispuseram um papel imprescindível nesta viagem e a quem devo um eterno agradecimento.

Primeiramente, gostaria de prezar e agradecer a disponibilidade e atenção constantes, bem como a vasta gama de conhecimentos adquiridos por parte da Orientadora Local, Dra. Sofia Miranda, e da Supervisora Professora Doutora Fabrizia Raguso, que acreditaram no meu trabalho e me permitiram tomar decisões autonomamente, revelando-se sempre dispostas a acreditar nos meus métodos de trabalho. Acima de tudo, agradeço a ambas a capacidade de escuta, a exigência e a transparência na formação, primordial no meu crescimento enquanto profissional e pessoa.

Seguidamente, um marcante agradecimento à Santa Casa da Misericórdia de Barcelos e a toda a equipa técnica que desde o início se mostraram disponíveis para qualquer esclarecimento de dúvidas, receios e aprendizagens. Reconheço que a humildade, a sabedoria e o apoio por parte desta equipa, fez com que eu realmente me sentisse parte da “família” Santa Casa da Misericórdia de Barcelos.

Por fim, um sincero agradecimento à minha família - Mãe, irmão e avós – obrigada por estarem sempre presentes e por me secundarem ao longo desta jornada.

## **Resumo**

O presente relatório de estágio, desenvolvido no âmbito do estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, tem como objetivo a descrição das atividades realizadas, bem como as reflexões críticas das mesmas e a fundamentação teórica assente na abordagem Humanista, no decorrer do estágio curricular durante o ano letivo 2019/2020. As atividades foram direcionadas unicamente à valência da terceira idade da instituição. O estágio foi realizado na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB), instituição cuja finalidade é a promoção do desenvolvimento de respostas sociais direcionadas para a terceira idade, educação na infância, área da saúde e área social e voluntariado.

A estrutura do relatório de estágio encontra-se dividida em três partes: primeiramente a apresentação e caracterização da instituição e avaliação das necessidades; numa segunda parte, a descrição das atividades desenvolvidas e propostas de intervenção no decorrer do ano letivo, nomeadamente, observação, intervenção individual, intervenção em grupo e realização de uma ação de formação. Por fim, numa terceira parte, encontra-se uma reflexão integrativa acerca da experiência do contexto de estágio.

*Palavras-chave:* Santa Casa da Misericórdia de Barcelos; Terceira Idade; Modelo Humanista; Psicologia.

### ***Abstract***

The present internship report, developed in the framework of the curricular internship in Clinical and Health Psychology by the Catholic University of Portugal, has the aim to describe the activities performed, the critical reflections pertaining to them, as well as theoretical substantiation as understood by the Humanist approach, over the course of the academic year of 2019/2020. The activities were uniquely directed at the elderly division of the Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB), the institution in which the internship took place. The aim of said institution is the promotion of the development of social answers directed at the elderly, childhood education, health sector, and the social and volunteering area.

The object and structure of this internship report is divided into three parts: firstly, the presentation and characterization of the institution and an assessment of necessities; in the second part, the description of the developed activities and intervention proposals over the course of the academic year, namely the observation, individual intervention, group intervention and the execution of a formative program. Lastly, in a third part, consisting of an integrative reflection about the experience in the context of an internship.

*Keywords:* Santa Casa da Misericórdia de Barcelos; Third Age; Humanist Model; Psychology.

## Índice

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introdução.....</b>                                                               | <b>9</b>  |
| <b>1. Caracterização do Contexto Institucional.....</b>                              | <b>10</b> |
| 1.1. Caraterização do Serviço de Psicologia e do Papel do Psicólogo na Instituição.  | 11        |
| <b>2. Levantamento de necessidades e prioridades do contexto institucional .....</b> | <b>12</b> |
| 2.1. Metodologias utilizadas no levantamento de necessidades .....                   | 12        |
| 2.2. Identificação e fundamentação das necessidades .....                            | 15        |
| 2.3. Estabelecimento de prioridades .....                                            | 16        |
| 2.4. Identificação de alvos de intervenção .....                                     | 16        |
| <b>3. Atividades desenvolvidas na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos.....</b>    | <b>17</b> |
| 3.1. Observação .....                                                                | 17        |
| 3.2. Reflexão Pessoal sobre a atividade de Observação.....                           | 18        |
| <b>4. Avaliação Psicológica .....</b>                                                | <b>21</b> |
| <b>5. Intervenção Individual.....</b>                                                | <b>22</b> |
| 5.1. Apresentação do Caso C.P.....                                                   | 22        |
| 5.1.1. Identificação .....                                                           | 22        |
| 5.1.2. Motivo do acompanhamento e dificuldades atuais .....                          | 23        |
| 5.1.3. Avaliação do estado mental .....                                              | 23        |
| 5.1.4. História desenvolvimental, psicossocial, médica e psiquiátrica .....          | 24        |
| 5.1.5. Formulação de hipóteses de trabalho .....                                     | 25        |
| 5.1.6. Proposta de intervenção e objetivos .....                                     | 27        |
| 5.1.7. Avaliação/Descrição e reflexão das sessões .....                              | 28        |
| <b>6. Intervenção em grupo .....</b>                                                 | <b>31</b> |
| 6.1. Fundamentação teórica.....                                                      | 32        |
| 6.2. População-alvo e objetivos .....                                                | 36        |
| 6.3. Estrutura Metodológica e Planeamento das sessões .....                          | 37        |
| 6.4. Materiais utilizados .....                                                      | 39        |
| 6.5. Avaliação da intervenção em grupo (análise qualitativa) .....                   | 40        |
| 6.6. Reflexão e limitações da intervenção em grupo .....                             | 40        |

|                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>7. Ações de formação .....</b>                                                                       | <b>42</b> |
| 7.1. Fundamentação teórica da ação de formação “Humanizar, cuidar e Respeitar” .                        | 42        |
| 7.1.1. População-alvo e objetivos da ação de formação “Humanizar, cuidar e Respeitar” .....             | 45        |
| 7.2. Fundamentação teórica da Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19) .....        | 45        |
| 7.2.2. População-alvo e objetivos da Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19) ..... | 46        |
| 7.3. Reflexão e limitações das ações de formação.....                                                   | 47        |
| <b>8. Participação em outras atividades e dinâmicas institucionais.....</b>                             | <b>48</b> |
| <b>Reflexão Integrativa.....</b>                                                                        | <b>51</b> |
| <b>Referências bibliográficas.....</b>                                                                  | <b>53</b> |

## **Índice de tabelas**

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1:</b> Análise SWOT .....                                     | 13 |
| <b>Tabela 2:</b> Acompanhamentos individuais realizados .....           | 22 |
| <b>Tabela 3:</b> Estrutura Metodológica e Planeamento das sessões ..... | 37 |

## **Índice de anexos**

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Anexo I:</b> Guião de Entrevista de Levantamento de Necessidades.....                                     | 60 |
| <b>Anexo II:</b> Cronograma das atividades realizadas .....                                                  | 61 |
| <b>Anexo III:</b> Apresentação do Caso M.L .....                                                             | 62 |
| <b>Anexo IV:</b> Apresentação do Caso M.Q.....                                                               | 68 |
| <b>Anexo V:</b> Apresentação do Caso D.R. ....                                                               | 72 |
| <b>Anexo VI:</b> Apresentação do Caso I.S.....                                                               | 77 |
| <b>Anexo VIII:</b> Diploma de Participação na Intervenção em Grupo .....                                     | 87 |
| <b>Anexo IX:</b> Poster 1 Colaboradores “Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19)” ..... | 88 |
| <b>Anexo X:</b> Poster 2 Colaboradores “Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19)” .....  | 89 |

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Anexo XI:</b> Poster 3 Colaboradores “Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19)” .....           | 90 |
| <b>Anexo XII:</b> Estratégias para os familiares “Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19)” .....  | 91 |
| <b>Anexo XIII:</b> Estratégias para os familiares “Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19)” ..... | 92 |

### **Índice de abreviaturas<sup>1</sup>**

**SCMB:** Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

**UCCI:** Unidade de Cuidados Continuados de Santo António

**LNSM:** Lar de Nossa Senhora da Misericórdia

**LSA:** Lar de Santo André

**LRDL:** Lar Rainha D.<sup>a</sup> Leonor

**LM:** Lar da Misericórdia

**CD:** Centro de Dia

**ERPI:** Estrutura Residencial Para Idosos

**AVD's:** Atividades de Vida Diárias

**AIVD's:** Atividades Instrumentais de Vida Diárias

---

<sup>1</sup> Como a SCMB é constituída por muitos sectores em cada valência, e por uma questão de uma boa leitura, utilizaram-se abreviaturas para os contextos de intervenção.

## **Introdução**

No âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, estruturou-se o presente relatório de estágio com o intuito de dar a conhecer o trabalho desenvolvido na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, desde o dia 9 de outubro de 2019 ao dia 17 de julho de 2020, tendo sido cumpridas 322 horas, sob a orientação da Professora Doutora Fabrizia Raguso, supervisora da Universidade Católica Portuguesa, e da Dra. Sofia Miranda, Psicóloga da instituição.

Neste sentido, considerando os objetivos do estágio curricular, este permitiu, essencialmente, a integração e aplicação dos constructos teóricos e metodológicos adquiridos no ciclo de estudos anterior, para que no futuro profissional o estagiário possa exercer esta atividade com a devida competência, responsabilidade e aptidão.

Desta forma, a Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB), instituição com mais de 500 anos de existência, experiências e conhecimentos técnicos e científicos, pretende versar sobre a promoção do desenvolvimento de respostas sociais direcionadas para a terceira idade, educação na infância, área da saúde, área social e voluntariado e religião. Permitiu que no decorrer do estágio curricular fossem realizadas várias atividades, recorrendo a metodologias assentes no modelo humanista, promotoras de um desenvolvimento de competências abrangentes e fulcrais para o papel do Psicólogo.

O presente relatório refere a descrição das atividades realizadas durante o ano letivo 2019/2020, bem como reflexões e críticas pessoais às mesmas. Numa primeira parte, está descrita a apresentação e caracterização da instituição bem como a avaliação das necessidades. Numa segunda parte, encontram-se as atividades desenvolvidas e as propostas de intervenção. Assim, as atividades passaram pela observação, o que permitiu conhecer os métodos de avaliação psicológica, intervenção individual, intervenção em grupo direcionada aos utentes do Centro de Dia (CD) do Lar Nossa Senhora da Misericórdia (LNSM) e pela ação de formação, direcionada para os colaboradores do LNSM. Por fim, numa terceira parte, encontra-se uma reflexão integrativa acerca da experiência do contexto de estágio.

## **1. Caracterização do Contexto Institucional**

A Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB), fundada no ano de 1500, está sediada no Campo da República onde se encontram os Serviços Centrais. Trata-se de uma instituição que visa a promoção do desenvolvimento de respostas sociais aos grupos mais vulneráveis - Terceira Idade e Infância - salvaguardando os seus valores culturais e históricos, tentando desta forma contribuir para o desenvolvimento da comunidade, sendo considerada uma instituição de excelência na implementação de práticas de solidariedade e qualidade (Pedras, 2006).

A primeira misericórdia teve origem em 1498, em Lisboa fundada pela Rainha D. Leonor. Tal como as Santas Casas da Misericórdia presentes por todo o país, a SCMB é considerada pelo Estado como uma associação constituída na ordem jurídica – canónica, com o intuito de satisfazer carências sociais e de praticar o culto católico. Neste sentido, a SCMB é uma instituição com uma história de 5 séculos, contando nesta medida com 515 anos de existência. Realça-se o facto de que com o 25 de Abril de 1974 e as mudanças que se instalaram no país, a SCMB sofreu, como todas as instituições, as tentativas de nacionalização do seu Hospital. Todavia, e ao invés do que havia sucedido em muitos casos, foi inicialmente estabelecida uma comissão de cogestão na tentativa de manter a união entre o Hospital e a instituição. Reduzida ao Asilo de Inválidos, a SCMB prosseguiu com novos projetos, principalmente na assistência e valência de infância e o apoio aos idosos. Assim, entre 1985 e 1986, inaugurou o Infantário Rainha Santa Isabel e o Lar Rainha Dona Leonor.

Atualmente, a SCMB tem resposta em 4 âmbitos diferentes: educação na infância (Creche, Pré-Escolar e Amas), terceira idade (Lares, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário), área da saúde (Unidade de Cuidados Continuados Integrados e Centro de Medicina Física e de Reabilitação) e área social e voluntariado (Loja social, intervenção social e voluntariado).

Relativamente aos cuidados prestados à Terceira Idade e à Infância. Na valência da terceira idade, a SCMB dispõe de cinco lares: Lar Rainha D.<sup>a</sup> Leonor (LRDL), com capacidade para 60 utentes; Lar da Misericórdia (LM), Lar Nossa Senhora da Misericórdia (LNSM), com capacidade para 70 utentes; Lar Santo André (LSA), com capacidade para 52 utentes; e Lar Maria Eva Nunes Corrêa (LMENC), com capacidade para 28 utentes. Em suma, esta instituição presta um serviço a mais de 350 idosos e 550 crianças, com um corpo técnico que ascende cerca de 360 funcionários.

No que concerne à área social, a SCMB dispõe de um programa de voluntariado, loja social, gabinete de apoio ao utente e à comunidade e projeto elos. Ao nível do património, a SCMB apresenta ainda um núcleo museológico, inaugurado em dezembro de 2014, tendo a finalidade de salvaguardar e valorizar o património documental, religioso e artístico, nomeadamente, a Igreja da Misericórdia, construída no século XVI e duas Capelas Mortuárias, construídas em 1996.

### **1.1. Caraterização do Serviço de Psicologia e do Papel do Psicólogo na Instituição**

A psicologia clínica e da saúde deve atender a uma atividade prática e a um conjunto de teorias e métodos que visam a prevenção, promoção e manutenção da saúde física e mental da pessoa, assim como o seu estudo, avaliação, diagnóstico e tratamento (Brito, 2008).

Atualmente, o Serviço de Psicologia da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB), integra o trabalho da psicóloga Dra. Sofia Miranda. Por conseguinte, a Dra. Sofia Miranda presta os seus serviços na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), no Lar Santo André, no Lar Nossa Senhora da Misericórdia, no Lar Rainha Dona Leonor, no Centro Social Comendadora Maria Eva Nunes Corrêa de Silveiros, no Centro de Dia do Lar Nossa Senhora da Misericórdia e nas consultas externas do Centro de Medicina Física e Reabilitação.

Neste sentido, o psicólogo apresenta um papel fundamental no desenvolvimento de estratégias que visam promover a saúde e prevenir a doença, assim como na exploração de relações complexas entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais mediante a realização de acompanhamento psicológico individual aos utentes das valências de saúde e terceira idade da SCMB. Ademais a estas funções, cabe também à psicóloga da instituição cooperar nas reuniões multidisciplinares, onde são discutidas e delineadas as intervenções grupais e individuais de cada utente.

Assim, na sua prática profissional, junto da terceira idade, é primordial que o psicólogo identifique as suas próprias crenças e atitudes acerca do envelhecimento e das pessoas idosas; esteja consciente das dinâmicas psicológicas/sociais do envelhecimento, compreendendo a diversidade de cada idoso; adquira conhecimento sobre a teoria e a investigação relativa ao envelhecimento; que esteja familiarizado com aspetos biológicos e da saúde característicos deste processo, nomeadamente mudanças cognitivas, problemas de vida diária e psicopatologia entre a população idosa (prevalência e

natureza); assim como, desenvolva competências em reconhecer mudanças cognitivas em pessoas idosas e em conduzir e interpretar despistes cognitivos e avaliações funcionais de capacidade (Ferreira-Alves, 2010).

Nesta perspetiva, para além da avaliação do idoso, a prática do psicólogo passa muitas das vezes por: abordar questões da vida passada e história de vida com o idoso; implementar atividades de estimulação cognitiva com o utente (nomeadamente exercícios de treino cognitivo); desenvolver/implementar atividades de estimulação emocional (mediante jogos de estimulação emocional e de tarefas que avaliem o estado emocional dos utentes); desmistificar crenças e mitos associadas ao envelhecimento, às doenças e às perdas; promover competências para que estes encarem o envelhecimento como um processo normativo do ciclo vital; promover interações sociais entre idosos, funcionários e familiares (através de formações temáticas); e, promover a qualidade de vida e o bem-estar dos mesmos (Ferreira-Alves, 2010).

Importa realçar que a SCMB não dispõe um gabinete de psicologia. Os atendimentos aos utentes ocorrem em diferentes salas onde, muitas vezes, se realizam outras atividades (reuniões), em áreas de lazer e, quando necessário, nos quartos dos próprios utentes.

## **2. Levantamento de necessidades e prioridades do contexto institucional**

De forma a compreender e conhecer o trabalho desenvolvido na SCMB bem como as necessidades existentes e as características da população alvo, foi necessário proceder ao levantamento de necessidades através de recursos de natureza qualitativa, ou seja, como por exemplo, com recurso a uma entrevista semiestruturada para o efeito.

### **2.1. Metodologias utilizadas no levantamento de necessidades**

A preferência pela abordagem qualitativa no processo de recolha dos dados proveio da necessidade de compreender de forma aprofundada e ampla o contexto em si e também pelo facto de esta implicar um elevado grau de flexibilidade na exploração das questões, uma vez que o comportamento dos intervenientes não é considerado previsível (Simões & Paiva, citado em Vicente, 2009).

Para tal, as principais ferramentas utilizadas para a avaliação das necessidades da instituição foram a observação das dinâmicas, permitindo compreender o funcionamento da instituição, assim como a aplicação de um guião de entrevista semiestruturada de

levantamento de necessidades que contou com a colaboração de vários profissionais, nomeadamente, a psicóloga, um diretor técnico, uma enfermeira, uma nutricionista, um animador, um auxiliar, uma assistente social e uma fisioterapeuta, pertencentes à SCMB (Anexo I).

A entrevista permite alcançar informação mais rica ao nível do conteúdo (Pardal & Lopes, 2011). Neste sentido, após a realização das entrevistas com o intuito de fundamentar as necessidades a nível individual e coletivo inerentes à SCMB, foi possível aceder a uma quantidade de informação significativa acerca da instituição e também relativamente à experiência e vivência de cada entrevistado, facilitando a comparação entre a informação dos vários intervenientes. Para tal, foi utilizado o modelo de Análise *SWOT* (Tabela 1) no sentido de possibilitar ainda o reconhecimento dos pontos fortes e sensíveis da SCMB, tal como as necessidades da mesma.

Tabela 1

*Análise SWOT.*

|        |                                                                                                                                                                  |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Forças | -A SCMB é constituída por uma equipa multidisciplinar, formada por inúmeros profissionais de diversas áreas;                                                     |
|        | -Prestação de cuidados essenciais e básicos, revelando abertura para melhoria contínua;                                                                          |
|        | -Avaliação nutricional na admissão dos utentes, desta forma é possível analisar as necessidades nutricionais e elaborar um plano de intervenção logo nessa fase; |
|        | -Realização de avaliação psicológica inicial na admissão dos utentes;                                                                                            |
|        | -Envolvimento por parte dos familiares dos utentes;                                                                                                              |
|        | -Relação de proximidade entre os colaboradores da Instituição com a família dos utentes;                                                                         |
|        | -Organização e funcionamento da instituição eficaz;                                                                                                              |
|        | -Atividades lúdicas entre os utentes;                                                                                                                            |
|        | -Formações multidisciplinares com os familiares dos utentes que beneficiarão de alta;                                                                            |
|        | -Apoio prestado aos utentes e familiares, na atual situação clínica;                                                                                             |
|        | -Boa relação profissional e espírito de equipa e entreajuda entre utentes e técnicos;                                                                            |
|        | -Condições de segurança relativamente à prática profissional;                                                                                                    |
|        | -Envolvimento de utentes em atividades de animação socioculturais de todos os lares e das várias faixas etárias, fortalecendo a relação entre os mesmos;         |
|        |                                                                                                                                                                  |

Continua

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Forças</p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Envolvimento dos utentes nas decisões tomadas pela equipa técnica;</li> <li>-Câmaras de vigilância em alguns setores, que acaba por transmitir segurança;</li> <li>-Atividades ocupacionais, como por exemplo, saídas ao exterior e de interação geracional;</li> <li>-Reuniões multidisciplinares bastante importantes para a promoção do cuidado integral ao utente;</li> <li>-O acompanhamento psicológico ao idoso ou ao doente é uma atividade crucial, tal como, projetos que são desenvolvidos na área da prevenção das demências (ex. Projeto “<i>Active Minds</i>”).</li> <li>-Realização de atividades internas como workshops direcionados para famílias, promoção das visitas e a realização do plano individual do utente, no qual os familiares também são envolvidos;</li> <li>-Apoio psicológico aos utentes e famílias de forma gratuita;</li> <li>-Boas condições físicas a nível de material;</li> <li>-A intervenção é ajustada a cada utente, mediante a sua problemática (recurso a PII- Plano Individual de Intervenção).</li> </ul> |
| <p>Oportunidades</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Existência de vários eixos de intervenção;</li> <li>-Aquisição de novos equipamentos, nomeadamente, balanças adequadas para avaliar o peso dos utentes de lar em cadeira de rodas;</li> <li>-Os estágios revelam-se muito positivos para a Instituição, pois contribuem com novas formas de intervenção, criando dinâmicas diferentes;</li> <li>-Aumento da capacidade na resposta social ERPI que possam vir a responder às necessidades da população mais fragilizada;</li> <li>-Aumento do número de horas de intervenção dos técnicos de reabilitação, nomeadamente, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, fisioterapeuta e psicóloga;</li> <li>-Dinamizar a psicologia na UCCI com os utentes e com a equipa profissional;</li> <li>-Implementação de câmaras em todos os setores;</li> <li>-Construção de um setor da valência da terceira idade só direcionado para doentes com demência;</li> </ul>                                                                                                                                             |

|               |                                                                                                                                                                    |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Oportunidades | -Melhoria salarial, com subida na carreira, atribuição de subsídio de alimentação e transporte, promovendo assim, uma maior motivação por parte dos colaboradores; |
|               | -Melhoramento do nível de formação dos auxiliares, na tentativa de promover a sensibilização do seu contacto com os utentes;                                       |
|               | -Reforço das equipas de auxiliares de geriatria;                                                                                                                   |
|               | -Melhoramento dos edifícios mais antigos e atualização de equipamentos.                                                                                            |
| Fraquezas     | -Falta de profissionais para dar resposta ao número elevado de utentes;                                                                                            |
|               | -Interação limitada nas reuniões com familiares;                                                                                                                   |
|               | -Pouco tempo disponível para a realização de registos individuais, resultando na desatualização dos processos dos utentes;                                         |
|               | -Horas limitadas para o serviço de enfermagem;                                                                                                                     |
|               | -Escassez de ações de formação necessárias para os colaboradores;                                                                                                  |
|               | -Inexistência de um espaço adequado e específico ao atendimento no Serviço de Psicologia (acompanhamento psicológico individual);                                  |
| Ameaças       | -Escassez de material de avaliação e de intervenção psicológica.                                                                                                   |
|               | -Elevado número de utentes;                                                                                                                                        |
|               | -Local pouco propício a desenvolver atividades e trabalho com os idosos, devido à fluência de funcionários e visitantes que provocam interrupções constantes;      |
|               | -Interrupções existentes durante as práticas de intervenção e atendimentos psicoterapêuticos com os utentes, comprometendo a confidencialidade dos dados.          |

## 2.2. Identificação e fundamentação das necessidades

Através da observação, do guião de entrevista de levantamento de necessidades e da análise *SWOT*, foi possível compreender que as principais problemáticas subjacentes à SCMB se concentram na falta de profissionais para as respetivas áreas e a falta de ações de formação dirigidas aos mesmos, assim como a escassez de tempo face à atividade laboral determinada para cada setor.

No que diz respeito ao Serviço de Psicologia, as problemáticas retratadas consistem, sobretudo, nas perturbações mais frequentes nos utentes acompanhados, bem como a ausência/carência de retaguarda familiar dos utentes que residem nos lares. Todavia, a escassez de instrumentos de avaliação e intervenção psicológica bem como o

excessivo número de utentes, o tempo reduzido para acompanhamentos individuais e a ausência de espaço adequado para os mesmos, faz com que, em alguns casos, não seja o local mais apropriado devido à dificuldade motora de alguns utentes. E, por último, o modelo de intervenção ser, apenas e exclusivamente, o modelo cognitivo-comportamental.

### **2.3. Estabelecimento de prioridades**

Relativamente às prioridades da SCMB, é referida a necessidade de aquisição de equipamentos, tal como a necessidade de contratar um número maior de colaboradores, possibilitando assim um aumento do número de horas que cada serviço dispensa aos utentes. Uma outra prioridade bastante referida pelos técnicos consiste na implementação de formações nos lares para os colaboradores, para que desta forma possam corresponder melhor às necessidades dos utentes, bem como uma melhoria nas condições físicas da instituição.

Por fim, considerando a existência de alguns processos incompletos de utentes residentes nos lares da SCMB, foi importante, como proposta de intervenção a realizar no estágio, perceber como são realizadas as atualizações dos processos de cada utente e, assim, intervir na atualização destes mesmos processos de forma a conhecer, compreender e aprofundar a história de cada utente.

### **2.4. Identificação de alvos de intervenção**

No que concerne à intervenção em grupo, esta foi direcionada para nove utentes do Centro de Dia do LNSM, através de sessões de reminiscência com o intuito de estimular a memória.

Relativamente à ação de formação, pelos constrangimentos inerentes à pandemia Covid-19 esta não foi possível realizar-se. A atividade prevista era direcionada aos familiares dos utentes de média e longa duração da UCCI de Santo António, num momento único, tendo como principal objetivo esclarecer a importância da humanização dos cuidados ao doente em contexto de saúde.

### **3. Atividades desenvolvidas na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos**

Nesta secção, serão apresentadas e especificadas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular. O cronograma que engloba todas as atividades, encontra-se nos anexos do relatório (Anexo II).

#### **3.1. Observação**

A observação constitui a fase inicial do estágio, tratando-se de um processo primordial para a integração do estagiário na instituição. Porém, é primordial referir que ao longo de toda a atividade, no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde, a capacidade de observação está sempre presente. Deste modo, o processo em si decorreu desde o mês de outubro ao mês de dezembro, promovendo a realização do levantamento de necessidades da instituição e o processo de observação da dinâmica institucional. Permitiu estabelecer, portanto, uma componente elementar para a elaboração de um plano de intervenção de cariz individual e grupal de acordo com as necessidades da instituição.

Nesta medida, a observação em contexto clínico, regendo-se pela observação direta de comportamentos, apresenta um elemento essencial para a intervenção no contexto de estágio, pois somente com base nos dados recolhidos e registados é possível proceder à elaboração de um plano de intervenção (Almeida, 2004).

No âmbito do presente estágio, foram realizadas atividades de observação em todas as valências da terceira idade (ERPI's) e de saúde (UCCI), através de consultas individuais de acompanhamento psicológico realizadas pela psicóloga da instituição. Com o intuito de reter e organizar toda a informação recolhida em cada observação de acompanhamentos individuais, realizaram-se notas de consulta onde constava a sua descrição, o seu motivo, bem como os seus objetivos, para além de, por vezes, contar com citações dos utentes. Desta forma, a fim de proceder à observação dos acompanhamentos e avaliações iniciais de utentes recentes nas valências, a psicóloga da instituição, previamente à consulta, solicitava permissão ao utente a presença das estagiárias nessa consulta. Contudo, na possibilidade de o utente não quer colaborar, as estagiárias retiravam-se. Por fim, as notas de consulta apresentavam uma breve conclusão relativa ao seu tema e, após uma breve reflexão, registavam-se hipóteses e objetivos de trabalho a realizar na consulta seguinte.

Nas valências da terceira idade, foi possível a observação nos seguintes lares da SCMB: Lar Nossa Senhora da Misericórdia, Lar Santo André, Lar Rainha D.<sup>a</sup> Leonor e

Lar da Misericórdia (com exceção do Lar e Centro Social Comendadora Maria Eva Nunes Corrêa, única valência da terceira idade onde não intervimos em contexto de estágio) e observaram-se, maioritariamente, problemáticas como: sentimentos de solidão, sintomatologia depressiva, défice cognitivo e dificuldades de adaptação ao contexto de lar.

No que concerne à UCCI, foram observadas avaliações iniciais quando o utente dava entrada na instituição. Tais avaliações iniciais consistiam na aplicação de testes cognitivos como: o Teste do Relógio, o Teste do Reconhecimento de Figuras e o Mini Exame do Estado Mental (MMSE). No que diz respeito às consultas de acompanhamento psicológico, presenciaram-se, sobretudo, problemáticas como: dificuldades de adaptação ao novo contexto, desmotivação para os tratamentos, sintomatologia depressiva, défice cognitivo com afetações devido a lesões ou doenças cerebrais, nomeadamente AVC's e demências – como a doença de *Alzheimer* - e ainda preparação para o destino de alta dos utentes internados na unidade.

### **3.2. Reflexão Pessoal sobre a atividade de Observação**

Como estagiária e futura psicóloga, o processo de observação constitui uma ferramenta primordial no processo de aprendizagem e na aquisição de competências, estratégias de intervenção e procedimentos adequados à situação de consulta (Neves, Garrido, & Simões, 2015). No decorrer deste período de observação, sucedeu-se a representação do primeiro contacto com a prática, promovendo uma reflexão entre a teoria adquirida no ciclo de estudos anterior e a prática exercida, presenteando assim momentos de reflexão aos estagiários, que, seguramente, definem a construção de uma postura humana enquanto futuros profissionais de Psicologia. Deste modo, intervir, maioritariamente, na população idosa significa concretizar um trabalho de cariz excecional e considerável (não fosse este um novo contexto habitacional), bem como um trabalho complexo e cuidado, pelo que é essencial que o psicólogo estagiário necessite de um período inicial focado na observação.

Nesta primeira etapa do estágio foi ainda possível observar que a função do serviço de Psicologia na SCMB é deveras importante para o bem-estar dos utentes, na medida em que a própria instituição valoriza, por si só, a função do psicólogo, especialmente quando o trabalho deste é articulado com os restantes membros das diversas áreas pertencentes às equipas inter e multidisciplinares da SCMB.

Por vezes, o Serviço de Psicologia depara-se com algumas problemáticas. No caso da UCCI, por exemplo, em que, alguns dos profissionais de saúde demonstram pouca comunicação com os utentes, deixando o próprio utente (geralmente, já num estado prévio de fragilidade devido aos seus problemas de saúde e de adaptação à sua nova realidade) com incertezas e questões por esclarecer, que poderão interferir de forma significativa no seu bem-estar físico e psicológico. Neste contexto, o acompanhamento psicológico é imprescindível, pelo que é fulcral entender os motivos da institucionalização dos utentes, que, na maior parte dos casos, passa por recuperação física, nomeadamente, recuperação de autonomia. Esta atenção, por sua vez, poderá influenciar, posteriormente, a curto e longo prazo, o humor e estabilidade do próprio utente. Também se tornou aparente o facto de ser complexo para os utentes que se encontram estáveis e que apresentam menos dificuldades a nível psicológico, lidar com os colegas que apresentam demências. De um modo geral, o mesmo sucede-se com os colaboradores da instituição. Logo, compreende-se que o psicólogo tem o dever e obrigação ético de implementar e estabelecer boas práticas, sensibilizando para a promoção de relações e posturas mais adequadas, ao nível interpessoal, entre os colaboradores e técnicos da instituição.

Considerando o conteúdo supramencionado, foi possível observar também possíveis dificuldades de índole familiar, isto é, relações complexas dos utentes para com os filhos e vice-versa; lutos e perdas não resolvidos e, na maioria dos casos, falta de retaguarda e de suporte familiar, que acabam por afetar, de alguma forma, o bem-estar físico e psicológico dos utentes, atendendo às suas necessidades de segurança e proteção, planeamento de vida, como também o possível agravamento dos seus quadros clínicos. Assim, observa-se a carência dos utentes ao nível das relações familiares, o que poderá indicar a necessidade de intervenção também nesta área.

Além disso, ao longo deste período de observação, deparei-me que o trabalho do psicólogo nas valências da terceira idade incide, geralmente, em intervenções de estimulação cognitiva, não deixando, por vezes, espaço para indagações mais profundas relativas ao íntimo do utente enquanto pessoa, como sentimentos, emoções, preocupações e desejos. Tal abordagem, leva à redução e privação do atendimento psicológico mediante outras chaves de leitura, que poderiam ser e atuar significativamente no processo de ajuda ao utente. O facto de a metodologia adotada na instituição ser a abordagem cognitiva-comportamental dedicada maioritariamente à estimulação, limita, por sua vez, o atendimento psicológico, demonstrando que, em alguns casos, o que se pretende é que o

utente se distraia através desta abordagem, e, porventura, fazer com que os seus problemas desapareçam momentaneamente, alcançando, assim, o seu bem-estar imediato.

Neste sentido, e pessoalmente, considero que intervir apenas na cognição traduz-se em intervir apenas num só sintoma, ao invés da essência daquelas que serão as necessidades e problemáticas de cada utente. Portanto, seria proveitoso compreender os problemas de comportamento de cada utente, enquanto pessoa e intérprete principal da sua história de vida, partindo dos seus sentimentos, emoções e da forma de como estes são vivenciados pelo próprio. Assim, atendendo a todas estas questões de reflexão, a abordagem terapêutica poderia ser mais abrangente, no sentido que poderia incidir numa intervenção mais aprofundada nos domínios social, psicoterapêutico, familiar e ocupacional, com a finalidade de proporcionar autonomia e qualidade de vida ao utente.

Por fim, refletindo significativamente acerca das práticas adotadas na instituição, assim como a implementação das mesmas, no que concerne aos protocolos de avaliação da própria instituição (nomeadamente na UCCI e ERPI's), os testes psicométricos aplicados na fase de admissão dos utentes (avaliação inicial) são os seguintes: Mini Exame do estado Mental (MMSE), o Teste do Relógio e o Teste de Reconhecimento de Figuras. Quando necessário, numa fase posterior, é ainda aplicada a GDS. Contudo, dou por mim a refletir se, nesse primeiro contacto do utente com a instituição, esta prática será a mais adequada, pois denoto que se possa tornar constrangedor para o utente responder a uma panóplia de questões inseridas em instrumentos que, provavelmente, poderão induzir ao seu desconforto e desconfiança. Ademais, considero que os resultados obtidos nos respetivos instrumentos psicométricos poderão ser influenciados por dois aspetos: primeiramente, o facto dos utentes não se encontrarem nas melhores condições para responder às questões – muitas vezes respondem só “porque tem mesmo que ser” ou não colaboram, por não ter havido oportunidade prévia para estabelecer uma relação empática; outro aspeto relaciona-se com o facto dos instrumentos psicométricos numa avaliação inicial serem aplicados a todos os utentes na íntegra, ou seja, o utente não é valorizado no seu todo pois não é considerado de forma individual: a sua problemática, a sua história de vida e antecedentes pessoais não são tidos em conta, acabando por reduzir a sua individualidade. Tal facto, leva-me a refletir se esta panóplia de testes estará descontextualizada no que diz respeito aos aspetos e razões culturais de cada utente.

#### **4. Avaliação Psicológica**

No que diz respeito à avaliação psicológica, ao longo do presente estágio foram realizadas e registadas avaliações psicológicas a utentes institucionalizados quer nas valências da terceira idade, quer na valência da saúde - UCCI.

Assim, na utilização dos instrumentos psicométricos considerou-se, de acordo com as normas da instituição, integrar os instrumentos já adotados no protocolo da SCMB, particularmente nos utentes que se encontram institucionalizados na UCCI, na medida em que existe uma resenha de três instrumentos que são aplicados a todos os utentes numa fase inicial de admissão, pelo serviço de psicologia: o Mini Exame do Estado Mental (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, adaptação portuguesa de Guerreiro et al., 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009), o Teste do Reconhecimento de Figuras (Nitrini et al., 1994) e o Teste do Relógio (Hubbard et al., 2008).

Contudo, nas valências da terceira idade os instrumentos eram aplicados atendendo às necessidades dos utentes, considerando sempre as especificidades e características de cada um. Assim, havia a possibilidade de aplicar uma entrevista de anamnese protocolizada pela instituição, o Mini Exame do Estado Mental (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, adaptação portuguesa de Guerreiro, Silva Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 1994), a Escala Geriátrica da Depressão (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983, adaptação portuguesa de Pocinho et al., 2009; Simões et al., 2010) e o teste de Avaliação Cognitiva de Addenbrooke - Forma Revista (Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold, & Hodges, 2006, adaptação portuguesa de Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira & Martins, 2008).

Como tal, no decorrer do estágio curricular, para além do conjunto de instrumentos de avaliação psicológica supramencionados, foram ainda utilizados na valência da terceira idade os seguintes: o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Beck et al., 1961, adaptação portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) e o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et al., 2005, adaptação portuguesa de Simões et al., 2008).

## 5. Intervenção Individual

Durante o presente estágio, foi possível realizar cinco intervenções e acompanhamentos individuais a utentes institucionalizados nas valências da terceira idade e da saúde (Tabela 2.), desde o mês de janeiro até ao início do mês de março de 2020. Infelizmente, face aos desafios inerentes à pandemia de COVID-19, a continuidade de intervenções na instituição e tais acompanhamentos individuais foi interrompida e suspensa no dia 9 de março de 2020, por tempo indeterminado.

Em seguida, será descrito de forma mais pormenorizada um destes acompanhamentos individuais, pelo que os restantes quatro encontram-se em anexo (Anexos III, IV, V e VI).

Tabela 2

*Acompanhamentos individuais realizados.*

| Valências | Utente | Nº Acompanhamentos individuais realizados |
|-----------|--------|-------------------------------------------|
| UCCI      | M.L.   | 5                                         |
|           | M.Q.   | 5                                         |
| LNSM      | D.R.   | 2                                         |
| LSA       | I.S.   | 2                                         |
| LM        | C.P.   | 7                                         |

### 5.1. Apresentação do Caso C.P.

Os dados utilizados para a concetualização da história do caso C.P. foram retirados do processo individual da utente, através da avaliação social (realizada pelo Serviço de Ação Social) e da avaliação psicológica (realizada pelo Serviço de Psicologia), bem como da entrevista de anamnese protocolizada pela instituição.

Os acompanhamentos individuais realizados com a utente C. P. tiveram início no dia 17 de janeiro de 2020 e foram interrompidos no dia 06 de março de 2020, sendo que a previsão de término seria no dia 15 de julho de 2020.

#### 5.1.1. Identificação

C.P., utente de 74 anos de idade, nascida a 29/05/1946, sexo feminino, possui o 4º ano de escolaridade, é casada, reformada, tem cinco netos, quatro irmãos (dos quais três irmãos e uma irmã) e dois filhos: um reside fora do país, com duas filhas, e o outro numa freguesia próxima da residência da utente, com duas filhas e um filho. Todavia, por

razões profissionais e familiares ambos não conseguem cuidar da mãe e solicitam a sua integração num dos lares da SCMB.

A neta mais velha de C., com 20 anos de idade, estava a viver com o pai fora do país, porém os constantes conflitos familiares entre a neta e seu pai (filho de C.), fez com que esta regressasse a Portugal. Atualmente, a neta de C. vive com o avô (marido de C.) naquela que é a casa do casal. Tal acontecimento ocorreu após o ingresso da utente no lar.

C. antes de ingressar no lar, frequentava o Centro de Dia da sua terra natal, de segunda a sexta-feira, juntamente com a sua irmã, referindo atualmente que “preferia estar lá do que aqui no lar, porque lá, apesar de estar com a minha irmã, fazia muitas atividades e gostava das funcionárias” (*sic*). Porém, a sua institucionalização no LM por incapacidade psicológica foi considerada não só a pedido dos filhos - que segundo a utente refere “[eles] não estão muito presentes na minha vida” (*sic*) - como também do marido, pelo que C. ingressou o lar no dia 12/11/2019, proveniente do seu domicílio.

#### **5.1.2. Motivo do acompanhamento e dificuldades atuais**

A utente iniciou processo de demência há cerca de quatro anos, todavia o seu estado de saúde tem piorado progressivamente. Foi avaliada a necessidade de acompanhamento e intervenção psicológica pois segundo o marido da utente, esta tem momentos de muita agitação, fica facilmente desconfiada e não deixa que este a ajude. C. referiu queixas relativas ao relacionamento com o marido, por achar que este a colocou no lar e “que não quer saber de como me sinto aqui” (*sic*).

O marido de C. disse sentir-se cansado e estar a ficar doente, uma vez que deixou de ter vida própria.

#### **5.1.3. Avaliação do estado mental**

C. compareceu sozinha nas consultas e apresentou-se vestida de forma adequada à sua idade, ao clima e ao contexto. Apresentou, inicialmente, postura rígida e defensiva, todavia colaborante e com frequentes manuseamentos (a utente demonstrava-se desconfiada examinando tudo à sua volta). Ainda que estabelecendo um contacto ocular um pouco retraído inicialmente, no decorrer dos acompanhamentos *à posteriori* a utente manteve, no geral, uma atitude colaborante, prestando atenção e procurando responder às questões solicitadas. Relativamente à sua posição (de ombros caídos), C. transmitiu a

cada acompanhamento semanal tristeza e o seu humor revelou-se, por vezes, distímico e apático. Em relação ao seu discurso, este é claro e coerente, porém pouco fluído, demorando algum tempo a dialogar e a dizer como se sentia. Por fim, no que respeita à orientação espaço-temporal, a utente preserva orientação auto e alopsíquicas.

#### **5.1.4. História desenvolvimental, psicossocial, médica e psiquiátrica**

C. revelou que durante a sua infância sempre foi uma criança feliz. No que diz respeito ao que recorda das suas relações familiares durante a infância, C. relatou unicamente que “brincava muito com os irmãos” (*sic*), e que estes se davam todos bem, além disso relatou que os seus pais “sempre foram uns bons pais, deram-me tudo... Carinho e quando era preciso também me ralhavam” (*sic*), demonstrando uma relação de afetividade e proximidade com a família. C. recorda ainda que os seus pais eram muito trabalhadores e, desde muito cedo, incutiram a todos os filhos esta prática.

Admitiu ainda que sempre contou com “o apoio” dos seus irmãos, principalmente do seu irmão mais velho e da sua irmã. Em relação a estes, especialmente o irmão, C. referiu que toda a vida foram vizinhos de rua e que “sempre nos demos bem e ainda hoje somos bons amigos” (*sic*), apesar de se sentir por vezes “inferior” em relação a ele, percecionando nele características positivas que desejava ter: “Só queria ter a “força” e coragem que o meu irmão tem” (*sic*). Em relação à sua única irmã, C. refere que no decorrer da sua infância e adolescência a relação entre si e a irmã era positiva, “partilhávamos tudo pois era a única rapariga como eu” (*sic*). Contudo, com o decorrer dos anos, essa relação entre ambas foi sendo marcada por conflitos, geralmente, “irrelevantes” (*sic*), pois, de acordo com C., “a minha irmã estava e está ainda hoje sempre contra mim e contra tudo o que eu faço. Se ela me manda calar, eu respondo-lhe igual porque está sempre contra mim.” (*sic*).

No que concerne às restantes relações interpessoais de C. eram, atualmente, estabelecidas maioritariamente com o marido, com o seu irmão mais velho e respetiva cunhada e, por vezes, com os filhos, sobrinhos e vizinhos.

No que diz respeito ao percurso escolar, C. revelou que frequentou a escola até ao 4º ano de escolaridade, onde não se recorda de quaisquer episódios significativos. Apenas contou que não gostava de estudar e, como os pais desde cedo incutiram aos filhos a importância do trabalho, C. desistiu de continuar a sua formação académica pedindo aos

pais para ir trabalhar. Subsequentemente, C. estreou-se no mundo laboral com cerca de doze anos de idade como operadora têxtil numa fábrica.

C. contou ainda que, uns anos mais tarde conheceu aquele que hoje é o seu marido no seu local de trabalho. Namoraram durante cinco anos e quando C. tinha vinte e quatro anos de idade, ambos decidiram casar. Posto isto, aos vinte e seis anos, C. foi mãe pela primeira vez e revelou ter sido uma gravidez desejada tanto por ela como pelo seu marido. C., após o nascimento do seu primeiro filho, deixou de trabalhar para cuidar da família a tempo inteiro. Após dois anos, C. engravidou pela segunda vez, tendo sido também este um parto desejado, “normal e sem problemas” (*sic*).

Revela que, dois anos mais tarde, por volta dos seus trinta anos de vida “estava tudo a correr bem, menos no que diz respeito ao nível financeiro” (*sic*), o que levou o casal a emigrar juntamente com os filhos para a Alemanha. Porém, C. só permaneceu lá durante aproximadamente seis anos, tendo regressado a Portugal apenas com os seus dois filhos, aos trinta e seis anos de idade, porque segundo conta teve depressão, tendo sido internada de imediato no Serviço de Psiquiatria.

O Sr. A., marido de C., permaneceu mais quarenta anos na Alemanha sozinho, pois sentia-se bastante cansado a nível psicológico, revelando estar a prejudicar a sua saúde mental uma vez que deixou de ter vida própria para prestar cuidados a C.. Ademais, o marido alegou que a utente sempre foi uma pessoa instável emocionalmente, com internamentos recorrentes em Clínicas Psiquiátricas, desconhecendo o diagnóstico. Para além destes antecedentes clínicos, a utente possui dislipidemia e diabetes tipo 1, com recurso a insulina.

C. quando regressou a Portugal com os seus dois filhos revelou que, nessa altura, foi sempre apoiada pelos mesmos, residindo no seu domicílio pessoal. Desde essa data, C. foi sempre acompanhada até à data, pelo Serviço de Psiquiatria no Hospital do concelho onde reside.

#### **5.1.5. Formulação de hipóteses de trabalho**

De acordo com as informações recolhidas, a utente apresenta queixas de grande tristeza e desespero. Coloca-se, assim, como primeira hipótese que a utente provavelmente tem dificuldades em aceitar a sua adaptação ao lar, referindo de forma significativa sentir falta do ambiente de casa, demonstrando sintomatologia depressiva

reativa à sua condição no lar, pois percebe que o facto de estar no lar se deve ao marido: “o meu marido estava «morto» para que eu viesse para o lar” (*sic*).

De encontro com a literatura, uma das questões que se levanta quando refletimos sobre a institucionalização do idoso é o processo da sua adaptação. Deste modo, a institucionalização do idoso implica um processo de adaptação e, visto que tal competência tende a diminuir com a idade, é possível concluir que as probabilidades de desajustamentos são cada vez maiores. Para autores como Cabete (2002), o processo de não adaptação reúne cognições, emoções e comportamentos que se traduzem em sentimentos de desânimo, impotência, desespero, perda de controlo, falta de suporte social e dependência.

Relativamente à sintomatologia depressiva de C., de acordo com Pereira (2012) os idosos institucionalizados tendem a possuir um autoconceito inferior e um maior índice de depressão do que os que permanecem no seu domicílio. Assim, no idoso os sintomas iniciais do quadro depressivo são relativamente inespecíficos, tais como a fadiga, perturbações de sono, tristeza e ansiedade, bem como desinteresse por hábitos e/ou prazeres habituais. Nesta medida, os sintomas mais específicos são os que decorrem da depressão do humor como também da lentificação psicomotora (Júnior & Gomes, 2014), tal como acontece com a utente C. P..

Segundo o que C. referiu, esta demonstra queixas relativas a si e aos outros, tornando óbvia, assim, a sua baixa autoestima, o que a leva a recorrer ao isolamento no seu quarto ou na sala de convívio, pelo que se coloca como outra hipótese que C. provavelmente experiêcia sentimentos de solidão juntamente com a sua baixa autoestima, acentuando o seu estado de depressão. Mesmo considerando que estes sentimentos podem surgir em qualquer faixa etária, é importante frisar que assumem maior relevo na terceira idade, na medida em que há um agravamento dos mesmos quando os idosos necessitam de ser institucionalizados após terem vivido em família e terem tido o suporte de uma verdadeira e positiva confraternização familiar intergeracional (Azeredo & Afonso, 2016). Além disso, atendendo à literatura, na terceira idade os sentimentos de solidão podem ser expressos também de forma atípica, nomeadamente, através de queixas somáticas e manifestações depressivas (Sousa, Figueredo, & Cequeira, 2004, citado em Azeredo & Afonso, 2016), tal como acontece com C. no sentido em que relatou, frequentemente, queixas somáticas – e.g. fraqueza nas pernas, dores de cabeça, fadiga - e presença de labilidade emocional.

Conforme a revisão de literatura, torna-se relevante que a relação entre o envelhecimento e a autoestima está rodeada de controvérsias. Por um lado, a literatura gerontológica garante que a velhice, quando associada a fragilidade (em termos físicos e psicológicos) afeta a autoestima do idoso (Reichel & Gallo, 2001, citado em Alencar & Pinheiro, 2018). Por outro lado, refere ainda que este construto decorre de certas etapas e experiências ao longo da vida, assegurando de que a história do indivíduo influencia a própria autoestima, a qual é estável e permanente durante o ciclo vital (Alencar & Pinheiro, 2018).

Outra hipótese de intervenção seria clarificar a própria experiência do casal, no sentido de encontrarem um equilíbrio na sua relação conjugal. Desta forma, torna-se necessário recorrer à formação pessoal numa perspetiva relacional, no sentido de valorizar a forma como o psicólogo olha para si mesmo, compreendendo a sua história num processo de crescimento. Pois a sua capacidade de sentir a dor e o sofrimento do outro, de forma a poder compreendê-lo, possibilitando, assim, a atribuição de novos significados, surge da hipótese de que este já fruiu da análise das suas mágoas e limites, das suas relações significativas, tendo encontrado novos vínculos e outras vias de interpretação e ressignificação dos mesmos (Cigoli, 1992). Através desta hipótese de trabalho, pretendeu-se estimular a imaginação e fantasia, beneficiando a interpretação e ressignificação do mundo real. Foi então possível recolher alguma informação acerca da forma como ambos concebem os papéis de esposa e seu cônjuge (Rossato, 2017).

#### **5.1.6. Proposta de intervenção e objetivos**

Considerando a história de vida da utente e atendendo à revisão de literatura, consideramos a seguinte proposta de intervenção e objetivos: (1) retomar a história de vida da utente, de forma a recuperar experiências de vida positivas, (e.g. qualidades de si própria e qualidades do casal).

A utente inicia intervenção psicológica tendo como objetivos: (1) a regulação do humor e sintomatologia depressiva; (2) a promoção da sua adaptação ao lar; (3) a promoção da sua autoestima; e, (4) realização de sessão juntamente com o cônjuge de C., de forma a que ambos tenham consciência da exaustão emocional enquanto casal.

### **5.1.7. Avaliação/Descrição e reflexão das sessões**

No decorrer dos acompanhamentos individuais de intervenção psicológica realizados com a utente C., de uma forma qualitativa e geral, foi possível compreender que a transição do seu domicílio para o lar fez com que a utente demonstrasse, semanalmente, sentimentos de tristeza e sintomatologia depressiva reativa à sua condição no lar e à “falta” de apoio que dizia sentir por parte do seu marido.

Em todas as sessões foi realizada a “criação” de contacto com a utente, isto é, a vivência da relação terapêutica por parte do profissional, através da Abordagem Centrada na Pessoa, de Carls Rogers, no sentido de mudar a perceção da utente em relação a si e aos acontecimentos passados, através de qualidades assentes na teoria de Rogers.

Assim, nas sessões procurei estabelecer a ponte da sessão anterior para a sessão seguinte, adotando o meu comportamento como uma atitude de aceitação perante a utente, o que fez com que ajudasse a estabelecer confiança na relação. Por outro lado, considerei adotar uma outra qualidade do processo terapêutico na perspetiva de Rogers - autenticidade – na medida em que eu, enquanto psicóloga estagiária, me apresento perante a utente, isto é, apresentar-me genuinamente e enquanto pessoa real no processo terapêutico. Além disso, achei relevante ainda o processo correspondente à compreensão empática na relação terapêutica – assim, tentei realçar este aspeto no sentido de compreender o mundo subjetivo da utente, de maneira a que fosse sensível para com a situação. Contudo, surge uma questão acerca da minha atitude pois poderei permitir-me “entrar” no mundo subjetivo da pessoa? Mesmo que haja apenas o mínimo de compreensão empática; uma outra questão referente à minha atitude incide sobre o facto de como devo agir perante a utente para que o meu comportamento não se apresente como uma “ameaça”?

Nas primeiras três sessões realizadas com a utente C. P., foram considerados os seguintes objetivos (a serem perseguidos nas restantes sessões): (1) a promoção da relação terapêutica, isto é, foi promovido um diálogo acerca das suas experiências de vida, os seus interesses e desejos. A importância da relação terapêutica neste primeiro contacto estabelecido com a utente partiu, primordialmente, da motivação e do pedido desenvolvido pela própria utente no sentido do psicólogo compreender quem, porquê e onde é requerida a sua ajuda; (2) a promoção da postura por parte do psicólogo na própria relação terapêutica e, por fim, (3) a promoção da escuta-ativa no sentido de refletir, escutando ativamente o que a pessoa nos tem a dizer, ou seja, aprender a escutar é

essencial a fim de desenvolver uma comunicação apropriada e eficaz. Neste sentido, a meu ver é preciso compreender a perspetiva do outro, dando a máxima atenção e estar disponível para o que a pessoa tem a dizer, no fundo é preciso prestar também atenção tanto à linguagem verbal como à linguagem não verbal durante o processo de comunicação.

Neste sentido, o objetivo das sessões consistiu, essencialmente, no aprofundamento da sua história de vida, de forma a recuperar as suas experiências de vida positivas, (e.g. qualidades de si própria e qualidades do casal). Assim, considerando o conteúdo supramencionado o primordial nestas primeiras sessões é de facto interpretar os sinais, compreendendo a experiência e história da utente, acabando por dar voz às suas necessidades e reações mais profundas, ao invés de diagnosticar uma doença.

Nestas sessões, a utente C. mostrou-se consciente, com postura colaborante, preservando orientação auto e alopsíquicas, com pensamento coerente e humor distímico. Abordou de forma significativa sentir falta do ambiente de casa, sobretudo do marido, referindo que o facto de estar no lar se deve ao mesmo “o meu marido estava «morto» para que eu viesse para o lar” (*sic*). Tal afirmação levou a que a utente se mostrasse preocupada, triste, chorosa e com humor distímico durante as sessões, pelo qual se colocou a hipótese de C. apresentar dificuldades na aceitação da sua adaptação ao lar, o que acaba por levar à presença de sintomatologia depressiva reativa à sua condição no lar.

Da quarta sessão à quinta sessão, o objetivo consistiu, maioritariamente, na promoção da sua autoestima, pois a utente ao longo das sessões demonstrou tristeza e baixa autoestima em relação a si mesma referindo que “nada me assenta bem (*sic*)”; mas também, na avaliação da sua sintomatologia depressiva, no sentido em que tendo em conta o conteúdo referido nas sessões anteriores bem como a motivação de C., foi pertinente a aplicação do teste psicométrico “Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida 15” (GDS-15) (Yesavage, 1982, adaptação portuguesa de Santos, Nunes, Kislaya, Gil, & Ribeiro (2019), na medida em que a depressão no idoso relaciona-se igualmente com o contexto social em que este está inserido (nomeadamente, ERPI) (Fernandes, 2000).

Na sexta sessão, a utente C. P. mostrou-se consciente, com postura colaborante, preservando orientação auto e alopsíquicas, apresentando labilidade emocional. Ainda nesta sessão, focou de forma significativa queixas em relação à falta de apoio e retaguarda

familiar, nomeadamente no que diz respeito ao seu cônjuge. Aquando questionada acerca de como se estava a sentir, a utente respondeu “Assim assim...há dias bons e há dias maus” (*sic*). Nesta medida, foi importante prestar apoio psicológico, atendendo à promoção da escuta-ativa e à necessidade e motivação da utente naquele momento.

Contudo, após reflexão pessoal, é notável que a utente tem vindo a revelar, semana após semana, humor distímico e discurso negativo no que diz respeito aos vários aspetos da sua vida atualmente (adaptação ao lar). Nesta medida, considerando o seu discurso e a sua postura cabisbaixa, reservada e triste ao longo das sessões, é possível observar que a utente demonstra sintomatologia depressiva reativa à sua condição no lar e aos aspetos que estão correlacionados a esta situação (por exemplo: a sua relação com o marido), pelo que será importante numa próxima sessão aplicar à utente um Inventário de Depressão no sentido de, posteriormente, atender àquelas que são as suas necessidades retomando a sua experiência de vida.

No entanto, e uma vez que a preocupação maioritária da utente se foca no marido, considere-se fulcral propor a realização de uma sessão em conjunto com o cônjuge da utente, de forma a que tanto a utente como este tomem consciência da sua situação atual e promovam as qualidades da relação enquanto casal.

Na sétima sessão, a utente C. P., inicialmente, demonstrou-se pouco colaborante (devido à sua condição no lar e, uma vez mais, à falta de apoio que diz sentir por parte do cônjuge). No decorrer da consulta, foi apresentando postura mais colaborante.

A utente nesta sessão, manteve de forma significativa queixas de insatisfação em relação à retaguarda familiar, nomeadamente no que diz respeito ao seu cônjuge, mantendo, desta forma, dificuldades de adaptação no lar. No entanto, a utente no dia anterior teve um episódio de fuga do lar enquanto estava em visita com o marido. Porém, de acordo com a Diretora Técnica do lar, o marido de C. não se apercebeu da fuga uma vez que a utente referiu no momento que ia apenas à casa de banho. No decorrer desse episódio, a utente acabou por ser encontrada por um indivíduo que estaria a passar no local (aproximadamente perto do lar) e que viu C. um pouco desorientada sem saber onde estava e para onde iria pelo que, após C. afirmar que acabaria de sair do lar, este acabou por a levar de novo à instituição. Quando confrontada em relação a esse episódio, a utente referiu que tinha vontade de regressar ao domicílio. Nesta medida, foi importante prestar apoio psicológico, atendendo à promoção da escuta-ativa e à necessidade e motivação da utente.

Considerando o conteúdo supramencionado, após reflexão pessoal, o facto da utente ter vindo a revelar, semana após semana, humor distímico, postura cabisbaixa, reservada, triste e discurso negativo no que diz respeito aos vários aspetos da sua vida atualmente (adaptação ao lar), é possível observar que a utente demonstra sintomatologia depressiva reativa à sua condição no lar e aos aspetos que estão correlacionados a esta situação (mais concretamente a sua relação com o marido), pelo que na sessão foi sugerido à utente e, consequentemente, proposto à Diretora Técnica do lar, uma nova realização de uma sessão em conjunto com o cônjuge da utente de forma a que tanto a utente como este tomem consciência, uma vez mais, da sua situação atual.

Após chamada telefónica com o cônjuge da utente, este considerou importante reunir com a Psicóloga da instituição e com a sua esposa no sentido de dar solução à situação da esposa. A sessão com o marido de C. ficou marcada tendo sido abordados nessa sessão aspetos positivos e negativos de cada um, como por exemplo, as qualidades pessoais e enquanto casal, bem como os motivos que até ao momento os levaram a manterem a sua relação conjugal.

Por fim, torna-se importante realçar dois aspetos: (1) uma vez que o estágio curricular foi suspenso por tempo indeterminado (devido à pandemia do Covid-19), também os acompanhamentos individuais realizados com os utentes foram interrompidos nesse mesmo dia, tendo sido dados como terminados; (2) a duração média das sessões individuais foi de cerca de trinta minutos a quarenta e cinco minutos e o local das mesmas era alterado consoante a colaboração de C., ou seja, as sessões tanto se realizavam na sala de reuniões do lar, como no quarto da utente.

Apesar destas limitações, no geral, foi possível estabelecer uma relação empática com a utente e foi visível e significante a evolução de C. ao longo dos acompanhamentos individuais, promovendo, desta forma, o sucesso da intervenção.

## **6. Intervenção em grupo**

Atendendo ao levantamento de necessidades, assim como ao critério com o qual a população foi selecionada, com o auxílio da Psicóloga e da Animadora Sociocultural da instituição, verificou-se a necessidade de realizar uma intervenção em grupo, constituída inicialmente por onze sessões, com a duração de quarenta e cinco minutos, direcionada para nove utentes do CD do LNSM. Todavia, só foi possível realizar sete sessões, dado que as restantes sessões da intervenção (sessão oito, nove, dez, onze e doze) foram

interrompidas no dia 09/03/20 pela suspensão do estágio devido à pandemia do Covid-19 (Anexo VII).

### **6.1. Fundamentação teórica**

O envelhecimento acarreta certas problemáticas na vida de cada indivíduo, que por sua vez leva a uma desvalorização do papel do mesmo enquanto pessoa. Desta forma, torna-se primordial abordar, ao longo das sessões da intervenção em grupo, a Terapia da Reminiscência no sentido em que esta, enquanto processo mental normativo intrínseco ao ser humano (Butler, 1963, citado em Marques, 2012), permite que os mesmos recordem experiências, positivas ou negativas, do passado e de si mesmos, o que pode conduzir ao reconhecimento da sua identidade e valor enquanto ser humano (Bluck & Alea, 2009, citado em Santos, 2012). Ainda que não seja exclusiva de uma etapa específica do ciclo vital, torna-se, progressivamente, mais vigente à medida que o indivíduo envelhece (Cappeliez, O'Rourke, & Chaudhury, 2005).

Outrora, não eram incentivados o relato e a reflexão sobre as experiências passadas (Santos, 2012). Contudo, atualmente é fundamental que a reminiscência seja abordada, tanto ao nível social como ao nível dos cuidados de saúde física e psicológica (Santos, 2012), na medida em que este processo pode ser desencadeado de forma intrapessoal através de cognições, evocações, memórias e recordações exploradas pelo próprio, ou de forma interpessoal, quando são partilhadas temáticas do passado em grupo (Gonçalves & Martín, 2007, citado em Marques, 2012), com a vantagem de estimular a reconciliação com a própria história de vida, de promover a adaptação a transições de vida (Hanaoka & Okamura, 2004), bem como a promoção da autoestima (Wang, Hsu, & Cheng, 2005), favorecer o processo de luto (Puyenbroeck & Maes, 2005) e diminuir a sintomatologia depressiva (Wang et al., 2005).

Embora a recordação de experiências passadas possa ocorrer diariamente, esta apresenta-se com um carácter mais espontâneo e menos avaliativo e estruturado, tanto na perspetiva cronológica como na conexão entre os temas recordados, quando implementada em grupo (Lopes, 2015). Neste sentido, a reminiscência pode ser partilhada na intervenção grupal sob diversas formas, nomeadamente:

(1) objetos - estes permitem que o utente recorde acontecimentos, de acordo com a forma como os encara, o sentimento subjacente aos mesmos, assim como o seu peso e textura;

(2) fotografias - podem auxiliar na recuperação de memórias, no sentido em que revelam pormenores e facilitam detalhes na recordação de acontecimentos e histórias de vida passadas;

(3) cheiros e sabores - ambos podem evocar memórias que remetam para experiências passadas na infância através do cheiro de flores, legumes, determinados locais/contextos, sabores associados a épocas festivas e a alimentos favoritos, por exemplo;

(4) sons e música - ao utilizar ou evocar certos sons e músicas é possível despertar no utente, memórias vívidas no passado, pelo que as músicas e canções de épocas anteriores da vida do utente funcionam como um forte estímulo, sendo que provocam, maioritariamente, memórias que remetem a ocasiões sociais, a datas significativas e até a relacionamentos pessoais (Schweitzer & Bruce, 2008). Na intervenção em grupo, na sessão direcionada para a música, em que os utentes interpretam canções e tocam instrumentos, esta técnica permite que seja construída uma identidade grupal e um sentimento de pertença ao mesmo;

(5) uso de palavras e frases - o facto de o utente escrever/ relatar as suas memórias permite, desde logo, que haja uma promoção no seu bem-estar pois pode permitir a recuperação de experiências esquecidas até ao momento;

(6) leitura - o ato de ler é considerado uma experiência terapêutica de cuidado com o ser, pelo facto de que o momento da leitura é tido como um momento fulcral para a obtenção da catarse, ou seja, a libertação das emoções por parte do utente (Fraga Azevedo & Haydê Oliveira, 2016);

(7) e, o contacto intergeracional e grupal – prática que consiste na troca, passagem de experiências dos mais velhos para os mais novos. Esta técnica é considerada de extrema importância na reminiscência, pois permite ao utente desencadear e recriar um conjunto de memórias da sua infância junto dos mais novos (Santos, 2012).

Segundo Marques (2012), a eficácia da utilização da Terapia da Reminiscência com utentes depende, essencialmente, de quatro fatores fundamentais: o respeito e valorização das especificidades de cada utente, os objetivos estabelecidos, a adaptação aos materiais e ao contexto, a definição de estratégia de desenvolvimento e de avaliação dos resultados. À vista disso, as intervenções em grupo trazem benefícios ao nível da saúde física e mental, do desenvolvimento pessoal, da promoção de aptidões relacionais

e do treino de competências do utente, otimizando os recursos técnicos das instituições (António, 2010).

Considerando o conteúdo supramencionado, a intervenção a realizar considera o modelo teórico Humanista, uma vez que este defende uma visão globalizante do ser humano, enfatizando a vivência das emoções e sentimentos, a comunicação, a subjetividade, a intuição, o relacionamento interpessoal e o self em processo de crescimento de aceitação de si (Moreira, 2009). Mais que um conjunto de técnicas, é uma filosofia que inclui objetivos de colaboração, democratização e flexibilidade, empatia, encontro e partilha (Bezerra, 2012).

A corrente humanista prende-se na construção que o paciente faz de si próprio e em vez de se debruçar sobre os sintomas, os sinais e os comportamentos, tenta compreender o paciente a partir da sua história singular, como pessoa única e original. Enfatiza, neste sentido, o valor da relação humana e considera o terapeuta um facilitador do crescimento pessoal, defendendo que todo o ser humano apresenta uma tendência intrínseca para a atualização (Greenberg & Messer, 1997; Leal, 2005).

Deste modo, as especificidades que distinguem esta abordagem derivam do seu compromisso através de: (1) valorização do crescimento pessoal, mediante o foco nos aspetos mais desenvolvidos e benéficos da experiência humana (criatividade e tolerância); (2) a valorização da experiência subjetiva do indivíduo; (3) a enfatização do presente do que o passado ou o futuro; (4) o destaque de que cada indivíduo é responsável pelo que acontece na sua própria vida e que não existem condições passadas que pré-determinem o presente; (5) a procura de aplicar as suas descobertas ao aprimoramento da condição humana de forma a promover alterações no meio em que as pessoas se desenvolvem; (6) e, por fim, pressupondo que quando são proporcionadas as condições apropriadas, os indivíduos desenvolvem-se favoravelmente (Cloninger, 2003, citado em Campos, 2016).

Segundo Rogers, a relação terapêutica é significativa e de extrema transparência por parte do terapeuta, na medida em que o indivíduo sente um desejo contínuo de compreender, assente numa compreensão empática mútua, profunda e sensível, onde os sentimentos reais se mostram evidentes e que possibilita ao terapeuta ser coerente ao ver o mundo particular do cliente através de seus olhos; pela aceitação, tolerância e respeito do outro como um alguém independente, valorizando o próprio mérito. Quando essas condições são alcançadas, o terapeuta acompanha o cliente no processo pela busca de si

mesmo (Rogers, 2002).

Decorrente desta ideia de que a intervenção facilita um processo de mudança espontânea com origem na pessoa, Rogers desenvolveu a metodologia Grupos de Encontro com o intuito de proporcionar e acentuar o crescimento pessoal e o desenvolvimento, bem como o aperfeiçoamento da comunicação e das relações interpessoais, através de um processo experiencial (Rogers, 2002; Schmidt, 2011).

Neste sentido, o Grupo de Encontro rogeriano, com a finalidade de comunicar e partilhar em grupo experiências pessoais, conflitos e dificuldades na esfera do relacionamento interpessoal, sob os cuidados de um facilitador, é, na verdade, a versão grupal da psicoterapia e do aconselhamento individual professado pela psicoterapia centrada no cliente. De forma a providenciar uma aprendizagem significativa, tendo preferencialmente finalidades formativas e não propriamente terapêuticas, que são tão úteis para lidar com o sofrimento psicológico como para a formação de profissionais da área da saúde, esferas nas quais foram, e ainda são, largamente usados. Assim, podemos entender como os fundamentos da prática psicoterapêutica são as bases para a projeção de transformação social de Rogers (1975) (Schmidt, 2011).

No decorrer do processo de grupo de encontro são evidenciadas algumas fases, fases essas em que as pessoas, de forma gradual e interpessoal, tendem, num momento inicial a hesitar e resistir à expressão ou explorações pessoais. Todavia, com o decorrer das sessões, tende a existir uma maior aproximação, genuína e consciente, por parte dos elementos do grupo na descrição e expressão de sentimentos negativos, de caráter pessoal e interpessoal, experienciados no passado. Com o passar do tempo e o desenvolvimento de uma capacidade terapêutica no grupo, os elementos tendem a valorizar a aceitação do eu e o começo da mudança, de forma mais congruente, no sentido do indivíduo começar a ser visto pelo outro como um objeto de reação (feedback); isto é, a reação que um indivíduo provoca no outro, levando, posteriormente, à confrontação (Rogers, 2002).

Durante a experiência do grupo, é estabelecido o “encontro básico”, ou seja, fase em que este dispõe o acesso a informações e a partilha de sentimentos com maior intimidade. Esta entrega na relação tem como consequência mudanças de comportamento no grupo, como resultado das vivências em contexto, desenvolvendo, assim, uma relação de maior proximidade entre os seus integrantes, o favorecimento de crescimento pessoal e a capacidade de entreaajuda (Rogers, 2002).

Em suma, tal como refere Rogers, o indivíduo inserido num grupo de encontro acaba por se conhecer mais plenamente a si próprio e a cada um dos outros, do que o que lhe é possível nas relações habituais ou de trabalho. Toma conhecimento profundo dos outros membros e do seu eu interior, o eu que, de um outro modo, tende a ser ocultado na sua plenitude. A partir daí, relacionar-se-á significativamente com outros, não só em contexto grupal, mas também, mais tarde, nas diferentes situações de vida diárias (Albuquerque, 2011; Rogers, 2002).

No intuito de melhor compreender a singularidade dos idosos, o terapeuta deve capacitar quais os contextos sócios históricos, culturais e económicos que constituem a construção identitária desta faixa etária (Rosas, 2015). Neste sentido, na avaliação dos efeitos dos grupos de encontro, fica patente a consideração do grupo como um *setting* para o crescimento pessoal dos indivíduos. Esses efeitos são descritos por Rogers (1975) como: o fortalecimento dos sentimentos, a atualização do eu e autodeterminação, o compromisso e metas interiores, a autoaceitação e autoestima, a congruência entre o eu percebido e o eu ideal, a confiança, a diminuição do autoritarismo em relação aos outros, a maior aceitação dos outros, o menor interesse no controle de outros e maior interesse na participação de outros e maior competência para o trabalho em equipe (Rogers, 2002). O pressuposto consiste na conceção de que as mudanças alcançadas pelos indivíduos que frequentavam os grupos de encontro provocariam ressonâncias nos âmbitos familiares e institucionais nos quais esses indivíduos viviam, como forma de reavivar a própria estabilidade (Schmidt, 2011).

## **6.2. População-alvo e objetivos**

A intervenção em grupo versou sobre um programa de reminiscência, constituído inicialmente por onze sessões. Porém, no total só foi possível realizar sete sessões - devido à suspensão do estágio - uma vez por semana, tratando-se assim de uma intervenção de média duração, com a duração de, aproximadamente, quarenta e cinco minutos cada.

A população alvo da intervenção em grupo foi constituída por nove utentes do CD do LNSM, com idades compreendidas entre os 51 e os 87 anos, dos quais dois do sexo masculino e sete do sexo feminino.

O objetivo geral da intervenção em grupo consistiu em promover a estimulação da memória através da reminiscência, considerando o uso de eventos, sentimentos e

experiências de vida passadas, sendo que os objetivos específicos foram: (1) reabilitar a memória; (2) promover o bem-estar e satisfação; (3) promover a autoestima; (4) perseverança e estimulação das capacidades sociais e cognitivas; (5) promoção do contacto intergeracional e grupal; (6) reduzir o risco do isolamento social.

### 6.3. Estrutura Metodológica e Planeamento das sessões

Atendendo à metodologia da intervenção, previa-se inicialmente que a mesma fosse realizada em três fases: pré-teste, concretização das sessões e pós-teste. Todavia, devido às circunstâncias face à pandemia Covid-19, como referido anteriormente, só nos foi possível pôr em prática a metodologia da intervenção, alterada e adequada conforme as necessidades e perigos inerentes a esta situação excecional. Assim, numa primeira fase, foi realizada a avaliação inicial (pré-teste) e, numa segunda fase foram realizadas sete sessões em grupo. Dada a suspensão e o fecho do CD, a avaliação final da intervenção (pós-teste) apenas foi concretizado qualitativamente.

A elaboração das sessões teve por base a abordagem da Terapia da Reminiscência, no sentido em que este processo pode ser desencadeado de forma intrapessoal através de cognições, evocações, memórias e recordações exploradas pelo próprio utente, ou de forma interpessoal, quando são partilhadas temáticas do passado em grupo (Marques, 2012). É de realçar que em todas as sessões, primeiramente os participantes eram acolhidos individualmente e pessoalmente, utilizando o nome de cada um e eram recordadas cada sessão anterior. No final de todas as sessões, procurava-se resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada, agradecendo individualmente a participação e relembando a data, hora e tema da sessão seguinte.

Na tabela seguinte serão descritas as sessões realizadas na intervenção em grupo, desta forma, será possível observar as sessões bem como, os seus objetivos específicos e conteúdos programáticos/atividades de cada sessão.

Tabela 3

*Estrutura Metodológica e Planeamento das sessões.*

| Nº Sessão            | Objetivos                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.<br>“Quem sou eu?” | -Estabelecer o primeiro contato em grupo;<br>-Apresentar a intervenção em grupo, aludindo à Terapia da Reminiscência;<br>-Estabelecer compromisso de participação;<br>-Promover orientação espaço-temporal. |

Continua

| Nº Sessão                                                      | Objetivos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>2.</b><br/><b>“A reminiscência começa em mim!”</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a interação grupal.</li> <li>-Fomentar um estilo de reminiscência de forma a evocar acontecimentos de vida passados, valorizando cada participante ao nível social e pessoal;</li> <li>-Facilitar o sentimento de integridade do eu;</li> <li>-Fomentar a adaptação às transições de vida;</li> <li>-Estimular memória a longo prazo.</li> </ul>                                                                                                                      |
| <p><b>3.</b><br/><b>“Música para os meus ouvidos.”</b></p>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estimular a memória a curto e longo prazo;</li> <li>-Promoção das relações intra e interpessoais no grupo, mediante a perseveração da memória autobiográfica de cada participante;</li> <li>-Promoção e reabilitação da musicoterapia e de todo o seu contexto, associando emoções e valores de prazer (positivos) ou de desprazer (negativos) atribuídos à história de vida de cada participante;</li> <li>-Promover e preservar a identidade social e individual.</li> </ul> |
| <p><b>4.</b><br/><b>“Jogo das Profissões.”</b></p>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estimular a memória a curto e longo prazo;</li> <li>-Estimular a atenção e concentração;</li> <li>-Estimular o raciocínio.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p><b>5.</b><br/><b>“Vasos da amizade.”</b></p>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estimular a memória a curto e longo prazo;</li> <li>-Estimular a atenção e concentração;</li> <li>-Estimular as capacidades percetivas;</li> <li>-Fomentar um estilo de reminiscência de forma a evocar acontecimentos de vida passados relacionados com a amizade e seus valores;</li> <li>-Promover as relações interpessoais;</li> <li>-Promover a interação grupal e social;</li> <li>-Promover orientação espaço-temporal.</li> </ul>                                     |
| <p><b>6.</b><br/><b>“Como nos expressamos”</b></p>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Promoção das relações interpessoais;</li> <li>-Estimular a memória e a abstração lógica;</li> <li>-Promover a concentração e a atenção;</li> <li>-Estimular a criatividade e expressão artística;</li> <li>-Potenciação das redes de interação social;</li> <li>-Identificação das diferentes expressões faciais;</li> <li>-Partilha de emoções;</li> <li>-Promover orientação espaço-temporal.</li> </ul>                                                                     |
| <p><b>7.</b><br/><b>“Gastronomia tradicional do Minho”</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estimular a memória a curto e longo prazo;</li> <li>-Promover as relações interpessoais;</li> <li>-Fomentar um estilo de reminiscência de forma a evocar receitas e pratos tradicionais do passado, valorizando cada participante ao nível social e pessoal;</li> <li>-Promover a interação grupal;</li> <li>-Promover orientação espaço-temporal.</li> </ul>                                                                                                                  |

| Nº Sessão                                             | Objetivos                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.<br>“Recordar é viver.”                             | -Estimulação multissensorial;<br>-Fomentar um estilo de reminiscência de forma a evocar acontecimentos de vida passados, valorizando cada participante ao nível social e pessoal;<br>-Facilitar o sentimento de integridade do eu;<br>-Promover a interação grupal e social; |
| 9.<br>“Horta doméstica.”                              | -Estimulação psicomotora e cognitiva;<br>-Estimulação da motricidade global e fina;<br>-Promover a interação grupal e social;<br>-Promover orientação espaço-temporal.                                                                                                       |
| 10.<br>“Viagem no tempo à minha infância.”<br>Parte 1 | -Estimular a memória a curto e longo prazo;<br>-Estimular a concentração, a compreensão verbal e o raciocínio.<br>-Promover a interação grupal e social;<br>-Promover a relação e contacto intergeracional;<br>-Promover orientação espaço-temporal.                         |
| 11.<br>“Viagem no tempo à minha infância.”            | -Estimular a memória a curto e longo prazo;<br>-Estimular a concentração, a compreensão verbal e o raciocínio.<br>-Promover a interação grupal e social;<br>-Promover a relação e contacto intergeracional;<br>-Promover orientação espaço-temporal.                         |
| 12.<br>“Caixinha de surpresas.”                       | -Incentivar a partilha a nível pessoal e social de opiniões e experiências vividas em grupo durante o desenvolvimento das sessões;<br>-Promover orientação espaço-temporal;<br>-Avaliação da intervenção em grupo.                                                           |

#### 6.4. Materiais utilizados

De forma a realizar a intervenção em grupo foram utilizados os seguintes materiais: um calendário de compensação (utilizado em todas as sessões); novelo de lã; coluna de som, computador e imagens (alusivas à gastronomia/receitas tradicionais, religião, música, festas de romaria, profissão/trabalho, família, local onde nasceu, relações amorosas e escola, a cantores tradicionais e acontecimentos vividos da época dos utentes - por exemplo, 25 de Abril); objetos/instrumentos que remetam para as profissões do tempo dos participantes - por exemplo: sachola, dedal e linha, pincel, martelo, livros, etc.); Pequenos vasos de terracota; terra de jardim; corações recortados em cartolina; pequenos paus de madeira; cola quente; fitas de cetim para laços e papillons; marcadores; palavras-chave/valores da amizade em papel; *smiles* a expressarem diversos sentimentos e emoções; caixa de madeira; conjunto de letras em madeira do abecedário; imagens

ilustrativas de sobremesas tradicionais e regionais do Minho (por exemplo: Aletria; Rabanadas; Bolo Rei; Leite Creme; Pastel de Nata; Pudim; Doces brancos; Mexidos; Sonhos e Pão de ló); doces confeccionados pelas estagiárias (“Sonhos” e “Pão de Ló”); sementes de flores; ervas aromáticas; floreiras; adubo; objetos para a recriação de jogos tradicionais (“Jogo do pião” e “Jogo do lencinho”); livros de contos tradicionais; bombons de chocolate e, por último diploma de participação na intervenção em grupo.

### **6.5. Avaliação da intervenção em grupo (análise qualitativa)**

No sentido de proceder à avaliação da intervenção em grupo, no final de cada sessão os utentes eram sempre questionados individualmente, de forma a darem o seu *feedback* acerca dos aspetos positivos e negativos dos temas abordados, referindo ainda possíveis dificuldades que sentiram e sugerindo alguns subtemas com os quais se identificassem a serem abordados nas sessões seguintes. Com esta partilha de opiniões e sugestões, no geral, os utentes consideraram a intervenção útil e significativa, no sentido em que recordaram e partilharam em grupo memórias e eventos vivenciados no passado.

No decorrer das semanas, alguns utentes deixaram de participar nas sessões, uns por motivo de doença e outros por desistência própria. Todavia, os utentes que se mantiveram no grupo, desde o início ao término da intervenção, demonstraram-se colaborantes, participativos e motivados no que concerne às temáticas abordadas nas atividades.

### **6.6. Reflexão e limitações da intervenção em grupo**

Considerando a natureza qualitativa da avaliação final, a intervenção em grupo, no geral, foi positiva e reveladora, verificando-se que ao longo das sessões houve uma maior interação entre os participantes, assim como uma agradável colaboração, cooperação e motivação nas atividades, bem como uma maior confiança e momentos de partilha de histórias, gradualmente, entre todos, tornando as sessões mais produtivas. A maioria dos utentes revelou melhorias ao nível do humor, assim como ao nível da orientação espaciotemporal e da memória.

No que diz respeito à assiduidade e participação dos utentes, a maioria interagiu com facilidade, demonstrando interesse pelos temas abordados e pelas atividades realizadas. Porém, a partir da segunda sessão, três utentes deixaram de participar no grupo por vontade própria, o que me leva a refletir e a questionar-me a mim mesma sobre o

motivo da desistência. Por vezes, tal resistência à colaboração num contexto análogo a este pode provir de outras problemáticas, como o facto de não se sentirem confortáveis com os temas abordados nas atividades ou apresentarem desmotivação para a realização de qualquer atividade proposta, ou por sentirem dificuldades em socializar, entre outros, que podem também ser o produto de inexperiência.

Ao longo da intervenção, foi ainda possível apurar as competências técnicas adquiridas ao longo das sessões, sobretudo, através do sentimento de gratificação por parte dos utentes, no sentido de lhes termos proporcionado a oportunidade de exprimirem os seus sentimentos, pensamentos, angústias e experiências vivenciadas ao longo da vida, acabando por referirem, muitas vezes, o facto de nós demonstrarmos interesse em escutar a partilha das suas experiências e vivências. Tratando-se a população da terceira idade de uma faixa etária cuja maior necessidade é de serem reconhecidos como seres humanos “ricos” de conhecimentos e valores, julgo nos termos enquadrado nessa população desde o início da intervenção, tanto pela facilidade e interesse que sempre demonstramos, como pelas aprendizagens que vivenciamos juntamente com eles, semanalmente.

Tendo em conta o feedback positivo por parte dos utentes e revelando que os objetivos pré-estabelecidos foram alcançados globalmente, da mesma forma, no decorrer da intervenção tentamos proporcionar um contexto de apoio e não de julgamento ao outro, tendo sido necessário, por vezes, recorrer ao silêncio no sentido de proporcionar um espaço de abertura e de expressão de sentimentos e emoções.

Ademais, a confiança estabelecida, gradualmente, entre nós e os participantes foi também um elemento primordial que, posteriormente, nos possibilitou desenvolver com sucesso as sessões, facilitando a relação entre os pares bem como a partilha das suas histórias de vida. Permitiu-nos ainda a promoção e a estimulação da relação empática entre o psicólogo e utente (que por vezes se torna difícil) na medida em que nos colocamos no lugar do outro, olhando-o de forma positiva como um todo, aceitando os seus ideais de vida. Pois, antes de sermos psicólogos, somos seres humanos e, consequentemente, temos o dever de estar disponíveis para conhecer o outro na sua totalidade e não apenas a sua problemática uma vez que a pessoa não se trata de um conjunto de sintomas, isto é, devemos atender à pessoa enquanto pessoa, enquanto a sua história de vida e possíveis necessidades.

É de referir, por último, que a intervenção sofreu alterações ao longo das sessões, uma vez que tivemos sempre em consideração as necessidades de cada participante (e.g.

no final de cada sessão, a pedido do grupo, eram rezadas orações, nomeadamente, a Deus (Pai Nosso) e à Virgem Maria (Avé Maria), pelo simples facto de todos os elementos do grupo terem sentido de religiosidade e de fé presentes no seu dia-a-dia. Tal pedido, tornava-se a cada sessão uma necessidade do grupo, fortalecendo, assim, a relação empática entre os pares.

Por fim, como principal limitação, estão presentes características pessoais de alguns participantes que se recusaram a colaborar nas sessões, assim como, do horário de atividades do CD, isto é, por vezes o dia pré-estabelecido das sessões da intervenção em grupo teve de ser alterado devido a atividades do CD realizadas no exterior da Instituição.

## **7. Ações de formação**

Considerando o levantamento de necessidades da instituição, inicialmente – isto é, antes da suspensão do estágio devido à pandemia Covid-19 - estava previsto desenvolver a ação de formação “Humanizar, Cuidar e Respeitar”, promovendo o desenvolvimento de uma ação de sensibilização, no sentido de sensibilizar os familiares para a importância da humanização dos cuidados ao doente em diversos contextos (UCCI, ERPI’s e domicílio), uma vez que se torna, cada vez mais, essencial abordar e facultar ferramentas/estratégias aos familiares no momento pós-alta, atendendo às dificuldades e necessidades de cada utente. Contudo, na prática não foi possível a sua realização.

Por sua vez, considerando a retoma do estágio via online, no dia 14 de abril, surgiu a necessidade de realizar uma Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19), direcionada aos colaboradores dos lares da SCMB com recurso a pósteres (posteriormente afixados na instituição).

Assim, foram desenvolvidas duas ações de formação: (1) ação “Humanizar, Cuidar e Respeitar” - focada nos cuidados humanizados ao doente; e, (2) Campanha de sensibilização em período de pandemia (Covid-19).

### **7.1. Fundamentação teórica da ação de formação “Humanizar, cuidar e Respeitar”**

O envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo, sendo um processo adaptativo, gradativo e contínuo, que se traduz numa série de alterações, as quais dependem de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Ortiz, Ballesteros & Carrasco, 2006). Neste sentido, o processo de envelhecimento está associado ao declínio cognitivo, sendo que as capacidades mais afetadas são a atenção, a concentração e o raciocínio

indutivo (Schaie & Willis, 1996). Todavia, estudos revelam que este declínio não é consequente de uma componente puramente biológica, dado que existem outros fatores que podem influenciar todo este processo, como o nível educacional, laboral e motivacional, o estado da saúde, a personalidade e o estilo de vida (Ortiz et al., 2006; Zimmerman, 2000).

### **Importância do envolvimento da família no processo de institucionalização**

Entre as adaptações às quais os idosos são sujeitos está presente o processo de institucionalização, que representa uma fase de grandes mudanças, pois implica o estabelecimento de novas relações, a adaptação a um ambiente desconhecido, a diminuição ou perda do papel que o indivíduo desempenha na família e na sociedade, aprender a lidar com os sentimentos de abandono que por vezes surgem, e com a ansiedade decorrente de todas estas alterações (Herédia, Casara, & Cortelletti, 2007).

Rogers fundamenta que o estudo do contexto familiar deve merecer uma atenção especial, na medida em que a conotação entre a família e o cuidado do indivíduo é indispensável no cuidado integral à pessoa idosa. Desta forma, o profissional deverá considerar o potencial da família, envolvendo-a e mobilizando-a para um cuidado diligente ao idoso. Nesta medida, considerar a família promove o seu grande potencial de aliada na manutenção do bem-estar dos idosos, um potencial que também terá repercussões nas suas ações (Rogers, 1975). Desta forma, é essencial compreender a família nas suas interações com o utente e vice-versa, numa perspetiva de tomarmos consciência de que estes possuem forças e fragilidades que condicionam ou potencializam a relação que estabelecem. Por outro lado, é também fulcral entender que cada família possui uma cultura própria, com valores e significados únicos em cada contexto (Duarte & Diogo, 2000).

### **Humanização dos cuidados ao doente**

A humanização dos cuidados remete para o homem, o ser humano que recebe cuidados desde a sua conceção até à morte. O ato de humanizar é, assim, próprio da natureza humana e humanitária, que procura o bem-estar individual e coletivo, incluindo valores como a benevolência, a clemência, a compaixão, respeitando-se, deste modo, a pessoa como um fim e não como um meio. Os conceitos de humanização e de cuidados são nesta medida dois conceitos indissociáveis, em que a humanidade é evidenciada,

principalmente, pelo cuidado, e em que o cuidar designa amor, amizade e terapia (Corbani, Brêtas, & Matheus, 2009).

Deste modo, humanizar os cuidados ao doente implica, portanto, abrir-se ao outro e acolher, de forma solidária e legitimamente, a diversidade do mesmo, tornando o ambiente agradável e menos tenso, de forma a proporcionar ao doente um atendimento mais seguro e afetuosos. É, à vista disso, um ato de unir a competência técnica à ternura humana, permitindo ao profissional de saúde utilizar a comunicação como meio para compreender a história de vida, o modo de ser e de agir do doente, bem como compreendê-lo como ser humano em todas as suas dimensões (Freitas, 2017). Em suma, entende-se o ato de cuidar como um ideal ético, o que confere a condição de humanidade ao indivíduo, no sentido em que o ser humano encontra o significado da sua própria vida por meio do cuidado (Sanches et al., 2016).

### **Abordagem de cuidados centrados na pessoa**

O indivíduo é um ser humano inserido num contexto social e relacional, o que implica o reconhecimento da pessoa e o respeito numa relação de confiança, pelo que esta abordagem supera os domínios do cuidado físico e mental, valorizando a individualidade, centrando-se nas experiências da pessoa idosa, nas suas ambições, preocupações e nas relações significativas no decorrer da sua vida (Clarke, Jane Hanson & Ross, 2003). Trata-se de uma filosofia de cuidados indispensável, quando a pessoa reside em instituições de longo prazo (Sidani, Streiner & LeClerc, 2012).

Neste seguimento, assente na metodologia humanista rogeriana, a abordagem de cuidados centrados na pessoa reconhece a importância de se estabelecer planos de cuidados individualizados, determinados na sua história de vida, considerando as suas necessidades e preferências (Stein-Parbury et al., 2012).

De acordo com a “The Health Foundation” (2018), um cuidado referencial deve ser composto por quatro princípios ligados ao cuidado centrado na pessoa, tais como: (1) Assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito; (2) Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento coordenado; (3) Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento personalizado; (4) Apoiar as pessoas para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena no momento pós-alta. Posto isto, toda a intervenção do cuidado centrado na pessoa, em qualquer experiência com o cuidado de saúde, envolverá uma combinação desses

princípios e, caso a pessoa for dependente em elevado grau (por exemplo, se estiver inconsciente ou tiver algum tipo de incapacidade), será necessário dar mais ênfase aos princípios de dignidade, compaixão e respeito, coordenação e personalização (The Health Foundation, 2018).

Preconiza-se, assim, que os profissionais devem reconhecer primeiramente que antes das pessoas se tornarem pacientes, são seres humanos capazes de promover e proteger a sua saúde e, conseqüentemente, devem compreender que a abordagem de cuidados centrados na pessoa versa sobre um processo relacional e interpessoal, e que práticas negativas ou inadequadas poderão provocar comportamentos disruptivos, acabando por influenciar diretamente o bem-estar da pessoa (Stein-Parbury et al., 2012).

#### **7.1.1. População-alvo e objetivos da ação de formação “Humanizar, cuidar e Respeitar”**

A ação de formação “Humanizar, cuidar e Respeitar” teria sido realizada, mediante uma apresentação oral, direcionada para os familiares dos utentes de média e longa duração da UCCI de Santo António, num momento único, tendo como objetivo geral sensibilizar para a importância da humanização dos cuidados ao doente em diversos contextos (UCCI, ERPI’s e domicílio).

Nesta medida, os objetivos específicos concernem em: (1) esclarecer os familiares sobre a importância da humanização dos serviços; (2) dar a conhecer estratégias para lidar com os utentes no momento pós-alta; (3) dar a conhecer aos familiares os apoios e cuidados de saúde existentes na comunidade; e, (4) promover a importância do suporte familiar no processo pós-alta. Além disso estava previsto facultar aos familiares panfletos informativos sobre a temática desenvolvida, após concluída a ação.

A avaliação da ação de formação iria ser realizada mediante a aplicação de um Questionário de Avaliação de Satisfação que reúne os parâmetros relativos à apreciação global da ação, à qualidade das oradoras bem como à qualidade do ambiente.

#### **7.2. Fundamentação teórica da Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19)**

O período que vivemos, com a pandemia da Covid-19, tem criado um grande impacto na Instituição, na vida dos utentes da SCMB (crianças, idosos e pessoas doentes),

mas também na dos colaboradores, que, face a várias medidas de contingência implementadas, se veem perante novas rotinas e novos horários.

Assim, o Serviço de Psicologia da SCMB reforçou o apoio aos colaboradores, que, na linha da frente, a Ser e Fazer Misericórdia, se mantêm determinados a Cuidar, Acarinhar e Servir.

Neste sentido, esta campanha foi divulgada através de três pósteres com o intuito de sensibilizar os colaboradores para a problemática em questão, valorizando o seu papel na Instituição, promovendo técnicas de relaxamento progressivo muscular (Jacobson, 1920), estratégias e dicas para lidar com a ansiedade (Ordem dos Psicólogos, 2020), bem como técnicas de motivação num período de pandemia (Ordem dos Psicólogos, 2020) (Anexo IX, X e XI).

Posteriormente, em conformidade com os objetivos da Campanha de Sensibilização, foi realizado e publicado um vídeo com a colaboração do Gabinete de Comunicação e *Marketing*. Primeiramente, para a realização do vídeo, foi elaborado um guião, direcionado para os utentes das valências da terceira idade, com as seguintes questões relativas à situação Covid-19:

- (1) Como se tem sentido com esta nova realidade?
- (2) O que mudou aqui no seu dia a dia?
- (3) Sente saudades dos seus familiares?
- (4) O que acha de apenas poder ver os familiares pelo vidro e/ou por videochamada?
- (5) Em que medida os colaboradores o têm apoiado nesta fase?
- (6) Quais as suas expectativas para o futuro relativamente a este vírus?

Ademais, foram também desenvolvidas estratégias para os familiares dos utentes no sentido em que, de forma a prevenir o aparecimento de casos nas ERPI's, as visitas dos familiares aos utentes foram suspensas. Tal facto despoletou, maioritariamente, sentimentos negativos nos utentes bem como nos seus familiares, pelo que, se tornou crucial adotar algumas estratégias que ajudassem a ultrapassar essa fase (Anexo XII).

### **7.2.2. População-alvo e objetivos da Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19)**

A Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19), direcionada para os colaboradores, utentes e familiares das valências da terceira idade da SCMB e

UCCI, foi realizada mediante um conjunto de cartazes de sensibilização afixados em zona destinada a colaboradores e utentes nas valências supramencionadas.

Desta forma, os objetivos da Campanha de Sensibilização promovem: (1) Gestão de stress de colaboradores no período de pandemia; (2) Motivação dos colaboradores perante situações de mudança constante; (3) Reconhecimento da importância do seu papel na prevenção do aparecimento de casos nas ERPI's; (4) Diminuição da sobrecarga emocional dos colaboradores associada ao surto pandémico; e, (5) Estimulação e aprendizagem de estratégias de relaxamento.

### **7.3. Reflexão e limitações das ações de formação**

No que diz respeito à ação de formação “Humanizar, cuidar e Respeitar”, tornou-se uma limitação o facto de não ter sido possível a sua realização na prática como tinha sido formulada inicialmente, na medida em que os utentes institucionalizados na UCCI, tratam-se de utentes que em breve terão alta e, nesse sentido torna-se crucial sensibilizar os familiares dos mesmos acerca da humanização dos cuidados ao utente em contextos pós-alta (UCCI, ERPI's e domicílio).

Relativamente à Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19), esta foi desenvolvida ultrapassando as dificuldades impostas pela pandemia. Numa perspetiva pessoal, a realização desta campanha revelou-se um êxito pois os objetivos da mesma foram alcançados com sucesso. Da mesma forma, considero que é relevante realçar que vivenciar um período de pandemia num contexto institucional não é tarefa fácil, pelo que acredito que esta campanha foi uma forma de atender às necessidades da Instituição de forma a valorizar e apoiar cada colaborador, cada utente e cada familiar no seu todo. No geral, os intervenientes da campanha de sensibilização demonstraram *feedback* positivo, realçando para a importância da realização de campanhas de sensibilização seguindo este modelo.

Por fim, considerei como limitação o facto de não ter sido realizado (após a colocação dos pósteres e da realização do vídeo) uma avaliação através de um Questionário de Avaliação de Satisfação.

## **8. Participação em outras atividades e dinâmicas institucionais**

Para além das propostas de atividades descritas ao longo deste relatório de estágio, implementadas no âmbito do Serviço de Psicologia da SCMB, a convite do Serviço de Ação Social da SCMB, foi possível colaborar numa ação de formação, certificada pela Direção Geral de Educação (DGERT) e nas áreas de educação e formação, desenvolvida pelo Laboratório de Projetos Psicossociais, cofinanciada pelo Programa Operacional de Inclusão Social e Emprego (POISE), Portugal 2020 e pelo Fundo Social Europeu.

O Centro de Formação Profissional da SCMB, tem como finalidade promover projetos de formação e outros de intervenção e capacitação direcionados para a qualificação de pessoas internas e externas à instituição, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados pela mesma, bem como para o desenvolvimento social e comunitário (Pedras, 2006).

Deste modo, a colaboração na ação de formação decorreu no dia 29 de junho de 2020, nas instalações da SCMB, com as devidas precauções inerentes à pandemia Covid-19. Esta ação de formação versou sobre a temática da Saúde Mental, tendo como objetivos: (1) Abordar o conceito e critérios no geral do tema Saúde Mental; (2) Referenciar a saúde mental na Infância e devidas perturbações mentais; (3) Aludir à saúde mental no Adulto e às respetivas perturbações mentais; (4) Mencionar a saúde mental no Idoso e principais perturbações mentais; e, por fim, (5) Promover o projeto piloto *Active Minds*, implementado pela Psicóloga da Instituição, numa das valências da terceira idade da SCMB, nomeadamente, LSA.

O cerne da ação de formação foi sobre o projeto piloto "*Active Minds*" implementado em janeiro de 2019 pela Psicóloga e Orientadora de Estágio da SCMB no LSA, o qual durante a realização do estágio foi possível colaborar.

Neste sentido, "*Active Minds*" traduz-se num projeto de intervenção com pessoas que apresentem demência/déficite cognitivo, desenvolvido pelo Serviço de Psicologia. Os objetivos do projeto incidem sobre: (1) A promoção da orientação auto e alopsíquicas; (2) Diminuição dos períodos de agitação psicomotora; (3) Melhoramento do funcionamento diário e ocupacional dos utentes; (4) Promoção de outras funções cognitivas (nomeadamente, funções executivas, praxias, atenção, memória, linguagem, entre outras); (5) Promoção de estratégias diárias de estimulação cognitiva; (6) Adequação do ambiente através de técnicas que orientem para a realidade (por exemplo: uso de sinalética) e, (7) Aumento das competências dos cuidadores formais.

Inicialmente, o projeto estava previsto envolver sete utentes com diagnóstico de demência ou défice cognitivo (desde ligeiro a moderado), contando com sessões de estimulação cognitiva em grupo e com a elaboração de mini-*workshops* envolvendo toda a equipa multidisciplinar do LSA, no sentido em que os cuidadores formais têm um papel primordial na satisfação das necessidades básicas de vida tal como na garantia de proteção e segurança do idoso, servindo de suporte social e emocional. Além disso, estão diariamente com o utente ao contrário do psicólogo. Atualmente, o número de utentes que integram o projeto aumentou para dez.

No que diz respeito à avaliação do “*Active Minds*”, esta realiza-se mediante a aplicação do instrumento de avaliação psicológica **Exame Cognitivo de Addenbrooke** (*Addenbrooke Cognitive Examination-III*), em dois momentos (pré e pós-teste), num espaço intermédio de 6 meses, pretendendo-se verificar e analisar os efeitos decorrentes da sua aplicação em contexto institucional. Esta reavaliação permitiu constatar os efeitos da aplicação do projeto, isto é, os resultados demonstraram uma significância positiva de 4 valores no pós-teste uma vez que as pontuações dos participantes estão entre 26 (pontuação mais baixa) e 58 (a mais elevada) – o que indica uma média de défice cognitivo de ligeiro a moderado.

Considerando o envelhecimento demográfico bem como o aumento da esperança média de vida, segundo a literatura, cerca de 60% das pessoas institucionalizadas em países industrializados apresentam quadro demencial (Kuske et al., 2009), o que significa um aumento da prevalência de demência.

Assim, pretende-se no futuro, com estes resultados, promover o apoio a cuidadores formais (sobrecarga emocional), medir as alterações do comportamento e humor (de modo a verificar se de facto esta intervenção tem efeitos positivos no seu bem estar), recolher a história clínica do utente (ou seja, o doente é avaliado inicialmente e aqueles que tiverem diagnóstico de demência ou défice cognitivo reúne-se com a família para recolher dados importantes da história clínica) e a sua integração em atividades sociais (promovendo uma maior qualidade de vida e uma sensação de bem-estar nas pessoas com demência).

Desta forma e a meu ver, este projeto é uma excelente iniciativa uma vez que o aumento da população idosa em Portugal, inclusive a prevalência de perturbação neuro cognitiva devida à doença de Alzheimer, tem vindo a tornar-se um fator preocupante e alvo de estudos no âmbito da saúde e da psicologia. Ainda numa perspetiva pessoal e

futura, considero pertinente alargar este projeto piloto juntamente de cuidadores informais que, muitas vezes, sofrem de desgaste emocional por não terem conhecimento acerca desta problemática (demência) bem como da existência de medidas de prevenção da mesma, como por exemplo, prevenir a demência através da adoção de um estilo de vida saudável, bem como atuar perante o estado de pré-demência (défice cognitivo ligeiro) e da promoção da reserva cognitiva do doente, pois quanto maior a reserva de um indivíduo, mais tarde ficará clinicamente doente (embora o seu cérebro possa já ter sinais histológicos de doença há muitos anos).

## **Reflexão Integrativa**

Dado por terminado o percurso desta minha caminhada não creio ser possível descrever o quão esta experiência de estágio foi enriquecedora, quer a nível profissional, quer a nível pessoal. O estágio e todo o percurso realizado desde o início do curso ficaram marcados por momentos diversos.

A nível profissional, o estágio permitiu colocar em prática, desenvolver e aprofundar os conhecimentos desenvolvidos ao longo do primeiro e segundo ciclos de estudos no âmbito do curso de Psicologia Clínica e da Saúde e, além disso, profissionalmente, foi ainda primordial sentir e vivenciar um crescimento pessoal, ao longo dos meses, o que fez com que eu fosse de encontro comigo mesma enquanto futura profissional da área da Psicologia.

A nível pessoal, num período inicial, fui apoderada por sentimentos de insegurança relativos à falta de experiência perante novas situações e novos contextos, talvez por ter sido a minha primeira experiência na prática. No entanto, estagiar com uma população idosa foi desde sempre o meu objetivo (por motivos familiares), independentemente das dificuldades e dos desafios que ocorreram ao longo do estágio, pois o contacto com os utentes permitiu não só aprofundar conhecimentos da formação académica, como também me proporcionou a reflexão acerca das suas histórias de vida, dos diversos caminhos percorridos por cada um, das suas expectativas de futuro, das suas dificuldades, dos seus pensamentos e sentimentos, experiências e lições de vida. Ainda assim, foi importante observar “de perto” algumas problemáticas que fragilizam bastante as pessoas nesta faixa etária, nomeadamente, quando se encontram institucionalizados, como por exemplo: a falta de suporte social por parte da família, o isolamento, a problemática da depressão, algumas doenças como demências, entre outras fragilidades psicológicas e emocionais.

Ter o privilégio de estagiar na SCMB com os utentes institucionalizados nas valências da terceira idade e na UCCI, foi, sobretudo, uma oportunidade merecedora pela autonomia, confiança e pelo crescimento que alcancei e fui desenvolvendo ao longo deste tempo. É de realçar que a própria Instituição estima e apoia os seus utentes, integrando-os na íntegra em várias atividades e valorizando o papel do Psicólogo. Para tal, a Psicóloga da Instituição, Dra. Sofia, deixou-nos à vontade (sob a sua supervisão de estágio) para propor novas intervenções. Também foi marcante, no decorrer da intervenção em grupo e nas atividades institucionais, realizar um trabalho multidisciplinar

em conjunto com outros profissionais, nomeadamente com a Animadora Sociocultural e com a Psicóloga, valorizando cada utente e suas necessidades, bem como estimar o papel da interdisciplinaridade para o bem-estar dos utentes.

Relativamente às atividades desenvolvidas no estágio (observação, avaliação psicológica, acompanhamentos individuais, intervenção em grupo e ações de formação), senti de início alguns receios, que considerei normais face ao contexto de estágio, mas que com as avaliações e os acompanhamentos individuais com os idosos, foram-se tornando a cada dia positivos e enriquecedores.

O grupo da intervenção foi, de facto, uma das principais fases do meu estágio curricular, no sentido em que, por um lado, exigiu trabalho, tempo e dedicação, desde a seleção dos participantes (com a respetiva equipa técnica), à estruturação do grupo e da sua intervenção; e, por outro lado, sendo uma necessidade verificada pelo Serviço de Psicologia na SCMB, este grupo do CD veio permitir o acompanhamento contínuo dos utentes e a sua valorização. Tendo em conta que foi realizada uma sessão por semana, considero que foram também os utentes com quem estabeleci, maioritariamente, uma relação terapêutica mais significativa, e consequentemente, os utentes com quem aprendi mais a nível pessoal, não descartando os restantes utentes com quem tive a oportunidade e o privilégio de acompanhar individualmente todas as semanas.

Para finalizar, foi ilustre o apoio incondicional por parte da Orientadora Local, Dra. Sofia Miranda, e a dedicação incansável da Professora Doutora Fabrizia Raguso, pois foram, sem dúvida, a base no decorrer desta experiência e deste processo de aprendizagem, em todos os momentos (especialmente, nos momentos em que havia maior dificuldade e bloqueios), na medida em que me fizeram perceber e ver que tais bloqueios são algo com que o psicólogo, muitas vezes, tem de se confrontar. No geral, considero que este percurso foi positivo e significativo, uma vez que saímos desta experiência ricos enquanto pessoas, mas também enquanto profissionais, pois não são só os outros que mudam, nós também mudamos (Andolfi, 2003).

## Referências bibliográficas

- Agostinho, P. (2004). Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 31-36.
- Albuquerque, P. L. (2011). Contextualização da terapia de grupo uma pequena apresentação da história e do desenvolvimento de algumas propostas de trabalhos com grupo. *Revista Instituto de Gestalt Terapia e Atendimento Familiar na Rede*, 8 (15), 216-226.
- Alencar, T. S. T. D., & Pinheiro, Y. M. (2018). *Idosos e instituições de longa permanência: uma revisão de literatura*.
- Almeida, N. V. (2004). A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo. *Psic: revista da Vetor Editora*, 5(1), 34-39.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andolfi, M (2003). *El coloquio relacional*. Barcelona: Paidós.
- António, P. (2010). A Psicologia e a doença crónica: Intervenção em grupo na diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 15-27.
- Azeredo, Z. D. A. S., & Afonso, M. A. N. (2016). Loneliness from the perspective of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313-324. doi: 10.1590/1809-98232016019.150085
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bezerra, M. E. S. (2012). Aspetos humanistas, existenciais e fenomenológicos presentes na abordagem centrada na pessoa. *Revista do NUFEN*, 4(2), 21-36.
- Bowen, A., James, M., & Young, G. (2016). *Royal College of Physicians 2016 National clinical guideline for stroke*. London: RCP.
- Bowen, A., Lincoln, N. B., & Dewey, M. (2002). Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke (Cochrane Review). The Cochrane Library, (2). doi: 10.1002/14651858.CD003586.pub3
- Brito, S. (2008). Psicologia clínica: procura de uma identidade. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 63-68. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.10/64>

- Cabete, D. G. (2002). *O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Campos, L. A. M. (2016). *Psicologia da personalidade*. Rio de Janeiro: SESES.
- Cappeliez, P., O'Rourke, N., & Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging & mental health*, 9(4), 295-301. doi: 10.1080/13607860500131427
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cigoli, V. (1992). *Il corpo familiare: l'anziano, la malattia, l'intreccio generazionale* (Vol. 7). FrancoAngeli.
- Clarke, A., Jane Hanson, E., & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of clinical nursing*, 12(5), 697-706. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00784.x
- Corbani, N. M., Brêtas, A. C. P., & Matheus, M. C. C. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 349-354. doi: 10.1590/S0034-71672009000300003
- Duarte, Y., & Diogo, M. J. (2000). *Atendimento Domiciliar: Um enfoque Gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Ferreira-Alves, J. (2010). Prática psicológica com pessoas idosas: uma leitura substantiada das orientações da APA. *Revista de Psiquiatria*, XXII (3), 1-24. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/1822/10386>
- Firmino, H., Simões, M., Pinho, M. S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2008). Avaliação Cognitiva de Addenbrooke-Versão Revista. *Versão portuguesa. Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra*.
- Folstein, M., Folstein, S., & Mchugh, P. (1975). Mini exame do estado mental: um método prático para classificar o estado cognitivo dos pacientes para o clínico. *J Pesqui Psiquiátrica*, 12(1), 1-10. doi: 10.1590/S0034-89102006000500023
- Fraga Azevedo, F., & Haydê Oliveira, K. (2016). *Práticas e discursos académicos sobre biblioterapia desenvolvidas em Portugal*. *Álabe*, 14. doi: 10.15645/Alabe2016.14.6
- Freitas, C. M. D. S. (2017). *A humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

- Greco, O. (2006). *Il lavoro clinico con le famiglie complesse, il test la doppia luna nella ricerca e nella terapia*. Milão, Itália: Franco Angeli.
- Greenberg, L. S., & Messer, S. B. (1997). *Humanistic approaches to psychotherapy*. In P. L. Watchel & S. B. Messer (Eds.), *Theories of psychotherapy: origins and evolution* (pp. 97-129). Washington: APA.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9.
- Hanaoka, H., & Okamura, H. (2004). Study on effects of life review activities on the quality of life of the elderly: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 302-311. doi: 10.1159/000078847
- Herédia, V. B. M., Casara, M. B., & Cortelletti, I. A. (2007). Impactos da longevidade na família multigeracional. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 10(1), 7-28. doi: 10.1159/000078847
- Hubbard, E. J., Santini, V., Blankevoort, C. G., Volkers, K. M., Barrup, M. S., Byerly, L., & Stern, R. A. (2008). Clock drawing performance in cognitively normal elderly. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23(3), 295-327. doi: 10.1016/j.acn.2007.12.003
- Jacobson, E. (1920). Use of relaxation in hypertensive states. NY, *Med. Jnl*, 111, 419.
- Júnior, J. A. S. H., & Gomes, G. C. (2014). Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. *Revista da SBPH*, 17(2), 83-105.
- Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M., Behrens, J., & Riedel-Heller, S.G. (2009). Training in dementia care: a cluster randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295-308. doi: 10.1017/S1041610208008387
- Lopes, T. (2015). *Avaliação de um Programa de Reminiscência em Pessoas Idosas com Demência Leve*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Majid, M., Lincoln, N., & Weyman, N. (2000). Cognitive rehabilitation for memory deficits following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi: 10.1002/14651858.CD002293

- Marques, A. I. S. (2012). *Terapia de reminiscências: projeto de investigação*. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.19/1484>
- McGoldrick, M., & Walsh, F. (1991). Loss and the family: A systemic perspective. *Living beyond loss: Death in the family*, 2-29.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 21(11), 1078-1085. doi: 10.1002/gps.1610
- Moreira, V. (2009). Da empatia à compreensão do lebenswelt (mundo vivido) na psicoterapia humanista-fenomenológica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(1), 59-70. doi: 10.1590/S1415-47142009000100005
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 2(9), 10-16.
- Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- Neves, J., Garrido, M. V & Simões E. (2015). *Manual de competências pessoais, interpessoais e instrumentais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Nitrini, R., Helena Lefèvre, B., Mathias, S. C., Caramelli, P., Carrilho, P. E. M., Sauer, N., ... & Magila, M. C. (1994). Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(4), 457-465. doi: 10.1590/S0004-282X1994000400001
- Ordem dos Psicólogos. (2020). *Documentos de apoio*. [https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/covid19/documentos\\_apoio](https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/covid19/documentos_apoio)
- Ortiz, L. A., Ballesteros, J. C. & Carrasco, M. M. (2006). *Psiquiatria Geriátrica*. Masson.
- Papaléo Netto, M. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2-12.
- Pardal, L., & Lopes, E. S. (2011). *Métodos e técnicas de investigação social*. Maia: Areal.

- Pedras, A. B. (2006). *Política de Qualidade*. [On-Line].  
<http://www.SCMB.maisbarcelos.pt>
- Pereira, F. (2012). *Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psicosoma. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10198/8887>
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32, 223-236. doi: 10.1080/07317110802678680
- Puyenbroeck, J. V., & Maes, B. (2005). Reminiscence in ageing people with intellectual disabilities: An exploratory study. *The British Journal of Development Disabilities*, 51(100), 3-16. doi: 10.1179/0969795050799103821
- Rogers, C. (1975). *Terapia Centrada no Paciente*. Lisboa: Moraes.
- Rogers, C. (2002). *Grupos de Encontro*. Brasil: Martins Fontes.
- Rossato, M. L. (2017). Terapia familiar como um espaço de resignificação das relações. *Pensando famílias*, 21(1), 137-145.
- Rubio, M.E., Wanderley, K.S. & Ventura, M.M. (2011). A viuvez: a representação da morte na visão masculina e feminina. *Kairós Gerontologia*, 14 (1), 137-147. doi: 10.23925/2176-901X.2011v14i1p137-147
- Sanches, R. D. C. N., Gerhardt, P. C., Rêgo, A. D. S., Carreira, L., Pupulim, J. S. L., & Radovanovic, C. A. T. (2016). Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery*, 20(1), 48-54. Doi: 10.5935/1414-8145.20160007
- Santos, A. (2012). *Reminiscência Individual e Reminiscência Conjunta de Pais de Crianças em Idade Pré-escolar e Escolar*. Dissertação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Covilhã. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.6/2604>
- Santos, A. J., Nunes, B., Kislaya, I., Gil, A. P., & Ribeiro, O. (2019). Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica*, 37(3), 405-415. doi: 10.14417/ap.1505
- Scabini, E., & Iafrate R. (2003). *Psicologia dei legami familiari*. Bolonha, Itália: Il Mulino.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1996). Psychometric intelligence and aging. Perspectives on cognitive change in adulthood and aging. *New York: McGraw Hill*, 293-322.

- Schmidt, M. L. S. (2011). Utopia, teoria e ação: leitura das propostas grupais na abordagem centrada na pessoa. *Psicologia Ciência e Profissão*, 31(3), 628-639. doi: 10.1590/S1414-98932011000300014
- Schweitzer, P. & Bruce, E. (2008). *Remembering Yesterday, Caring Today: Reminiscence in Dementia Care A Guide to Good Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Sidani, S., Streiner, D., & LeClerc, C. (2012). Evaluating the effectiveness of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 7(1), 37-45. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00273.x
- Simões, M. R., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1*. Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Andrade, S., Ramalho, E., Martins, J., Martins, M., Araújo, J., Noronha, J., Pinho, M. S., & Vilar, M. (2010). Geriatric Depression Scale (GDS30): *Estudos de validação em grupos de adultos idosos com Declínio Cognitivo Ligeiro e Demência*. VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Associação Portuguesa de Psicologia e Universidade do Minho. Braga.
- Stein-Parbury, J., Chenoweth, L., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Haas, M., & Norman, R. (2012). Implementing Person-Centered Care in Residential Dementia Care. *Clinical Gerontologist*, 35(5), 404-424. doi: 10.1080/07317115.2012.702654
- The Health Foundation. (2018). *Strategy 2019–2021: The road ahead for the Health Foundation*. Disponível em: [https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2018/Strategy%2020192021%20%20The%20road%20ahead%20for%20the%20Health%20Foundation\\_0.pdf](https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2018/Strategy%2020192021%20%20The%20road%20ahead%20for%20the%20Health%20Foundation_0.pdf).
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973a). Aferição dos quadros depressivos. I – Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- Vicente, B. (2009). *Desenvolvimento da autonomia sustentada de jovens provenientes de acolhimento institucional: projecto para o desenvolvimento de competências*

*emocionais e operacionais para a independência*. Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10071/1881>

- Wang, J. J., Hsu, Y. C., & Cheng, S. F. (2005). The effects of reminiscence in promoting mental health of Taiwanese elderly. *International journal of nursing studies*, 42(1), 31-36. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.05.010
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

## **Anexos**

### **Anexo I: Guião de Entrevista de Levantamento de Necessidades**

De modo a efetuarmos um levantamento de necessidades em relação à instituição, esta entrevista tem como propósito a avaliação da qualidade do contexto institucional. Assim, agradecemos, de imediato, a sua prontidão e colaboração. De salientar que os dados recolhidos não serão divulgados, sendo utilizados apenas para fins académicos.

1. Qual é a sua área de formação?
2. Que experiência tem nesta área de trabalho?
3. Qual é o seu papel na SCMB?
4. Há quanto tempo trabalha na SCMB?
5. Acha que a SCMB proporciona aos seus utentes e profissionais todos os cuidados de segurança necessários? O que alteraria?
6. Considera que tem atividades adequadas às dificuldades que os utentes apresentam?
7. Quais as atividades/serviços (realizadas ou não) que considera essenciais desenvolver na SCMB?
8. Considera que a instituição envolve os familiares nas atividades realizadas? Em que medida?
9. Como caracteriza a interação/relação dos colaboradores da SCMB e a família dos utentes?
10. Que cuidados tem de modo a respeitar os direitos dos utentes?
11. Como descreve a sua rotina de trabalho na instituição?
12. Relativamente ao seu trabalho, quais os benefícios e as limitações?
13. Como retrata a relação entre todos os profissionais?
14. Como descreve o seu relacionamento com os utentes da SCMB?
15. Como caracteriza os utentes da SCMB?
16. Como definiria a relação entre os utentes?
17. Como avalia o funcionamento e estrutura da SCMB?
18. Qual é a sua opinião relativamente às condições da instituição?
19. O que melhoraria na SCMB?
20. A sua intervenção tem como base algum modelo teórico em particular ou ajusta a intervenção de acordo com as problemáticas dos utentes?
21. Gostaria de acrescentar algo que possa enriquecer a entrevista?
22. No seu ponto de vista, em que medida o papel dos estagiários de psicologia pode ser uma mais-valia para a instituição?

**Obrigada pela sua colaboração!**

## Anexo II: Cronograma das atividades realizadas

|                                | Outubro | Novembro | Dezembro | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho | Julho |
|--------------------------------|---------|----------|----------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| Observação                     |         |          |          |         |           |       |       |      |       |       |
| Acompanhamentos<br>Individuais |         |          |          |         |           |       |       |      |       |       |
| Intervenção em<br>Grupo        |         |          |          |         |           |       |       |      |       |       |
| Ação de Formação               |         |          |          |         |           |       |       |      |       |       |

### **Anexo III: Apresentação do Caso M.L**

#### **5.1.1.1. Identificação**

M. L., utente de 67 anos de idade, nascida a 3/03/1952, sexo feminino, possui o 4º ano de escolaridade, é casada, reformada, com mobilidade reduzida e dependente para as Atividades de Vida Diárias (AVD's). Não tem irmãos, tem quatro filhos (dos quais três filhas residem no estrangeiro e um dos filhos reside numa cidade perto da Unidade onde a mãe está institucionalizada) e três netas. A utente integra a UCCI de Santo António desde o dia 16/05/2019.

#### **5.1.1.2. Motivo do acompanhamento e dificuldades atuais**

Foi diagnosticado à utente, pelo Neurologista que seguia M. em contexto de ambulatório, antes desta ser institucionalizada na UCCI, síndrome demencial, provável quadro de Alzheimer. Pelo que foi avaliada a necessidade de acompanhamento e intervenção psicológica devido ao quadro apresentado. M. referiu queixas relativas à sua memória “A cada dia que passa, esqueço-me muito das coisas” (*sic*).

#### **5.1.1.3. Avaliação do estado mental**

M. compareceu sozinha nas primeiras três consultas, nas seguintes foi acompanhada juntamente com o marido. Apresentou-se vestida de forma adequada à sua idade, ao clima e ao contexto. Inicialmente apresentou postura desconfiada, todavia colaborante dentro das suas possibilidades. Ainda que estabelecendo um contacto ocular um pouco retraído inicialmente, no decorrer dos acompanhamentos *à posteriori* a utente manteve, no geral, uma atitude colaborante, prestando atenção e procurando responder às questões solicitadas. Relativamente à sua posição (apresentava-se no leito devido à sua condição de saúde), M. em conjunto com o seu marido transmitiu a cada acompanhamento semanal humor eutímico. Em relação ao seu discurso e pensamento demonstrou lentificação do pensamento, embora seja coerente. Por fim, no que respeita à orientação espaço-temporal, a utente preserva orientação auto e alopsíquicas.

#### **5.1.1.4. História desenvolvimental, psicossocial, médica e psiquiátrica**

M. revelou que durante a sua infância sempre foi uma criança feliz, apesar de sentir tristeza por ser filha única. No que diz respeito ao que recorda das suas relações familiares durante a infância, M. relatou que “brincava muito com os vizinhos na rua” (*sic*), e que estes se davam todos bem, além disso relatou que os seus pais “sempre foram

muito trabalhadores, e eu sempre os ajudei desde pequena”(sic), demonstrando uma relação de afetividade e proximidade com a família, sobretudo com o seu pai pois “como eu era filha única o meu pai sempre me protegeu porque eu era a menina dele” (sic).

Recordou ainda que, no que diz respeito às suas relações interpessoais, estas eram estabelecidas com os vizinhos e primos/as; atualmente, estabelece maioritariamente relações com o marido, com um primo por parte da mãe, com os seus filhos e netas (apesar de estarem longe).

No que diz respeito ao percurso escolar, M. revelou que frequentou a escola até ao 4º ano de escolaridade, onde referiu que abandonou o ensino nessa altura, para trabalhar como jornaleira na casa de uns tios, familiares de segundo grau.

M. contou ainda que, uns anos mais tarde conheceu o seu marido numa das festas da romaria da sua aldeia. Iniciaram o namoro desde muito jovens, até que aos 18 anos de idade M. casou. Posto isto, aos vinte anos, M. teve a sua primeira filha e revelou ter sido uma gravidez desejada tanto por ela como pelo seu marido. Após um ano, M. engravidou da sua segunda filha. Contudo, M. referiu que esta segunda gravidez não tinha sido planeada pelo casal, o que levou M. a revelar preocupações em relação aquilo que seria o seu futuro a nível pessoal e conjugal. Apesar da segunda gravidez não ter sido planeada, M. contou que levou meses a conformar-se com a situação, mas “correu tudo bem e tanto eu como o meu marido ficamos felizes” (sic). Aos vinte e três anos de idade o casal decidiu aumentar a família e assim nasce a terceira filha.

Revela que, três anos mais tarde, por volta dos seus vinte e seis anos de vida “tudo estava bem, até que soube que estava grávida novamente” (sic), o que levou o casal a expandir a sua atividade laboral (criação de gado e produção de produtos hortícolas).

M., por vezes, encontra-se desorientada, apresentando um discurso confuso e incoerente, o que dificulta a recolha de informação social credível.

Segundo o marido de M., estes sempre foram um casal sem grande convívio na comunidade, pois ambos sempre se isolaram e preservaram a discrição dos acontecimentos da sua vida familiar. Os filhos não têm uma relação de proximidade com os pais. Atualmente, o marido de M., serralheiro e reformado, é muito preocupado com a sua esposa, demonstrando alguma desorientação na forma como recorre e aborda os diferentes serviços prestados na UCCI (Serviço de Enfermagem e Serviço Médico).

#### **5.1.1.5. Formulação de hipóteses de trabalho**

De acordo com as informações recolhidas, a utente apresenta queixas, sobretudo, no que diz respeito à memória. Coloca-se, assim, como primeira hipótese que a utente tem dificuldades em recordar-se de acontecimentos vivenciados recentemente devido ao seu quadro de Demência.

O processo de envelhecimento encontra-se associado a uma série de alterações cerebrais que conduzem a mudanças nas capacidades cognitivas, nomeadamente no que respeita ao funcionamento da memória. Alegadamente a isso, a demência consiste numa doença degenerativa progressiva que se caracteriza pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos, sendo considerada uma das maiores problemáticas de saúde da população idosa, cuja prevalência e incidência estão associadas ao envelhecimento, uma vez que aumentam com a idade (Sequeira, 2010).

Desta forma, a memória, tal como referido anteriormente, consta como um dos principais indicadores de presença de demência, pois esta função psicológica está intimamente ligada a todas as atividades diárias do ser humano. Sendo que, as primeiras alterações de memória se refletem na dificuldade de aprendizagem de informações recentes, esquecimentos de acontecimentos também eles recentes e de tarefas a realizar, bem como do lugar onde se encontram no momento (Papaléo Netto, 2002).

É, também, frequente verificar-se uma diminuição no que diz respeito às capacidades de concentração e atenção, na medida em que tais capacidades para além de estarem associadas à demência em si, podem levar a uma desorientação espacial e/ou temporal. A orientação temporal, encontra-se comprometida desde a fase inicial da doença, agravando-se ao longo do tempo (Paúl & Ribeiro, 2012).

#### **5.1.1.6. Proposta de Intervenção e Objetivos**

Atendendo à história de vida da utente e à revisão de literatura, consideramos as seguintes propostas de intervenção: (1) Estimular as capacidades cognitivas deterioradas; (2) Realização de sessões com o marido da utente, que se mostra muito presente e preocupado com a mesma. Por vezes, apresenta sintomatologia ansiosa reativa ao estado de saúde/recuperação da esposa. Já no que diz respeito aos objetivos, são os seguintes: (1) a promoção da relação terapêutica; (2) a promoção da postura por parte do psicólogo na própria relação terapêutica; e, (3) a promoção da escuta-ativa no sentido de refletir, escutando ativamente as necessidades da utente.

### **5.1.1.7 Avaliação/Descrição e reflexão das sessões**

Na primeira sessão com M., o objetivo proposto foi a promoção da relação terapêutica. Para tal, foi promovido um diálogo acerca das suas experiências de vida, os seus interesses e desejos. A importância da relação terapêutica neste primeiro contacto estabelecido com a utente partiu, primordialmente, da motivação e do pedido desenvolvido pela própria utente no sentido de o psicólogo compreender quem, porquê e onde é requerida a sua ajuda. No que concerne à reflexão de cariz pessoal desta sessão, considerando o conteúdo supramencionado, o primordial nesta primeira sessão foi interpretar os sinais da utente, compreendendo a sua experiência, acabando por dar voz às suas necessidades e reações mais profundas, ao invés de diagnosticar uma doença. Neste sentido, a meu ver é preciso compreender a perspetiva de M.. Para tal, relativamente à vivência da relação terapêutica por parte do profissional (psicóloga estagiária), considere dar a máxima atenção e estar disponível para o que a utente tem a dizer, no fundo nesta fase inicial de acompanhamento é preciso prestar também atenção tanto à linguagem verbal como à linguagem não verbal durante o processo de comunicação.

Na segunda sessão, a promoção do diálogo foi ainda desenvolvida com a finalidade de promover a partilha de mais aspetos referentes à sua história de vida, aos seus interesses, tornando, assim, mais clara a planificação das sessões seguintes. M. nesta sessão, apresenta períodos em que comunica espontaneamente, alternados com períodos de maior sonolência e dificuldade em manter-se desperta. No entanto, focou-se, de forma significativa, no marido, isto é, nas preocupações que sente diariamente com o marido, no sentido em que a preocupa se o cônjuge, quando não está presente, estará bem ou não.

No que diz respeito à vivência da relação terapêutica por parte do profissional (psicóloga estagiária), considere a Abordagem Centrada na Pessoa de Carls Rogers no sentido de mudar a perceção da utente em relação a si e aos acontecimentos passados, através de qualidades assentes na teoria de Rogers. Assim, na sessão adotei o meu comportamento como uma atitude de aceitação perante a utente, o que fez com que ajudasse a estabelecer confiança na relação. Por outro lado, considere adotar uma outra qualidade do processo terapêutico na perspetiva de Rogers - autenticidade – na medida em que eu, enquanto psicóloga estagiária, me apresento perante a utente, isto é, apresentar-me genuinamente e enquanto pessoa real no processo terapêutico. Além disso, achei relevante ainda o processo correspondente à compreensão empática na relação

terapêutica – assim, tentei realçar este aspeto no sentido de compreender o mundo subjetivo da utente, de maneira a que fosse sensível para com a situação.

Da terceira à quarta sessão, através da observação de fotografias recentes de familiares (nomeadamente, filhos e netas), foi pedido à utente a sua identificação e, simultaneamente, foi-lhe solicitado que abordasse acontecimentos significativos e vivenciados recentemente com cada familiar. Estas sessões tiveram como objetivos a estimulação e promoção das capacidades cognitivas deterioradas (nomeadamente, memória, atenção e concentração) e a promoção e partilha de emoções e sentimentos. Esta atividade foi realizada com sucesso e motivação tendo em conta a postura colaborante e o entusiasmo da utente. Além disso, o facto de o marido ter participado nas sessões fez com que M. revelasse melhorias ao nível da memória recente.

Foi realizada uma quinta e última sessão (devido à suspensão do estágio pela pandemia Covid-19), de forma a considerar a motivação da utente e de forma a valorizá-la no seu todo, foi realizado treino cognitivo, nomeadamente, para promoção da memória. A utente, no decorrer dos exercícios, demonstrou ligeiras dificuldades relativamente à memória remota pelo que, considerei em fazer treino cognitivo com recurso a músicas da sua época. Através de uma coluna, e à medida em que ia abordando junto da utente, experiências significativas da sua história de vida, coloquei várias músicas alusivas às suas épocas de infância e adolescência. No final da sessão, a utente revelou *feedback* positivo e humor melhorado, valorizando a utente no seu todo.

Ainda neste mesmo dia, foi realizada sessão em conjunto com o marido da utente que se mostra muito presente e preocupado com a saúde/recuperação da esposa. O marido de M. revelou preocupações em relação ao peso da utente, referindo que da parte da manhã desse mesmo dia a nutricionista da instituição fez a pesagem da utente e, por lapso ou esquecimento da utente, não revelou se esta perdera ou ganhara peso. Assim, prestei apoio psicológico ao marido da utente M., atendendo às suas preocupações e necessidades e, no sentido de o despreocupar em relação ao sucedido, em articulação com a nutricionista, solicitei à mesma que me acompanhasse ao quarto da utente, onde o marido estaria, de forma a que lhe pudesse esclarecer/tirar dúvidas em relação à nutrição e peso da esposa.

No que diz respeito à vivência da relação terapêutica por parte do profissional (psicóloga estagiária), considerei a Abordagem Centrada na Pessoa de Carls Rogers no sentido em que procurei dar continuidade aos conteúdos da sessão anterior para a sessão

atual, mudando a percepção da utente em relação a si e aos acontecimentos passados, através de qualidades assentes na teoria de Rogers.

## **Anexo IV: Apresentação do Caso M.Q.**

### **5.1.2.1. Identificação**

M.Q., utente de 75 anos de idade, nascida a 18/02/1944, sexo feminino, não tem escolaridade (não sabe ler nem escrever), é casada e reformada desde os 45 anos de vida devido à sua condição de saúde. É filha única, tem dois filhos e vivia, juntamente com o marido de 80 anos de idade, numa habitação arrendada. A utente foi admitida na UCCI de Santo António, no dia 18/06/2019, para cuidados de manutenção, após diagnóstico de Neoplasia gástrica e Síndrome Parkinsónico (atualmente estabilizado) e gestão de sinais de sintoma.

### **5.1.2.2. Motivo do acompanhamento e dificuldades atuais**

Foi diagnosticado à utente um Acidente Vascular Cerebral (AVC) em julho de 2014, que condicionou maior limitação funcional. Foi avaliada a necessidade de acompanhamento e intervenção psicológica depois de M. apresentar queixas relacionadas com a falta de memória.

### **5.1.2.3. Avaliação do estado mental**

M. compareceu sozinha nas consultas e apresentou-se vestida de forma adequada à sua idade, ao clima e ao contexto. Inicialmente apresentou postura desconfiada, todavia colaborante dentro das suas possibilidades. Ainda que estabelecendo um contacto ocular um pouco retraído inicialmente, no decorrer dos acompanhamentos a utente manteve uma atitude colaborante e consciente. Relativamente à sua posição (apresentava-se maioritariamente de ombros caídos), M. transmitiu a cada acompanhamento semanal humor eutímico. Em relação ao seu discurso foi coerente, embora, por vezes, com pensamento lentificado. Apresenta *insight*. Por fim, no que respeita à orientação espaço-temporal, a utente preserva orientação auto e alopsíquicas.

### **5.1.2.4. História desenvolvimental, psicossocial, médica e psiquiátrica**

M. manifestou que durante a sua infância foi uma criança alegre, mas com poucas amizades. No que respeita às suas relações familiares durante a infância, M. contou que “quase nunca brincava, e quando brincava era sozinha...ou com os meus primos de longe a longe” (*sic*). Além disso, relatou que os seus pais “sempre foram pessoas de muito

trabalho e eu, que remédio, tinha de os ajudar”(sic), demonstrando uma relação de proximidade com a família.

Recordou ainda que, face às suas relações interpessoais, estas eram estabelecidas com os primos/as e com o atual marido, pois segundo M. “eu sempre fui muito caseira” (sic). Hoje em dia estabelece maioritariamente relação com o marido e com a sua filha.

No que diz respeito ao percurso escolar, M. revelou que nunca frequentou a escola (não sabe ler nem escrever), pois de acordo com a utente “os meus pais obrigaram-me desde muito cedo a trabalhar. Eu sempre fui jornaleira” (sic).

M. revelou também que conheceu o seu marido enquanto trabalhava como jornaleira na casa de um casal amigo dos seus pais. O início do namoro aconteceu por volta dos seus dezasseis anos de idade, pelo que M. de forma a “escapar-se” dos pais, decidiu em conjunto com o marido casar-se aos dezassete anos de idade. Após o casamento, M. foi viver com o marido e engravidou meses depois da sua filha. Foi uma gravidez desejada pelo casal. Após dois anos, M. engravidou novamente (desta vez de um menino). Porém, M. confidenciou que a sua segunda gravidez não foi planeada, mas a notícia foi bem recebida pelo casal.

Posto isto, M. referenciou que o seu filho mais novo, por volta dos seus dezoito anos de idade engravidou a namorada. Conta que “foi uma alegria quando recebi a notícia de que ia ser avó” (sic). Aos trinta e oito anos M. foi avó e segundo conta, devido à imaturidade do filho e da nora, assumiu a responsabilidade de criar o neto em conjunto com o seu marido. Tal situação levou a que M. e o seu cônjuge perdessem outrora contato com o filho e, consequentemente, com o neto pois segundo a utente refere “houveram zangas entre mim e o meu filho”. Acrescenta ainda que a esposa do filho, sua nora, não queria que o namorado mantivesse contacto com os pais, daí a utente perder contacto total com o filho e com o neto. Após esses conflitos, M. refere ter tido um esgotamento nervoso tendo como consequência uma aposentação precoce (aos quarenta e cinco anos de idade).

M. tem ainda uma filha, que se encontra doente e que era quem cuidava de M., mas devido à sua condição de saúde não conseguia, muitas vezes, tratar da mãe sozinha pelo que tinha que pedir ajuda aos vizinhos. Atualmente, com a filha doente crónica e com o marido já com uma idade avançada e com quadro demencial incipiente, a utente não tem salvaguarda familiar.

#### **5.1.2.5. Formulação de hipóteses de trabalho**

De acordo com as informações recolhidas, a utente apresenta queixas relacionadas com a falta de memória, que se agravaram após o Acidente Vascular Cerebral (AVC) . Sabe-se que, no geral, o AV pode desencadear cinco tipos principais de défices, tais como: alterações na motricidade, alterações sensoriais, alterações na comunicação, alterações cognitivas e distúrbios emocionais (Aminoff, Greenberg & Simon, 2005).

M.Q., por períodos, apresenta pensamento lentificado e dificuldades ao nível da atenção e concentração. Tais alterações cognitivas e dificuldades podem ser gerais (processamento mais lento da informação) ou podem surgir apenas num domínio específico (orientação, atenção, memória, visão espacial e construtiva, flexibilidade mental, planeamento e organização, linguagem) (Bowen, James, & Young, 2016).

No entanto, a memória pode ser afetada de diversas formas. Os indivíduos podem ter dificuldades na aprendizagem de novos conceitos ou aptidões, assim como na recordação ou recuperação dessa informação (Majid, Lincoln & Weyman, 2000).

Poderão, de igual forma, emergir alterações ao nível da imagem e do esquema corporal da pessoa, onde é visível a incapacidade de responder a objetos ou estímulos sensoriais por parte de uma metade corporal (geralmente o lado afetado pelo AVC) (Bowen, Lincoln, & Dewey, 2002). Na mesma perspetiva, alterações ao nível das funções executivas - apresentam um papel organizador na iniciação e inibição do comportamento - também se podem observar, especificamente quando os lobos frontais são afetados (Bowen, James, & Young, 2016).

#### **5.1.2.6. Proposta de Intervenção e Objetivos**

Atendendo à história de vida da utente e à revisão de literatura, consideramos as seguintes propostas de intervenção: (1) Promover a partilha de emoções e sentimentos; (2) Estimular as capacidades cognitivas preservadas devido à sua condição de saúde.

Relativamente aos objetivos, são os seguintes: (1) promoção da sua funcionalidade cognitiva; e, (2) a regulação do humor.

#### **5.1.2.7 Avaliação/Descrição e reflexão das sessões**

A primeira sessão com M.Q. teve como objetivos a promoção da relação terapêutica, isto é, foi promovido um diálogo acerca das suas experiências de vida, os seus interesses e desejos; bem como a promoção da postura por parte do psicólogo na

própria relação terapêutica e da escuta-ativa. Nesta sessão a utente M. Q. mostrou-se consciente, com postura colaborante, dentro das suas possibilidades (estava no leito). Encontrava-se orientada auto e alopsiquicamente, demonstrando pensamento claro e coerente. Apresenta *insight* sobre a doença. Foi avaliado humor eutímico.

A utente, ainda nesta sessão, focou de forma significativa a sua doença e quais as limitações que esta lhe traz, referindo que “a minha doença dificulta a minha mobilidade porque eu desequilibro-me e tremo muito da mão direita principalmente” (*sic*). Além disso, durante a sessão a utente focou ainda que se tem vindo a sentir bem durante o processo de institucionalização. Contudo, no decorrer da mesma revelou ainda preocupações em relação à sua memória, referindo que se esquece bastante das coisas.

Na segunda sessão, o diálogo, o processo da relação empática e da escuta-ativa foi ainda promovido e estabelecido com o objetivo de estimular a partilha da sua história de vida bem como de experiências significativas ao longo das várias fases de vida. Nesta sessão, embora com algumas dificuldades na fala e com o pensamento lentificado, M. deu a conhecer o facto de que nasceu e vivenciou grande parte da sua vida no centro da cidade onde reside e, antes de ter tido o AVC duas das suas atividades preferidas eram caminhar e cozinhar.

Na terceira e quarta sessão, com recurso a fotografias de locais e monumentos emblemáticos da sua cidade, foi proposto a M. que identificasse tais locais e, de forma a atender às suas necessidades, foi-lhe também proposto que abordasse um lugar específico, o qual narrasse uma experiência significativa. Estas sessões procuraram atender à estimulação das capacidades cognitivas preservadas (memória, atenção e concentração) tal como a promoção e partilha de emoções e sentimentos. Esta atividade foi realizada com sucesso e motivação tendo em conta o estado que a utente apresenta.

Foi realizada uma última sessão, onde o foco da sessão consistiu em estimular a memória a longo prazo, ao recordar receitas tradicionais que, anteriormente, M. confeccionava, na medida em que um dos seus *hobbies* outrora era a culinária. No decorrer do processo de rememoração de várias receitas, M. acabava por referir que “Algumas partes das receitas eu já não me recordo...” (*sic*). Nesse sentido, eu tentava ajudar com pistas e sugestões acerca dos ingredientes de cada receita e ainda das várias etapas da confeção das mesmas. A utente demonstrou colaboração, motivação e *feedback* positivo no decorrer da sessão. Esta foi a última sessão uma vez que o estágio foi suspenso devido à pandemia Covid-19.

## **Anexo V: Apresentação do Caso D.R.**

### **5.1.3.1. Identificação**

D. R., utente de 91 anos de idade, nascida a 12/11/1928, sexo feminino, possui a 4ª classe de escolaridade (sabe escrever, embora apresente dificuldades na leitura), é viúva, trabalhou numa fábrica têxtil (como operária têxtil) até se reformar. Tem três filhos e vivia só, com o apoio da filha mais velha que vive na casa ao lado da sua. A relação familiar é próxima e afetiva.

A utente foi admitida na valência da terceira idade, nomeadamente, LNSM, no dia 18/06/2019, por incapacidade física. Pois, neste momento D. encontra-se dependente para os autocuidados, necessitando de cuidados para satisfazer as AVD's e Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD's).

### **5.1.3.2. Motivo do acompanhamento e dificuldades atuais**

Foi avaliada a necessidade de acompanhamento e intervenção psicológica devido a D. se recusar a ingressar no lar e a apresentar queixas relacionadas com a sua adaptação ao lar.

### **5.1.3.3. Avaliação do estado mental**

D. apresentou, inicialmente, postura rígida e defensiva, todavia colaborante e com frequentes manuseamentos (a utente demonstrava-se desconfiada examinando tudo à sua volta). Relativamente à sua posição, D. transmitiu a cada acompanhamento semanal tristeza acompanhada por sintomatologia depressiva, e o seu humor revelou-se, maioritariamente, distímico. Em relação ao seu discurso, este é claro e coerente, porém pouco fluído, demorando algum tempo a dialogar e a dizer como se sentia devido à sua atitude inicial de desconfiança. Por fim, no que respeita à orientação espaço-temporal, a utente preserva orientação auto e alopsíquicas.

### **5.1.3.4. História desenvolvimental, psicossocial, médica e psiquiátrica**

D. apresentou durante a sua infância uma etapa da sua vida em que havia alegria e poucas ou nenhuma preocupação. No que respeita às suas relações familiares durante a infância, D. revelou que “adorava brincar com as minhas bonecas e no meu quarto, com a máquina de costura da minha mãe, fazia-lhes vestimentas” (*sic*). Além disso, contou que tinha uma relação muito próxima com a sua mãe pois o seu pai faleceu quando D.

tinha apenas dois anos de idade. Recordou ainda que, relativamente às suas relações interpessoais, estas eram estabelecidas com os vizinhos e amigos da sua rua, pois segundo D. “a minha mãe como me criou sozinha era muito protetora e não me deixava brincar sem ser à porta de casa” (*sic*). Hoje em dia estabelece maioritariamente relação com os seus filhos e netos.

No que diz respeito ao seu percurso escolar, D. referiu que andou na escola até ao 4º ano de escolaridade, embora tenha dificuldades na leitura. No sentido de apoiar a mãe financeiramente e dada a época, D. decidiu entrar no mundo do trabalho muito nova, trabalhando como operadora têxtil.

D. revelou ainda que começou a namorar ainda jovem (com cerca de dezoito anos de idade) e, desde essa altura saiu da casa da mãe para iniciar a sua vida conjugal. Teve três filhos, dos quais apenas a terceira gravidez passou por ser um parto difícil, passando por dificuldades e sequelas inerentes à situação, isto é, iniciou processo de desorientação espaço-temporal, dificuldade de deambulação e em se alimentar sozinha. Após o internamento, regressou ao domicílio e estava a ser apoiada pela filha mais velha e pelo marido. Atualmente, devido à dependência em que se encontra D., a cuidadora informal (filha) estava a ficar desgastada e com receio de não ser capaz de prestar o devido apoio a D., inscreveu a mãe numa ERPI. Contudo, a utente não evidenciou vontade em entrar na mesma.

#### **5.1.3.5. Formulação de hipóteses de trabalho**

De acordo com as informações recolhidas, a utente apresenta queixas relativamente ao funcionamento do lar (à postura das funcionárias e ao funcionamento das idas ao WC – refere que “espero muito tempo até que me levem”) e queixas somáticas (humor irritável), recorrendo ao isolamento, pelo que se coloca como hipótese que D. experiência sentimentos de solidão.

Na terceira idade, os sentimentos de solidão podem-se expressar de forma atípica, isto é, mediante queixas somáticas, manifestações agressivas e/ou depressivas. Particularmente nos idosos com mais de oitenta e cinco anos de idade, o corpo apresenta sinais visíveis do tempo, podendo, para alguns, representar perdas significativas que levam ao favorecimento do seu isolamento e/ou solidão (Sousa, Figueredo & Cequeira, 2004, citado em Azeredo & Afonso, 2016). Tal situação agrava-se no momento em que

são institucionalizados, após terem vivido em família com suporte e solidariedade intergeracional, tal como aconteceu com a utente D.R. (Azeredo & Afonso, 2016).

Ademais, a depressão e a solidão podem estar ambas relacionadas, uma vez que o aumento do nível de solidão pode levar a utente ao aumento da depressão e vice-versa. Por sua vez, a depressão está acompanhada de perturbações de memória e do funcionamento cognitivo. Frequentemente, a depressão conduz a alguns efeitos que prejudicam a vida do idoso (Zimmerman, 2000), tal como acontece com a utente D. R., respetivamente à área social, ocorre o afastamento dos pares bem como a perda de estatuto, o abandono e o isolamento (Zimmerman, 2000).

#### **5.1.3.6. Proposta de Intervenção e Objetivos**

Atendendo à história de vida da utente e à revisão de literatura, consideramos a seguinte proposta de intervenção: promover a partilha de emoções e sentimentos.

Relativamente aos objetivos, são os seguintes: (1) promoção da sua adaptação ao lar (uma vez que apresentou depressão reativa à entrada no lar); e, (2) a regulação do humor (atenuando o isolamento social).

#### **5.1.3.7 Avaliação/Descrição e reflexão das sessões**

A primeira sessão com D. teve como objetivos a promoção da relação terapêutica, bem como a promoção da postura por parte do psicólogo na própria relação terapêutica e da escuta-ativa, onde foi possível promover um diálogo a fim de conhecer os gostos e preferências da utente, para posteriormente abordar de forma significativa em conjunto com a utente.

Nesta sessão a utente D.R. mostrou-se consciente, com postura colaborante. Orientada auto e alopsiquicamente. Demonstra pensamento coerente. Foi avaliado humor distímico. A utente focou ainda de forma significativa queixas múltiplas em relação ao funcionamento do lar, referindo-se à postura das funcionárias. Revelou um episódio recorrente relacionado com as idas ao WC – refere “...espero muito tempo até que alguma funcionária me leve à casa de banho. Há funcionárias que são boas e dão uma palavra de bom dia, mas há outras que são más...muito más” (*sic*). Além disso, à medida que a conversa foi decorrendo, a utente revelou sentir-se só no lar (isolamento social); quando questionada acerca da sua relação com os utentes esta respondeu “Ninguém fala. E se não falam eu também não falo...eu prefiro ficar só a pensar nas minhas coisas...” (*sic*). Posto

isto, foi prestado apoio psicológico à utente, considerando a sua motivação e preocupações, nomeadamente, o facto de D. ter ingressado no lar por “obrigação” dos filhos. Tal situação, vai de encontro com Cardão (2009) na medida em que o autor defende que a institucionalização se traduz num momento doloroso e angustiante no sentido em que existe a necessidade de luto. A maioria dos indivíduos deseja permanecer no seu domicílio juntamente com os restantes membros familiares até ao final dos seus dias. Todavia, tal acontecimento, muitas vezes, não é possível ser realizado em virtude dos cuidados permanentes que os utentes necessitam. É, então nesta altura que as ERPI’s são requisitadas pelos familiares dos utentes, tendo em vista o suporte a todos os níveis que as mesmas oferecem. Deste modo é notável na utente a presença de sentimentos de melancolia e tristeza, face à perda da sua vida ativa e da realidade que tinha até então, considerando que agora é confrontada com uma nova realidade, onde existe a convivência perante um grupo de pessoas desconhecidas e ainda o cumprimento das regras estipuladas pela própria instituição. Assim, a utente D. R., é “forçada” a adaptar-se a toda uma realidade nova, mesmo que esse não seja, de todo, o seu desejo.

Na segunda sessão, no que diz respeito à vivência da relação terapêutica por parte do profissional (psicóloga estagiária), considere dar a máxima atenção e estar disponível para o que a utente tinha a dizer. No fundo, nesta fase inicial de acompanhamento, é necessário prestar atenção, do mesmo modo, à linguagem verbal como à linguagem não verbal durante o processo de comunicação.

Ainda nesta sessão, o cerne consistiu na evocação de memórias significativas e na diminuição dos sentimentos de solidão de D.. Considerando a análise dos gostos e preferências de D. abordados na sessão anterior, foram apresentadas à utente fotografias com diversas atividades e experiências vivenciadas no seu núcleo familiar (nomeadamente na sua infância, vida adulta já com os filhos e netos). A utente demonstrou alguma reticência perante a atividade inicialmente, contudo colaborou e conseguiu recordar-se com satisfação de experiências e momentos outrora significativos, mas que até então não lhes dava o devido valor (familiar). Quando questionada acerca de qual o seu papel na família, D. após este momento de partilha, demonstrou-se chorosa e emocionada pelo facto de se sentir aliviada em relação a este aspeto e segundo a mesma disse “agora sinto que a minha família fez o que fez – ingresso no lar – para o meu bem-estar” (*sic*). A utente demonstrou colaboração, motivação e *feedback* positivo no decorrer

da sessão. Dada a suspensão do estágio, devido à pandemia Covid-19, esta foi a última sessão com a utente D.R..

## **Anexo VI: Apresentação do Caso I.S.**

### **5.1.4.1. Identificação**

I. S., utente de 85 anos de idade, nascida a 14/04/1934, sexo feminino, possui o 3º ano de escolaridade, é viúva, trabalhou como operária têxtil (até se reformar), tem três irmãos e atualmente tem três filhos, pois no passado já haviam falecido três filhos devido a doença.

A utente foi admitida na valência da terceira idade, nomeadamente, LSA, no dia 06/01/2020, por incapacidade física. Pois, neste momento D. encontra-se dependente para os autocuidados, necessitando de cuidados para satisfazer as AVD's e AIVD's, apresentando dificuldades na marcha (auxílio de bengala).

### **5.1.4.2. Motivo do acompanhamento e dificuldades atuais**

Foi avaliada a necessidade de acompanhamento e intervenção psicológica para a promoção da sua adaptação ao lar. A utente apresenta queixas relativamente ao funcionamento do lar (Idas ao WC; funcionárias).

### **5.1.4.3. Avaliação do estado mental**

I. apresentou, desde o início postura colaborante e consciente. Relativamente ao seu humor revelou-se eufímico. Com boa capacidade de *insight*. Em relação ao seu discurso, este é claro e coerente. Por fim, no que respeita à orientação espaço-temporal, a utente preserva orientação auto e alopsíquicas.

### **5.1.4.4. História desenvolvimental, psicossocial, médica e psiquiátrica**

I. revelou que durante a sua infância é a pessoa que é hoje: “sempre fui assim... alegre e solidária com os outros” (*sic*). Revelou ainda que nessa fase da sua vida, não tinha grandes preocupações. Relativamente às suas relações familiares durante a infância, I. recordou que “brincava e fazia muitos jogos com os meus irmãos... éramos muito unidos” (*sic*). Ademais, contou que tinha uma relação de afetividade e proximidade com a sua família, nomeadamente, com os seus irmãos e com o pai pois “como eu era a única rapariga, o meu pai deixava-me fazer muitas coisas” (*sic*). Revelou também que, no que diz respeito às suas relações interpessoais, estas eram estabelecidas com os tios e suas amigas (que eram suas vizinhas). Hoje em dia estabelece maioritariamente relação com apenas dois dos seus filhos.

No que diz respeito ao seu percurso escolar, I. referiu que andou na escola até ao 3º ano de escolaridade, tendo dificuldades na leitura e na escrita. Em virtude de ajudar financeiramente os pais, estes necessitavam que I. fosse trabalhar como eles.

I. manifestou que quando casou (com dezasseis anos de idade) já estava grávida do primeiro filho, motivo pelo qual iniciou a sua vida conjugal. Revela que não foi, de todo, uma gravidez planeada devido à sua tenra idade e do marido, todavia “quando soube que estava grávida, primeiro fiquei com medo, mas depois fiquei feliz” (*sic*). Infelizmente, meses depois do nascimento do primeiro filho do casal, começaram a haver complicações ao nível da saúde do filho “começou com febres muito altas e quando chegamos ao hospital já não havia nada a fazer” (*sic*). Dois anos mais tarde, I. relatou que, após ter ultrapassado o desgosto do falecimento do filho, engravidou de gémeos. Porém, segundo I. “com cerca de onze meses, tive novamente um desgosto porque foi quando os meus gémeos adoeceram...” (*sic*). Tal desgosto estava relacionado com o facto de os gémeos terem sido diagnosticados com meningite bacteriana, o que levou ao falecimento de ambos.

Aos vinte e três anos de idade, I. apesar de todas as complicações que passou anteriormente com o falecimento de três filhos, não desistiu e, de acordo com a utente, decidiu novamente “tentar a sorte” (*sic*). Foi a partir daí que descobriu que estava grávida e felizmente a gravidez tão desejada foi um sucesso. Posteriormente, aos vinte e quatro anos de idade I. engravidou novamente, “mas não me sentia totalmente realizada” (*sic*), ou seja, dois anos depois, após muito desejo por parte do casal, conseguiram engravidar daquele que hoje é considerado o sexto filho do casal.

A utente ficou viúva há cerca de um ano, data em que começou a residir sozinha apenas com o apoio dos dois filhos mais velhos (o filho mais novo não tem uma ligação de afetividade com a mãe; contudo, aquando a integração da mesma no lar, este referiu que poderia, eventualmente, ir visitá-la) e de uma funcionária no período noturno.

Entretanto, os filhos de I. integraram a utente na resposta social de Centro de Dia da sua terra natal. No entanto, atualmente, devido à dependência em que se encontra I., esta evidenciou vontade em entrar para o lar na medida em que compreende que os filhos têm a vida deles e por necessidade de maior apoio (ou seja, encontra-se mais dependente).

#### **5.1.4.5. Formulação de hipóteses de trabalho**

De acordo com as informações recolhidas, a utente refere ter pedido três filhos recém-nascidos e o marido há cerca de um ano atrás, pelo que se coloca como uma hipótese de trabalho que a mesma, provavelmente, tenha dificuldades em partilhar as suas perdas. Já que com a viuvez os laços emocionais são duramente afetados (Rubio, Wanderley & Ventura, 2011), também nesta faixa etária a morte torna-se num acontecimento próximo e real, pelo que, é necessário que a utente aceite a própria realidade (McGoldrick & Walsh, 1991).

Por sua vez, coloca-se como segunda hipótese de trabalho promover a sua adaptação ao lar, uma vez que a mesma é recente. Do ponto de vista do processo de institucionalização, Graeff (2007) alude que os primeiros tempos de institucionalização são marcados por um processo de adaptação, durante o qual as incertezas e o estigma da nova realidade são vivenciados pela utente em conjunto com uma experiência de aprendizagem de novos padrões culturais.

Considera-se que a utente I., até ao momento, apresenta uma boa adaptação na instituição, pois tem vindo a superar com eficácia as suas dificuldades, resolvendo possíveis conflitos e adquirindo satisfações e realizações socialmente aceitáveis (Agostinho, 2004).

#### **5.1.4.6. Proposta de Intervenção e Objetivos**

Atendendo à história de vida da utente e à revisão de literatura, consideramos a seguinte proposta de intervenção: promover a partilha de emoções e sentimentos alusivos ao luto (filhos e marido). Relativamente aos objetivos, é o seguinte: promoção da sua adaptação ao lar.

#### **5.1.4.7 Avaliação/Descrição e reflexão das sessões**

A primeira sessão com I. teve como objetivos: (1) a promoção da relação terapêutica, promovendo um diálogo acerca das suas experiências de vida, os seus interesses e desejos; (2) a promoção da postura por parte do psicólogo na própria relação terapêutica e, por fim, (3) a promoção da escuta-ativa no sentido de refletir, escutando ativamente as necessidades da utente, de forma a futuramente abordar significativamente aspetos cruciais da história de vida da utente.

Assim, atendendo ao conteúdo supramencionado, o primordial nesta primeira sessão consistiu sobretudo na interpretação dos sinais demonstrados pela utente, compreendendo a sua experiência de vida. Nesta sessão, I. apresentou-se consciente, com postura colaborante, encontrando-se orientada auto e alo psiquicamente, com pensamento coerente e boa capacidade de *insight*. Foi avaliado humor eutímico. Foi realizada uma sessão de rememoração no passado (estimulação da memória a longo prazo), à qual a utente abordou de forma significativa os seguintes aspetos da sua história de vida: a perda de três filhos (devido a doença) e a perda do seu marido há cerca de um ano. Ao longo da sessão, a utente I. revelou ainda que está a gostar de estar no lar e que integrou o mesmo por vontade própria, exprimindo que no lar se sente segura: “aqui tenho os cuidados todos e os meus filhos sabem que estou bem” (*sic*).

Na segunda sessão, no que diz respeito à vivência da relação terapêutica por parte do profissional (psicóloga estagiária), tentei realçar este aspeto no sentido de compreender o mundo subjetivo da utente, de maneira a que fosse sensível para com a situação.

Ainda nesta sessão, o foco consistiu na promoção da partilha de emoções e sentimentos alusivas ao luto dos filhos e do marido. Como se pode observar na literatura, neste contexto familiar sucedem-se ao longo do tempo uma série de eventos críticos não normativos (Scabini & Iafrate, 2003). Eventos esses que foram marcando a história desta família, são: a vivência da morte prematura dos filhos de I. e a recente morte do seu marido.

Presume-se que todas as famílias vivenciam momentos significantes, nos quais se geram transições decorrentes de episódios críticos (normativos ou previsíveis) marcados pela “entrada” ou “saída” de membros (e.g. a formação do casal ou o nascimento de um filho). Porém, também se podem suceder eventos críticos não normativos ou dificilmente previsíveis (e.g. a morte prematura de um membro e uma doença grave) tal como decorreu na história de vida da utente I. (Greco, 2006).

Segundo a literatura, a perda de um filho (especialmente quando é recém-nascido) tende a persistir por vários anos e a ser profundamente devastadora para a família, intensificando-se, por vezes, com o decorrer dos anos (Rando, 1985, citado em McGoldrick, & Walsh, 1991). Já no que respeita à perda do cônjuge, ocorre a perda do companheiro de uma vida, afetando bruscamente e dolorosamente os laços emocionais,

especialmente quando a utente viveu uma vida na qual o seu papel (além de maternal) se baseava na vida conjugal (Rubio, Wanderley & Ventura, 2011).

Em suma, a utente demonstrou colaboração, motivação e *feedback* positivo no decorrer da sessão, por vezes, demonstrando labilidade emocional dado o conteúdo abordado nas sessões. Com a suspensão do estágio, devido à pandemia Covid-19, esta foi a última sessão com a utente I.S..

## **Anexo VII: Estrutura Metodológica e Planificação das sessões da Intervenção em Grupo**

### **Sessão 1. “Quem sou eu?”**

#### **Atividade:**

-Apresentação dos participantes e psicólogas, com recurso à dinâmica “Quem sou eu?”. Pretendeu-se que os participantes do grupo se conhecessem com o auxílio de um novelo de lã. Os participantes passavam o novelo de lã aos colegas para que, sucessivamente, estes se deem a conhecer ao grupo.

-Foi apresentada uma breve introdução à Terapia da Reminiscência e breve explicação do que iria ser realizado ao longo das sessões.

**Materiais:** novelo de lã.

### **Sessão 2. “A reminiscência começa em mim!”**

#### **Atividade:**

-Realização de um jogo que consistiu em que, aleatoriamente, cada participante retirasse uma imagem do centro da mesa. De seguida, foi-lhes pedido que contassem uma história da sua infância, que a imagem lhes fez lembrar. Posteriormente, foi cedido uma parte da atividade para que os participantes discutissem entre si as histórias uns dos outros, de forma a se darem a conhecer a si mesmos e ao grupo.

**Materiais:** Imagens alusivas: gastronomia/receitas tradicionais; religião; música; festas de romaria; profissão/trabalho; família; local onde nasceu; relações amorosas; escola; fins de semana (como passavam o domingo em família).

### **Sessão 3. “Música para os meus ouvidos.”**

#### **Atividade:**

–Reprodução de músicas da época, questionado qual o nome da música e quem a está a cantar. Quando necessário, eram fornecidas alternativas quanto aos diferentes cantores possíveis. Foi pedido a cada participante, à medida que iam sendo mostradas imagens e à medida que a música ia tocando, que relatassem um acontecimento/experiência que os relembrasse uma determinada música da época. Por fim, foi cantado em grupo uma música escolhida pelos participantes.

**Materiais:** Músicas e imagens alusivas a cantores tradicionais e acontecimentos vividos da época dos participantes (por exemplo, 25 de Abril); Coluna de som; Computador.

#### **Sessão 4. “Jogo das Profissões.”**

##### **Atividade:**

-Exposição de objetos relacionados com as profissões dos participantes, com o intuito de sugerir que cada participante falasse acerca da sua profissão. Foram ainda abordadas outras profissões, além das referidas.

##### **Materiais:**

-Objetos/instrumentos que remetessem para as profissões do tempo dos participantes (por exemplo: sachola, dedal e linha, pincel, martelo, livros, etc.).

#### **Sessão 5. “Vasos da amizade.”**

##### **Atividade:**

-Dinâmica “Vasos da amizade”: uma vez que se aproximava o Dia de São Valentim, a dinâmica resultou da ideia de abordar esse mesmo dia, substituindo o termo “namoro” pela amizade. Assim, numa primeira parte, foi realizada uma reflexão e partilha em grupo sobre as diversas formas e valores de vivência da amizade quer no passado, quer no presente. Numa segunda parte, cada participante, com recurso a um pequeno vaso de terracota e terra de jardim, “plantou”, através de um coração em cartolina, os valores/palavras-chave que ainda hoje privilegiam nas suas relações de amizade. Após terem colocado a terra de jardim nos vasos, os participantes colaram o coração (já com os valores representados) com um pequeno pau de madeira que foi posto na terra de jardim. No final, de forma a ornamentar cada vaso, foram colados pelos participantes laços (para as senhoras) e *papillons* (para os senhores) em fita de cetim.

**Materiais:** Pequenos vasos de terracota; terra de jardim; corações recortados em cartolina; pequenos paus de madeira; cola quente; fitas de cetim para laços e *papillons*; marcadores; palavras-chave/Valores da amizade (por exemplo: amor; diálogo; cuidado; afeto; respeito; compromisso; etc.).

#### **Sessão 6. “Como nos expressamos.”**

##### **Atividade:**

-Numa caixa estavam várias imagens com diferentes sentimentos e emoções (medo, alegria, raiva, surpresa). Cada participante tinha de escolher uma e tentar transmitir aos colegas do grupo esse determinado sentimento ou emoção. Quando algum adivinhasse, passava a vez ao seguinte. Posteriormente, foi-lhes pedido que partilhassem com o grupo

quais os acontecimentos que os faziam sentir determinadas emoções (por exemplo: que acontecimento os fez sentir alegres?; tristes?; entre outros).

**Materiais:** *Smiles* com diferentes sentimentos e emoções; caixa de madeira.

### **Sessão 7. “Gastronomia tradicional do Minho”**

#### **Atividade:**

-Num primeiro momento: foram colocadas várias letras do abecedário no centro de uma mesa, solicitando que cada participante escolhesse uma letra, indicando um alimento começado por essa mesma letra (por exemplo: **Letra A:** Arroz; alface; abóbora; azeite; **B:** Batata; beterraba; bife; brócolos; banana; bolachas; bolo; bacalhau; **C:** cebola; couves; camarão; croquetes; castanhas; curgete; carne; cenoura; **E:** ervilhas; esparguete; **F:** favas; feijão; figos; fiambre; frango; filetes; fruta; **O:** ovos; **M:** massa; mel; melancia; melão; marmelos; morangos; milho; **L:** laranjas; leite; **N:** nabos; **P:** polvo; pêras; **U:** uvas).

De seguida, mediante o alimento escolhido, cada participante tinha de indicar qual o prato/receita em que esse mesmo alimento pode ser utilizado (ex.: sopa; comida; sobremesa).

-Num segundo momento da sessão: com recurso a imagens ilustrativas, cada participante teve de responder a um conjunto de questões: (1) qual a sobremesa tradicional e regional do Minho que estava representada na imagem?; (2) em que altura do ano (ex.: páscoa, natal, etc.) é confeccionada?; (3) e quais os ingredientes utilizados nessa receita tradicional?. (por exemplo: Aletria; Rabanadas; Bolo Rei; Leite Creme; Pastel de Nata; Pudim; Doces brancos; Mexidos; Sonhos e Pão de ló). Por fim, de forma a finalizar a atividade, realizou-se uma degustação de dois dos doces tradicionais da região de Barcelos - “Sonhos” e “Pão de Ló” - confeccionados pelas psicólogas estagiárias.

**Materiais:** Várias letras do abecedário (por exemplo: letra A, B, C, E, F, O, M, N, L, P, e U); imagens ilustrativas de sobremesas tradicionais e regionais do Minho (por exemplo: Aletria; Rabanadas; Bolo Rei; Leite Creme; Pastel de Nata; Pudim; Doces brancos; Mexidos; Sonhos e Pão de ló); doces confeccionados “Sonhos” e “Pão de Ló”.

### **Sessão 8. “Recordar é viver.”**

#### **Atividade:**

-Estimulação dos sentidos dos participantes com o auxílio de diversos materiais e técnicas, evocando histórias e acontecimentos experienciados por cada um.

Através da recriação de diferentes contextos, proporcionou-se um ambiente adequado e concordante ao contexto que se pretendia recriar e relembrar: (1) Campo: estimular o tato com uma planta; o olfato com velas de cheiros florais; a audição com sons de animais; a visão com imagens de florestas, árvores, animais; o paladar com frutas; (2) Cozinha: estimular o tato com os utensílios de cozinha; o olfato com o cheiro das especiarias; a audição com o barulho das panelas e dos tachos; a visão com imagens de bolos e pratos tradicionais; o paladar com um bolo (confeccionado pelas psicólogas estagiárias).

No final, iria pedir-se a cada participante que evocasse um acontecimento relativo a cada ambiente recriado na atividade.

**Materiais:** Planta, velas de cheiro florais, músicas do campo e sons de animais, imagens de florestas e árvores, folhas das árvores, imagens de animais, várias frutas; utensílios de cozinha, especiarias, imagens de bolos e pratos tradicionais, docinhos de romaria e bolo.

#### **Sessão 9. “Horta doméstica.”**

##### **Atividade:**

-Construção de uma pequena horta doméstica. Para a construção da horta, dividiu-se os participantes em dois grupos para a plantação de flores e ervas aromáticas em diversas floreiras. Toda a colheita das ervas aromáticas e legumes iriam ser revertidos para o refeitório da Instituição para a preparação das refeições, e as flores serviriam para decorar os espaços da mesma.

**Materiais:** Sementes de flores/ mudas de flores; ervas aromáticas (cebolinho, coentros, salsa, etc.); floreiras; tesouras; luvas; adubo; terra; ferramentas de plantação em floreiras; mudas de flores e ervas aromáticas.

#### **Sessão 10. “Viagem no tempo à minha infância.” Parte 1**

##### **Atividade:**

-Relembrar jogos ou brincadeiras tradicionais da infância dos participantes, e recriar alguns juntamente com as crianças de uma das valências de Infância da SCMB (por exemplo: jogo do pião, jogo do lencinho...).

**Materiais:** Objetos alusivos para a recriação dos jogos tradicionais (jogo do pião, jogo do lencinho, entre outros).

## **Sessão 11. “Viagem no tempo à minha infância.” Parte 2**

### **Atividade:**

–Recorrendo ao uso de livros e contos tradicionais, iria ser pedido a cada participante (com gosto e capacidade para tal) que narrasse ou lê-se uma história, ao seu critério, às crianças. No final, as crianças deveriam responder a questões alusivas às histórias, bem como tirar dúvidas sobre as histórias narradas e lidas.

**Materiais:** Livros e contos tradicionais.

## **Sessão 12. “Caixinha de surpresas.”**

### **Atividade:**

-Jogo do Embrulho: Iria entregar uma caixa ao participante - considerado pelos membros do grupo - após uma votação, o mais simpático do mesmo, que iria abri-la e onde estaria escrito *“Parabéns! Foi eleito(a) a pessoa mais simpática do grupo, agora deve entregar o presente à pessoa mais dinâmica”*. Esse participante entregaria à pessoa que pensa ser a mais dinâmica e esta abria o presente onde estaria escrito *“Parabéns! O seu dinamismo encanta todos, agora deve entregar o presente à pessoa mais inteligente... alegre... risonha...”* e assim sucessivamente. No penúltimo embrulho, estaria escrito *“Parabéns! Você foi considerada a pessoa mais amiga do grupo e como amiga(o) que é de todos dividirá o seu presente com o grupo”*. Quando desembulhassem o presente encontravam bombons de chocolate.

-No final da dinâmica, iria realizar-se a avaliação final da intervenção em grupo: inicialmente seria realizada uma breve análise de cada uma das sessões, onde abordariam os pontos positivos e o que poderia ter sido melhorado futuramente, estimulando assim o sentido crítico e de partilha em grupo de cada participante, no momento de avaliarem as diferentes sessões.

-Por fim, iria ser entregue individualmente um diploma de participação a cada participante.

**Materiais:** Caixa com cartões escritos alusivos à atividade; bombons de chocolate; diploma de participação na intervenção em grupo.

## Anexo VIII: Diploma de Participação na Intervenção em Grupo

**CERTIFICADO *de* PARTICIPAÇÃO**

CERTIFICA-SE QUE

**Nome do Destinatário**

PARTICIPOU COM ÊXITO NA INTERVENÇÃO EM GRUPO  
"A REMINISCÊNCIA COMEÇA EM MIM!"

DIA, MES  
**ANO**

ASSINATURA, *Nome do Signatário*, Cargo do Signatário

  
Santa Casa da Misericórdia  
BANIWA

## Anexo IX: Poster 1 Colaboradores “Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19)”

# TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Procure um sítio em que esteja sozinho e onde não o interrompam.

Coloque música relaxante.

Relaxe primeiro a parte direita do corpo e em seguida a parte esquerda.

### 1 MÃOS E BRAÇOS

Focalize a sua atenção nos músculos da mão e braço dominante. Contrala esses músculos, fechando o punho.

Sinta a tensão na mão, sobre as articulações e, mais acima, até ao braço (manter a contração durante 5-7 seg).

RELAXE...

Repare a diferença entre a tensão e relaxamento.

Focalize as sensações no músculo à medida que ele vai ficando mais e mais relaxado (manter durante 30-40 seg).



### 2 BÍCEPS

Contrala esses músculos, puxando o cotovelo para baixo, contra o braço da cadeira. Sinta os músculos a puxar... Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém apertados (5-7 seg).

RELAXE (30-40 seg).

### 3 TESTA

Contrala estes músculos, levantando as sobrancelhas tanto quanto puder. Sinta a tensão a subir através da testa até ao crânio (manter durante 5-7 seg).

RELAXE... Deixe toda a tensão sair... (manter 30-40 seg).



### 4 PARTE MÉDIA DA CARA E DO NARIZ

Foque agora a sua atenção nos músculos da parte superior das maçãs do rosto e do nariz. Contrala esses músculos, trocando os olhos e franzindo o nariz. Repare na sensação que é os músculos tornarem-se tensos, quando focaliza a sua atenção nas sensações associadas a essa tensão (manter durante 5-7 seg).

RELAXE... Aprece as sensações agradáveis associadas ao relaxamento. Não procure fazer mais nada do que centrar a sua atenção nas sensações profundamente agradáveis que fluem para essa área (manter durante 30-40 seg).



### 5 PARTE INFERIOR DA CARA E DO QUEIXO

Agora desça para os músculos da parte inferior do seu rosto: parte inferior das maçãs do rosto e queixo. Cerre os seus dentes e puxe os cantos da boca para trás. Sinta a tensão através da parte inferior do seu rosto, reparando no que sente à medida que esses músculos vão ficando tensos (manter durante 5-7 seg).

RELAXE... Aprece as sensações nos músculos à medida que eles se vão soltando suavemente, tornando-se descontraídos e relaxando cada vez mais profundamente (manter durante 30-40 seg).



### 6 PESCOÇO E GARGANTA

Foque a sua atenção nos músculos do pescoço e da garganta. Contrala esses músculos, puxando o queixo para o peito mas sem o deixar tocar no peito (manter durante 5-7 seg).

RELAXE

Repare na sensação que é os músculos irem ficando cada vez mais e mais relaxados (manter durante 30-40 seg).



### 7 PEITO, OMBROS E PARTE SUPERIOR DAS COSTAS

Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros e parte superior das costas. Contrala esses músculos, inspirando bem fundo, prendendo a respiração e, ao mesmo tempo, puxando as omoplatas como se as quisesse juntar; isto é, puxe os ombros para trás e tente que as omoplatas se toquem. Sinta a tensão no peito, nos ombros e na parte superior das costas.

RELAXE (manter durante 30-40 seg).



### 8 ABDÔMEN

Foque agora a sua atenção nos músculos do estômago. Faça o estômago duro, contraindo-o como se fosse dar uma pancada a si mesmo no estômago. Sinta a tensão e o aperto no estômago e aprece as sensações associadas com isso (manter durante 5-7 seg).

RELAXE... Deixe a tensão sair (manter durante 30-40 seg).



### 9 BARRIGA DAS PERNAS

Focalize a sua atenção nos músculos da parte inferior da perna dominante: a barriga da perna dominante.

Contrala esses músculos, puxando os dedos dos pés para cima, em direção à sua cabeça (manter durante 3-5 seg).

RELAXE... (manter durante 30-40 seg).

### 10 PÉS

Contrala esses músculos, esticando o pé e virando-o para dentro, ao mesmo tempo que enrola os dedos.

Aprece toda a tensão, a pressão no arco e no peito do pé... (manter durante 3-5 seg).

RELAXE... Descontraia-se (manter durante 30-40 seg).



SANTA CASA  
MISERICÓRDIA  
BARCELOS



UNIVERSIDADE  
COIMBRA  
PORTUGUESA

Anexo X: Poster 2 Colaboradores “Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19)”



# VAI FICAR TUDO BEM!

- **Seja otimista!**
- **Acredite** em si, mesmo que estes dias sejam difíceis!
- Mostre-se **disponível**: procure escutar e apoiar os colegas.
- Encare esta experiência como uma **aprendizagem** para o seu futuro!
- O seu **contributo** é importante! Lembre-se que está a contribuir para o bem coletivo.
- Lembre-se que não está sozinho e promova a **cooperação** entre colegas.
- O verdadeiro **herói** é aquele que persiste mais uma vez, mesmo quando tudo parece perdido!
- Encare esta experiência como uma oportunidade de **crescimento** individual e enquanto família. Lembre-se que está a fazer algo de importância e valor vital para a sociedade.
- Depende de si, depende de mim, depende de nós!

**OBRIGADO** pela sua **colaboração e empenho**, enquanto cuidador dos nossos utentes!



SANTA CASA  
MISERICÓRDIA  
BARCELOS



UNIVERSIDADE  
CÁPOLA  
PORTUGUESA

## Anexo XI: Poster 3 Colaboradores “Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19)”

### LIDAR COM A **ANSIEDADE** NO PERÍODO DE PANDEMIA

*“Estou preocupada... Tenho medo que o vírus entre no Lar... Tenho receio de infectar a minha família... E se tiver que ficar em isolamento social?!? Não consigo deixar de pensar nisto... Nunca pensei passar por esta situação? E se nunca acabar?”*

Sentir-se ansioso nesta situação de crise é normal!  
Não se sinta culpado ou com vergonha de sentir medo ou ansiedade! Aceite que está a sentir estas emoções.  
Esta situação é temporária, não vai durar para sempre.  
Se cumprir todas as recomendações da Direção-Geral da Saúde e da própria Instituição, o seu risco de contágio reduz consideravelmente.

#### COMO ENFRENTAR A ANSIEDADE?

Experimente fazer uma pirâmide com os seus receios e preocupações. Identifique as situações que lhe causam ansiedade e o grau de ansiedade com que as vivencia. Da base até o topo coloque as situações ou pensamentos que lhe causam mais ansiedade e inquietação, em grau crescente.

Este exercício até pode ser realizado em família, adaptado às crianças (como um jogo) e onde todos constroem a sua escala, partilham e falam sobre os pontos. Podem mais tarde voltar a refletir sobre o que mudou ou se manteve.



#### DICAS

- Concentre-se no aqui e agora, nas atividades que está a fazer: preparar uma refeição, fazer exercício, jogar um jogo, ler um livro, ver um filme.
- Identifique os pensamentos que o estão a perturbar e pergunte-se sobre a probabilidade de isso acontecer. Coloque outras hipóteses e tente adotar pensamentos mais reais e mais positivos.
- Invista os seus esforços naquilo que pode controlar e fazer.
- Mantenha-se informado e atualizado, mas use apenas fontes oficiais de informação (Direção-Geral da Saúde (DGS) e Organização Mundial da Saúde (OMS)). Não consulte informações mais do que duas vezes por dia.
- Fale com amigos e familiares. Partilhe com alguém o que está a sentir e como está a experienciar esta situação.
- Confiar nas suas capacidades para lidar com situações difíceis. Que estratégias o ajudaram a ultrapassar outras situações difíceis na sua vida? Use-as ou adapte-as para enfrentar esta situação.
- Faça o que mais gosta de fazer e lhe dá prazer. Se as atividades que lhe dão mais prazer são realizadas no exterior, reinvente, seja criativo. Ocupe também o tempo com o que sempre se queixou que não tinha tempo para fazer.
- Crie um espaço e um momento diário de relaxamento.
- Se os seus sentimentos de inquietação forem excessivos e persistentes, se se sentir completamente sobrecarregado e desgastado pelos sentimentos de ansiedade, PEÇA AJUDA ao Serviço de Psicologia ou ligue para SNS 24 – 808 24 24 24, selecionando a opção 4 (aconselhamento psicológico).

## **Anexo XII: Estratégias para os familiares “Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19)”**

### **Como cuidar dos seus familiares:**

- É essencial que se mantenha presente na vida do seu familiar, de forma a que o mesmo não se sinta abandonado.
- Procure manter o contacto social através dos meios de comunicação à distância ou, sempre que possível, através do vidro, de forma a prevenir o isolamento.
- O seu familiar pode desenvolver sentimentos negativos face à situação que está a viver, nomeadamente, ansiedade, medo, preocupação, culpa, angústia, raiva, inquietação, frustração, entre outros. É importante, que compreenda que estes sentimentos são normais, tendo em conta esta fase. Reconheça e valide as reações emocionais do seu familiar. Mostre-se disponível para escutar as suas preocupações.
- Quando falar com o seu familiar valorize os estados emocionais do mesmo e procure estar disponível para o escutar, para que ele sinta segurança e esperança relativamente ao futuro.
- Quando conversar com o seu familiar por chamada ou através do vidro no lar, deve sempre manter a calma e compreensão, procurando evitar momentos que possam causar maior ansiedade. Aumente o seu grau de tolerância, compreensão e respeito, mantendo e transmitindo calma.
- Reforce as manifestações de carinho e amor de forma verbal: mostre ao idoso que o ama e que se sente amado.



**Santa Casa da  
Misericórdia de  
Barcelos**



**UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA**  
BRAGA

### **Anexo XIII: Estratégias para os familiares “Campanha de Sensibilização em período de pandemia (Covid-19)”**

#### **Não se esqueça de cuidar de si:**

- A exaustão e a ansiedade são normais nesta fase, assim como a sobrecarga e o desgaste. Procure respeitar as suas horas de pausa e a necessidade de descanso.
- Confie nas suas capacidades para lidar com esta fase. Desta forma, deve criar um momento de relaxamento todos os dias. Proteja a sua saúde psicológica. É natural sentir-se exausto, tenso, preocupado e ansioso. É igualmente normal sentir-se injustiçado, culpado ou incapaz. Aceite esses sentimentos e procure fazer o seu melhor, respeitando a sua própria necessidade de descansar e fazer pausas.
- Procure manter algumas rotinas e horários que tinha anteriormente, respeitando o espaço que necessita para si próprio.
- O exercício físico e a alimentação saudável são fundamentais para manter a sua saúde física e psicológica.
- Lembre-se que todo o seu esforço é uma contribuição fundamental para a saúde de todos nós.
- Fale com pessoas em quem confia pode ajudar. Contacte os seus amigos e familiares recorra a capacidades e competências que já o/a ajudaram no passado a lidar com situações adversas. Use-as para lidar com as suas emoções nos momentos mais desafiantes deste surto.
- Não tenha receio em pedir ajuda psicológica, sempre que precisar. Pelo que, tem ao seu dispor a linha de aconselhamento psicológico do SNS 24 (800 24 24 24, tecla 4).



**Santa Casa da  
Misericórdia de  
Barcelos**



**UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA**  
BRAGA